福島県立医科大学附属病院
医療安全改革アクションプラン

成果報告書

FUKUSHIMA
MEDICAL
UNIVERSITY

令和３年５月

公立大学法人福島県立医科大学

目　次

Ⅰ　事業概要

１　事業を実施した経緯・目的 …… 1
２　事業期間 …… 1
３　実施体制 …… 1
４　成果概要 …… 2

Ⅱ　各取り組みの成果

【基本目標１】　アクシデント対応の強化

１　緊急対策会議によるガバナンス強化 …… 5
２　医療クオリティ審議委員会の適正化 …… 7
３　医療安全管理部の適正化 …… 8
４　再発防止策の確実な周知 …… 9

【基本目標２】　患者対応の充実

１　患者との信頼関係の構築
　～①患者・家族と接遇とコミュニケーション（情報伝達と共有）～ …… 11
２　患者との信頼関係の構築
　～②自己情報開示請求（診療記録開示請求）時の対応 …… 13
３　手術等の実施体制の説明
　～①治療・手術の説明体制～ …… 14
４　手術等の実施体制の説明
　～②治療選択における IC の対応～ …… 15

【基本目標３】　医師の業務負担軽減への取り組み

１　複数主治医制（グループ診療制）の導入・定着 …… 17
２　タスク・シフティングの推進　～看護師の取り組み①～ …… 18
３　タスク・シフティングの推進　～看護師の取り組み②～ …… 19
４　タスク・シフティングの推進　～薬剤師の取り組み～ …… 20
５　タスク・シフティングの推進　～臨床工学技士の取り組み①～ …… 23
６　タスク・シフティングの推進　～臨床工学技士の取り組み②～ …… 24
７　タスク・シフティングの推進　～患者サポートセンターの取り組み～ …… 25
８　タスク・シフティングの推進　～医療秘書の取り組み～ …… 26

９　女性医師支援のさらなる充実 ····· 25
10　勤務環境の改善 ····· 27

【基本目標４】　医療安全文化の醸成
１　インシデント報告の活性化 ····· 30
２　アクシデントの適切な報告 ····· 33
３　研修医の積極的参画 ····· 35
４　診療録記載内容の充実 ····· 36

【基本目標５】　臨床研修医・学生のガバナンス強化
臨床研修医・学生のガバナンス強化 ····· 37

Ⅲ　今後の展望
１　【基本目標１】アクシデント対応の強化 ····· 40
２　【基本目標２】患者対応の充実 ····· 40
３　【基本目標３】医師の業務負担軽減への取り組み ····· 40
４　【基本目標４】医療安全文化の醸成 ····· 41
５　【基本目標５】臨床研修医・学生のガバナンス強化 ····· 41
６　その他 ····· 41

Ⅳ　参考資料
１　福島県立医科大学附属病院医療安全管理指針 ····· （別紙 1）
２　アクションプラン関係者一覧 ····· （別紙 2）

Ⅰ　事　業　概　要

1　事業を実施した経緯・目的

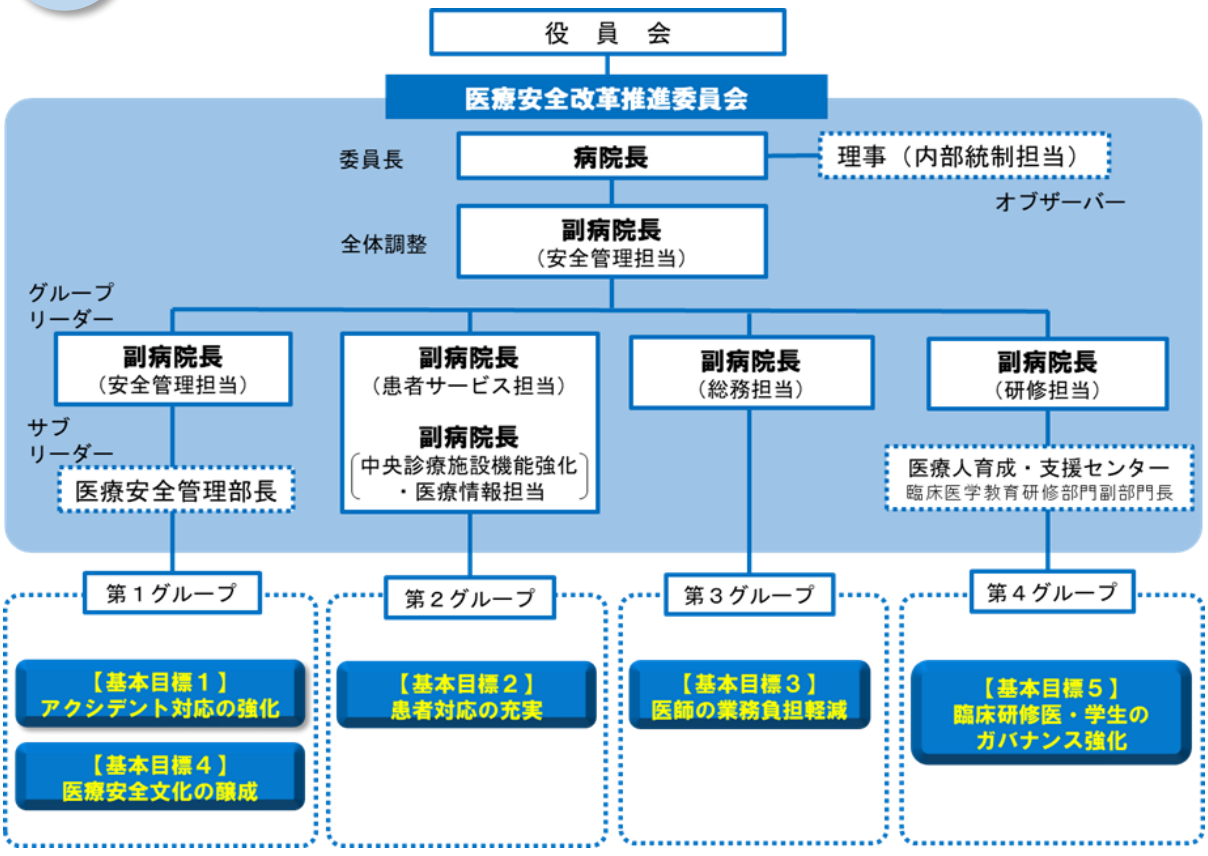
平成 28 年の特定機能病院の承認要件見直しにおいては　病院の医療安全管理体制について人的・質的に拡充することが求められた。また、令和元年６月には外部有識者を交えて検討を行う医療安全検討委員会から本院の医療安全管理体制について提言があった。

このため、令和元年９月、本院は「福島県立医科大学附属病院医療安全改革アクションプラン」を策定し、５つの基本目標（「アクシデント対応の強化」、「患者対応の充実」、「医師の業務負担軽減」、「医療安全文化の醸成」、「臨床研修医・医学生のガバナンス強化」）を掲げ、医療安全に関する業務改革、意識改革及び組織改革を着実に進めて医療安全管理体制の再構築を行い、より安全で質の高い医療を提供できるよう各種取り組みを展開した。

2　事業期間

令和元年１０月～令和３年３月

3　実施体制



4 成果概要

アクションプランにおいて最大の課題と捉えられていた重大事故発生時の初期対応については、関係者による迅速な情報共有、患者対応、関係機関への報告及び公表の是非等も含めた手順をルール化し、また、一連の制度見直しにより、重大事故のみならず医療事故全般について対応の迅速化、医療安全管理部の適正化、審議の中立性確保などを実施した。

患者・家族との信頼関係の構築については、院内接遇マニュアルの作成による患者・家族との接遇とコミュニケーション向上、説明文書・承諾書の見直しによる手術担当医など必要な情報の提供、IC(*1)時に看護師が同席し患者の意思決定を支援するための手順の明確化、患者・家族の不満をいち早く把握して適切な対応をとるためのしくみづくりなど、患者の意思を尊重した医療の実践を進めた。

医療安全にも影響を及ぼす医師の過重労働に関しては、複数主治医制の導入推進、看護師・薬剤師・臨床工学技士など他職種へのタスク・シフティング、女性医師支援の推進など、期間内に一定の進展が得られた。また、令和６年以降の医師の時間外労働の上限規制を見据え、「勤務環境の改善検討ワーキンググループ」を設置して具体的な検討を開始するなど、幅広い分野から現状改善のためのアプローチを行った。

医療安全文化の醸成については、安全意識の指標となるインシデント(*2)報告の励行により多くの職種において報告件数が増加した。アクシデント(*3)報告についても過去の報告事例の分析やリスクマネージャーへの働きかけを行ったことにより増加が見られた。また、研修医が医療安全活動へ参加する新たな取り組みを開始するなど、リスク感性を高め医療安全文化の裾野を広げる取り組みを展開した。

臨床研修医・学生のガバナンス強化については、附属病院内に「臨床医学教育研修センター」を設置し、病院長による明確なガバナンスのもとで臨床研修医の教育・研修を行う組織体制をつくった。また、学生の医療安全教育を充実させるとともに臨床実習における患者の不利益を防止するため、大学・病院間での情報共有を強化した。

以上のとおり、大学病院として求められる医療の質や水準に照らして必要となる改善策を５つの基本目標として掲げ取り組んだところであるが、特に事故対応の迅速化を始めとした医療安全改革は順調に進展しており、本院の医療安全管理体制を再構築するという所期の目標は概ね達せられたものと考えられる。

取り組み	主な成果	達成度
【基本目標1】 アクシデント対応の強化		
1 緊急対策会議によるガバナンスの強化	重大アクシデント発生時の医療クオリティ審議委員会の迅速開催及びコアメンバー会議での検討	B
2 医療クオリティ審議委員会の適正化	委員会の規模縮小と迅速開催、中立性確保	B
3 医療安全管理部の適正化	部長・副部長を幅広い診療科から選出することによる体制改善	B
4 再発防止策の確実な周知	リスクマネージャー会議におけるアクシデント周知方法の見直し	B
【基本目標2】 患者対応の充実		
1 患者との信頼関係の構築 ～①患者・家族と接遇とコミュニケーション（情報伝達と共有）～	接遇マニュアルを作成・周知	B
2 患者との信頼関係の構築 ～②自己情報開示請求（診療記録開示請求）時の対応～	診療録開示請求に関するリストを関係所属で共有	B
3 手術等の実施体制の説明 ～①治療手術（手術や化学療法）の説明内容・体制～	手術等の説明文書に担当医を記載する欄を設定	B
4 手術等の実施体制の説明 ～②治療選択におけるICの対応～	●「IC同席と意思決定支援における手順（手術に関しての同席の手順）」を作成・周知 ●意思決定支援（看護師IC同席）に関する電子カルテ入力テンプレートの設定	B
【基本目標3】 医師の業務負担軽減への取り組み		
1 複数主治医制（グループ診療制）の導入・定着	複数主治医制の実施状況の把握と導入推進	B
2 タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み①～	一般病棟での看護師による抗菌薬初回投与の実施	B
3 タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み②～	看護師特定行為の順次実施	B
4 タスク・シフティングの推進 ～薬剤師の取り組み～	抗がん剤の服薬指導担当者を育成	B
5 タスク・シフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み①～	透析時の臨床工学技士による穿刺の実施	B
6 タスク・シフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み②～	心臓血管外科でICU入室中の患者に対する臨床工学技士による定時採血	B
7 タスク・シフティングの推進 ～地域医療機関との連携～	二人主治医制など地域医療機関との連携推進	B
8 タスク・シフティングの推進 ～医療秘書の配置～	医療秘書への業務移管	B
9 女性医師支援のさらなる充実	ロールモデルの周知・ニーズ調査等による女性医師支援の推進	B
10 勤務環境の改善	ワーキンググループによる医師の勤務環境の改善に関する検討	B

【基本目標4】 医療安全文化の醸成		
1 インシデント報告の活性化	看護師以外職種からの報告励行（目標値の設定等）による件数増加	B
2 アクシデントの適切な報告	適正な報告の励行（事例分析とヒアリング等）	B
3 研修医の積極的参画	研修医のインシデント報告、リスクマネージャー会議出席、医療安全ラウンド参加をルール化	B
4 診療録記載内容の充実	診療録に関する監査・フィードバックによる記載内容の標準化の推進	B
【基本目標5】 臨床研修医･学生のガバナンス強化		
臨床研修医･医学生のガバナンス強化	●「臨床医学教育研修センター」設置による研修医のガバナンス強化 ●研修医のインシデント報告、リスクマネージャー会議出席、ラウンド参加をルール化 ●学部生の臨床実習におけるアンプロフェッショナル行動について病院側と情報共有するしくみを構築 ●学部生に対してe-learningによる医療安全教育を実施	A

【達成度】

A ： 計画を上回って実施した（達成度が 100%を超えている）。
B ： 計画を予定どおり実施した（達成度がおおむね 90%以上）。
C ： 計画を下回って実施した（達成度がおおむね 60%以上 90%未満）。
D ： 計画を大幅に下回った、または実施していない（達成度が 60%未満）。

(*1) IC

インフォームドコンセントの略。医療行為の実施にあたり、医療者が患者に対して利益やリスク等も含めて説明し、患者の十分な理解のもとに両者が合意する手続き。

(*2)インシデント・(*3)アクシデント

本院では医療事故を患者への影響度をもとにレベル 0～5 までグレード分けしており、このうちの比較的軽度なもの（レベル 0～3a）をインシデント、中程度～重大なもの（3b～5）をアクシデントとしている。

Ⅱ 各取り組みの成果

基本目標１ アクシデント対応の強化

課題として掲げた、患者への影響が特に大きいアクシデント発生時の初期対応について患者対応、関係機関への報告及び公表の是非等も含め手順を明確化し、迅速化することができた。

また、これに併せて重大事故のみならず医療事故全般について対応の迅速化、医療安全管理部の適正化、審議の中立性確保などを実施し、本院の医療安全の中核となる制度について改革を行った。

1 緊急対策会議によるガバナンス強化

（1）取り組み概要

- 重大なアクシデントが発生した場合、病院長が病院執行部を基本とする会議体を緊急に開催し、すみやかに臨床経過や患者対応等の状況を把握する。
- 学外有識者の意見を求める外部評価委員会の設置や医療クオリティ審議委員会(*4)の緊急開催、社会的な影響を考慮し公表の是非等について判断するなど、適切な初期対応と危機管理のための体制を構築する。
- 事故対応フローにおいて、重大事案とそれ以外の事案との対応の違いを明確化する。当該フローには報告を必要とする関係機関も記載する。

(*4)医療クオリティ審議委員会

医療安全管理委員会の小委員会として設置されている委員会で、病院長・副病院長・医療安全管理部職員・当事者等により構成され、医療事故発生時に発生原因や再発防止策等を詳細に検討する。

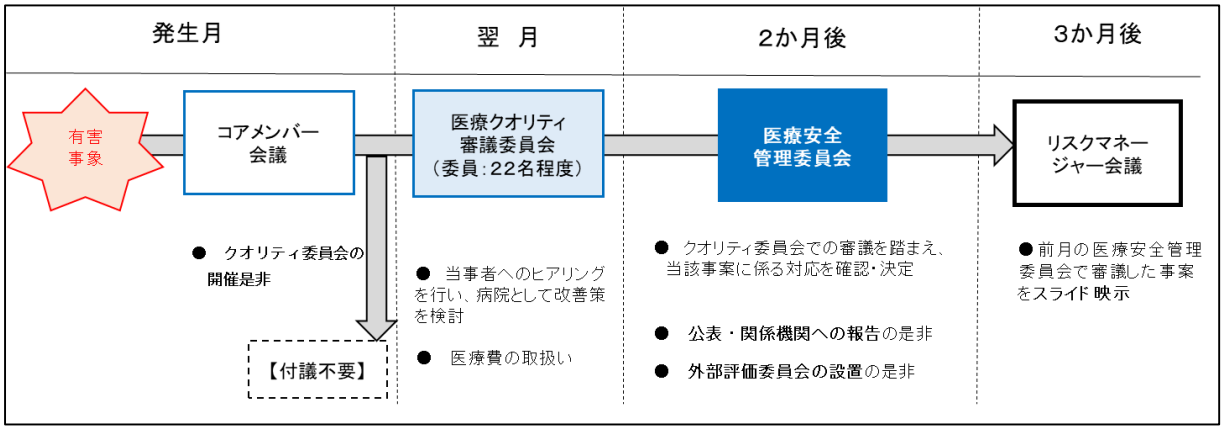
（2）取り組みの経過

令和元年１２月、医療事故防止対策委員会（現：医療安全管理委員会）において、令和２年１月以降、医療クオリティ審議委員会（影響レベル 3b 以上事例の検証等を行う会議体）の見直し等を行い、重大事案への迅速な初期対応を行うための体制を整えた。

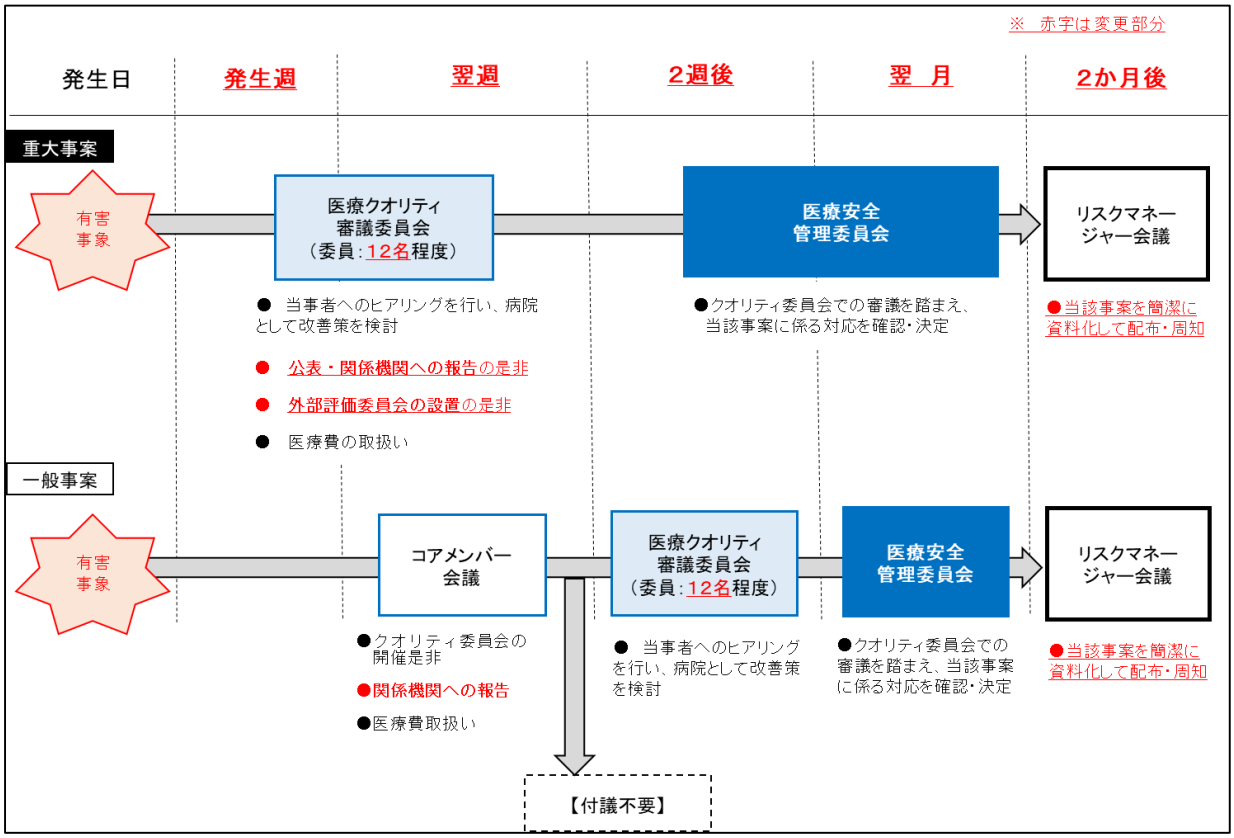
具体的には、発生した医療事故が緊急かつ重大であるときは、医療クオリティ審議委員会または同委員会コアメンバーを緊急に招集し、経緯確認のほか、公表、外部評価委員会の設置、関係機関への報告及び医療費の取扱い等について審議することとし、これを関係規程にも反映した。

制度見直し後の令和２年１月以降、医療クオリティ審議委員会の緊急開催を２回行った。

【見直し前】（～令和元年 12 月）



【見直し後】（令和２年１月～）



	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)既存会議体などによる暫定的な運用						
(2)関係規程の整備・改正等						
(3)緊急会議体の本格運用						

（3）成　果　【　達成度：　B　】

患者への影響が特に大きいアクシデント発生時の初期対応について、患者対応、関係機関への報告及び公表の是非等も含め手順を明確化することができた。また、これらの事項について対応を重ねることにより特定機能病院として求められる初期対応が関係職員にも定着してきた。

（4）課題と今後の取り組み

今後も定められた手順にもとづき、患者対応、関係機関への報告及び公表の是非等について迅速かつ的確な初期対応を行っていく。

（5）担当所属

医療安全管理部

2　医療クオリティ審議委員会の適正化

（1）取り組み概要

① 会議の開催日程の調整を容易にするため、委員会規模を縮小する。
② 重大なアクシデントが発生した場合は、可能な限り速やかに医療クオリティ審議委員会を開催するしくみをつくる。
③ 審議の中立性を担保するため、審議に当該科関係の委員の意向が反映されない審議方法を検討する。
④ 審議する際には、診療録の開示請求に関する情報も周知する。

（2）取り組みの経過

令和元年１２月、医療事故防止対策委員会（現：医療安全管理委員会）において、令和２年１月以降、医療クオリティ審議委員会の見直しが決定した。これにより、令和２年１月以降、医療クオリティ審議委員会は委員会規模を半分程度に縮小して、機動性の向上と当事者への聞き取り時の圧迫感の軽減を図った。

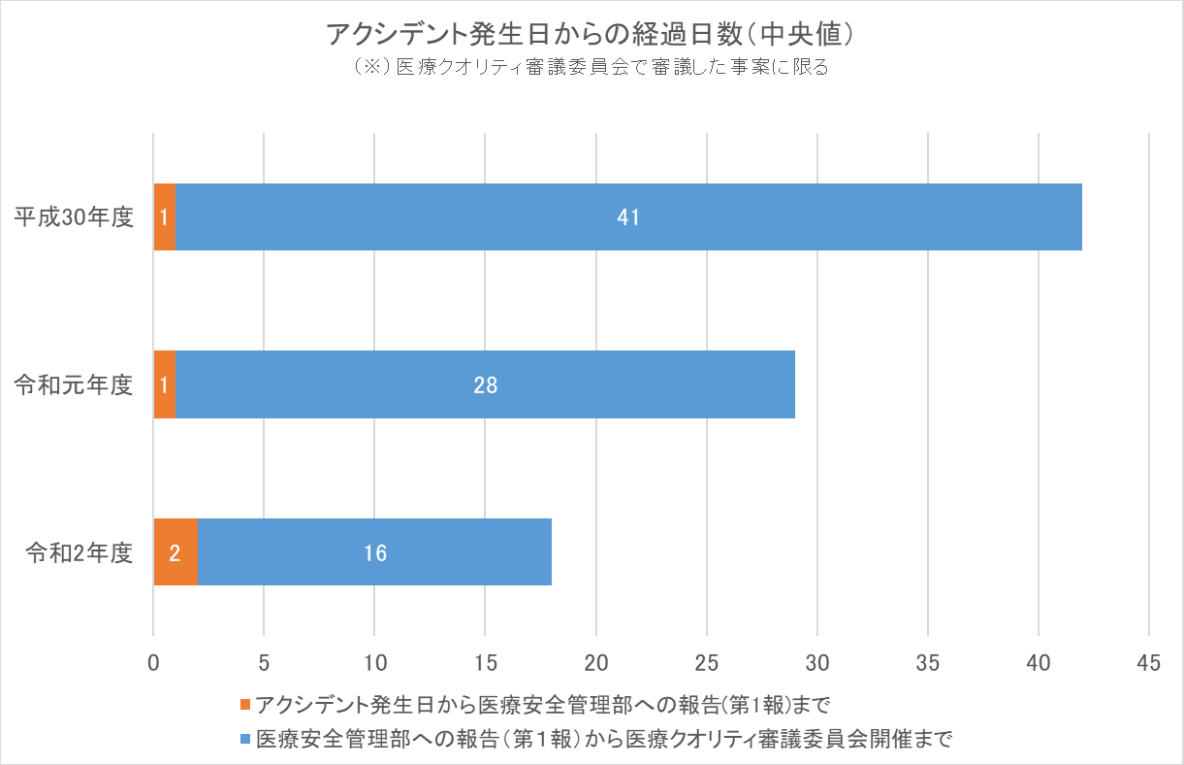
また、医療クオリティ審議委員会の「コアメンバー会議」を、当事者からの報告の翌週に開催し、同委員会での審議が必要とされた場合はその翌週に開催するなど、重大事案以外の対応フローも迅速化を図った。

また、当該科に関連する委員は審議に加わらず、審議の中立性を確保した。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)見直し案の検討・調整						
(2)関係規程の改正等						
(3)医療クオリティ審議委員会（見直し後）による審議						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

事故対応にかかる一連の制度見直しにより得られた最も重要な成果は、事故対応の迅速化である。標準的なスケジュールでは、個別事例をコアメンバー会議において発生後約１週間で、また、医療クオリティ審議委員会において約２週間程度で検討できる体制を整えることができた（従来は１か月以上を要していた）。



（4）課題と今後の取り組み

今後も、定められた手順にもとづき、迅速な事故対応に努めるとともに、課題が生じた場合には必要に応じて逐次運用を改善していく。

（5）担当所属

医療安全管理部

3　医療安全管理部の適正化

（1）取り組み概要

- 幅広い診療科から副部長を選任し、知識と経験を蓄積した上で部長に就任させる。
- 負担の集中する看護師（専従職員）を適切に配置するとともに、多職種（医師、薬剤師、看護師、臨床工学技士等）による対応をより一層推進する。

（2）取り組みの経過

令和２年度４月の部長・副部長交代により、事例分析、診療科からの相談対応、医療巡視等に関して従来以上に医師が積極的に参画している。

副部長（医師）交代においても診療科構成のバランスを考慮して選任している。

医療安全管理部として負担の集中する看護師の配置見直し（増員）については、病院全体としても看護師の確保が厳しい状況であることから令和２年度及び令和３年度において配置が実現しなかったが、事故調査資料作成の分担や、e-learning を活用した研修の実施など看護師業務負担の軽減を図っている。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)組織体制の検討・調整						
(2)新たな組織体制						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

医療安全管理部の部長・副部長等（医師）を幅広い診療科から選任することにより、少なくとも医療安全検討委員会報告書（令和元年６月）で指摘された、法人及び病院執行部のポストが特定診療科に偏る傾向は解消され、より中立性に配慮した医療安全管理体制が実現した。

（4）課題と今後の取り組み

医療安全管理部における看護師の業務負担軽減が依然として課題となっていることから、今後も、看護師の増員について引き続き調整するとともに、研修における e-learning の活用や、医師・薬剤師など多職種による業務分担を推進する必要がある。

（5）担当所属

医療安全管理部

4　再発防止策の確実な周知

（1）取り組み概要

アクシデント事例について、リスクマネージャー会議で映示するのみならず、さらに周知効果を増す方法を検討する。

（2）取り組みの経過

令和元年１２月、医療事故防止対策委員会（現：医療安全管理委員会）において、リスクマネージャー会議におけるアクシデント事例の周知方法について、パワーポイントを映

示して説明するのではなく、事例のサマリー資料（経緯・原因・再発防止策等）を配布することを決定し、令和２年１月以降に発生した事例についてこれを適用している。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
⑴新たな周知方法の検討						
⑵関係会議での審議						
⑶新たな周知方法の実施						

（３）成　果　　【達成度：　Ｂ　】

アクシデント事例を紙媒体で配布することにより警鐘的な意味合いで注意喚起するとともに報告すべき事象の水準を共有する効果が高まったものと期待される。

（４）課題と今後の取り組み

必要に応じ、各所属リスクマネージャーに対してアクシデントに関する意識調査を行い、周知効果を検討するとともに事例の報告を推進する。

（５）担当所属

医療安全管理部

基本目標２　患者対応の充実

患者・家族との信頼関係は、日ごろからの誠意ある態度やコミュニケーションが基礎となる。そのために、院内接遇マニュアルを新たに作成し、患者・家族との接遇とコミュニケーション向上のための周知と改善活動に取り組んだ。

また、医療を進めるにあたっても、必要な情報を十分に提供した上で患者の意思を尊重する必要がある。このため、特に手術等を行う際の説明と同意において、担当医など手術実施体制について説明責任を果たせるよう見直しを行った。併せて、IC 時に看護師が同席し、意思決定を支援するための IC の手順書及び院内の連携体制を作成した。

1　患者との信頼関係の構築

～①患者・家族との接遇とコミュニケーション（情報伝達と共有）～

（1）取り組み概要

- 接遇の院内教育やコミュニケーション能力向上ための取り組みを行う。
- 医療安全に関する投書や意見に関して、全職員が当事者意識を持ち、対応・対策を考え、浸透するような取り組みを行う。
- 部門・職種間での情報伝達・情報共有を推進し、患者との信頼関係を構築する。

（2）取り組みの経過

令和元年 12 月、患者からの投書「聞いてください院長さん」、相談対応、患者満足度調査の結果分析及び課題抽出を行った。

令和２年２月、「接遇マニュアル」の作成を開始した。

令和２年３月、診療及び医療従事者に関する相談内容を各種会議で周知した。

令和２年９月、「接遇マニュアル」を策定し、運用を開始した。接遇向上推進委員を通して「接遇マニュアル」を周知した。「聞いてください院長さん」による意見に対する改善事例をニュースレターに掲載して周知した。

令和２年 11 月、接遇パトロールを実施した。令和２年度の患者満足度調査を実施した。

令和２年 11 月、令和３年１月、身だしなみチェックを実施した。

令和２年 12 月、「接遇マニュアル」を電子カルテ及び学内ポータルサイトに掲載した。

令和３年 ３月、ニュースレターに患者満足度調査結果を掲載し周知した。

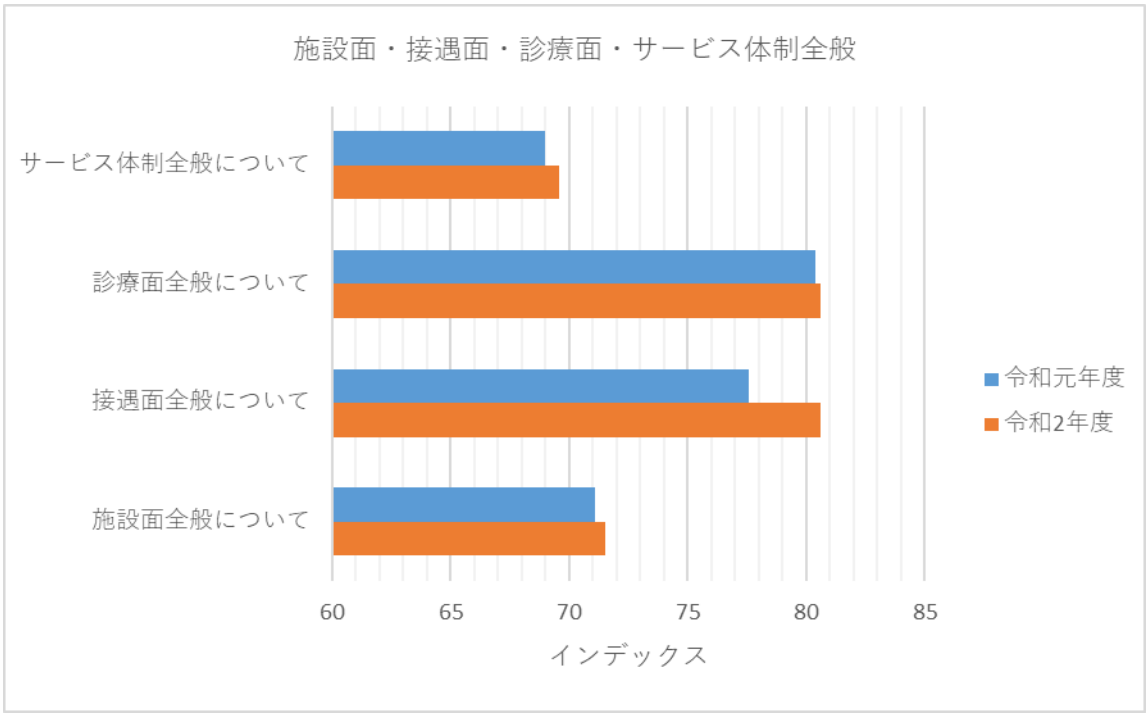
	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)関係所属での検討　現状調査と分析 接遇マニュアル作成						
(2)関係会議での決定						
(3)運　用						
(4)評価　　患者満足度調査						

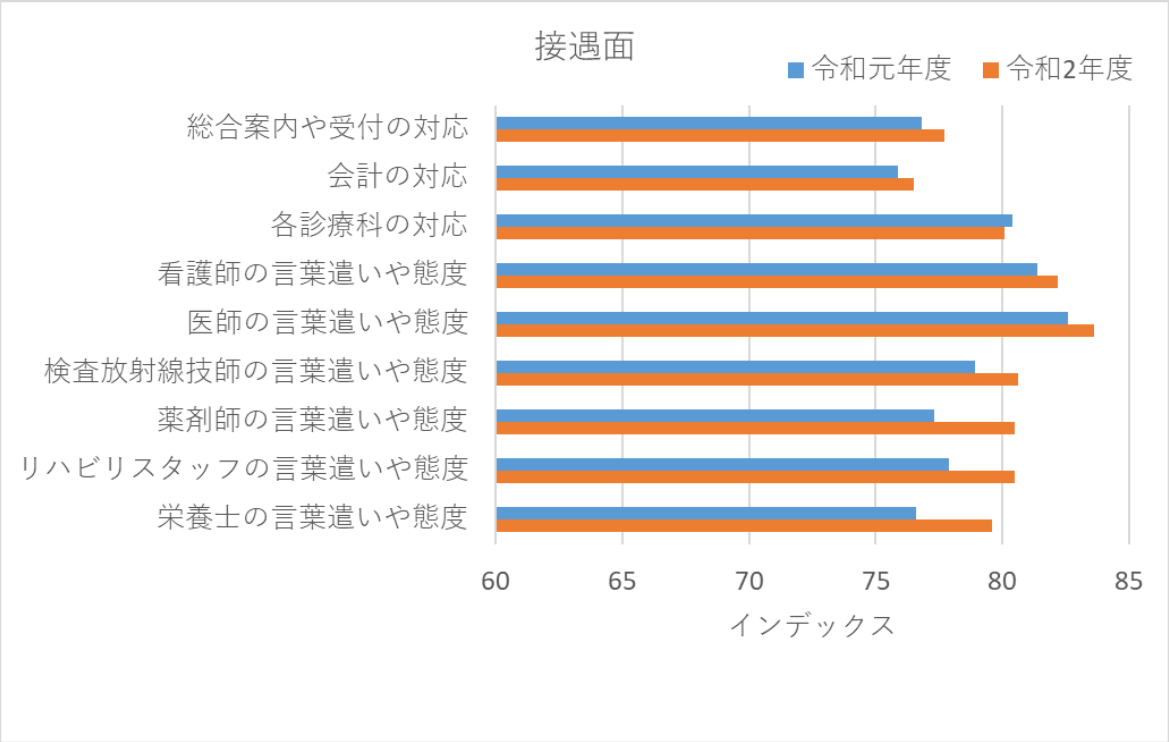
（３）成　果　　【達成度：　Ｂ　】

「接遇マニュアル」を完成させると同時に、周知と運用を開始した。運用開始から間もなく、十分な周知には至っていないが、令和２年11月に患者満足度調査を実施したところ、外来の接遇面においては、総合案内や受付、会計の対応、医療従事者の言葉遣いや態度等について前年度より満足度が高くなった。診療面、サービス面に関しても、調査した他の病院と比較して平均より高い結果であった。

身だしなみチェックおよび接遇パトロールの活動に関しては接遇に対する意識づけ、接遇マニュアルの周知、「接遇マニュアル」を見返す機会とする効果があった。

＜外来患者満足度調査の結果＞





＊インデックスとは、非常に満足:100 点、満足：75 点、どちらともいえない：50 点、やや不満：25 点、不満：0 点とした平均評価点

（4）課題と今後の取り組み

患者満足度の調査結果から、外来のサービス面（会計の待ち時間、待ち時間の気配り、安全面への気配り、プライバシーの気配り）への満足度が前年度（令和元年度）を下回ったため、関連部署と連携しながら対応を進めていく。

「接遇マニュアル」については、さらなる周知・啓発を行っていく。

（5）担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

2 患者との信頼関係の構築

～②自己情報開示請求（診療記録開示請求）時の対応～

（1）取り組み概要

有害事象が生じた患者等から自己情報開示請求（自己の診療録の開示請求）があった場合は、附属病院内の関係部署ですみやかに情報を共有し、対応する方法を検討する。

（2）取り組みの経過

令和２年１月より、患者・家族等からの診療録開示請求に関するリストを作成し、医療相談や苦情等に適切に対応する目的の範囲で関係部署の担当職員がリストを閲覧することとしている。医療クオリティ審議委員会及びコアメンバー会議等においては、開示請求の有無を確認し、該当あれば周知することとしている。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
⑴関係所属での検討						
⑵関係会議での決定						
⑶運　用						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

医療クオリティ審議委員会及びコアメンバー会議等における検討の参考として、患者・家族等からの診療録の開示請求の有無を確認する仕組みをつくることができた。

また、関係部署が当該情報を把握して連携することにより、患者対応の充実に資するものと期待される。

（4）課題と今後の取り組み

今後も適切に運用し、患者対応の充実に役立てていく。

（5）担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

3　手術等の実施の説明　～①治療・手術の説明体制～

（1）取り組み概要

各診療科で使用している手術等の説明書・承諾書について、手術体制等も含めて説明責任を果たせるよう見直しを行う。

（2）取り組みの経過

令和元年３月、「説明文書」の様式について、担当医等を記述する欄を設けるなどした改訂案を作成した。

令和２年４月、改訂案について医療安全管理委員会の承認を受け、登録済みの説明文書様式へ反映するとともに、新規の説明文書もこれに沿って作成することとした。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)部署内で検討						
(2)関係会議で決定						
(3)運用						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

全国的にまだ類例が少ないと考えられるが、「説明文書」について執刀医などを記載可能な書式とすることにより、事前に患者と認識を合わせることができるようになった。

（4）課題と今後の取り組み

全ての手術・手技について見直し後の書式で作成することとし、課題があれば、逐次書式の見直しを行う。

（5）担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

4　手術等の実施の説明　～②治療選択における IC の対応～

（1）取り組み概要

- 病院としての IC の考え方や手順を明確化する。
- 看護師が IC に同席して患者・家族の反応や理解度を確認し、看護記録に残す。

（2）取り組みの経過

令和２年３月まで、IC における看護師同席率向上ワーキンググループと協力し、「IC 同席と意思決定支援における手順（手術に関しての同席の手順）」を作成した。また同様に看護師の IC 同席の実施状況を診療科ごとに抽出できるテンプレートを電子カルテに反映できるシステムについても作成した。

令和３年３月、「IC 同席と意思決定支援における手順（手術に関しての同席の手順）」を医療安全管理マニュアルの一部として位置づけた。また、看護師の IC 同席の実施状況を診療科ごとに抽出できるテンプレートが電子カルテに反映した。

「手順」にもとづき、看護部では IC に同席できるよう医師との連携・調整に取り組んだ。

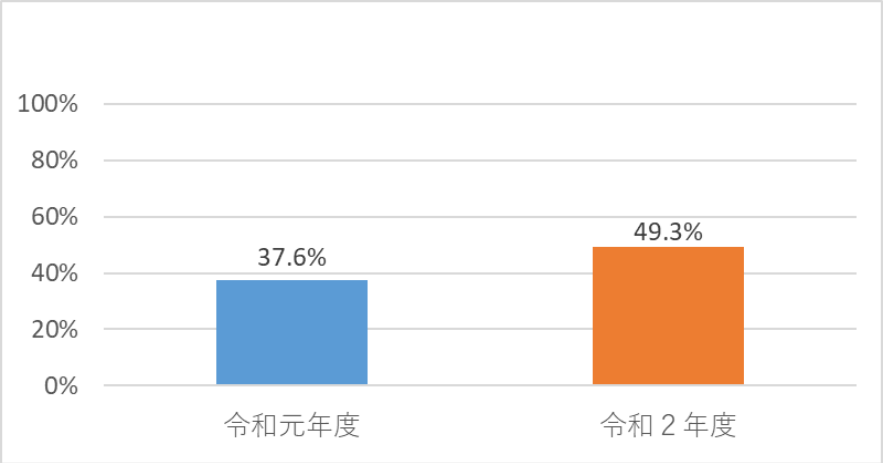
同席状況の把握と推進を目的として各診療科・病棟ごとの同席実施状況の調査を施行した（全身麻酔手術患者で令和元年６月・令和２年 11 月）。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)ワーキンググループ検討と試験運用						
(2)手順書等の関係会議での決定						
(3)手順書の周知と実施						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

- 「IC 同席と意思決定支援における手順（手術に関しての同席の手順）」を作成して医療安全管理マニュルへ位置づけることで手順を明確化し、周知することができた。
- 看護師の IC 同席の実施状況を診療科ごとに抽出できるテンプレートを電子カルテに反映することにより、より詳しく状況を把握できるようになった。
- 全身麻酔手術において、看護師の IC 同席率は令和元年度：37.6%から令和２年度：49.3%に増加した。そのうち外来で同席した割合は、令和元年度：16.8%から令和２年度：42.1%に増加した。

＜全身麻酔手術における看護師のＩＣ同席率＞



（4）課題と今後の取り組み

- 「IC 同席と意思決定支援における手順（手術に関しての同席の手順）」の周知を徹底し、同席率を向上させる。
- IC 同席を推進できるように院内での連携を強化する。
- テンプレート活用により診療科単位での PDCA サイクルを推進する。

（5）担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

基本目標３　医師の業務負担軽減への取り組み

医師の業務負担軽減は喫緊の課題であり、医師の長時間労働は医療安全にも影響を及ぼすものであるが、その解決は決して容易なものではない。このため、個別の場面における対策を進めるとともに将来に向けた総合的な検討など、幅広い分野から現状改善のためのアプローチを行った。

複数主治医制については、導入状況の調査や働きかけを通じて、ほぼ全ての診療科で導入することができた。看護師・薬剤師・臨床工学技士など他職種へのタスク・シフティングも期間中に一定程度進展させることができた。女性医師支援は、ロールモデルの周知やニーズ調査等を通じて職員の意識の変容を促す点で一定の成果を上げたものと考えられる。

また、令和６年以降の時間外労働の上限規制を見据えて、「連続当直を行わない勤務体制の実施」、「勤務時間インターバルの確保」、「予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮」、「当直翌日の業務に対する配慮」等を検討する「勤務環境の改善検討ワーキンググループ」を設置して具体的な検討を開始した。

1　複数主治医制（グループ診療制）の導入・定着

（1）取り組み概要

各診療科における複数主治医制（グループ診療制）の実施状況について実態調査を行い、改善策の検討及び適切な実施方法を検討する。

（2）取り組みの経過

令和元年 12 月まで、実態調査において確認する事項等について検討を行い、令和２年１月に調査を実施した。令和２年２月から３月に集計及び分析を行い、３月末に各所属に対しフィードバックを行うとともに、令和２年４月以降は未実施診療科への再確認及び導入の働きかけを行った。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)実態調査の設計						
(2)実態調査						
(3)調査内容の分析						
(4)各診療科へフィードバック等の実施						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

調査対象とした 39 所属のうち 36 所属について導入済であることを確認した。また、未導入の診療科に対しても働きかけを行い、導入を確認した。これらの所属については、継続し実施している。

（4）課題と今後の取り組み

今後も継続し実施するとともに、医師の働き方改革の推進を踏まえ、さらなる充実について検討を行う。

（5）担当所属

病院管理課

2　タスク・シフティングの推進　～看護師の取り組み①～

（1）取り組み概要

看護部、医療安全管理部、薬剤部、感染制御部など医師を含むワーキンググループを作り、看護師が抗菌薬の初回投与時の緊急時の対応方法を含む手順を作成する。看護師に実施手順や緊急時の対応等について教育・研修を行い、抗菌薬の初回投与を開始する。

（2）取り組みの経過

- 令和元年 10 月～令和２年２月

  看護師による抗菌薬初回投与に係るワーキンググループを設置し、メンバーで緊急時の対応方法を含む投与手順を検討した。医療安全管理マニュアルの「注射」の項目に、看護師が初回投与すること及びアナフィラキシーショック時の対応を追加し、また「指示伝達の原則」においては、医師の指示出しについて追加した。薬剤師は各病棟での薬剤カンファランス等で看護師の抗菌薬の初回投与ができることを周知した。静脈注射のレベルⅢの研修でアナフィラキシーショックについて実施した。
- 令和２年３月

  各所属において、アナフィラキシーショックに関する学習を e-learning（ナーシングスキル）を用いて行い、看護師全員が学習したことを確認した。
- 令和２年３月下旬より

  各所属において、手順にしたがって看護師が抗菌薬初回投与を実施している。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)ワーキンググループの設置 緊急時の対応方法を含む投与手順の検討						

⑵投与手順・緊急時の対応に関する教育・研修	
⑶初回投与の実施（試験運用による手順の見直し後に本格運用）	

（3）成　果　　【達成度：　B　】

看護師による抗菌薬の初回投与の際の緊急対応方法の手順を作成し、教育・研修を実施した。

決められた手順どおりに行われ、患者に安全に投与できており、マニュアルは遵守されている。令和２年３月開始した看護師による抗菌薬の初回投与は、６月の時点で約９割の実施率であったが、12 月の時点では 100%の実施率であった。

（4）課題と今後の取り組み

人事異動で本院に転入等した医師に、看護師の抗菌薬初回投与に関するマニュアルやフローチャートの周知を行っていく。新人看護師に対しても教育と周知を行い、定着を図っていく。

（5）担当所属

看護部、医療安全管理部、薬剤部、感染制御部

3　タスク・シフティングの推進　～看護師の取り組み②～

（1）取り組み概要

特定行為看護師が患者に対し、手順書にもとづいてタイムリーに診療の補助行為（特定行為）を提供することは、医師の指示を待たずにより早く対応・処置が行えるようになり、患者の早期回復や医師の診療の負担軽減につなげることができる。そのため、「看護師特定行為検討会（看護部、関係診療科、医療安全管理部等）」で効果的な活動方法等を検討し、活動範囲を拡大していく。

（2）取り組みの経過

令和元年から令和２年までに看護師特定行為検討会を計６回実施した。検討会では、研修修了生の特定行為権限付与（区分ごと）や、活動方法の検討、患者同意方法の決定などを行った。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
⑴ 看護師特定行為検討会での検討						
⑵特定行為の実施						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

毎年２名の特定行為研修修了者を輩出しており、令和２年度末で合計８名の修了者に対し、のべ 12 行為の権限が付与されている。現時点ではほとんどが配属先での直接指示下における特定行為実施であるが、手順書による実施に向け、システム上で指示簿指示入力ができるように整えた。また、患者への同意については、包括同意の方向で周知することが決定した。

特定行為看護師の特定行為実施件数は、令和元年度：94 件、令和２年度：87 件であった。

（4）課題と今後の取り組み

課題として、特定行為看護師の特定行為実施件数がまだ少なく、特定行為実施が配属所属での実施にとどまっていることが挙げられる。このため、所属の状況に応じた特定行為区分の特定行為看護師を計画的に育成していくことや、横断的な活動を広げるために RCT 等での特定行為を横断的に実施できるよう、方法を検討していく。また、活動の促進と定着に向け引き続き看護師特定行為検討会で課題を協議していく。

（5）担当所属

看護部

4　タスク・シフティングの推進　～薬剤師の取り組み～

（1）取り組み概要

外来化学療法センターに患者指導を行う薬剤師が常駐し、レジメン初回導入時及び継続した服薬指導を行う体制をつくることで、医師の負担軽減及び安全ながん薬物療法の実施に貢献する。

（2）取り組みの経過

令和元年８月から外来化学療法センターにおける抗がん剤の服薬指導担当薬剤師２名の育成を開始した。さらに令和２年２月より「外来がん治療認定薬剤師」の資格を有する薬剤師１名を採用し外来化学療法センターに専従とすることで業務の充実を図った。

令和２年 10 月から「がん患者指導管理料ハ」の算定を開始した。

その後、令和２年 11 月に２名、さらに令和３年３月には１名の薬剤師について外来化学療法センターでの患者指導の研修を開始した。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)外来での抗がん剤の服薬指導担当者の育成						
(2)外来での抗がん剤の服薬指導の拡大						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

現在、外来化学療法センターにおいて専従１名と兼務４名の計５名の薬剤師で服薬指導を行っており、当初、目標としていた薬剤師を常駐する体制を構築することができている。このことにより、外来化学療法センター利用患者に対する指導割合は月平均 59.2%と約６割の症例に服薬指導が行えている（図 1）。

患者指導の内訳としては初回指導件数が多いが、これにより医師による患者への説明の負担を軽減していると考える（図 2）。

患者指導に伴い、処方提案等も行っている。これは、薬剤師の患者指導により患者の状態や患者からの訴え、カルテ確認等で薬などの提案を医師に行うことである。このことで副作用の軽減や処方漏れ等を防いでおり、治療の継続に繋がっているものと思われる。薬剤師が常駐する以前は外来化学療法センターの看護師が患者からの訴えがあった際には対応していたことから、看護師の負担軽減にも貢献しているとも言える。

また、令和２年 10 月から算定を開始した「がん患者指導管理料ハ」の算定件数は増加傾向を示しており、令和３年２月には１００件/月の実績であった（図 3）。

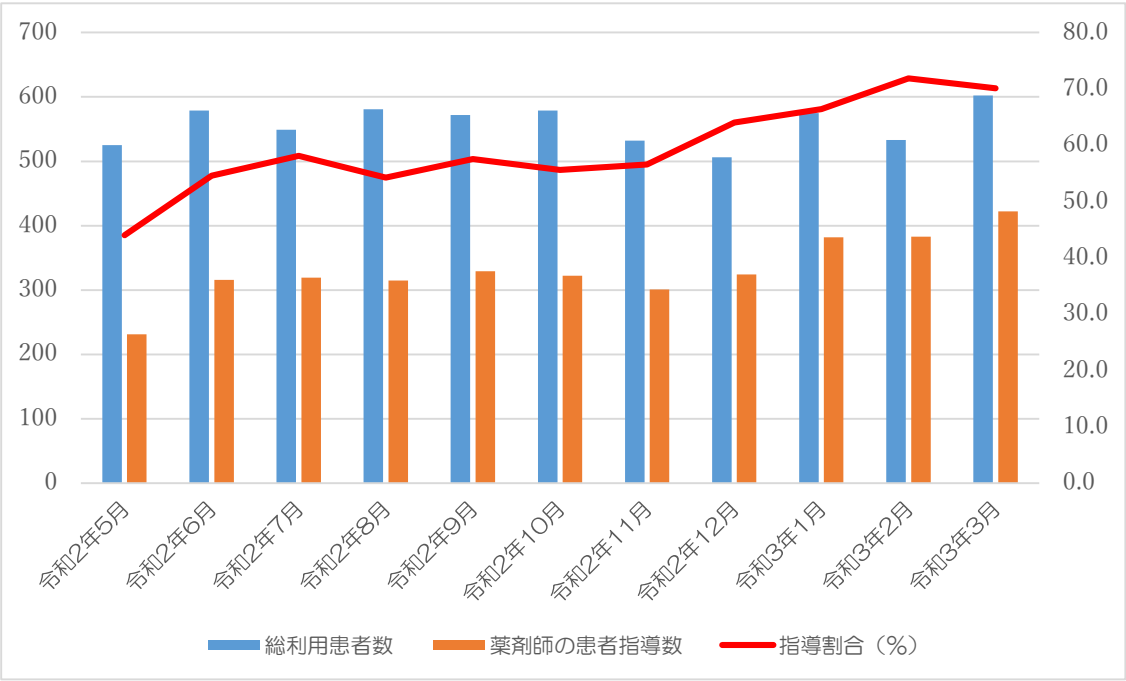


図１　薬剤師による患者指導件数とその割合（外来化学療法センター）

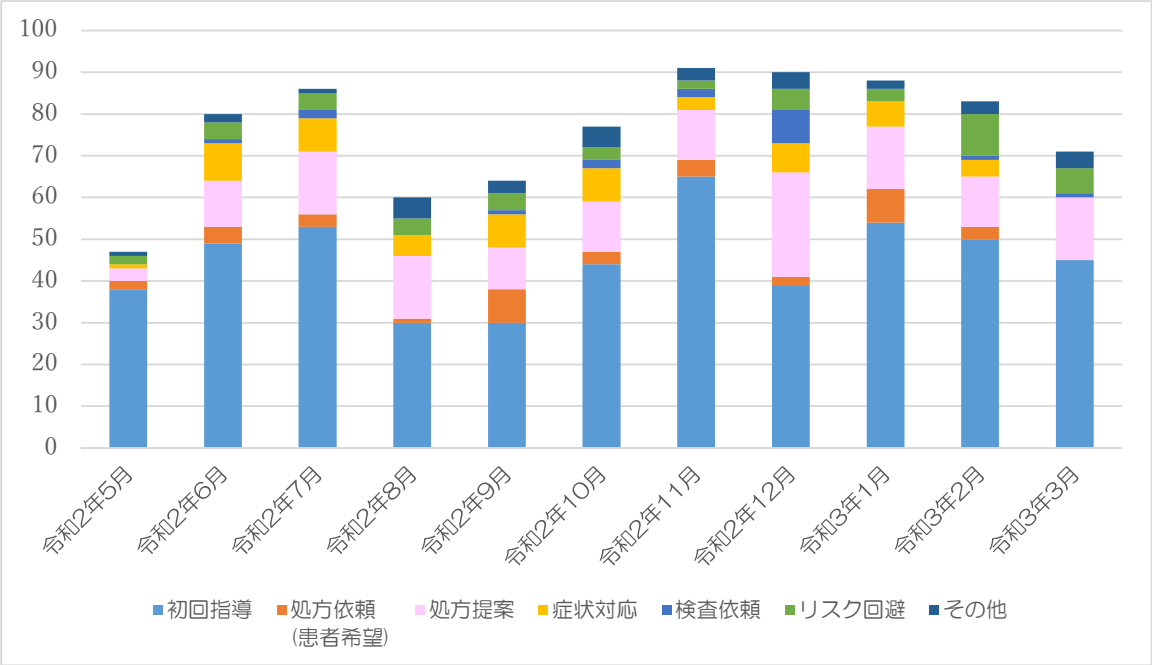


図２　薬剤師による患者指導の内訳（外来化学療法センター）

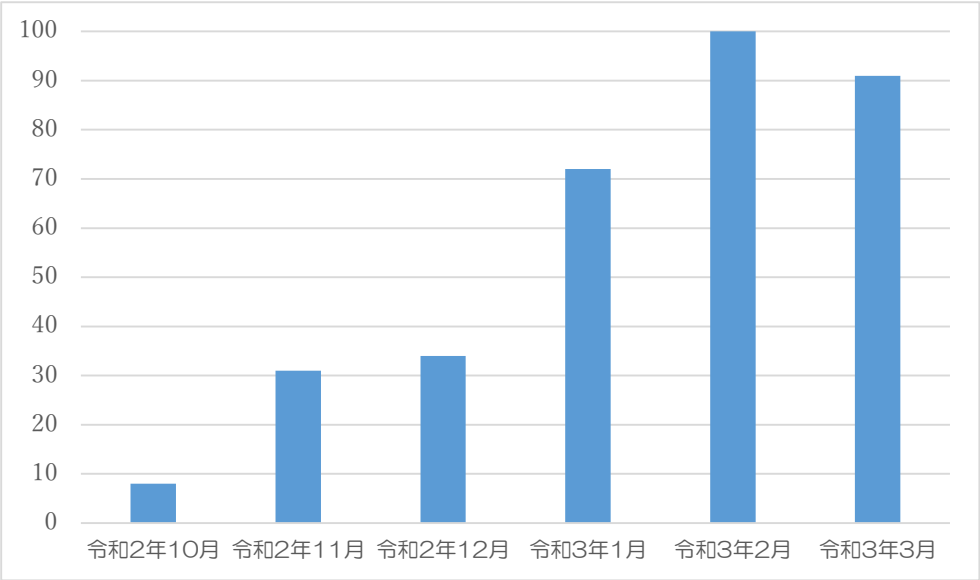


図３　がん患者指導管理料　算定件数

（4）課題と今後の取り組み

本院が日本臨床腫瘍薬学会と日本医療薬学会の「研修認定施設」となったことによって薬剤部に所属する薬剤師が、がん化学療法関連の資格を取得できるようになった。今後も認定資格の取得も視野に入れながら計画的に育成を行い、患者指導を充実したい。

（5）担当所属

薬剤部

5 タスク・シフティングの推進　～臨床工学技士の取り組み①～

（1）取り組み概要

透析患者への穿刺は、時間的効率を向上させるため、医師だけではなく臨床工学技士も行う。穿刺のできる臨床工学技士を育成するため、臨床工学技士の中で指導者を設定し、指導者によるバスキュラーアクセス（*5）の勉強会やシミュレーション装置等を用いたトレーニングを行う。

(*5) バスキュラーアクセス

血液透析において透析装置との間で血液循環を可能とするために患者さん側に設けられる経路

（2）取り組みの経過

令和元年９月より臨床工学技士の中で指導者を設定し、バスキュラーアクセスの勉強会やトレーニングを開始した。令和元年 10 月より臨床工学技士による集中治療部門での血液透析時の穿刺を開始し、令和２年４月より人工透析センターでの穿刺も開始した。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)臨床工学技士への教育						
(2)臨床工学技士による実施						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

人工透析センターの医師と相談し、現在、血液透析時の穿刺は９割以上を臨床工学技士が行うようになっており、患者を待たせることなく効率的な透析業務を行うことができた。さらに医師は指示出しに集中できるようになった。

（4）課題と今後の取り組み

穿刺のできる臨床工学技士が少ないため、引き続き穿刺のできる技士の育成を進めていく必要がある。

（5）担当所属

臨床工学センター、人工透析センター、腎臓高血圧内科

6 タスク・シフティングの推進　～臨床工学技士の取り組み②～

（1）取り組み概要

臨床工学技士は、医師の指示のもと体外循環装置や人工呼吸器等を使用している患者の動脈ラインを含む留置カテーテルからの採血の実施が認められているため、集中治療室における朝の定時採血を臨床工学技士が行うこととした。

（2）取り組みの経過

令和元年 10 月より関係部署との協議を開始し、11 月より集中治療室入室中の心臓血管外科の患者で体外循環装置や人工呼吸器を使用している患者の朝の定時採血を開始した。その後も集中治療室に入室することが多い消化管外科、脳神経外科、さらに肝胆膵・移植外科とも協議を進め、夜勤の臨床工学技士による朝の定時採血を開始した。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
⑴各診療科との調整	⇨			⇨	⇨	
⑵臨床工学技士による実施	■	■	■	■	■	■

（3）成　果　　【達成度：　B　】

集中治療室における朝の定時採血を夜勤の臨床工学技士が行うことで医師の労務軽減となり、さらに医師が朝出勤した段階で採血の結果が出ているため、患者状態の把握がよりスムーズとなり、業務調整がしやすくなったと考える。

（4）課題と今後の取り組み

今後は、救命救急センター等の集中治療部門でも朝の定時採血を行うよう各部署と協議していく。

（5）担当所属

臨床工学センター、集中治療部、心臓血管外科、消化管外科、脳神経外科、肝胆膵移植外科、救命救急センター

7 タスク・シフティングの推進

～患者サポートセンターの取り組み～

（1）取り組み概要

患者サポートセンターにおいて、逆紹介について納得されない患者さんに対し「二人主治医制」等の制度説明を医師に代わって行い、医師の負担軽減とともに逆紹介を推進する。

また、地域医療機関を訪問し、特定機能病院の役割について理解をいただくとともに、連携強化を図り、医療機関間の紹介・逆紹介をスムーズに行う。

（2）取り組みの経過

医師からの依頼に基づき二人主治医制の説明代行を行った。

新型コロナウイルス感染症の感染防止対策に伴い、地域医療機関の訪問は見合わせている状況であるが、患サポ通信等により連携登録医への情報発信を行っている。

また、新型コロナウイルス感染症転院患者の調整及び情報取得を実施した。

逆紹介の説明代行についても引き続き実施していく。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)二人主治医制の説明代行						
(2)病院訪問						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

「二人主治医制」の説明を患者サポートセンター職員が代行することにより、医師の負担を軽減できた。病院及び診療所を訪問し、本院との連携強化について依頼するとともに、連携登録医となっていない病院等を訪問し案内を行った。（訪問実績：26 病院、34 診療所）

さらに、逆紹介が進むことにより、外来患者数が減少し、医師の負担軽減が図られるとともに高度な治療へ特化することができた。逆紹介率については医療法施行規則において６０％以上を求められているが、令和元年度は 72.9%、令和２年度は 77.1％となり基準を満たすことができた。

（4）課題と今後の取り組み

逆紹介の説明代行については、引き続き実施していく。

病院訪問については、新型コロナウイルス感染症の終息が確認されるまで休止するが、病院訪問以外の地域医療連携について推進していく。

（5）担当所属

患者サポートセンター

8 タスク・シフティングの推進　～医療秘書の取り組み～

（1）取り組み概要

例年のアンケート調査で要望の多かった外来部門への医療秘書の配置を進め、病理診断管理加算の代行入力、返書作成の代行、救命救急センター外来に係る代行入力、内視鏡診療部に係る代行入力を行う。

（2）取り組みの経過

令和元年８月より病理診断管理加算の代行入力を開始した。令和元年 11 月より内視鏡診療部の代行入力の開始ならびに返書作成業務の拡大を行った。令和２年１月より救命救急センター外来に係る代行入力を開始した。

さらに、令和２年６月より生殖医療センターに係る診断書作成業務及び放射線治療科のサマリ作成代行も開始した。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
⑴病理診断管理加算の代行入力						
⑵返書作成の代行	院内調整、試行					
⑶救命救急センター外来に係る代行入力	システム改修					
⑷内視鏡診療部に係る代行入力	システム改修					

（3）成　果　　【達成度：　B　】

医師の負担軽減の推進の結果、診療・研究・教育など、医師としての専門性が求められる業務に従事することができるようになった。

（4）課題と今後の取り組み

引き続き外来への医療秘書の配置を進め、医師の負担軽減を推進していく。

（5）担当所属

医事課

9 女性医師支援のさらなる充実

（1）取り組み概要

- 復職支援
  各所属における復職支援の実態調査を実施し、効果的な事例を周知する。
- ロールモデルの紹介
  ロールモデルとなる教員・研究者等の事例を収集し、周知する。
- ニーズ調査
  就業継続・復職支援のニーズを把握するため医師を対象としたアンケートを実施する。

（2）取り組みの経過

- 復職支援
  令和元年 12 月に各所属の復職支援の実態調査を実施し、令和 2 年 3 月に周知を図った。
- ロールモデルの紹介
  ロールモデルの選定方法について検討の上、令和 2 年 6 月に候補者に対して寄稿依頼を行った。その後、収集した事例をとりまとめ、令和 2 年 12 月に男女共同参画支援室のホームページに掲載し、学内外に周知を図った。
- ニーズ調査
  令和元年 12 月 26 日～令和 2 年 1 月 17 日にアンケートを実施し、その後、集計を行った。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)調査・情報収集の準備						
(2)調査・情報収集の実施						
(3)調査・事例の取りまとめ、周知						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

- 復職支援

各所属の取組に関する事例集を作成し、学内に周知を図った。

・　ロールモデル集

男女共同参画支援室のホームページに 17 名の事例集を掲載し、学内外に周知を図った。https://www.fmu.ac.jp/home/gendeqsp/rolemodel/

（4）課題と今後の取り組み

取組の成果を定期的に周知することで、なるべく多く教職員の目に触れる機会を作る。ロールモデルについては、今後も事例を収集し、紹介していく。

（5）担当所属

総務課、病院管理課、男女共同参画支援室

10　勤務環境の改善

（1）取り組み概要

本院における医師の在院・在学時間中等の従事業務の全体像を把握し、その問題点を検討するための調査・分析を行う。

（2）取り組みの経過

附属病院に勤務する全ての医師を対象とした「医師の働き方に関する実態調査」を行い、在勤時間、診療時間等の実態を把握した（調査期間　第 1 回：令和元年 11 月 11 日～11 月 16 日、第 2 回：令和 2 年 1 月 20 日～1 月 26 日）。また、医師の働き方改革の課題である「連続当直を行わない勤務体制の実施」、「勤務時間インターバルの確保」、「予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮」、「当直翌日の業務に対する配慮」等を検討する勤務環境の改善検討ワーキンググループを令和 2 年 9 月に設置し、検討を行った。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)実態調査の設計						
(2)実態調査						
(3)調査内容分析						
(4)ワーキンググループでの検討						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

上記調査を踏まえ、上記ワーキンググループで以下のとおり検討を進めた。

第 1 回（令和 2 年 10 月 14 日開催）

ワーキンググループにおける検討事項の概要についての説明

第 2 回（令和 2 年 11 月 11 日開催）

国の動向の情報共有

第 3 回（令和 2 年 12 月 9 日開催）

「当直翌日の業務内容に対する配慮」等についての各所属における計画

第 4 回（令和 3 年 2 月 10 日開催）

「当直翌日の業務内容に対する配慮」等についての各所属の照会結果

国の医師の働き方改革の中間とりまとめの情報共有

（4）課題と今後の取り組み

今後も上記ワーキンググループを継続して開催し、医師の勤務環境の改善について検討を進めていく。

（5）担当所属

病院管理課、総務課

基本目標４　医療安全文化の醸成

医療安全意識の指標となるインシデント報告については、職種ごとに目標値を設定するなどの取り組みにより多くの職種で報告件数が増加した。また、アクシデント報告についても、過去の報告事例の傾向分析やリスクマネージャーへの働きかけを行ったことにより増加した。また、研修医に対し医療安全に関するタスクを課すことで、現場に即した医療安全活動に継続的に関わる仕組みを構築した。診療録の標準化については、監査結果を各診療科にフィードバックすることにより診療科内で監査結果の共有を図った。

これらの取り組みにより、現場で診療にあたる職員に加えて将来の本県医療を担う研修医においても、高いリスク感性と安全意識を涵養することにつながったと期待する。

１　インシデント報告の活性化

（１）取り組み概要

看護師以外の職種からの報告件数が少ない理由について、所属（職種）ごとの現状及び課題を把握する。課題解決のため、所属（職種）ごとに人数や業務の性質等を踏まえて目標値を設定するなど報告件数増加のための具体的方策を検討する。

上記方策について院内各所属へ周知して実践するとともに、達成状況について継続的に確認を行っていく。

（２）取り組みの経過

インシデント報告の活性化にむけて、ワーキンググループでの話合いを計５回実施した。

令和元年１２月には、主にインシデント報告に関する課題を抽出し、令和２年２月には、インシデントレポート件数が増加しない原因や報告すべき事例についての検討を行った。同年５月には、引き続き、報告すべき事例と各所属における１人あたりの目標値について検討を行った。同年１０月には、各所属の報告状況を確認するとともにインシデントレポート入力方法に関する意見交換を行った。令和３年３月には、各所属の報告状況・目標達成度の評価、また、インシデントレポート入力項目を改訂し共有した。

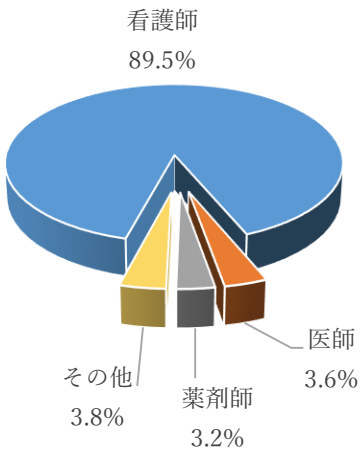
	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)現状把握、課題共有、改善策の検討						
(2)改善策の周知・実践						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

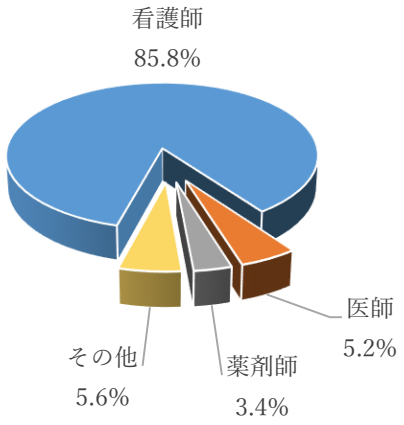
インシデント報告総数は、令和２年度は令和元年度に比べ約４００件減少した。これはCOVID-19 対応による患者数の減少が影響したものと推測される。これに伴い、報告件数の８割を占める看護師の報告件数は減少したが、前年度より報告件数が増加した職種が多かった。各職種ごとに設定した１人あたりの報告件数目標値は多くの職種で達成している。医師の報告件数は増加したが、１人当たりの報告件数は依然として低く、診療科や個人の差があると推測される。

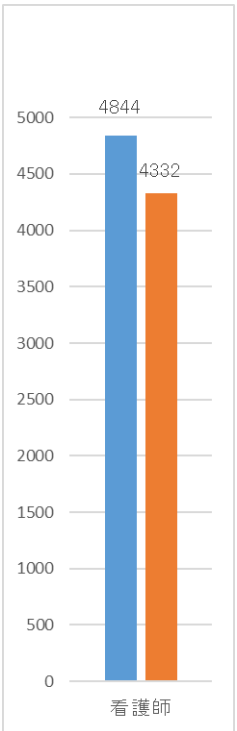
ワーキンググループ内で実施したインシデントレポート入力項目に関するアンケートを実施した結果、見直しを希望する意見が多かったことから、入力項目を改訂し共有した。

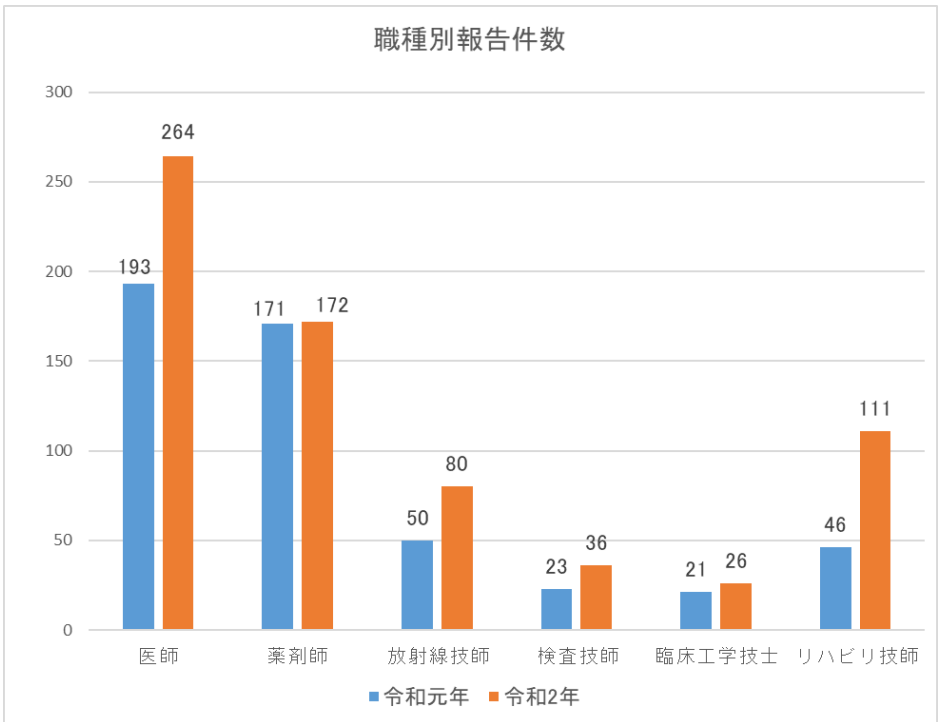
令和元年度インシデント報告者別割合
（5414 件）

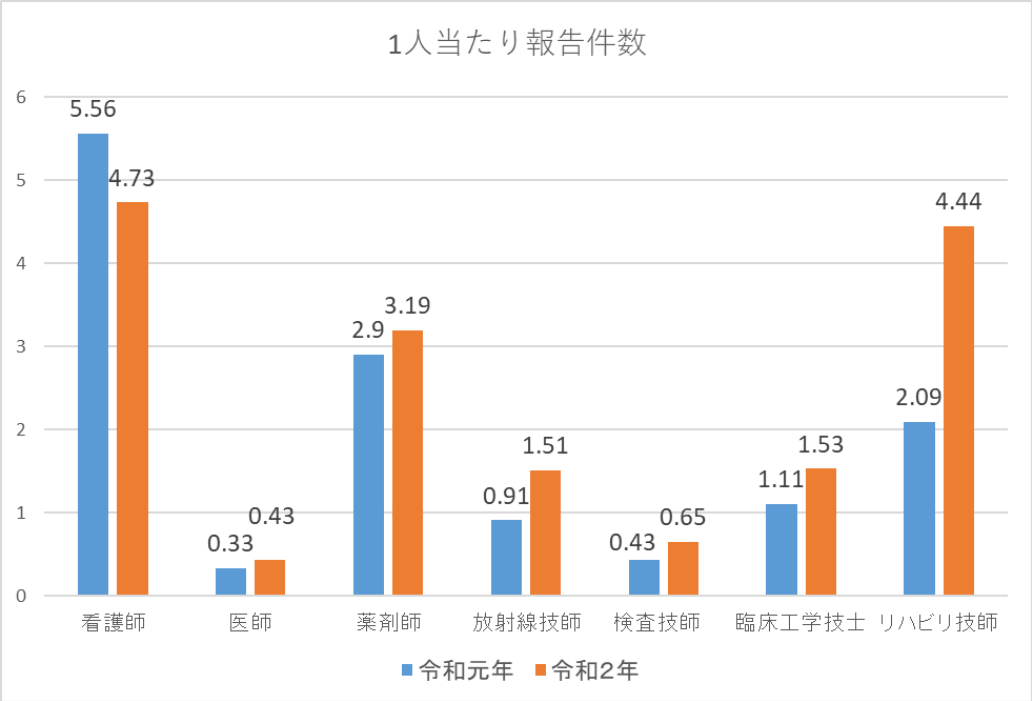


令和 2 年度インシデント報告者別割合
（5051 件）









令和２年度における目標と実績　　（単位：件）

	看護師	医師	薬剤師	放射線技師	検査技師	臨床工学技士	リハビリ技師
１人当たりの目標値	0.38	―	2.5	2	1	1.5	1.63
１人当たりの報告数	4.73	0.43	3.19	1.51	0.65	1.53	4.44

（4）課題と今後の取り組み

医師の報告件数も増加したが、年間１例も報告していない診療科も複数あった。今後は、報告件数が少ない診療科についてはリスクマネージャーと連携して目標値を設定し、インシデント報告を促す取り組みが必要と考える。

また、提出されたインシデントレポートを分析し、報告すべき具体的事例を提示するとともに報告件数が多い部署に対するインセンティブ付与を検討するなど、今後もインシデントレポートの活性化を図っていく。

（5）担当所属

医療安全管理部、看護部、薬剤部、放射線部、検査部、臨床工学センター、
リハビリテーションセンター

2 アクシデントの適切な報告

（1）取り組み概要

- 合併症に関する報告基準の周知を徹底し、適切な影響レベルにより報告するよう促す。
- 報告すべき事象が報告されない理由について現状及び課題を把握するとともに、具体的方策を検討し、実施する。
- アクシデントの報告状況を踏まえ、所属長、リスクマネージャー等へ個別の説明、報告が少ない理由の聞き取り等を行う。

（2）取り組みの経過

- 令和元年 10 月～令和２年３月

  医療安全管理部と看護部でアクシデント報告の現状を調査した。令和元年９月に手術を実施した患者のうち１か月以内に再手術に至った事例とその報告（インシデントレポートシステムによる報告や医療クオリティ審議依頼書による報告（*6））件数を洗い出した。その結果、手術件数 583 件のうち、１回目の手術に関連する再手術と考えられた事例は 12 件、そのうち報告されているものが４件（33%）であった。本院では、院内で報告すべき有害事象として、ポケットマニュアルにも掲載している。しかし、手術・内視鏡・カテ治療などにおいて、予測している（説明してある）合併症などで濃厚な処置を要した場合も報告には至っていない現状が明らかとなった。

  ２月には、診療科のリスクマネージャーから、報告すべきと認識している事例を調査し内容を共有した。

  同時期より、医療クオリティ審議依頼書で報告された事例のリスクマネージャー会議での共有・周知の方法を見直した。

(*6) 本院では、アクシデントが発生した際には「医療クオリティ審議依頼書」による書面報告を基本としているが、令和元年度以降は、報告の利便性を考慮し、手術等において予期された合併症についてはインシデントレポートシステムにより報告することとしている。

- 令和２年４月～令和３年３月

  インシデントやアクシデント報告された事例の中で警鐘的な事例について、リスクマネージャー会議や研修会で周知の機会を増やした。また７月のリスクマネージャー会議では過去５年間の診療科ごとの報告傾向を示し、さらに適正な報告を依頼した。

  令和２年４月から、手術部から毎月提出されていたオカレンスレポート（*7）を医療安全管理部専従スタッフで回覧を開始した。また、７月からは週単位で提出を受け、手術中に起きた有害事象を早期に把握することに努めた。事象が影響レベル３b 以上に該当する場合は、診療科に直接報告を依頼した。

  前年度のリスクマネージャーへの回答から、リスクマネージャー間の認識にも差があることがわかったため、後半には新任リスクマネージャーや報告の少ない診療科を中心にヒアリングを実施した。

(*7) オカレンスレポート

本院で運用している、手術中に発生した有害事象を報告する制度。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)現状把握、課題共有、改善策の検討						
(2)改善策の周知・実践						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

本院の平成 30 年度のアクシデント報告数は全診療科で 87 件であった。令和元年度に「予期した合併症による有害事象」をインシデントレポートシステムによる報告へと変更したことで、報告数は 102 件（医療クオリティ審議依頼書による報告 60 件、インシデントレポートシステムによる報告 42 件）と前年比で 17%増加した。また、令和２年度は 148 件（クオリティ依頼書報告 68 件、インシデントレポート 80 件）と前年比で 45%増加した。

オカレンス報告からも月 0～2 件程度のアクシデントに該当する事象が確認でき、診療科に適正な報告を依頼できた。外科系は、M＆Mカンファランス（*8）の定期的な開催なども背景にあり、報告数も増加し、適正化しつつある。しかし、報告件数は依然として診療科によるばらつきがみられている。

(*8) M&Mカンファランス

Morbidity（合併症）や Mortality（死亡）の発生事例を検討し、再発防止につなげる会議。

（4）課題と今後の取り組み

- オカレンス報告内容の確認は、手術中の事象の把握に有用であり継続していく。
- 診療科の安全文化の醸成は、リスクマネージャーの資質や医療安全に対する意識によるところが大きい。今後も診療科のリスクマネージャーのヒアリングや意識調査を必要に応じ行うことで課題を可視化する。またリスクマネージャーの育成につながるような研修を企画・実践していく。

（5）担当所属

医療安全管理部、　看護部

3 研修医の積極的参画

（1）取り組み概要

- 研修医を対象としてインシデント報告の意義や報告方法についての講習を実施する。
- 研修医が院内巡視等に参加し、臨床現場での医療安全活動への理解を推進する。
- 研修医をリスクマネージャー会議等に参加（見学）させ、病院としての医療安全に係る課題や取組みに触れさせる。

（2）取り組みの経過

令和 2 年 6 月～7 月には、臨床研修医に対してインシデントレポートシステムに関して、サンプル事例の入力方法等の研修を実施した。インシデント報告は、令和元年度が１４件であったが、令和２年度は２４件となり増加した。

また、令和 2 年 7 月から、臨床研修医に対して、年 1 回以上医療安全ラウンド及びリスクマネージャー会議への参加を必須化し、参加に向けての調整を行った。令和 3 年 3 月までの間に、ラウンドには臨床研修医 30 名中 30 名、延べ 31 名、リスクマネージャー会議には、同じく 30 名中 29 名、延べ 31 名の臨床研修医が出席した。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)取り組み内容の検討・調整						
(2)取り組み内容の決定						
(3)取り組みの開始						

（3）成　果

年 1 回の医療安全ラウンド及びリスクマネージャー会議への参加を必須化することで、研修医が現場に即した医療安全活動に継続的に関わる仕組みが構築された。これにより研修医のインシデント報告などリスク感性が向上し、長期的な観点から将来の医療安全確保につながることが期待される。

（4）課題と今後の取り組み

インシデント報告件数は増加したが、一方で報告を経験していない研修医もいるため、研修医期間に年間 1 事例以上報告ができるよう、定期的に提出状況の確認を行い、提出が遂行されるようサポートしていく。

（5）担当所属

医療安全管理部、　教育研修支援課

4 診療録記載内容の充実

（1）取り組み概要

平成２９年１月に策定した診療録作成指針について再度周知を図る。また、平成３０年度から開始した診療録の質的監査について、今後、監査を実施した際にフィードバックした結果への意見を伺うなど、監査の継続・充実を図る。

（2）取り組みの経過

診療録作成指針については、令和元年１０月に院内報で再度周知を図った。

また、診療録の質的監査 については、令和元年度、令和２年度において、平成３０年度と同様、退院カルテの抽出により実施した。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
（1）診療録作成指針の周知						
（2）質的監査の継続・充実						

（3）成　果　　【達成度：　B　】

質的監査の実施にあたり、監査者の評価を各診療科にフィードバックし、その結果について各診療科から意見を求めたところ、診療科内で監査結果の共有が図られるなど、分かりやすい診療録の作成に向け、一定の効果が見られた。

（4）課題と今後の取り組み

質的監査について継続して実施していくとともに、監査者や診療科からの意見を踏まえ、実施方法について必要に応じて見直していく。

（5）担当所属

医療情報部、医療安全管理部

基本目標５　臨床研修医・学生のガバナンス強化

病院長による明確なガバナンスのもとでの臨床研修医の教育、研修を行う組織について検討を行い、附属病院内に新たに「臨床医学教育研修センター」を設置した。臨床研修医に対する医療安全に関する教育についても、当センターが中心となり、継続的かつ系統的に実施することとしており、臨床研修環境の充実を図るため、臨床研修病院における研修プログラムの評価を行う「NPO法人卒後臨床研修評価機構」の評価を受審し、卒後臨床研修評価機構の定める基準に達している病院として認定を受けたところである。

また、学生の臨床実習における医療安全教育についても、事故防止などの観点から患者の不利益を防止しなければならないことから、医療安全教育を充実させるとともに、附属病院としての強みを生かし、大学とのより一層の連携を図り、情報共有の取り組みを強化している。

臨床研修医・学生のガバナンス強化

（1）取り組み概要

臨床研修医の医療安全教育については、必ずしも十分な水準にある取り組みではなかったことから、その実施体制も含めて改善が求められていた。

また、学生の臨床実習時に生じるおそれがある医療事故やアンプロフェッショナル（*9）な行動についての対応策、防止策等についても附属病院との連携が十分でない面もあったことから、ガバナンス強化のための取り組みが求められていた。

(*9) アンプロフェッショナル

医療者としての職業倫理に反し、将来的に医療に従事させる場合に不安があるといった意味合い

（2）取り組みの経過

臨床研修医について、附属病院内において管理、支援する組織を設置し、病院長による明確なガバナンスのもとで教育・研修を実施するための環境づくりを行う必要があることから、令和 2 年 4 月 1 日に附属病院内に臨床研修医を管理・支援する病院長直轄の組織として「臨床医学教育研修センター」を設置した。

令和 2 年 6 月～7 月には、臨床研修医に対してサンプル事例の入力方法等の研修を実施した。インシデント報告は、令和元年度が１４件であったが、令和２年度は２４件となり増加した。

同じく令和 2 年 6 月には、医学部生に対して医療安全に関するｅ-learning ツールである「Safety Plus」による学習を行った。

令和 2 年 7 月から、臨床研修医に対して、年 1 回以上医療安全ラウンド及びリスクマネージャー会議への参加を必須化し、参加に向けての調整を行った。令和 3 年 3 月までの間

に、ラウンドには臨床研修医 30 名中 30 名、延べ 31 名、リスクマネージャー会議には、同じく 30 名中 29 名、延べ 31 名の臨床研修医が出席した。

令和 2 年 11 月 30 日には、「NPO 法人臨床研修評価機構」による臨床研修病院の施設の概要や研修設備の状況、臨床研修プログラム等についての訪問調査を受審し、「NPO 法人卒後臨床研修評価機構」の定める認定基準を達成しているとの評価を受け、令和 3 年 5 月 1 日から 4 年間の認定を受けている。

	令和元年度		令和２年度			
	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3
(1)ワーキンググループでの検討						
(2)関係会議での決定・法規改正						
(3)医療安全教育の実施						
(4)ガバナンス強化に向けた組織の見直し						

（3）成　果

- **臨床研修医・学生のガバナンス強化に向けた教育【達成度：　B　】**

  臨床研修医・学生のガバナンス強化に向けて現状把握を行い、改善策等について検討を行った。臨床研修医については、令和 2 年 7 月から、年 1 回以上医療安全ラウンド及びリスクマネージャー会議への参加を必須化することとし、医学部生については医療安全に関する e-learning ツールである「Safety Plus」による学習を行った。看護学部生については、「医療安全学」の講義を 3 年次に実施している。これらの取り組みにより、医療の安全確保のために必要な対策等の理解が深まっており、より実践的に行動できるよう期待されている。

- **臨床研修医・学生のガバナンス強化に向けた組織見直し【達成度：　A　】**

  当初計画では、附属病院内に組織を設置する検討を令和 2 年度以降も行っていくこととしていたが、令和 2 年 4 月に附属病院の内部組織として「臨床医学教育研修センター」を設置した。この組織見直しにより、病院長のガバナンスがより明確となり、組織の機能充実が促進され、医療安全の質の向上が期待されている。

（4）課題と今後の取り組み

臨床研修医については、臨床研修医がラウンド及びリスクマネージャー会議に参加できるように引き続き調整を行っていくとともにインシデントレポートについても提出を促し、インシデント事例の概要を整理し、評価分析及び改善方策の検討を行っていく。

臨床研修医のスキル向上のための研修会（ステップアップセミナー等）を臨床医学教育研修センターとして実施していくとともに、参加状況についても引き続き把握し、医療安全教育の充実に努めていく。

医学部生のアンプロフェッショナル行動については、引き続き情報共有を行っていくこととしており、医療安全教育については、各診療科での BSL(*10)の中で医療安全に関する講義を実施するなど充実を図っていく。

看護学部生の臨床実習時の行動については、引き続き情報共有を行っていくこととしており、医療安全教育については、当面の間、現行の取り組みを継続する。

ガバナンス強化のため、組織を見直し、「臨床医学教育研修センター」を設置したが、NPO 法人卒後臨床研修評価機構」による第三者評価の結果を踏まえ、「臨床医学教育研修センター」が中心として、臨床研修病院としての機能を高めていく。

(*10) BSL

Bed Side Learning の略で臨床実習のこと。

（5）担当所属

教育研修支援課、医療人育成・支援センター、病院管理課、医療安全管理部、医療情報部、総務課

Ⅲ 今後の展望

1 アクシデント対応の強化

医療安全管理部の設置から 15 年以上が経過しており、事故対応を含めた医療安全管理管理体制に諸課題があったが、今般の一連の制度改正によって、事故対応の迅速化を図ることができた。今後に向けて最も肝要なことは、事故対応に限らず課題をいち早く認識し、また求められる変化に機敏に対応する組織のあり方（姿勢・意識）である。不断に組織体制をアップデートしていくことがより強固な医療安全管理体制につなげていく。

2 患者対応の充実

病院の理念に基づいた「接遇マニュアル」をもとに、職員へ周知と改善活動を継続していくことで、職員一人一人の誠意のある態度やコミュニケーション能力向上、多職種による連携強化を図り、患者・家族との信頼関係を構築し、より良い医療を提供していく。

手術等の説明書・承諾書については、標準化を推進することでより丁寧な患者・家族への説明をすると同時に説明責任を果たしていく。

また、IC については患者・家族の熟慮時間を十分に確保するため外来からの意思決定を支援できるようマニュアルの周知と連携体制をさらに推進することで、患者中心の医療へとつなげていく。

3 医師の業務負担軽減への取り組み

平成２３年度より本院では「医師の負担軽減及び処遇の改善に関する検討会」を設置し、医師の業務負担軽減並びに処遇の改善に取り組んできたところである。この２～３年は検討会への参集部署の範囲を広げたり、また昨年度から病院長を座長とする等、検討会の体制を強化し取り組んでいる。このアクションプランで議論されてきた内容については、引き続き「医師の負担軽減及び処遇の改善に関する検討会」で取り組んでいく。

また、令和６年４月から本格的に稼働する、医師の時間外労働の上限等を含めた医師の働き方改革については、「勤務環境の改善検討ワーキンググループ」を継続して開催し、医師の勤務環境の改善について検討を進めていく。

4 医療安全文化の醸成

医療安全意識の高さを示す指標であるインシデント報告件数については、職種による報告件数のばらつきはあるものの、一定の水準に達しつつある。今後はいずれかの段階でその質についても充実を図っていく。

そのためには、各所属の医療安全意識を高めるためリスクマネージャーと医療安全管理部がより緊密に連携していく。

また、医療安全文化の裾野を広げ、将来の医療安全を確保するという点において、若い世代（研修医・学生）の育成をさらに充実させていく。

5 臨床研修医・学生のガバナンス強化

令和２年４月に附属病院に「臨床医学教育研修センター」を設置したことから、病院長による明確なガバナンスのもとで、臨床研修医の継続的な教育、研修活動を引き続き実施し、その機能、役割について、より一層の充実を図り、臨床研修医に対して附属病院内での教育、研修活動を展開していく。

学生のガバナンス強化については、大学附属病院の特性を生かし、卒前教育との十分な連携を図り、情報共有の体制をより一層強化することにより、医療安全教育の推進に寄与していく。また、令和３年４月に保健科学部を設置したことから、保健科学部生についても、附属病院との情報の共有化を深め、医療安全教育の推進を図っていく。

6 その他

（1）この実施体制（医療安全改革推進委員会・グループ制による全学的な推進体制）は令和３年３月をもって終了したが、各取り組みは担当所属の責任へ移行することにより、着実な実施・推進を図っていく。

（2）アクションプランに掲げた理念や目標は本院医療安全管理指針に反映することで職員への定着を図り、医療安全管理体制改善・向上の精神を継承していく。

Ⅳ 参考資料

１　福島県立医科大学附属病院医療安全管理指針　（別紙１）

２　アクションプラン関係者一覧　（別紙２）

【事務局】
公立大学法人福島県立医科大学附属病院 医療安全管理部
〒960-1295　福島市光が丘１
℡　024-547-1813　　Fax　024-547-1992
e-mail　anzen@fmu.ac.jp

別紙１

福島県立医科大学附属病院医療安全管理指針

医療事故防止対策委員会策定
平成１４年１１月１３日
平成１６年　４月１４日改訂
平成１８年　５月１０日改訂
平成１９年　４月１１日改訂
平成２０年　６月１１日改訂
平成２２年　１月１３日改訂
平成２５年１０月　９日改訂
平成２７年　９月　９日改訂
平成２８年　９月１４日改訂
平成２９年１０月　２日改訂
平成３１年　３月２９日改訂
令和　元年１２月２５日改訂
医療安全管理委員会策定
令和　２年　８月１２日改訂
令和　２年１２月　９日改訂
令和　３年　６月　９日改訂

１　医療安全管理に関する基本的な考え方

病院に働く者は全て、患者中心の医療を基本とし「患者の安全は、医療内容・技術向上、患者の権利の保障とともに医療の質を構成する重要な要素の一つである。」という意識を持ち、常に安全文化の形成に努めなければならない。

医療安全確立の基本的理念は、1.危険予知、2.事故発生の予防、3.普遍的な対策と並行した個々の患者に特化した対策、4.患者も含めた医療従事者全員参加である。

医療に従事する者は Professional であることを自覚し、理想を高く掲げ、最新の医学の知識と技術を持ち、更にこれを発展・改善させる努力を継続する一方、医の倫理と人間愛に根ざした診療を行い、高い自律性、自浄性を堅持すべきである。

医療従事者は、科学としての医学を発展させるよう不断の努力を傾注することは当然の責務である。一方で医学による人間の生命現象への関与には限界があることも理解して医療行為を行うべきである。

医療行為は常に有害事象発生の危険を伴うものであり、これを無にすることはできない。従って、可能な限りその発生を減らし、あるいは未然に防止して医療安全を確立すべく、個々の自律的な事故報告と病院全体の事故情報の収集、事故防止計画・立案・実行・その検証・対応を継続的に行っていく必要がある。

医療事故の多くは、平均的医療技能を有する者が遭遇するものであって、ヒューマンファクターのみならず、システム要因、環境要因が複合して発生する。従って、起こした人間の責任のみを追及し罰しても事故を減らすことはできない。事故の原因を探り、防止するためには、誰がではなく、何が・何故の視点を持たなければならない。事故の真の原因を究明するためには、事故に遭遇した者は速やかにその内容を患者影響度に応じてインシデントレポートシステム、あるいは医療クオリティ審議依頼書によって報告する。医療安全管理部は、事故当事者、リスクマネージャーとはかってその事故の内容を分析することにより、エラーを誘発する事故の背景に潜在するシステム要因、環境要因を見出し、これを改善する対策を立案し、医療安全管理委員会に諮り、この裁可を受けて後これを実行し、その効果と履行状況を検証しなければならない。しかし稀に事故を繰り返すリピーターが潜在することがある

ので、リスクマネージャーをはじめとする安全管理者は早期にこれを発見し、再教育に努めなければならない。

他方、多くの人間が携わって膨大な医療行為をおこなわれるなかで医療事故は不可避であり、事故の被害を最小限にして患者の障害を最小限に食い止めるため、予め事故が発生した際の諸施策を定め、その対応を訓練しておくことは必要である。

2　医療安全管理責任者の設置

医療安全管理責任者（以下「責任者」という。）は、副病院長（医療安全・質管理担当）が担うものとし、責任者は、医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者の業務を統括するものとする。

3　医療安全管理部の設置

附属病院内の医療安全管理を組織横断的に担う部門として、医療安全管理部を設置し、次に掲げる業務を行う。

⑴　附属病院における医療事故の防止及び医療安全管理対策の推進

⑵　附属病院における褥そう対策の推進

医療安全管理部の組織及び業務は、別に定める医療安全管理部業務規程による。

なお、医療安全管理部が中立かつ客観的なリスク判断と対応を行えるよう、部長・副部長職については、幅広い診療科から選任する。また、業務遂行にあたっては、多角的な視点から機動的に対応できるよう多職種により対応することを原則とする。

4　医療安全管理のための委員会等

病院内の医療安全対策と患者の医療安全確保については、「医療安全管理委員会設置要綱」の定めにより、次に掲げる組織を持って推進する。

⑴　医療安全管理委員会

⑵　リスクマネージャー会議及び同会議に置く専門部会

（専門部会）

①医薬品安全使用部会

⑶　医療クオリティ審議委員会

⑷　医事紛争対策専門委員会

⑸　特別委員会及び同委員会に置く下部組織

（特別委員会）

①人工呼吸安全対策委員会

②ＲＲＳ運営委員会

③医療行為関連有害事象外部評価委員会

⑹　インシデント評価部会

⑺　医療安全管理マニュアル作成部会

5　医療安全管理のための職員研修

⑴　研修は病院内において医療安全対策の推進を図るため、医療事故防止の基本的な考え方や具体的な医療事故防止策等を全職員に周知し、職員一人一人の医療安全意識を高揚させるとともに、病院全体の医療の質の向上を図ることを目的とする。

⑵　医療安全管理委員会は研修計画に基づき、年２回程度、附属病院組織で勤務する職員（兼務者も含む）全員（正規職員（派遣県職員を含む）、再雇用職員、任期付職員、准職員、非常勤職員（月１回以上当院に勤務する者）、臨時職員）を対象に医療安全管理のための研修を実施するほか、病院長が必要と認めた場合は随時研修を実施する。

(3) 研修に参加できない職員に対し、後日研修内容を伝え、報告書の提出をもって、全職員に研修内容の周知徹底を図る。
(4) 医療安全管理委員会が主催する研修会のほか、各所属等においても職員等を対象に、研修会や外部の講習会・研修会の伝達報告等を含め、必要に応じ、研修会を開催する。

6 医療事故報告等に基づく医療安全確保を目的とした改善方策
(1) すべての医療従事者がお互いの経験から学ぶことによって医療事故を防止し医療安全管理に役立てることを目的とする。
(2) 報告は患者の傷害の影響レベルに応じて、３ｂ以上の場合は医療クオリティ審議依頼書を提出し、３ａ以下の場合はインシデントレポートシステムから入力する。
(3) 医療安全管理委員会は、報告された事例の分析、評価及び医療事故防止策の企画立案をインシデント評価部会、医療クオリティ審議委員会及びリスクマネージャー会議等で検討を経た後、医療事故防止のために必要な事項の決定を行う。また、決定された内容は病院内で周知を図り、必要に応じて改善策の実施状況を調査する。
(4) 医療事故報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益な取り扱いは一切しないこととする。
(5) 死亡・死産事例については、全例を医療安全管理部へ報告する。医療安全管理部は、その内容を管理者へ速やかに報告する。
医療安全管理部及び医療安全管理委員会は、必要な検証等を行い、その結果についても管理者へ報告する。

7 医療事故等発生時の対応
(1) 不幸にして医療事故が発生した際には、医師、看護師等の連携の下に患者の安全、救命を最優先して処置にあたり、医療事故の原因を排除し、患者を安全な状態に戻すことに努める。
(2) 医療事故の状況について、患者及び家族に速やかに説明し、必要な処置についても説明のうえ、承諾を得ておく。その際、相手方の立場を十分理解し、患者等への説明は丁寧に行い、誤解を生じさせることのないようにする。
(3) 担当者はまず直ちに口頭により概要を所属長及びリスクマネージャーに報告し、リスクマネージャーは直ちに医療安全管理部を通じて病院長に報告する。次に、所定の報告書により速やかに報告する。
(4) 病院長は、必要と認めるときは医療クオリティ審議委員会等をすみやかに開催し、事実経緯の確認、患者対応、関係機関への報告、公表の是非及び外部評価委員会の設置等について協議する。なお、協議にあたっては特定の診療科等の意見に偏らないよう中立性を確保する。

8 医療安全文化の醸成
(1)「インシデント報告については、医療安全意識・リスク感性の指標となるものであることから、その質・量の充実を図る。
(2) アクシデント報告については、報告基準や報告すべき事例を十分に周知するなど、適切に報告が行われる環境づくりに努める。
(3) 医療安全文化の裾野を広げ将来の医療安全を確保するため、研修医を積極的に医療安全活動に参画させる。

9 医療安全活動資料の非開示
医療安全活動で収集された情報は、医療安全の確保を目的とした当院内部のためだけのも

のであり、率直な意見交換を担保するために公表を予定せず収集された情報であるため、対外的には非開示とする。

10　患者相談窓口の設置

患者・家族からの苦情・相談等について適切に対応を行い、患者サービスの向上や安全対策に反映させるため患者相談窓口を設置する。

11　内部通報窓口の設置

職員等から医療安全の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口を設置する。

12　患者等に対する指針の閲覧

本指針、医療安全管理委員会設置要綱及び医療安全管理マニュアルは、患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

13　その他

(1)　病院内の医療安全管理に関しては、本指針に定めるもののほか、医療安全管理委員会設置要綱及び医療安全管理マニュアルの定めに従う。

(2)　医療安全管理委員会は、医療安全管理のための方策をより良いものとしていくため、適宜、本指針等の見直しを図っていくものとする。

(3)　本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行うものとする。

別紙２

アクションプラン関係者一覧

（令和元年10月～令和3年3月）

■　附属病院執行部等

担　当	所　属	職	氏名	備考
総　括		病院長	鈴木　弘行	
第3グループ リーダー		副病院長	大竹　徹	
全体調整担当/第1グループ リーダー		副病院長	鈴木　義行	
第4グループ リーダー		副病院長	佐治　重衡	
第2グループ リーダー		副病院長	風間　順一郎	
第2グループ リーダー		副病院長	渡邊　美恵子	
第1グループ サブリーダー	医療安全管理部	部　長	大塚　幹夫	
第4グループ サブリーダー	外科研修担当	教　授	木村　隆	
オブザーバー		理　事	菊地　健一	

■　各所属協力者

取り組み	所　属	職	氏名	備考
【基本目標１】アクシデント対応の強化				
1 緊急対策会議によるガバナンスの強化	医療安全管理部		一　同	
	医療連携・相談室	主任主査	鈴木　明子	～R2.3
		主任主査	橋本　秀穂	R2.4～
2 医療クオリティ審議委員会の適正化	医療安全管理部		一　同	
3 医療安全管理部の適正化	医療安全管理部		一　同	
4 再発防止策の確実な周知	医療安全管理部	副部長	鳥羽　衛	
	医療安全管理部	看護師長	鷹木　真由美	
【基本目標２】患者対応の充実				
1～2 患者との信頼関係の構築	看護部	副部長	野地　成子	
		看護師長	佐藤　幸子	
		看護師長	山本　匠	
		看護師長	佐藤　みつ子	
	患者ｻﾎﾟｰﾄｾﾝﾀｰ	主任主査	鈴木　明子	～R2.3
		主任主査	鈴木　朋子	R2.4～
	病院管理課	主任主査兼係長	戸城　陽子	～R2.3
		係長	吉田　あけみ	R2.4～
		副主査	横山　司	
		主事	佐藤　晴美	
	医療安全管理部	副部長	松塚　崇	～R2.3
		副部長	石井　士朗	～R2.9
		副部長	小船戸　康英	R2.4～
3～4 手術等の実施体制の説明	医療安全管理部	副部長	松塚　崇	～R2.3
		副部長	石井　士朗	～R2.9
		副部長	小船戸　康英	R2.4～
	看護部	副部長	野地　成子	
		看護師長	野崎　幸子	
		看護師長	尾形　優子	～R2.3

取り組み	所　属	職	氏名	備考
【基本目標３】医師の業務負担軽減への取り組み				
1 複数主治医制（ｸﾞﾙｰﾌﾟ診療制）の導入・定着	病院管理課	主任主査兼係長	二瓶　清美	
2～8 タスクシフティングの推進	看護部	副部長	牧野　恵子	～R2.3
		副部長	渡部　智恵子	R2.4～
		副部長	相澤　昌子	R2.4～
		看護師長	高橋　美幸	
		看護師長	渡邊　弘美	
	医療安全管理部	副部長	小船戸　康英	
		看護師長	鷹木　真由美	
	薬剤部	副部長	大竹　理子	～R2.3
		副部長	須藤　孝浩	R2.4～
	患者ｻﾎﾟｰﾄｾﾝﾀｰ	主任主査	鈴木　朋子	
	医事課	副課長	山谷　享	
		副主査	星野　可也子	
	臨床工学センター	技師長	出羽　仁	
9 女性医師支援のさらなる充実	病院管理課	主査	阿部　勇太	
	総務課	主査	薄　知佳子	～R2.3
		副主査	霜村　奏	R2.4～
10 勤務環境の改善	病院管理課	主査	鈴木　啓子	～R2.3
		主査	阿部　勇太	
	総務課	主任主査兼係長	山岸　広輔	
【基本目標４】　医療安全文化の醸成				
1 インシデント報告の活性化	医療安全管理部	副部長	長谷川　剛生	～R2.3
		副部長	鳥羽　衛	
		副看護師長	戸澤　香織	～R2.3
		副看護師長	小久保　博子	R2.4～
	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ	技師長	小野　洋子	
	検査部	技師長	山寺　幸雄	
	放射線部	技師長	阿部　郁明	
	臨床工学センター	技師長	出羽　仁	
	看護部	副部長	渡部　智恵子	
		看護師長	武田　治美	
	薬剤部	副部長	大竹　理子	～R2.3
		副部長	須藤　孝浩	R2.4～
2 アクシデントの適切な報告	医療安全管理部	副部長	長谷川　剛生	～R2.3
		副部長	佐藤　拓	R2.4～
		看護師長	鷹木　真由美	
	看護部	副部長	渡部　智恵子	
		看護師長	武田　治美	
3 研修医の積極的参画	医療安全管理部	副部長	石井　士朗	～R2.9
		副看護師長	戸澤　香織	～R2.3
		副看護師長	小久保　博子	R2.4～
	教育研修支援課	主幹兼副課長	菅野　孝雄	
4 カンファランス記録の徹底	医療情報部	主任主査兼係長	國分　透	
	医療安全管理部	副部長	石井　士朗	～R2.9

取り組み	所　属	職	氏名	備考
【基本目標５】臨床研修医・学生のガバナンス強化				
臨床研修医・学部生のガバナンス強化	教育研修支援課	主幹兼副課長	菅野　孝雄	
	病院管理課	主任主査兼係長	二瓶　清美	
	総務課	主任主査	古川　純子	
	医療情報部	主任主査兼係長	國分　透	
	医療安全管理部	部長	大内　一夫	～R2.3
		部長	大塚　幹夫	R2.4～