

1. 医療安全監査日時: 令和6年9月5日

2. 改善計画

評価基準 達成



大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標 (いつまでに何を達成するか)	担当部署	計画 (短期・中期・長期)	実施 (Do)	評価 (Check)	改善 (Act) と 次年度以降の課題・取り組み	備考
医 疗 安 全 管 理 体 制 の 確 立	<患者安全組織ガバナンス> 特定の委員（医師）が恒常にリスクマネージャー委員会を欠席している。原因を特定し、委員の交代、会議の開催方法の工夫など、早急な対策が必要である。	業務の調整がつかず、恒常に出席ができない委員がいる	R7年度内リスクマネージャー会議出席率90%を目指す	医療安全管理委員会 リスクマネージャー会議	短期: 医療安全管理委員会の委員と、リスクマネージャーの再編成を行う 中期: 部門毎のリスクマネージャーを、複数部門で共同できるようにマネージャーを選定する	・医療安全管理委員会の委員を幹部職員とし、リスクマネージャーを部門の長とする委員の再編を行った。 上半期出席率90%~77%	△	今年度の出席状況を確認し、次年度のリスクマネージャーの再編を検討する	
	<患者・家族への支援体制/患者相談窓口> 院内の掲示では相談体制の周知が図られているが、入院患者向けの「入院のご案内」と地域の医療機関等に向けた「診療のご案内」では、相談窓口の名称、設置場所、受付時間の記載が統一されていない。患者及び職員にわかりやすいように、相談窓口案内を統一された。	入院案内と診療案内等での掲載内容が統一できていなかった	R7年度中に相談窓口の案内を統一する	地域連携室	短期 ・R6年度内に「診療のご案内」を改定 ・R7年度上半期に「診療のご案内」を改定する ・「患者相談窓口」の記載内容を「入院のご案内」の文面に⑤医療安全などに関する相談（医療に関する疑問や不安、医療内容についての相談など）を記載追加 ・外来部門への掲示場所を改定する 中期 ・職員への周知を行う	・令和7年2月に「入院のご案内」を更新「入院のご案内」の文面と、「診療のご案内」の文面を同じものに変更済である。 ・令和7年6月「診療のご案内」変更済 ・受付時間表記の統一はできた ・外来の掲示場所を会計の脇に変更した	△	・職員への周知を実施していく	
	<リスク把握> ・事象を多角的、かつ有機的に把握するため、医師・看護師以外の職能からの報告数が全体の20%以上（現在16%）になるよう目標設定されるとよい。 薬剤部は9%と良好だが、それ以外の職能の報告行動に改善の余地がある。	部門により、部門内の注意喚起で終了てしまい、報告書で報告する意識が薄い	【医療安全管理室】 R7年度中に医師・看護師以外のインシデント報告数が20%となる 【リハビリ】 リハ科では、年間のインシデント報告件数を30件以上とし、そのうちインシデント0, 1レベルを15件以上報告することを目標に設定した。 【栄養科】 年度末までにレベル0報告を10件以上 【検査科】 今年度の報告数増加を目指す（昨年度より3割増加） 【放射線科】 リスク管理について、部署内で共有するだけでなく、レポートを作成するといった意識を持つようとする 【薬剤部】 引き続き年度末までにインシデント報告件数110件以上を医療安全目標とする	各部門 医療安全管理室	【医療安全管理室】 ・リスクマネージャー会議で、毎月インシデント報告の職能別の割合を出し、報告の割合を可視化する ・グッジョブ報告を積極的に共有する 【リハビリ】 インシデントレベル0, 1の事例を見逃さないように注意喚起し、報告が出しやすくなるように環境を整え、スタッフ個々の報告意識を高めていく。警鐘的な事例が発生した場合は、リハ科内でケーススタディを行い、情報共有により報告の重要性を認識するようする。 【栄養科】 ・科員、給食委託業者にレベル0報告増加目的について周知を行う。 ・発生したレベル0報告について科員、給食委託業者で共有を行う。 【検査科】 短期: 都度回覧することでインシデント事例の共有化をする 中期: 回覧チェックにて共有化できているかを把握する 長期: チェックに不備がある場合、声かけを行い意識付けしていく 【放射線科】 積極的にレポートを作成するよう取り組む 【薬剤部】 各月10件程度 年度末110件	【医療安全管理室】 上半期平均15% 【リハビリ】 リハ科内での情報共有を継続している。 【栄養科】 科員、給食委託業者に対しレベル0報告増加目的について周知を行った。 9月末時点でレベル0は19件発生しており、前年度同時期の22件と同程度で推移している。発生したインシデントは科内で共有を行っている。 【検査科】 R710月現在の報告数は38件となっている。引き続き報告の推進に努める 【放射線科】 4~9月55件 ゼロレベルの報告の強化	△	【放射線科】 レポート作成の意識が少ない。意識改革が必要 継続	
	<職員への周知・教育体制> ・院内で発生した死亡事故の経緯、原因分析結果、再発防止策について共有する機会が決まっていない。また、「日本医療安全評価機構の提言など外部情報の活用」（既読チェックがなされていない）	死亡事故の経緯、原因分析結果、再発防止策について共有する機会が決まっていない。また、「日本医療安全評価機構の提言など外部情報の活用」（既読チェックがなされていない）	次回監査までに全職員の半数以上が院内で発生した事例と再発防止策を認識できる 日本医療安全評価機構の提言など外部情報の活用していく	医療安全管理室	短期 ・R7年度内に死亡事故の経緯、原因分析結果、再発防止策について共有する機会を持つ ・医療安全管理委員会でアクシデントを共有する機会を検討する ・リスクマネージャー会議で日本医療安全評価機構の提言を共有し、部署の既読状況を確認する	・医療安全管理委員会でアクシデントを共有する方法を検討し、電子カルテでの共有を決定した	△	電子カルテのポータル画面での情報共有を行うが、共有事項の詳細は今後検討が必要である	

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	担当部署	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備考
医療安全管理	<質管理> 病院全体として、医療安全に関する方針を4項目立案している（「インシデントアクシデント報告件数を年間1400件以上とする」「患者誤認によるインシデントを起こさない」「薬剤に関する有害事象を減少させる」「インフォームド・コンセントの質向上を図る」）。 薬剤による有害事象の定義を明確にされるといい。 数値目標は件数ではなく、分母・分子を有した率による設定が望ましい。 経年推移の把握や、部署間比較が十分になされていない。	院内の目標が明確にされていない	・次年度の病院全体の目標は具体的な率による数値目標を設定する ・インシデントの経年推移及び部署間比較ができる	医療安全管理室 各部門	短期 ・R8年度目標立案時に今年度のインシデントの傾向を分析し、経年評価ができる指標を設定する ・R7年度インシデント集計において、部署間比較をリスクマネージャー会議にて提示していく ・R7年度インシデント集計において、過去3年間のインシデント集計と比較し、リスクマネージャー会議にて共有していく	年度末実施	△	R8年度以降も継続できるように手順をまとめておく	
	<質管理> 重大事故の再発防止対策に関して、定着を図る中長期的なモニタリングが実施されていない。	中長期的なモニタリングをする手法が構築されていない	次回監査までに再発防止策の定着の評価が実施できる	医療安全管理室 医療安全管理委員会	・抗凝固薬に関するインシデントを評価し、再発防止策が守られているか半年ごとに評価していく ・中心静脈カテーテル挿入・管理マニュアルの遵守状況を確認していく	抗凝固薬に関するインシデントの集計実施 R7年度上半期の中心静脈カテーテル挿入・管理マニュアルの遵守状況を確認中	△	電子カルテ更新に向けて、新たなシステムの確認が必要	
	<職員への浸透度> ・病院目標・部署目標についてヒアリングしたところ、それぞれ42.9%（7人中3人）50.0%（6人中3名）の正答率にとどまった。	病院目標・部署目標の周知が十分ではない	次回監査までに全職員の80%以上が病院目標と部署目標を理解できる	医療安全室 医療安全管理委員会 各部門	短期 ・医療安全研修（年2回）で病院目標を周知する ・新就職者研修でも病院目標を周知する ・各部署でも年度初めと年度内の評価時に目標を共有する ・病院目標と一緒に部署目標も掲示する ・医療局も同様に目標を立てもらう	RCA研修で院内の目標を共有する 他は次年度年度初めに実施	×	下半期の研修で目標周知を実施する 次年度の新就職者より開始する	
	<職員への浸透度> ・患者確認手順について医師にヒアリングしたところ、正答率は0%（5人中0人）であった。	医師への周知が不十分であった	次回監査までに医師の正答率100%	医療安全管理室 各部門委員会 医局	短期 ・医療安全研修で患者確認を実施 ・他職種ラウンドで医師の患者確認の他者評価を実施 中長期 ・患者確認ポスターを半年ごとに交換し掲示する	・第1回医療安全研修で患者確認を実施した ・11月に多職種ラウンド実施 中長期 ・ポスターは6月に新しいものにも変え、11月に交換予定	○	他職種ラウンドの他者評価の結果から、次年度の取り組みのポイントを絞る	
	<職員への浸透度> ・転倒・転落ハイリスク患者の標識方法についてヒアリングしたところ、66.7%（9人中6人）の正答率であった。	転倒転落のハイリスク表示が入院患者対象のため、病棟看護師以外のスタッフへの周知が不十分であった	次回監査までに全職員の80%に周知する	リスクマネージャー会議	中期 ・リスクマネージャー会議で転倒・転落インシデント報告の共有と共に、ハイリスク患者の標識方法について周知する ・セーフマスターでの研修を行う	未実施	×	下半期のリスクマネージャー会議から周知を開始する	
	<職員への浸透度> ・院内で採用しているダブルチェック方法について10名にヒアリングしたところ、2人双方型（4名）、2人連続型（2名）、1人双方型（2名）、2人同時双方型（2名）と回答が分かれた。	院内で場面ごとのダブルチェック方法を決めていない	R7年度に場面ごとのダブルチェック方法を決定する	医療安全管理室 リスクマネージャー会議	短期 ・場面ごとのダブルチェックを決定する 11月に多職種で他者評価を行い、各部門に必要なダブルチェックを明らかにする 中長期 ・各部門ごとにそれぞれの場面でのダブルチェックを周知する ・決定事項は、セーフマスターでの研修にて周知する	11月に実施	△		
	<職員への浸透度> ・近年の重大医療事故調査からどのような再発防止策が提言されたかについてヒアリングしたところ、66.7%（6人中4人）が何らかの回答可能であった。	各部署へ再発防止策を紙で配布し、電子カルテのポータル画面での共有も行っているが、画面を開かなければ確認できない	次回監査での提言回答率80%	医療安全管理室 リスクマネージャー会議	中長期 ・新たな提言はリスクマネージャー会議で共有する ・新たな提言は電子カルテのポータル画面で確認できるように設定する ・リスクマネージャー会議で日本医療安全評価機構の提言を共有し、部署の既読状況を確認する	未実施	×		

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	担当部署	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備考
理活動	<p><患者確認></p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者誤認防止の基本概念の教育・理解において、重要かつ根本的な問題が存在する。最も重要な「患者側から発信させた2識別子と、医療者側の手元情報に付随した2識別子を、目視によって窓合させる」という基本行動が実践されていない（特に医師にこれらの概念が浸透していない）。また、QRコードの導入が手順を複雑にしている可能性がある。原則を理解するための教育機会の確保が求められる。 	患者誤認防止の基本概念の教育・理解がされていない	R7年度中に患者確認2識別子を目視によって窓合することを理解できる	医療安全室 医療安全管理委員会 各部門 (医療局)	<p>短期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者確認の研修を実施 <p>中長期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他職種ラウンドで患者確認の他者評価を実施 ・部門ごと、場面ごとの患者誤認防止策を周知する 	<p>研修は終了し、受講率98%であった。</p> <p>11月に多職種ラウンドを実施</p> <p>ラウンドの結果を分析中 部門ごと、場面ごとの患者誤認防止策を策定中</p>	△		
	<p><基本確認行動></p> <ul style="list-style-type: none"> ・カテ室の患者確認では1識別子のみを使用していることから、同姓同名患者の誤認防止ができない。 	患者確認の方法が徹底されていない	2025年9月までに患者確認の基本を習得する	(手術室)	<p>・現在行われている患者確認（特に同姓同名）についての患者確認方法を再周知する</p>	実施済	○		カテ室でも手術室と同様の2識別子での入室を行っている
	<p><職員間の伝達・コミュニケーション></p> <ul style="list-style-type: none"> ・口頭指示を受ける際の手順について「復唱する」とのみ記載されているが、メモに記載できる場面と記載できない場面を想定し、「リードバック（読み返し）」と「ヒアバック（聞き返し）あるいはチェックバック（復唱）」をルールとして落とし込んだ方がよい。 	ルールが不足している	R7年度医療安全マニュアル改定時、ポケットマニュアルと共に、手順を改定する	医療安全室 医療安全管理委員会	<p>短期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口頭指示を受ける手順を改定する リードバックとヒアバックを追加する <p>中長期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・改定後に口頭指示を受ける時の注意事項をセーフマスターで共有する 	R7年11月改定	△		
	<p><危険処置における安全管理></p> <ul style="list-style-type: none"> ・マーキングの目的が左右誤認防止のみであり、部位誤認防止に繋がっていない。部位誤認に対応できる手順の作成、周知が必要である。 	部位誤認防止については、実施しているがマニュアルに記載されていない。	<p>【外来】</p> <p>日帰り手術のチェックリスト運用により、左右誤認や部位誤認がない</p> <p>【手術室】</p> <p>上半期中に手術室・カテール室・滅菌室運営要綱を改訂する</p>	手術室 外来	<p>【外来】</p> <p>手術室と話し合い、日帰り手術の手順（チェックリスト）を作成し運用する。</p> <p>【手術室】</p> <p>6月：オペカテ委員会で各診療科の意向確認。</p> <p>7月まで：手術室で要綱改訂</p> <p>8月～10月：オペカテ委員会で承認を得る</p>	<p>【外来】</p> <p>日帰り手術の流れを作成し、運用開始した。誤認は起きていない。</p> <p>【手術室】</p> <p>要項修正の方向性は委員会で提示したが、改訂は未実施。</p> <p>計画変更し、11月中に要綱の改定案を各診療科に配布。12月の委員会で意見募集。年度内に完成させる。</p>	○		
	<p><危険処置における安全管理></p> <p>手術室において、サインインとサインアウトのチェックリストがない。</p>	サインイン・サインアウトについては、段階的に導入を進めている。	サインイン・サインアウト	手術室	<p>全身麻酔における手術安全チェックリストを一部変更し、局所麻酔用のチェックリストを作成予定</p> <p>上半年：素案作成</p> <p>12月まで：オペカテ委員会で検討</p> <p>1～2月：運用開始</p>	<p>全身麻酔手術に関しては、実施率:100%。</p> <p>局所麻酔手術に関しては素案作成中。カテは次年度予定だが、ベースメーカー植え込み・ジェネレーター交換に関しては、切開・開創するため局所麻酔手術に含めることで同意を得ている。</p>	△		
	<p><転倒・転落防止対策></p> <p>転倒・転落ハイリスク患者のリストバンドに、緑色の半円シールを貼っているが、剥がれやすく、工夫が必要である。</p>	マニュアル通りに転倒リスクの高い患者のネームバンドに緑のシールを貼付しているが剥がれやすい。	転倒リスクの高い危険度IIIに該当する患者に貼付する緑シールが確実に実践できているか、確認行動がとれる	看護局安全対策委員会	各部署の緑シールの貼付状況、取り組み状況を委員会で報告し共有	<p>危険度IIIの患者の緑シール貼付、転倒転落アセスメントへの評価への取り組み状況の確認を多職種安全ラウンドで確認予定</p> <p>緑シールのはがれやすさに関しては、テープでの補強を実践している</p>	△		
	<p><転倒・転落防止対策></p> <p>ベンゾジアゼピン系薬剤の整理とメラトニン系薬剤などの積極的使用に、薬剤師が関与することが望ましい（採用・削除薬の再検討）</p>	ベンゾジアゼピン系薬剤種類が多い 採用薬の整理方法がわからない	年度内を目安に県立病院他施設の状況を確認しながら、医師・看護師と共同でベンゾジアゼピン系薬剤の採用薬を整理する	薬剤部	薬品毎の使用量の確認（現状調査）を本年9月を目途に行う	<p>令和6年度の各薬剤の使用量確認済み ハルシオン錠0.25mgの使用が最も少ないので採用削除を検討する</p>	△		

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標 (いつまでに何を達成するか)	担当部署	計画 (短期・中期・長期)	実施 (Do)	評価 (Check)	改善 (Act) と 次年度以降の課題・取り組み	備考
	<p><画像診断・病理診断報告書の確認漏れ防止></p> <p>医療安全管理室が画像診断報告書の未読チェックを実施し、医師に伝えている点は評価できる。診療科ごとの未読率の算出、さらには報告書に記載された推奨・指示が実際に実施されたかどうかを確認し定期的に現場へフィードバックできるようなシステムを構築されたい。</p>	<p>画像診断の既読確認は行っているが、その後の管理が行えていなかった</p>	<p>【医療安全管理室】 報告書の内容が診療に反映されているか確認し、現場へフィードバックできるシステムを構築する 【検査科】 今年整備された既読管理マニュアルに従い、検査科の運用を実践していく</p>	<p>医療安全室 検査検査科 医療局</p>	<p>【医療安全管理室】 ・画像診断の未読確認を毎月行う ・未読率の算出を行い、部門ごとにリスクマネージャーに提示する ・報告書の所見が治療に生かされているか月に1~2事例確認する【検査科】 短期：病理検査既読管理マニュアルに従い、検査科運用を実施する 中期：検査科内で他部門と情報共有し、取り組みへのスタッフへの理解を促す 長期：運用に関して、より効率的な方法へ改善できるよう検討する</p>	<p>【医療安全管理室】 ・未読のレポートは医師毎に紙で連絡している。 ・未読率の提示は今年度よりリスクマネージャー会議で共有している ・10月分より、所見の実施状況のモニタリングを開始し、リスクマネージャー会議で共有している 【検査科】 病理スタッフにより、既読管理マニュアルに従い業務を行っている。今後、担当以外のスタッフにも周知して内容の理解浸透を図る。 重要所見フラグがあるレポートについてはスピード感を持って対応するため検査部長から依頼医に直接電話でレポート確認するよう伝えている。</p>	<p>○</p>	<p>画像診断は全例外部読影に出てはいないので、読影に出ていない画像の見落とし確認ができないのが課題である ・肺がん2次検診は全例外部読影 ・そのほかCTは推奨 フィードバックできるシステム構築と、どのような診療行為がおこなわれたかまでは追跡できていない。</p>	
	<p><画像診断・病理診断報告書の確認漏れ防止></p> <p>病理診断報告書の未読チェック体制がないため、早急に改善を図られたい。</p>	<p>病理診断の件数も少なく、チェック体制が無かった</p>	<p>病理診断の未読チェックを実施する</p>	<p>医療安全管理室</p>	<p>毎月レポートの未読を確認する</p>	<p>R7、6月より実施している</p>	<p>○</p>		
	<p><当事者サポート></p> <p>事故当事者への支援体制について、前回監査以降、改善されていない。職員のヒアリングにて、上司に相談するとの声が多かったが、上司も事故当事者になりうるため、上司も含めた支援が必要である。</p>	<p>当事者サポートについての明確な決まりが無い</p>	<p>次回監査までに当事者サポートの仕組みを構築し、職員への周知をする</p>	<p>医療安全管理委員会</p>	<p>中長期 ・当事者サポートを直属の上司ではなく、看護局長及び、医療安全担当副看護局長等、直接的な関係のない、当事者が話しやすい上司が担当できるようにする ・当院の当事者支援について、リスクマネージャー会議で周知する ・ポケットマニュアル及び、医療安全管理指針改定時に載せていく</p>	<p>・ポケットマニュアルの修正は終了</p>	<p>△</p>	<p>県立病院間の人材共有等、施設間の協力があるといい</p>	
	<p>(4) 院内救命体制の実際 RRS (Rapid Response System：院内迅速対応システム) の整備を検討されたい。</p>	<p>人員不足もあり対応が難しい</p>	<p>早期警告スコアの導入を検討する</p>	<p>医療安全管理室</p>	<p>未実施</p>		<p>×</p>		
患者の権利保障の取り組み	<p>(1) インフォームド・コンセント(以下IC)の適正な実施について ・IC委員会を設置し、マニュアル・同席基準が整備され、同席率も向上している。一方、新規のIC文書の作成が進んでいない(現在22件)。また、患者が理解できる文書内容とするため、外部委員が参加できる体制を整備していただきたい。</p>	<p>医師に作成依頼はしているが、委員会の働きかけも滞り、新規のIC文書作成が進んでいない(R6年度未承認文書77)</p>	<p>R7年度中に20件のIC文書を作成する</p>	<p>IC委員会 医療安全管理室</p>	<p>中長期 ・IC委員会で診療科の医師へ不足しているIC文書の作成を促す</p>	<p>現在、脳外科の内容確認中のIC文書が6件あり、そのほかにも必要な文書の作成を各診療科に依頼している IC委員に現在使用している未承認のIC文書についての確認中 ・外部委員(前事務局長)は依頼できており、必要時参加していただくこととなっている</p>	<p>△</p>		
	<p>(1) インフォームド・コンセント(以下IC)の適正な実施について ・IC委員会が中心となり、ICマニュアルの遵守状況について検証できるシステムを整備していただきたい。</p>	<p>医師が単独でICを行い、看護師が同席できない場合がある</p>	<p>次回監査までにマニュアル遵守の検証システムを構築する</p>	<p>IC委員会 医療安全管理室</p>	<p>短期 ・ICマニュアルの改訂 ・IC確認用紙の修正 中長期 ・カテゴリー4以外のIC確認を実施 ・継続してIC委員会でカテゴリー4以上のIC同席率の確認</p>	<p>・IC委員会で医師にIC同席の必要性を説明 カテゴリー4以上のIC同席率を報告、6か月間で、95.2%のIC同席が見られた ・ICマニュアルの改訂、IC確認用紙の修正には着手できた</p>	<p>△</p>		
	<p>(1) インフォームド・コンセント(以下IC)の適正な実施について ・「患者の意思決定支援」について、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を中心取り組んでいるが、併せて日常診療における患者の意思決定支援の充実も図られたい。</p>	<p>カテゴリー4以上のIC同席は意識付けできているが、病状説明時の同席は未確認 *カテゴリー4：個々に作成した説明書を用いて文書で同意を得る検査・処置・手術</p>	<p>次回監査までにカテゴリー4以外のIC同席を実施</p>	<p>IC委員会</p>	<p>同上</p>	<p>新たな病状説明時用のIC確認書を作成したが、現行のIC確認書を修正し、使用するように検討中 IC委員に病状説明時にも看護師を同席するように説明</p>	<p>△</p>		
	<p>(2) セカンドオピニオンの積極的な導入について ・IC用紙にセカンドオピニオンについての記述があるが、実施状況を定量的に把握されたい。</p>	<p>実際にセカンドオピニオンの実施状況を把握していなかった</p>	<p>実施状況を定量的に把握する</p>	<p>IC委員会 地域連携室</p>	<p>・セカンドオピニオンの実施状況を地域連携の会議で年3回共有する</p>	<p>実施開始</p>	<p>○</p>		

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	担当部署	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備考
未承認度医新薬規品医導入技術のプロセス・導入セイス	（1）高難度新規医療技術の導入 高難度新規医療技術のIC文書作成について、IC委員会と連携されが望ましい。	高難度新規医療技術におけるIC文書がIC委員会の監査を受けていなかった	新規導入時のIC文書はIC委員会の監査を実施する	IC委員会 医療安全管理委員会	新規導入時のIC文書はIC委員会の監査を実施する	新規導入無	×		
	（2）未承認医薬品への対応 ・適応外使用に関して申請・審査する体制が構築されていない。突緊の課題である。 ・未承認、適応外使用は使用申請に対する体制が構築中であり、実運用に至っていない。また審査案件も現段階でゼロであった。今後の体制構築、実運用されることを期待する。	【薬剤部】 未承認薬等の提供に関する規程文書を作成し院内承認を得て運用につなげる	【薬剤部】 令和7年度内に1件以上の未承認医薬品の審議を行なう	医療安全管理委員会 薬剤部 医療局	【薬剤部】 医療安全管理室や医局と協力して未承認薬等の提供に関する規程文書の院内決裁を得る	【薬剤部】 規程文書の院内承認は得られている 院内に未承認薬等審査委員会を設置した 実施の審査はまだ行われていない	△		
医療事故防止の実際	（1）重症患者の管理 カテ患者のICU入室基準について、部署間での共有が乏しい。	【CCU】 カテ後の集中治療室入室基準があることをCCUで知らないスタッフが多い 【手術室】 手術室・血管カテーテル室・滅菌室運営要綱には記載されているが、読まれていない	【CCU】 カテ後の集中治療室入室基準をCCUスタッフが理解する。 【手術室】 周知率100%を目指し、啓蒙活動を実施する	手術室 CCU	【CCU】 上半期に手術室運用マニュアルのカテ後の入室基準を提示する。 下半期にカテ後の入室基準の理解状況を確認する。 【手術室】 6月中：現在の集中治療室入室基準から変更がないか、循環器内科医師に確認し、必要に応じて要綱改訂。 7月以降：各部署に確認（改訂）後の入室基準を提示し、各部署において周知活動を実施する ・上半期・下半期で周知率を確認し、結果を報告する。	【CCU】 手術室運用マニュアル修正したタイミングで用紙を提示し周知した。 【手術室】 循環器内科医師に入室基準を確認し、要綱改訂。第6回知長会にて改訂版を提示。一部修正の指摘があったため修正し、10月のオペカテ委員会で承認を得た。第15回知長会で最終版を提示。各部署での再周知を依頼する。	○		
	（2）DNAR（Do Not Attempt Resuscitation:以下DNAR）指示のルール化 ・DNARは正しい知識と認識（患者の意思の尊重が第一の目的）のもとに行う必要がある。現在、統一ルールを作成中であるが、職員への周知・実践の準備を速やかに進めていただきたい。	全診療科との調整に時間がかかる R7年度中にDNAR及び意思決定支援のルールを作成し、運用を開始する		医療安全室 看護局ワーキング	短期 ・意思決定支援の指針（DNARの取得について）を作成する 中長期 ・意思決定支援の患者意思確認シートの作成と導入 ・意思決定支援（DNAR）についてのスタッフ教育の実施	・意思決定支援（DNAR）の指針は完成した ・意思確認シートの運用開始待ち ・スタッフ教育資料作成中	△		
	（3）抗凝固薬再開忘れ防止 ・病棟薬剤業務実施加算が算定出来ていないことから、緊急入院後の持参薬鑑別確認に薬剤師の介入が望まれる。また、中止薬の再開も同様の病棟担当薬剤師からの助言と介入が必要である。 ・持参薬の中止・再開について、電子カルテの付箋機能を利用し、把握しやすい仕組みに変更されている。ただし全般に、再開されていない患者の把握が難しく、電子カルテを開けないと確認できない状況となっている点は今後の課題である。 ・167床、6病棟に対して薬剤師数が12名と少なく、薬剤師の増員は優先的課題である。 ・病棟常駐薬剤師の活動時間の確保が求められる。	現状の薬剤師の人員では病棟配置が難しく、医師、看護師に業務を依存せざるを得ない。病棟配置できれば服用中の薬の把握や、中止薬の再開忘れやに對して強化可能である。増員要望を出しているが通っていない。	・人員要望 引き続き薬剤師の増員要望は出していく ・電子カルテのシステム 令和8年5月の電子カルテシステム更新時に中止薬・再開薬の管理システムを見直す	事務局 薬剤部	・薬剤ワーキングと共同し、中止薬の取り扱い、再開薬のシステムを検討する	電子カルテ更新ワーキングで実施中	△	電子カルテ新システムにおいて、抗凝固薬の管理を改めて検討する 再開薬、中止薬の新システムの周知が必要となる	
	（4）中心静脈カテーテル（Central Venous catheter：以下CV）挿入事故防止 ・事故事例の教訓について、医療職全体への共有が乏しい。CV挿入・管理・抜去について、他施設の事例や日本医療安全評価機構「医療事故再発防止に向けた提言」等を参考に体制を整備し、教育機会を確保されたい。整備に当たっては、医師団の積極的な参加・協力が求められる。	・CV挿入の教育機会はあるが、管理・抜去についての教育機会が乏しい ・中心静脈カテーテル挿入・管理マニュアルの遵守状況が把握できていない	・CV管理（挿入・挿入中・抜去）における教育機会を持つ ・中心静脈カテーテル挿入・管理マニュアルの遵守状況を把握する	医療安全管理室 医療局	中期 ・例年上半期に行っているCV挿入の教育機会に、挿入中の管理、抜去時、抜去後の管理も入れていく ・中心静脈カテーテル挿入・管理マニュアルの遵守状況を確認し、リスクマネージャー会議及び医療安全管理委員会で共有し、遵守を促す	年度初めにCV挿入の手技に関する研修は終了している R7年度上半期 心静脈カテーテル挿入・管理マニュアルの遵守状況を確認	△	挿入中の管理における研修を検討していく	
	（5）手術における緊急時の対応 ・術中出血時の対応について、事故報告書提言を踏まえたマニュアル作成などが行われていない（診療科ごとにその時々の判断に委ねられている）。	【手術室】 準備輸血について明記されていない。 術中の大量出血時の対応については報告・連絡系統しか要項に記載されていない。	【手術室】 手術における出血時の対応をマニュアル化する（今年度中）	医療局 手術室	【手術室】 6月中：現在の準備輸血について、各診療科の基準確認 9月まで：準備輸血については手術室でとりまとめ、術中の対応については麻酔科に依頼し、マニュアルを作成する。 10月のオペカテ委員会でマニュアルの案を提示。必要に応じて修正し、2月までの完成を目指す。	【手術室】 麻酔科・手術室で手術時の輸血準備・出血時の対応について、事故報告書の提言や、輸血ガイドライン等を踏まえた情報収集中。 11月中に素案をまとめ、各診療科医師に配布。12月の委員会時に意見を募集し修正予定。	△		

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	担当部署	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備考
感染対策の実施状況	（1）感染対策の組織体制の評価 ・病院組織図には、感染対策部門が明記されていないため、早急に改善されたい。また、感染管理についての組織体制も組織図で明示していただきたい。	【感染担当】組織図上の感染管理についての組織体制確認が不十分であった。	【感染担当】令和6年度内に事務局にて組織図の変更を行い、目標は達成された。	医療安全管理室	【感染担当】引き続き、組織図改訂は事務局で行っていく。	【感染担当】令和7年度の感染管理についての組織図変更はなかった。適宜事務局と連携する	○		
	（1）感染対策の組織体制の評価 相互チェックの指摘事項など、感染管理に関する課題について計画的に取り組めていない。感染管理委員会として、活動計画の作成、実施、評価を行い改善や質の向上に取り組んでいただきたい。	【感染担当】指摘事項を反映した取り組みが行えていなかった	【感染担当】令和7年度は活動計画を立案し委員会活動の評価を行う	医療安全管理室	【感染担当】 <ul style="list-style-type: none">・年間活動目標の立案・年間活動計画を可視化・中間及び年度末の評価の実施・次年度に向けた計画の立案	【感染担当】中間評価まで実施できている	○	次年度以降も活動の実施、評価を継続する	
	（1）感染対策の組織体制の評価 ・感染対策チーム（Infection Control Team：以下ICT）専従と抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：以下AST）専従は、異なることが望ましいとされている（感染管理向上加算1）。望ましい要件を満たす人員の確保を、検討されたい。	【感染担当】ASTに専従者を確保すべく（薬剤部）人員が不足している。	【感染担当】薬剤師による専従者を確保する。（5年以内）	医療安全管理室	【感染担当】AST専従としてPICの配置もしくはCNIC1名を増員する。（専門性に合わせて、ICT専従はCNIC、AST専従はPICの配置が望ましいと考える。しかし、専従要件を満たす看護職としてCNICが2名、養成所卒業生1名いるため、PIC確保までの期間の補填が可能である。）	【感染担当】5年以内のPICの専従者確保を目指しているが、具体的に進められていない。	×	【感染担当】あくまでも電子カルテ運用フローの作成は業務内容の文章化のきっかけにすぎない。業務内容の文章化を通じて、人材要望につなげられるようにしていく。	
	（1）感染対策の組織体制の評価 ・ICTメンバーの業務を可視化し、専従看護師の業務負担の調整を検討されたい。（感染制御部門システムの更新、医療DXの促進等）	【感染担当】業務の可視化がなされていない。	【感染担当】 <ul style="list-style-type: none">・業務分担を明文化する（令和7年度）。・電子カルテ更新に伴い、感染制御部門システムの更新も合わせて行う。（令和8年度）	事務局 医療安全管理室	【感染担当】 <ul style="list-style-type: none">・ICTおよびAST設置要綱に基づき、各メンバーの業務内容を文章化する。・医事経営課と連携を図りながら更新作業をすすめる。	【感染担当】電子カルテ（ICTWeb）更新に伴う作業として、運用フロー作成を行うことで業務内容を明文化していくこととなる。（運用フローの作成は今後行う。）	×		
	（2）ICT活動、AST活動の評価 ・平成24年から改訂していない項目があるため、全体的に確認いただき、必要な項目の改訂をされたい。	【感染担当】これまでCOVID-19やインフルエンザなどすでに発症している感染症への対応が優先されてきた。そのため、院内感染対策マニュアルの改訂作業や感染防止にかかる取り組みが滞っていた。	【感染担当】院内感染対策マニュアルの改訂を行う。（令和7年度）	ICT 医療安全管理室	【感染担当】ICTおよびAST活動を通じて、もしくは前回改訂年を参考に優先順位をもって改訂を行う。	【感染担当】令和8年6月までの院内感染対策マニュアル改定のスケジュールを作成した。 上半期に改訂を行った項目は以下の3項目となる。 <ul style="list-style-type: none">・ICT/AST設置要綱・感染性廃棄物の取り扱い・報告が必要な感染症と病態	△	【感染担当】引き続き、スケジュールに沿ってまたは、優先度を踏まえて改訂作業を継続していく。	
感染対策の実施状況	（3）標準予防策の実施状況の評価 ・耳鼻科の内視鏡履歴・洗浄の記録が不十分であるため、他の内視鏡管理と同様に管理を徹底していただきたい。	【外来】耳鼻科では、これまで内視鏡洗浄手順を遵守し、アセサイドチャッカーによる濃度チェックも定期的に行っていたが、浸水回数の記録や患者氏名・IDの記載はしてなかった。（診察終了後洗浄機による洗浄時には洗浄記録を記載しているが耳鼻科ファイルと記載のみ）医療安全監査で指摘されて以降、内視鏡洗浄管理表を使用し、管理を開始したが専用のファイルを作成して継続していない。	【外来】内視鏡洗浄管理記録をファイリングし、耳鼻科内視鏡の安全性の確保する。 【感染担当】令和7年3月時点で管理方法を変更しており、目標は達成された。	外来 医療安全管理室	【外来】 内視鏡洗浄管理記録をファイリングし運用開始した。（4/25より開始） 【感染担当】 変更後の管理方法が順守されているか継続的に確認する。	【外来】内視鏡洗浄管理記録をファイリングし管理している 【感染担当】 上半期は管理方法の順守に関する確認は行っていない。	○	【感染担当】下半期に確認する。	

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	担当部署	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備考
	<p>（4）感染対策の向上に対する取り組みの評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染制御分野のBCPを災害時のBCPとの整合性を図り、作成していただきたい。 ・SDGsを指針に盛り込んでいるため、自施設での取り組みを文書化し院内感染管理委員会で報告していただきたい。 ・院内感染対策のための指針の内容に、外部支援を受け入れる体制が整備されていないため、検討されたい。 ・会議体は参加人員の検討や、内容の充実が望まれる。 ・研修会の分母となる従業者（病院職員、委託業者職員、派遣職員など）の把握は非常に複雑であり、感染対策の専従看護師の業務では困難と思われ、職員等の把握を行っている事務部門が統括して、研修受講者の把握も担うことが望ましい。 	<p>【感染担当】</p> <p>・感染制御分野のBCPは、病院局感染管理部会でのBCP基本方針をもとに、災害時のBCPと整合性を図りながら令和6年8月に作成し目標は達成された。</p> <p>・「SDGsへの取り組み」等をふまえ、年間目標を設定することで明文化する。（令和7年度）</p> <p>・指針の内容に外部支援を受け入れる体制にあることを令和6年9月に追記し目標は達成された。</p> <p>・研修会等の受講管理については事務職員が担当するよう調整する。（令和7年度）</p>	医療安全管理室 事務局 看護局	<p>【感染担当】</p> <p>①院内感染対策委員会の年間活動目標を立案し、評価を行うなどPDCAサイクルを活用し、委員会運営を行う。</p> <p>②ICN業務を可視化することで、事務部門やそのほかのチームメンバー等適材適所となるよう業務分担を実施する。</p>	<p>【感染担当】</p> <p>①院内感染対策委員会の年間活動目標を立案した。</p> <p>②感染管理に関わる人材（職種）とその業務内容の可視化（文章化）は行えていない。</p>	△	<p>【感染担当】</p> <p>①今年度の院内感染対策委員会の活動目標に対して年間評価を行う。また、計画的に活動することで、組織的な取り組みにつなげられるようにしていただきたい。</p> <p>②（上記にあるが）まずは業務を文章化する。</p>		
薬剤管理	<p>（1）医薬品に関する安全管理体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の有害事象を減らす目標があるものの、薬剤部に副作用報告に関する手順書、申請書の準備がされていない。 ・10件／月程度の抗がん剤治療が院内で実施されているが、がん薬物療法の治療の妥当性を審査する委員会が設置されていないため、体制整備が急務である。院内で準備が難しいようであれば、千葉県がんセンター等と協働する 委員会に諮問するなどの策を講じる必要がある。または、レジメン内容を共有し、院内に採用する等を検討されたい。 	<p>【薬剤部】</p> <p>副作用報告の手順書がない 副作用報告書の書式がない がん薬物療法の治療を審査する委員会が無い</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>副作用報告の様式と手順書を作成する 化学療法に関する委員会の要綱の作成と委員会の設置し会議を開催する</p>	化学療法に関する委員会 薬剤部 医療安全管理室	<p>【薬剤部】</p> <p>R7年度内に委員会を立ち上げ、会議を開催する</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>化学療法委員会運営要綱を作成した 化学療法委員会を立ち上げ7月と9月に委員会を実施した 血管外漏出対応フローを作成した</p>	△	次年度以降も対応を継続する	
	<p>（2）薬剤の保管・管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤を安全に使用するうえで、「抗がん薬の血管外漏出」「スピルキット」を院内整備することが望ましい。 	<p>【薬剤部】</p> <p>抗がん薬の血管外漏出時の対応マニュアルは看護局に作成を依頼中です スピルキットは事務局と採用を検討し院内配置場所等を決める</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>抗がん薬の血管外漏出時の対応マニュアルは看護局に作成してもらった スピルキットは薬剤部長が千葉県がんセンターの運用状況を確認し年度内に院内環境を整える</p>	化学療法に関する委員会 薬剤部 医療安全管理室	<p>【薬剤部】</p> <p>年度末までに完了する</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>抗がん薬の血管外漏出時の対応マニュアルは看護局に作成してもらった スピルキットは薬剤部長が千葉県がんセンターの運用状況を確認し年度内に院内環境を整える</p>	△	次年度以降も対応を継続する	
	<p>（4）抗がん剤調製に関する安全対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤の準備、調製、監査は概ね複数人の薬剤師による確認がされているが、投与日や休薬が複雑なレジメンの見落とす可能性もあるので、投与・休薬のチェック強化が望ましい。 	<p>【薬剤部】</p> <p>複雑レジメンの抗がん剤治療は基本的にない。電子カルテに抗がん剤治療のレジメン機能を付けることでレジメンチェック機能の強化ができる</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>現状の治療件数であれば、今のチェック方法で問題ないと考えていますが、電子カルテの次期更新時には抗がん剤治療のレジメン機能を付けることでレジメンチェック機能の強化ができる</p>	化学療法に関する委員会 薬剤部 医療安全管理室	<p>【薬剤部】</p> <p>次期電子カルテの更新時</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>機能追加</p>	△	次年度以降も対応を継続する	
	<p>（5）その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・紙媒体での情報共有が多く、電子カルテの利活用がまだ乏しい。業務マニュアル、医薬品情報を院内いつでも、どこでも、誰でも、すぐにアクセス可能することが望ましい。 ・薬剤師の定員が少ないとから、業務体系の見直し（疑義照会簡素化プロトコルの導入等）をすることが望ましい。 	<p>【薬剤部】</p> <p>薬剤師の人員が少ないとから薬剤内の業務体系の見直しが必要である</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>業務体系の見直しの一環として令和7年5月より疑義照会簡素化プログラムを導入した</p>	事務局 薬剤部	<p>【薬剤部】</p> <p>疑義照会簡素化プログラムの合意書締結薬局を年度末までに30件以上とする</p>	<p>【薬剤部】</p> <p>27件で運用中である</p>	○	次年度以降も対応を継続する	