



# 改革工程表の各項目（提言等） に係る改善・改革の実施状況

令和3年7月1日

群馬大学医学部附属病院

# 目 次

## I. 診療体制

1. 診療体制の統合（外科・内科の統合） . . . . . 2
2. 診療科管理者によるチェック体制 . . . . . 8
3. 手術管理体制 . . . . . 10
4. ICU管理体制 . . . . . 11
5. 主治医制からチーム管理体制への移行と強化 . . . . . 13
6. 手術適応判断の厳格化 . . . . . 14
7. インフォームド・コンセント . . . . . 15
8. 診療記録の充実と点検 . . . . . 18
9. 合併症の評価と死亡・合併症症例検討会  
（M&Mカンファレンス）の定期的開催 . . . . . 20

## II. 安全管理体制・倫理

10. 医療者の主観に依存しない事故報告システムの導入 . . . . . 22
11. 医療安全管理体制と権限の強化 . . . . . 26
12. インシデント・アクシデント等の報告・確認と指導 . . . . . 27
13. 継続性のある簡素な機能的システム . . . . . 29
14. 倫理審査体制の適正化 . . . . . 30

## III. 意識（風土）改革・教育体制

15. 意識（風土）改革 . . . . . 33
16. 学部における教育 . . . . . 35
17. 大学院における教育 . . . . . 36

## IV. 教育・労務管理

18. 実効性のあるインフォームド・コンセント教育研修 . . . . . 37
19. 職員研修の必須科目の追加 . . . . . 38
20. 高難度新規医療手技提供体制への措置 . . . . . 38
21. 未承認医薬品等の使用と管理 . . . . . 40
22. 労務管理 . . . . . 40

## V. ガバナンス

23. 病院のガバナンス強化 . . . . . 41
24. コンプライアンス体制 . . . . . 42
25. 院内事故調査の手法の確立 . . . . . 43
26. 患者参加の促進による日常診療の質の向上 . . . . . 44
27. 組織体制 . . . . . 46

## VI. 改革の3本の柱

28. 地域医療研究・教育センター設置 . . . . . 47
29. 医療の質・安全学講座設置 . . . . . 49
30. 先端医療開発センター設置 . . . . . 50

## 改革工程表の各項目（提言等）に係る改善・改革実施状況の説明

群大病院で医療事故が判明した2014年（平成26年）6月以降、みなさまからのご心配の声やご指摘をいただき、病院として様々な改善や改革に取り組んでまいりました。

また、2016年（平成28年）7月30日には、「第三者による医療事故調査委員会」からの「調査報告書」や再発防止に向けた「提言」が、8月2日には、「病院改革委員会」からの「最終提言」をいただきました。

これらを受け、2016年（平成28年）11月1日には、群大病院が安全安心な病院として再生するために、それまで実施してきた改善・改革に「新たな改革の3本の柱」（①地域医療研究・教育センターの設置、②医療の質・安全学講座の設置、③先端医療開発センターの設置）を加え、「群馬大学医学部附属病院：改革への取り組み」及び「改革工程表」として、公表させていただきました。

本書は、これら「改革工程表」の各項目（提言等）の「6分類30項目」について、実施状況を2021年（令和3年）3月31日現在で取り纏めたものです。

# I. 診療体制

<p>【改革工程表の項目】</p> <p>1. 診療体制の統合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外科の統合</li> <li>・ 内科の統合</li> </ul>
--

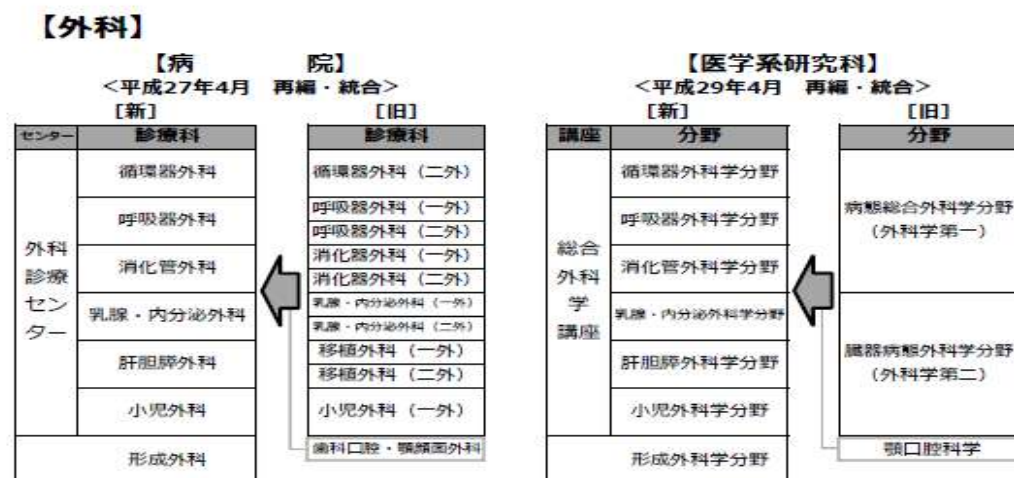
## 【外科の統合】

■ 2015年（平成27年）4月、旧第一外科、旧第二外科内の各診療科を再編・統合、外科診療センターを設置した。

### (1) 6つの臓器別診療科に専任の診療科長を配置し再編統合した。

- 1) 循環器外科、呼吸器外科、消化管外科、肝胆膵外科、乳腺・内分泌外科、小児外科
- 2) もともと循環器外科は旧第二外科のみ、小児外科は旧第一外科のみにあったが、他の診療科は、旧第一・旧第二外科の両方に存在した。
- 3) 消化器外科より肝胆膵外科を独立させ、消化管外科と肝胆膵外科の各診療科とし、それぞれに診療科長を配置した。
- 4) 肝胆膵外科は新たに教授を公募、2015年（平成27年）11月に新教授が着任した。
- 5) 2016年（平成28年）4月に形成外科を追加し、現在は7診療科である。
- 6) 病院の診療体制統合を受け、教育・研究・診療の一貫性確保のため、2016年（平成28年）1月に研究科教授会で講座再編を決定、2016年（平成28年）7月から新組織による学生募集を経て、2017年（平成29年）4月に研究科講座組織も再編した。
- 7) 臨床研究棟の研究室についても、他部門の協力も得て、内科と外科がそれぞれフロア毎にまとめられるよう、2017年（平成29年）4月に研究室の移設・再編も実施した。

## 外科及び内科の再編・統合

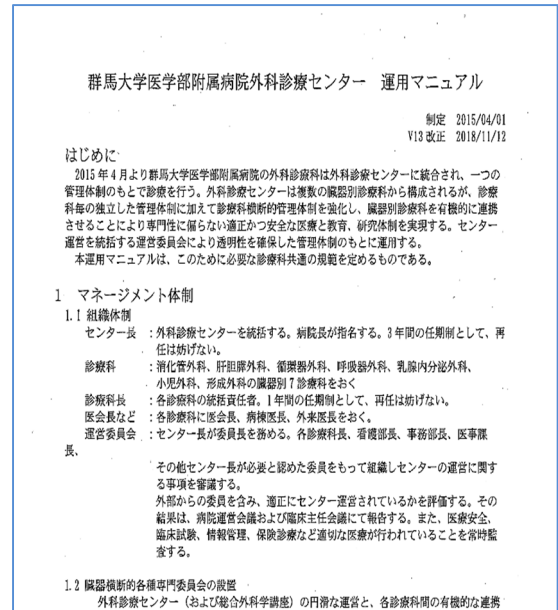


## (2) 外科診療センター運用マニュアル

センター統合時に、センター長のもとで運用マニュアルを作成した。

- 1) 定期的な外科内の臓器横断的専門委員会を開催、毎月の運営委員会にて情報を共有している。
- 2) マネジメント体制、適正医療実施体制、教育体制、学術体制につき、それぞれ細かく内容を規定し、診療・研究・教育を行う統一した体制を整備した。

※ 運用にあたって、変更等の必要が生じた場合は、診療委員会を開催してマニュアルの改訂を行っており、現在第13版となっている。



## (3) 改革状況とその効果

### 1) 診療の統一体制の整備状況とその効果

#### ①カンファレンス体制

- ・臓器別診療科毎のカンファレンスに加え、センター全体の合同カンファレンスを毎週（木曜日、朝7時～）行っている。



合同カンファレンスの様子（毎週木曜日、朝7時～）

- ・また、問題事例に関しては合併症・死亡症例カンファレンスを開催している。（開催実績は下表のとおり。）

合併症・死亡症例カンファレンス開催実績

年度	開催回数
2015年度（平成27年度）	16回
2016年度（平成28年度）	9回
2017年度（平成29年度）	10回
2018年度（平成30年度）	11回
2019年度（令和元年度）	14回
2020年度（令和2年度）	17回







外科手術手技講習会の様子

### <効果>

- ① 基本手技全般の取得やさらなる技術向上のため非常に有用であり、アンケートでは非常に高い評価を得ている。
- ② 外科シニアレジデント（後期研修医）の採用者数は、下表のとおりとなっている。近年、医療事故前の水準に戻りつつあるが、今後も継続して教育体制の強化に取り組んでいく。

外科シニアレジデント（後期研修医）年度別採用者数

年度	採用者数
2014年度（平成26年度）	7名
2015年度（平成27年度）	1名
2016年度（平成28年度）	1名
2017年度（平成29年度）	4名
2018年度（平成30年度）	1名
2019年度（令和元年度）	7名
2020年度（令和2年度）	8名
2021年度（令和3年度）	8名

#### ・群馬手術手技研修センター

##### 【設置目的】

医療の質と安全の向上を図るため、ご遺体を用いたサージカルトレーニングは手術手技向上に有効であると言われており、より実践に近い環境を再現できることから、専門資格を有する外科系診療科医師の手術手技向上に有用であり、また、これから外科を目指す初期研修医へ早期からトレーニングの機会を与える。

##### 【設置時期】

医学系研究科に2019年(平成31年)4月1日設置

### 【運用開始前の手続き】

既に献体に登録いただいている方へはご遺体の手術手技研修への使用について改めて依頼し、承諾を得た方のみ使用させていただくことにした。これから献体の登録をされる方には手術手技へのご遺体の使用については選択できるよう登録方法の変更を行った。

### 【運用開始】

2019年(令和元年)11月24日に外科診療センターが第1回の手術手技研修を実施した。

### 【運用状況】

手術手技研修を下表のとおり実施している。

手術手技研修実施状況

年度	実施回数	参加者数
2019年度(令和元年度)	3回	49名
2020年度(令和2年度)	6回	57名

## 3) 研究・学術体制

- ・運用マニュアルに沿ってセンター長、各診療科長の指導のもとで論文発表等を行っている。
- ・2017年(平成29年)の旧第一外科及び旧第二外科の共著論文数は25編であった。

## 4) 循環器外科学講座教授ポスト新設(教授着任)

- ・病院の診療科体制再編・統合に対応した医学系研究科組織の見直しに伴い、循環器外科学講座教授ポストを新設し、2018年(平成30年)3月に着任した。

## 5) 肝胆膵外科の体制

- ・公募・外部委員を含めた教授選考等を経て決定した教授による新たな体制で診療を開始した。(2015年(平成27年)11月～)
- ・高難度手術も増加しており、医療安全を第一としながら、質の高い医療の提供に努めている。
- ・この結果をもとに、医療事故判明後に取り消されていた日本肝胆膵外科学会高度技能専門医修練施設に再申請を行った。書類とサイトビジットによる審査の後、3年間の手術症例の全例調査という条件付ではあるが、高度技能専門医修練施設A(年間50例以上の高難度手術を安全に施行)として再認定された。
- ・2019年(令和元年)6月1日付で条件付きが解除された。

## 6) 外部との連携や人事交流体制の構築

- ・関連病院との人事交流については、2017年(平成29年)4月から完全に旧第一外科、旧第二外科の区分のないローテーション体制とした。
- ・群馬大学医学部附属病院を基幹病院とした群馬県内外40の関連病院との外科研修プログラムを作成し、充実した研修を行える体制を整えた。
- ・群馬大学総合外科学講座に所属する若手外科医の育成を支援する基盤組織構築の準備を進めている。



## 【内科の統合】

■ センター長のもと、7つの臓器別診療科に専任の診療科長を配置し再編・統合し、内科診療センターを設置した。

さらに、計画的な研修医・シニアレジデント・学生の教育及び診療体制を構築した。

### 内科の再編・統合



#### (1) 具体的体制整備：呼吸器・アレルギー内科の統合

- 1) 内科の中で、唯一2つの講座に分かれていた呼吸器・アレルギー内科（旧第一内科・旧第二内科）を、2015年(平成27年)4月に統合し、同一診療科（チーム）として診療を開始した。
- 2) 2か所に分かれていた呼吸器・アレルギー内科の病棟については、他科病床との調整や一部改修工事等も行い、2017年(平成29年)10月に病床再編と統合が完了した。

#### <効果>

マンパワーの充実により教育効果とともに医療安全体制の充実が図られ、新しい手技の導入にも取り組みやすくなった。統合後、超音波気管支内視鏡検査、気管支温熱療法の2つの新たな手技を導入している。いずれも保険適用内ではあるが、当院では新規医療技術に該当するため、臨床倫理委員会専門委員会で審議のうえ導入した。

## (2) カンファレンス体制

### 1) 内科グランドカンファレンス

医師、看護師、薬剤師、技師及び事務職員が参加するグランドカンファレンスを定期的開催し、全死亡事例の報告と検証及び医療の質・安全管理に係る討論等を実施している。多角的な視点からの検討が可能であり、若手医師の教育としても重要である。

2020年度(令和2年度)は、9月と3月に開催した。これまでの開催実績は下表のとおり。

#### 内科グランドカンファレンス開催実績

年度	開催回数
2015年度(平成27年度)	2回
2016年度(平成28年度)	4回
2017年度(平成29年度)	3回
2018年度(平成30年度)	3回
2019年度(令和元年度)	3回
2020年度(令和2年度)	2回

### 2) 内科救急講習会

内科救急の教育に関して、センターとして、内科救急に係る講習会を計10回開催した。

### (3) 消化器・肝臓内科学講座の教授ポスト新設(教授着任)

病院の診療科体制再編・統合に対応した医学系研究科組織の見直しに伴い、消化器・肝臓内科学講座教授ポストを新設し、2018年(平成30年)1月に着任した。

### (4) 外部との連携、人事交流

群馬県における主要な内科教育研修病院との連絡協議会を設置(2016年(平成28年)1月)し、情報共有・連携を図っている。

#### 【改革工程表の項目】

#### 2. 診療科管理者によるチェック体制

- ・組織的な学習の継続的な実施
- ・エラーを論じる透明性の確保
- ・同僚評価のためのツールの確立

- 診療科管理者が各診療科の継続的な学習体制を担保すること、診療科内で忌憚ない意見交換の場が持たれ、診療の質向上に有効に機能していること、そしてそれを評価して今後活かす体制が構築されていることが求められる。改革推進委員会の下部組織として立ち

#### 第17回

#### 内科グランドカンファレンス

総合司会 内科診療センター事務局長 藤田行雄

令和3年3月11日[木] 18:00-19:40  
G-Conference で開催

Opening remarks 18:00-

内科診療センター長 池田佳生 先生

第一部 18:05-18:45

##### ● M&Mカンファレンス

呼吸器・アレルギー内科

【IgA血管炎を合併した結核性胸膜炎の治療中に

ニューモシスチス肺炎を発症した一例】

##### ● 日本内科学会関東地方会報告会

【妊娠出産に際し血管型エーラス・ダンロス症候群との鑑別が

問題となった古典型エーラス・ダンロス症候群の一例】

循環器内科 松本直大 先生

～～ 小休憩 (第一部のみご出席の方は退室可能です) ～～

第二部 18:45-19:00

##### ● 内科専門医プログラム進行状況

堀口和彦 先生

第三部 19:00-19:30

##### ● ミニレクチャー

「内科の先生に知ってほしい成人先天性心疾患の多臓器合併症」

循環器内科 小坂橋紀通 先生

Closing remarks 19:30-19:40

循環器内科診療科長 倉林正彦 先生

上げた「提言への対応を進めるためのWG」では、第三者医療事故調査委員会報告書の提言に基づき、侵襲的医療行為の治療決定方針等を周知徹底するとともに、アンケートや各診療科訪問を実施し状況を確認した。

## (1) 提言に基づく周知事項（提言への対応を進めるためのWGによる全体説明会や診療科訪問で説明）

- 1) チーム管理体制とすること、手術等、適応判断を厳格に行うことなど、原則として示された手術等決定の方針に従う。

具体的には初診時に手術を決定せずカンファレンス後とする、ハイリスク症例については別途検討会を実施するなどの方針。

- 2) カンファレンスシートの作成と活用、カンファレンス毎の個別記録の徹底、統一した合併症評価を行うなど。
- 3) 合併症・死亡症例カンファレンス、特に多診療科・多職種によるカンファレンスを推進する。

20170329	
医療事故調査委員会報告書等の各種提言に係る対応状況 —地道ではあるが、着実に改革につなげるための活動等—	
1. 提言対応を進めるためのWG設置	改革の3本の柱とは別に、各種提言等について「医療現場に浸透」させ、「全部門が一体」となって改革を実行するため、「医学部・附属病院改革推進委員会」において、「提言への対応を進めるためのWG」を設置した。
2. アンケートの実施	提言等の各事項について、全診療科にアンケートを実施。 既に各科対応を進めているが不十分な点、診療科毎の進捗確認など実施。 個別検討を要する点、全体で統一を要する点などを整理・把握。
3. 各科等訪問、全体説明会	WGメンバーで、以下の点で共通認識を図るため、各科等のカンファレンス等を訪問し、周知・意見交換を行うこととした。 訪問前に、臨床講堂で「全体説明会」を実施。現在、各科等訪問を実行中。 ・ 提言で述べられている内容の再度の周知 ・ 既に対応している事項、今後検討する事項を把握 ・ できない事項は、その理由を聞き取る ・ 各診療科の状況や実施上の問題点も把握 ・ 病院として統一する事項について協力依頼 (参考) 2016/10/7 医学部・附属病院改革推進委員会で「提言対応WG」設置 2016/10/19 提言の事項一覧とともに、アンケート配付

## (2) 各診療科の状況評価

- 1) 改革推進委員会のもと、提言への対応を進めるためのWGを設置、各科へアンケートを実施、全体説明会后、各診療科訪問を行った。(2016年(平成28年)10月～2017年(平成29年)5月)
- 2) カンファレンス開催と記録状況を確認、いずれも診療科管理者の把握のもとで検討され記録は管理されている。
- 3) 多科多職種による合併症・死亡症例(Morbidity & Mortality :M&M)カンファレンスを推奨し、院内全体で開催している、詳細は9(1)2)を参照のこと。
- 4) この件数は医療の質・安全管理部が参加した、多科多職種カンファレンスのみであり、診療科のみでの死亡症例カンファレンスの数は含めていない。すべての死亡症例カンファレンスの記録は、医療の質・安全管理部に提出され、死亡症例検証委員会で検証する体制ができています。死亡症例検証委員会もまた同僚評価として有用である。
- 5) 2017年(平成29年)7月からは、診療科間カンファレンス相互チェックも開始した。2017年度(平成29年度)以降、毎年度2回開催している。

### <効果>

- ① 診療科管理者(診療科長)のチェックによる詳細な検討と多職種での評価、死亡症例検証委員会による客観的な同僚評価、病院管理者(病院長)による方針決定により、適切に事例を評価し、改善策の立案や実施に繋がっている。
- ② 結果、全体として重大事例の減少につながっている。

【改革工程表の項目】

### 3. 手術管理体制

- ・ 診療科長による手術件数の調整、体制確保
- ・ 手術部長による全科の件数や手術時間の管理及びそのための全診療科の協力体制
- ・ 安全で無理のない手術体制の構築

■ 第三者事故調査委員会報告書では、手術部からの問題の指摘がなかったこと、過剰な手術数であったことなどが問題として指摘された。全診療科の協力を得て、手術体制を見直すとともに、手術部運営委員会での手術件数や手術時間の管理体制を整え、安全で無理のない手術体制とした。

#### (1) 外科手術予定枠の変更

2015年度(平成27年度)に外科診療センターを設置当初、消化管外科においては、医師数が多く調整に時間を要していたが、設置後1年を経過し、外来の診察日や外勤日などの調整ができたため、2016年度(平成28年度)より統一チームで活動しやすいような臓器別の手術枠に再編成した。

#### (2) 予定手術調整日の変更

手術部における翌週の手術予定調整を金曜日から水曜日に変更した。早めの手術枠全体調整により、効率的な手術室の運用を可能とした。全診療科の協力を得ている。

#### (3) 手術部運営委員会における手術実施状況の確認

手術件数、時間外手術時間についてはこれまでも報告されていたが、2016年(平成28年)12月より、日々の状況がわかるような資料として提示するよう変更した。問題点等があった場合には手術部長より委員会において診療科に報告し、話し合いが行われている。

#### (4) インシデント等報告の確認

改定した旧バリエーション報告基準(2015年(平成27年)8月最終)に基づき報告がなされ、手術部運営委員会にも報告し検討している。基準に該当する手術時間延長事例も報告されるため、件数は増加している。委員会での検討に加えて、2021年度(令和3年度)に手術部WGを立ち上げて、問題事例の漏れがないように検証している。



#### (5) 周術期管理チームの導入

術前・術中・術後の管理に麻酔科医のみではなく、歯科医師、看護師、薬剤師、MEも関わり、乳腺内分泌外科、産科婦人科を中心に、管理チームが本格的に始動しチーム医療を進

めている。(2017年(平成29年)4月～)

### <効果>

結果、問題事例の早期把握や対応が可能となり、重大事象の減少につながっている。

#### 【改革工程表の項目】

### 4. ICU管理体制

#### ・ICU入退室基準の正常な運用

■ 第三者事故調査委員会報告書では、ICUにおいて問題事例を指摘できなかったこと、必要な患者の入室困難な状況が続いたことも問題として指摘された。病床数を増やしたほか、入室基準の見直しなどの改善を行った。

#### (1) ICU入退室基準を見直し、改定した。 (2016年(平成28年)9月)

#### (2) ICU運営委員会への報告

前月の病床運用状況の報告、委員による報告確認、長期入室患者や問題事例、院内緊急コール患者についての報告と検討などを行っている。必要に応じて診療科にフィードバックしている。

#### (3) 医療業務安全管理委員会への報告

問題事例等については、病院長を委員長とする医療業務安全管理委員会に報告している。

#### (4) ICUにおけるカンファレンスの充実

ICUでは入室患者の毎朝夕の主治医診療科とのカンファレンスのほか、下記カンファレンスを行っている。

##### 1) ICUにおける全死亡症例カンファレンス(2014年(平成26年)4月～)

毎週1回、ICUで死亡した全症例について検討している。ICU医師、看護師に加え、医療の質・安全管理部からも参加している。

##### 2) 問題事例等発生時には、ICU医師が中心となって、多診療科多職種カンファレンスを調整している。

##### 3) 2018年(平成30年)7月から早期離床・リハビリテーション加算、2020年(令和2年)4月から早期栄養介入管理加算の施設基準の届け出を行った。入室後速やかに理学療法士や管理栄養士が介入し、多職種でカンファレンスを行い、早期の離床や栄養管理に向けた取組を行っている。

#### 群馬大学医学部附属病院集中治療部患者入退室基準<sup>1)</sup>

(2016.09.08改)<sup>2)</sup>

##### A.集中治療部入室患者基準<sup>3)</sup>

- 1) 手術後の重症患者(特に合併症を有する患者)<sup>4)</sup>
- 2) 急性呼吸不全患者または慢性呼吸不全急性増悪患者<sup>5)</sup>
- 3) 意識障害患者または痙攣重積患者<sup>6)</sup>
- 4) 重症循環不全患者または重篤な不整脈を有する患者<sup>7)</sup>
- 5) 心肺蘇生後患者<sup>8)</sup>
- 6) 重症代謝障害患者<sup>9)</sup>
- 7) 急性腎不全患者<sup>10)</sup>
- 8) 急性肝不全患者<sup>11)</sup>
- 9) 急性薬物中毒患者<sup>12)</sup>
- 10) 重症敗血症患者<sup>13)</sup>
- 11) 重篤な外傷患者、熱傷患者、破傷風患者<sup>14)</sup>
- 12) 重症凝固経路異常患者<sup>15)</sup>
- 13) 臓器移植患者<sup>16)</sup>
- 14) 急な補正を必要とする電解質異常患者<sup>17)</sup>
- 15) 体温異常(低体温症、熱中症など)<sup>18)</sup>

##### B.集中治療部入室を許可しない患者<sup>19)</sup>

- 1) 死亡の確実な末期患者<sup>20)</sup>
- 2) 感染経路が不明な急性伝染病患者<sup>21)</sup>
- 3) 急性症状のない慢性疾患患者<sup>22)</sup>

##### C.集中治療部退室患者基準<sup>23)</sup>

原則として、14日以上入室を避け、患者の状況が軽快し集中治療の必要がなくなった場合<sup>24)</sup>

具体的には<sup>25)</sup>



## (5) 新たな院内救急システムの構築 (2014年(平成26年)8月～)

これまで院内の急変による心肺停止事例などに対しては、急変対応として、ICU から医師、看護師が駆け付けるシステムがあった(4444 コール)。これに加え、より早期に相談してもらうためのシステムとして、院内緊急コール体制の充実をはかった。

4333 をコールすることにより、ICU リーダー医師の PHS につながり、病状に対しての相談ができる。医師のみでなく誰でもコールが可能である。これは Rapid Response System と呼んで、状態の悪化が懸念される患者に早期対応するための体制として、当院では 2014 年(平成 26 年)8 月から導入し、重症化する前の早期に ICU 医師が介入できる。

## (6) 特定集中治療室管理料 2 の取得 (2018 年(平成 30 年) 3 月)

特定集中治療室管理料 2 の施設基準の要件に見合った施設改修及び人員整備(臨床工学技士の常時配置等)を行った。ICU 入室者へ提供する医療の質の向上に努めている。

### 院内緊急コール対応の取り組み【ICU】

群馬大学医学部附属病院  
Intensive Care Unit

**院内緊急コールとは？【4444コール】**

- 心肺停止を含めた緊急対応が必要な場合に、専用の内線番号にコールすることで、急変対応チームが現場に駆けつけ、救命処置を行います。

<b>【コール件数】</b> 2016年 38件 2015年 33件 2014年 42件	<b>【対象】</b> ・入院患者 ・外来患者 ・付き添い者 ・職員 院内全ての方	<b>【協力部門】</b> ・麻酔科 ・救急部
---	--	-------------------------------

**急変対応**

**院内緊急コールはICU直通です。ICU医師と看護師が駆け付けます。**



守ります  
院内みんなの命

出勤に備えて、平時より、持参する資機材を点検・整備しています。



急変対応の質向上のため、部署内でシミュレーション教育を実施しています。



ICUでは、急変を未然に防ぐための取り組みも行っています。

**RRSとは？【4333コール】**

Rapid Response System  
院内で急激な重症化を疑っている患者をいち早く察知し、心停止となる前に処置をして、予期せぬ死亡をなくします。

**【群馬大学RRS起動基準】**

- ✓ 心拍数(<40または>120)
- ✓ 収縮期血圧(<80mmHg)
- ✓ 呼吸回数(<8または>30)
- ✓ 意識レベルの変化
- ✓ 酸素飽和度低下(酸素投与下で<90%)
- ✓ 気道トラブル
- ✓ 制御困難な血圧
- ✓ 4時間の尿量が50ml未満
- ✓ その他、スタッフが何か異常を感じた時

上記のうち一つでも満たせば、ICU監督医に直接つながる専用番号(4333)をコール



心臓停止  
呼吸停止  
ショック状態  
循環動態の変化  
心電図の変化  
意識の変化

2016年度は18件のRRSコールがあり、患者さんの病態変化に早期に対応することで、心肺停止という最悪の事態を防ぐことができました。

### <効果>

- ① 検証や対応を行う事例の多くはICU 入室患者であるため、その連携と把握体制の充実は、問題の早期適切な対応に重要である。
- ② 増床や入室基準の見直しに伴い入室患者数は増加、平均在院日数はほぼ変わらないが、稼働率は 100%未満で推移し、入室が必要な患者に対しても不足することなく対応できている。
- ③ RRS (院内緊急コール体制) 4333 コールにより状態悪化前のスムーズな ICU 入室につながっている。
- ④ 特定集中治療室管理料 2 の算定により医療の質向上に加え経営改善に繋がっている。

【改革工程表の項目】

## 5. 主治医制からチーム管理体制への移行と強化

- ・ チームとしての回診体制（週2－3回）
- ・ 患者視点を重視した最適な方策を誰もが提案し、それを共有できる風土創り
- ・ チーム医療の強化

■ 基本的なチーム管理体制の方針は浸透している。組織横断的な活動の推進、実践とその評価フィードバックを繰り返すことにより、組織の風土改革につなげていく。

- (1) 改革推進委員会の「提言への対応を進めるための WG」による全体説明会と診療科訪問により、診療科やチームにより体制は異なるものの、チーム医療体制を構築し回診体制をとっていることを確認した。
- (2) 診療科内、組織横断的なカンファレンスを推奨している。診療科カンファレンスの状況は、WG による各診療科訪問時に確認している。多科・多職種参加の M&M カンファレンスには医療の質・安全管理部からも参加しており、討議の状況を客観的にみることができる。
- (3) リスクマネジメントを中心にしたチェックシートを持って、他科のカンファレンスに参加して行う「診療科間カンファレンス相互チェック」を 2017 年(平成 29 年)7 月から実施している。検討内容のほか、活発な討議が行われているかなどの雰囲気も重視してチェックしている。  
チェックの結果を集計し、リスクマネージャー会議でフィードバックしている。
- (4) 組織横断的なチーム体制での活動を推進している。2017 年(平成 29 年)3 月の死亡症例検証委員会やインシデント報告で、誤嚥性肺炎の併発事例が散見されたことを受け、嚥下障害の早期・適切な評価及び予防を目的に、口腔ケア等チームによる活動を開始している。
- (5) 体制のみではなく、文化としてのチーム力を高める必要がある。状況認識や相互支援コミュニケーション、チームワークなどのスキルを学習し、組織のチーム力向上を目的とし、各科各部門から選抜された多職種職員約 50 名を、いくつかのチームに分けて行うチームステップ研修を 2017 年(平成 29 年)12 月から実施している。  
(詳細は 16- (3) にて記載)



【改革工程表の項目】

## 6. 手術適応判断の厳格化

- ・ 院外紹介：カンファレンス後の治療方針決定
- ・ 院内紹介：内科外科合同カンファレンス後の決定
- ・ 外来での説明文書を用いた説明
- ・ 入院後、最終的な手術適応判断のための症例検討会にかけたうえで再度の説明、同意の取得
- ・ ハイリスク事例では関連診療科を含めた検討会
- ・ カンファレンスシートの作成、活用、データベース作成

■ 提言への対応を進めるためのWGから、病院としての基本的な方針を示し、その実施状況を確認した。各診療科の体制のほか、院内のカンファレンスや臨床倫理委員会専門委員会での審議体制を整えた。

(1) 提言への対応を進めるためのWGが実施した各診療科訪問及び全診療科を対象に実施したアンケートにより、カンファレンス後の治療方針決定を徹底することとし、入院患者についてのカンファレンス実施状況を医療の質・安全管理部で確認している。

(2) 説明文書を使った説明が入院後となる場合もあるが、原則として、外来で必要な説明は行い、熟慮期間を確保することを周知した。外来での重要な説明機会が増えるので、患者家族の理解が得やすいように看護師同席体制の充実に取り組んでいる。

(3) カンファレンスの結果の記録については、各診療科として保存、並びに個別のカルテ記載を行うこととし、提言への対応を進めるためのWGの診療科訪問の際に確認した。

(4) M&Mカンファレンスやカルテレビューによる状況確認

医療の質・安全管理部や診療情報管理部がカルテレビューを行い、問題があればフィードバックしている。

(5) ハイリスク症例の討議

1) 臓器別に関連する診療科が集まって討議するカンサーボードを経てから方針を決定する。

2) 臨床倫理委員会専門委員会での討議

ハイリスク事例については関連診療科の検討会に加え、臨床倫理委員会専門委員会でも審議している。2017年(平成29年)4月からは先端医療開発センターが窓口となり審議体制を充実させ、各科等推薦者30名によるモニタリング体制も強化(モニタリングサーベイヤー制度)した。臨床倫理委員会専門委員会において下表のとおりハイリスク事例を審議している。

医療事故調査委員会報告書等の各種提言に係る対応状況  
一地道ではあるが、着実に改革につなげるための活動等→

### 4. 診療科等訪問時の周知・意見交換等の事項

- (1) 主治医制からチーム管理体制へ
  - ・ チームとしての回診体制
  - ・ チームでの情報共有の方法
- (2) 手術等(機能的医療行為含む)の「適応判断」の厳格化(基本方針)基本方針を理解の上、どのような治療がこの方針で行えるか検討。方針どおり実施できないものがあった場合、その合理的な理由等
  - ・ 初診時：診療科内・内科と外科の合同  
　　カンサーボードなどカンファレンスでの方針決定
  - ・ 再診時：外来でIC  
　　患者さんに考える時間を十分にとる  
　　ハイリスク事例は別途検討会等の実施
  - ・ 入院時：最終的な手術適応判断のための症例検討会
- (3) カンファレンスシートの作成・活用によるデータベース作成  
　　カンファレンスシートは原則にカンファレンス内容を記録(録音)

臨床倫理委員会専門員会で審議したハイリスク事例件数

年度	件数
2017年度（平成29年度）	29件
2018年度（平成30年度）	50件
2019年度（令和元年度）	51件
2020年度（令和2年度）	89件

<効果>

①ハイリスク事例の審議件数は増加しており意識が高まっている。②結果、重大事象の減少につながっている。

【改革工程表の項目】

7. インフォームド・コンセント

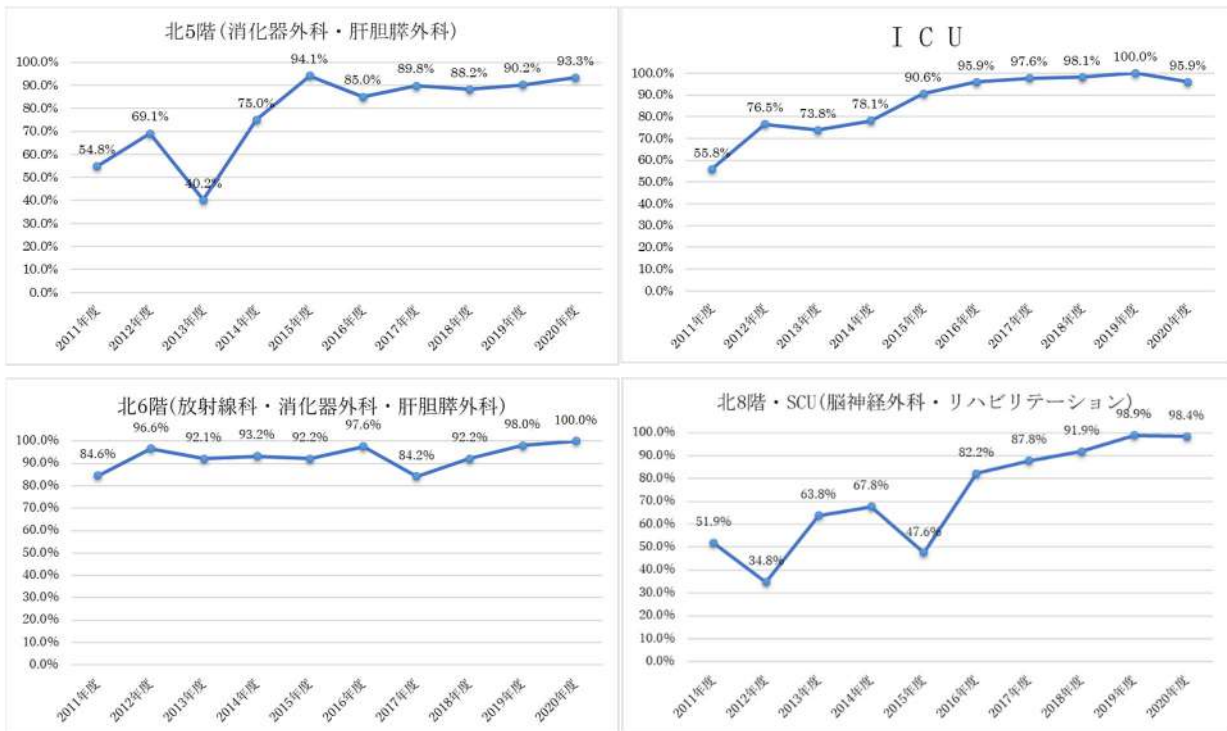
- ・ 文書の定型化と承認
- ・ 文書の定型化、実施内容の規程
- ・ 見直しとブラッシュアップ
- ・ 使用状況のサンプル調査
- ・ インフォームド・コンセントチェックシートの導入
- ・ インフォームド・コンセントの管理部門・責任者の配置
- ・ 外来におけるインフォームド・コンセントの充実と熟慮期間の確保
- ・ 同席者に関わる規程

■ 第三者事故調査委員会報告書では、規定された説明文書の形式がなく、個人の判断に任されていたため、説明事項が十分に記録に残されていなかったという指摘があった。

必要事項を漏れなく説明し、記録に残すために統一書式の承認説明同意文書の作成に取り組んだ。

2021年(令和3年)3月までに983件作成され、非常に充実したが、今後は十分な情報提供のもと、より患者家族の自己決定を重視し、支援するようなインフォームド・コンセントの院内研修を進めていく。また、看護師の同席体制の強化を引き続き推進していく。





医療の質・安全管理部長によるインフォームド・コンセントや説明同意文書についての講義と演習を行い、2019年(令和元年)11月26日からより良いインフォームド・コンセントを行うための研修を実施している。

### (1) 統一書式の説明同意文書の作成・承認体制の構築

- 1) 侵襲的医療行為等に係る説明同意文書に、必要な説明事項を網羅し、書式・形式を整えた「ひな型」を各診療科等に明示し、各科で作成した説明同意文書について、臨床倫理委員会専門委員会で承認する体制を構築した。
- 2) 侵襲的医療行為のみでなく、化学療法や疾患の説明、薬剤による治療説明文書も多数作成している。



看護師が患者の視点で説明文の見直しを行い、分かりにくい点を診療科に戻し、ブラッシュアップを実施している(2016年(平成28年)10月～)

### (2) インフォームド・コンセント指針の改訂

看護師の同席や役割、カルテ等への記録方法等も含め、具体的に明示した。外来におけるインフォームド・コンセントのあり方についても記載している。(2015年(平成27年)9月改訂)

その後、侵襲的医療行為、癌の治療方針の選択の際の熟慮期間への留意や説明時の録音、患者参加の推進、説明と同意の範囲の明確化、入院患者の死亡事例に対する組織検体採取（ネクロプシー）の手順の明確化、同意文書の代諾者、立会人の定義、同席時の看護師の役割フロー等の改訂を行った。（最終改訂 2020 年（令和 2 年）12 月）

### (3) インフォームド・コンセント内容の充実

- 1) 意思決定支援のためのインフォームド・コンセントを考える  
高齢者への侵襲的医療行為の機会が増えており、インフォームド・コンセントのあり方や考え方など方針を提示した。継続的に取り組んでいる。
- 2) インフォームド・コンセントに同席する看護師のあり方についての教育  
どのような役割を持つべきなのか、何をすべきなのか、理解し意識を高めるための教育を行っている。

### (4) インフォームド・コンセントに対する患者からの評価

院内統一書式の説明文書を用いてインフォームド・コンセントを行った入院患者に対し、2017 年(平成 29 年)7 月から 2019 年(平成 31 年)3 月までの間に 1 か月間の調査を計 5 回実施し、443 名から回答を得た。結果として、侵襲的治療についての説明は、約 9 割の患者が十分な解りやすい説明を受け、説明から治療承諾までに熟慮期間があったと認識していた。しかし、約 3 割の患者が説明文書内に解りにくい言葉が少しあったと認識していたため、既存の説明同意文書を修正する課題が見いだされた。調査結果から、2019 年(令和元年)12 月から約 300 種類の説明同意文書について、患者の視点での意見を医学部学生（医学科・保健学科）からもらい、文書の見直しを行っている。

また、約 1 割の患者ではあるが、看護師からの言葉がけがあまりなかったと認識していたため、看護師からの言葉がけによる理解度や心配事の確認をさらに充実させ、インフォームド・コンセントの質向上につなげている。

調査票（インフォームドコンセントチェックシート）	
以下の質問の該当する項目に○をつけてください。	
問1. 何科に入院しましたか。	①循環器内科 ②呼吸器・アレルギー内科 ③消化器・肝臓内科 ④内分泌糖尿病内科 ⑤腎臓・リウマチ内科 ⑥血液内科 ⑦脳神経内科 ⑧呼吸器外科 ⑨消化管外科 ⑩肝胆膵外科 ⑪乳腺・内分泌外科 ⑫泌尿器科 ⑬歯科口腔外科 ⑭整形外科 ⑮皮膚科 ⑯眼科 ⑰耳鼻咽喉科 ⑱脳神経外科 ⑲産科婦人科 ⑳放射線科 ㉑核医学科 ㉒形成外科
問2. 年齢は何歳代ですか。	① 20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代 ⑥70代 ⑦80代以上
問3. 今回の入院の目的は何ですか。（複数回答可）	① 手術 ②抗がん剤治療 ③放射線治療 ④その他（具体的に） 例：動脈造影術
問4. 医師から病名や病気の状態についての説明はありましたか。	① あった ② なかった
問5. 医師からの病名や病気の説明はわかりやすかったですか。	① 大変わかりやすかった ②わかりやすかった ③どちらともいえない ④わかりにくかった ⑤大変わかりにくかった
問6. 治療についての説明はわかりやすかったですか。	① 大変わかりやすかった ②わかりやすかった ③どちらともいえない

### (5) 外来におけるインフォームド・コンセント

- 1) 外来で説明したのち、熟慮期間を確保することは、各診療科アンケートで状況を確認、全体説明会や診療科訪問により再度周知した。
- 2) 外来での看護師同席  
外来でのインフォームド・コンセントが増えることになり、看護師の同席についても人員配置や同席方法の工夫など、充実を図っている。

### (6) インフォームド・コンセント規程

インフォームド・コンセント規程を制定し、インフォームド・コンセントに係る管理部門を医療の質・安全管理部と定め、責任者を医療の質・安全管理部長とした。（2017 年（平成 29 年）3 月）



## (7) インフォームド・コンセント録音導入

患者やご遺族からの要望があり、2018年(平成30年)1月から特定の診療科で試験的にICレコーダーによる録音を開始した。2か月程度の試行後に院内WGで対象診療科の拡大や実施方法の検討を行い、2018年(平成30年)8月から全診療科を対象にICの録音を本格的に開始し、2021年(令和3年)3月までに通算562件を実施した。録音したICの音声データは電子カルテ内に保存している。

### 【改革工程表の項目】

## 8. 診療記録の充実と点検

- ・ 責任者の配置・実施内容の確認と管理
- ・ 医師の認識強化
- ・ チェック体制の確立
- ・ 診療科間相互において改善点を指摘できるシステムの構築

- 第三者事故調査委員会報告書では、カルテ記載が乏しく検証が難しいという指摘があった。記載内容を評価するカルテピアレビューは実施していたが、より有効に機能させるため、実施回数やフィードバック方法を見直すとともに、診療情報管理士による新たなカルテレビューを導入した。

## (1) 診療情報管理部

診療情報管理士の資格を有する多職種からなる診療情報管理部が設置されており、副院長(医療安全担当)が部長を務めている。

## (2) カルテピアレビュー

カルテピアレビューは、各診療科や部門からの多職種計30名が120名分の患者カルテを抽出して確認評価している。2007年度(平成19年度)から継続的に年1回実施していたが、2014年度(平成26年度)からは、年2回とした。2020年度(令和2年度)より看護記録の項目も追加した。評価の低い部署については、改善策を具体的に提案するなどのフィードバックにより改善を図っている。

## (3) 診療情報管理士によるカルテレビュー(2014年(平成26年)12月～)

全退院患者数約1,000人/月に対し、医事課診療情報管理系の7名が、診療科毎に分担し、1人約35件/月、毎月240～250件の抽出チェックを行うことにより、全診療科のレビューを実施している。多職種によるカルテピアレビュー及び診療情報管理士によるカルテレビューを有効に機能させ、その結果を診療科にフィードバックし、カルテ記載の改善につなげている。2018年(平成30年)4月に診療情報管理士の資格を有する看護師1名が加わり、現在は医事課8名、看護部1名

【評 価】	満たしている(3点) やや不十分(2点) 満たしていない(1点) 必要項目の未記入や未作成(0点) 該当なし(※)	評 価 (3・2・1・0・*)	平均
<b>基本情報</b>			
1	医師の氏名がすべて記載され、研修医と指導医が区別されている	3・2・1・0	2.9
2	医師の連絡先(〒の番号等)が記載されている	3・*	-
3	感染症情報に記載されている	3・0・*	2.8
4	薬剤師の情報が記載されている(薬剤師がいない場合は「なし」の記載が必要)	3・0	2.4
<b>基礎データ、プログラムリスト、診療計画</b>			
5	患者背景、主訴・現病歴、現病歴・現病歴・検査所見・検査所見・臨床経過の要点がすべて記載されている	3・2・1・0	2.6
6	1) 現病歴(診断・治療・検査)が記載されている	3・2・1・0	2.4
7	2) 問題点(プログラムリスト)が記載されている	3・1・0	2.5
8	9) 研修医の記載部分には、指導医の署名(捺印)が記載されている	3・2・1・0・*	2.7
<b>入院診療計画書</b>			
9	医師だけでなく、看護科・薬剤師などの他の職種も考えられて作られている	3・2・1・0	2.9
10	10) 患者にも分かりやすい内容である	3・2・1・0	2.9
11	11) 患者や家族の署名がある	3・0	3.0
12	12) 医師側には医師の氏名が全て記載され、研修医と指導医が区別されて記載されている	3・2・1・0・*	2.7
<b>インフォームド・コンセント</b>			
13	13) 同意書に取得日時が記載され、説明者と説明相手(患者や家族)の署名がある	3・2・1・0・*	2.9
14	14) 同意書に説明・同意の内容が記載されている	3・2・1・0・*	3.0
15	15) 経過記録に加えて、説明書・立会書・説明相手(患者や家族)が記載されている	3・2・1・0	2.5
16	16) 経過記録に説明内容と同意の経緯、患者や家族の反応および質疑応答内容が記載されている	3・2・1・0	2.5
<b>医師経過記録等</b>			
17	17) SOAP形式で適切に記載されている	3・2・0	2.9

で行っている。

#### (4) 日常のカルテレビュー

医療の質・安全管理部での日常のカルテレビューや死亡症例検証委員会での死亡症例のカルテレビューでも、カルテ記載に係る問題点があれば、積極的にフィードバックしている。

#### (5) その他の相互チェックシステムの充実

外科診療センター内では年 4 回独自のカルテピアレビューを行い、カルテ記載方法の向上につなげている。先端医療開発センターのサーベイヤー30 名によるモニタリングに際しても、カルテレビューを強化している。さらに、2017 年(平成 29 年) 7 月から開始した診療科間カンファレンス相互チェックにおいてもカルテチェックを行う。

高難度手術、重粒子線治療、CVC 挿入について、多職種(看護部、臨床試験部、薬剤部)によるサーベイランスを行っている。この結果をもとに、先端医療開発センターで合併症や問題点の確認を行い、共有すべき事項をフィードバックしている。

また、臨床倫理委員会専門委員会において審議された事案について、先端医療開発センター医師によるモニタリングを行っている。サーベイランス件数、モニタリング件数は下表のとおり。

サーベイランス件数

年度	件数
2018 年度 (平成 30 年度)	319 件
2019 年度 (令和元年度)	369 件
2020 年度 (令和 2 年度)	405 件

モニタリング件数

年度	件数
2018 年度 (平成 30 年度)	164 件
2019 年度 (令和元年度)	144 件
2020 年度 (令和 2 年度)	202 件

#### (6) 量的点検の充実

「診療録等量的点検実施要綱」及び「入院診療録等チェックシート」を作成し、2019 年(令和元年)8 月退院患者から実施要綱に則り、該当項目をチェックする取組を行っている。

##### <効果>

各部署におけるカルテピアレビューやカルテレビューにより、カルテ記載はより向上している。重要な事項や必要事項を押さえた記載を意識してチェックし、フィードバックしている。

【改革工程表の項目】

## 9. 合併症の評価と死亡・合併症症例検討会（M&Mカンファレンス）の定期的開催制

- ・ 合併症規準による記載（JCOG術後分類による記載）（外科系科）
- ・ グレード記載欄を手術症例サマリー等に設け、様式を統一（外科系科）
- ・ 外科系全診療科で行う・死亡・合併症症例検討会（M&Mカンファ）
- ・ 多科多職種参加のM&Mカンファの定期的開催
- ・ 外部専門家を依頼してのM&Mカンファ
- ・ 死因究明と病理解剖の推進
- ・ CPC体制の確立
- ・ 死後の画像診断体制

- 合併症や死亡症例の検証体制の強化として日常の記載、検討体制や病理解剖や死後CTなどの体制を含めて充実をはかった。

### （1）合併症、死亡症例の検討

- 1) 提言への対応を進めるためのWGの各科訪問時資料により、合併症評価の記載を周知。JCOG分類による妥当な合併症評価が可能な診療科では、この分類を用いての評価を行っている。外科診療センターでは、退院時サマリーの中に統一した合併症記載欄を設けた。
- 2) 多診療科・多職種の参加によるM&Mカンファレンスの推奨  
カンファレンス開催回数は下表のとおり。医療の質・安全管理部からも参加している。

M&Mカンファレンス開催実績

年度	回数
2015年度（平成27年度）	20回
2016年度（平成28年度）	29回
2017年度（平成29年度）	25回
2018年度（平成30年度）	25回
2019年度（令和元年度）	23回
2020年度（令和2年度）	23回

- 3) 医療の質・安全管理部主催でのM&Mカンファを開始（2016年（平成28年）12月～）  
原則としてオープン形式で自由に参加可能。検証後には病院長に報告する事例を対象としている。医療の質・安全管理部で日時の調整や準備のほか、終了後には議事要旨を作成し問題点等を整理する。現場の議論や対応が十分であるかなどについて、医療業務安全管理委員会に報告している。

### <各種M&Mカンファレンスの効果>

- ①それぞれの視点での忌憚ない意見交換により、当該科の気づかない点が指摘できる。
- ②直接の対話によりチームワーク向上、診療の質改善につなげることで有効な再発防止策を立案できる。
- ③医療の質・安全管理部で主催した場合には、詳細な議事要旨を作成して医療業務安



全管理委員会での再度の検討を行うことができる。

## (2) 病理解剖、死後CT

### 1) 病理解剖依頼について

- ・インフォームド・コンセント指針内に、病理解剖をできるだけ実施するため、原則、死亡されたすべての患者ご遺族に依頼することを記載し、リスクマネージャー会議等で周知した。
- ・医療の質・安全管理部に、死亡症例は即時報告されるので、カルテに病理解剖を説明・依頼した記載が漏れている場合は、確認している。
- ・各病棟で使用する病理解剖説明書を作成した。
- ・一般患者用パンフレットを作成し、患者支援センターに配架している。

### 2) 病理解剖件数とCPC（臨床病理検討会）

- ・病理解剖件数は、下表のとおりである。
- ・CPCは、多診療科・多職種により開催しており研修医も参加している

病理解剖件数

年度	附属病院件数	学外病院件数
2018年度（平成30年度）	29件	3件
2019年度（令和元年度）	22件	4件
2020年度（令和2年度）	19件	1件

### 3) 死後CT

当院では、2008年(平成20年)から死後CTを導入し、読影まで含めた体制が整っている。

病理解剖は受け入れ難いご遺族も、死後CTならばと、同意いただける場合もあり、積極的に施行を呼び掛けており、増加傾向である。件数は下表のとおりである。

死後CT撮影件数

年度	件数
2012年度（平成24年度）	13件
2013年度（平成25年度）	4件
2014年度（平成26年度）	4件
2015年度（平成27年度）	19件
2016年度（平成28年度）	29件
2017年度（平成29年度）	64件
2018年度（平成30年度）	53件
2019年度（令和元年度）	56件
2020年度（令和2年度）	53件



## <効果と検証>

死後 CT 件数は増加しており、その後の死亡症例検証委員会や M&M カンファレンスで、より充実した検討を行うために役立っている。

医療者が病理解剖の説明を行うことは徹底しているが、今後さらに医療者に対して具体的な説明方法を示し、一般の方に病理解剖の意義を理解いただき、受け入れやすい文化の構築を目指す。

## II. 安全管理体制・倫理

【改革工程表の項目】

### 10. 医療従事者の主観に依存しない事故報告システムの導入

- ・ 報告体制の強化
- ・ 死亡症例のチェック
- ・ 対策や改善の効果を測定し、院内外へ発信
- ・ 重篤な後遺障害を伴った事例についても取り組む
- ・ 診療科間の症例検討会の相互チェック（治療適応の判断、インフォームド・コンセント、診療記録など）

■ 報告体制の充実、能動的な問題事例把握体制の強化は、医療事故の問題を病院が認識した当初から速やかに対応し、合併症事例報告を含むインシデント報告数は顕著に増加した。特に医師からの報告数の増加が著しく、医師からの報告件数はインシデント報告全体の15～20%を占めている。インシデントを報告する文化は定着したと考え、患者持参薬の自己管理事例などは報告対象外とした。2019年(令和元年)の報告件数がそれまでに比べて減少している理由はそのためと考えている。今後、インシデント報告数が減少した場合、①医療安全が強化され、インシデントの発生自体が減少したため、②医療安全文化が弱体化し医療者がインシデント報告をしなくなったため、のどちらによるのかを判断する手法を検討したい。また、重要なインシデントに基づき、改善計画の立案、実施、評価を行っている。

#### (1) インシデント報告体制の充実

- ・ インシデント報告対象となる事例を具体化・定量化した(2014年(平成26年)10月～)
- ・ 医療の質・安全管理部とICU、手術部など、他部門との連携を強化した。

#### (2) インシデント・アクシデント等の能動的把握体制の構築

##### 1) 死亡症例の把握

より詳細かつ効果的な検証を行うよう、段階的に進めた。

- ・ 2015年(平成27年)1月：全死亡症例を、毎月、医療業務安全管理委員会に報告した。
- ・ 2015年(平成27年)4月：死亡症例検証委員会による全死亡症例の検証を開始した。問題点を抽出し、病院長及び医療業務安全管理委員会に報告し、医療の質等の改善に活かすための提案を行っている。

- ・2015年(平成27年)11月：死亡例は、医療の質・安全管理部に速やかに報告する体制(「患者死亡時チェックシート」を病棟に配置し、全死亡例の即時報告)とした。
- ・2019年(平成31年)1月：臨床倫理委員会専門委員会への申請確認用の項目を追加した。



死亡症例検証委員会の様子



## 2) 入院期間延長事例の検証

定期的に医療の質・安全管理部において、予定入院期間より大幅に入院期間が延長している事例のカルテを確認している。

上記に替えて、DPC(診断群分類包括評価)データから得られる入院期間等を評価し、大きく外れる症例や手術についての原因分析を行い、診療科にフィードバックし見直しに繋げることを検討している。

## (3) 多職種、多診療科による M&M カンファレンスの推奨

医療の質・安全管理部からも参加。医療の質・安全管理部主催でも開催している。

## (4) 画像診断と病理診断への対応について

### 1) 画像診断未読確認システム(スターサーチ)の運用について(2018年(平成30年)4月から開始)

画像診断医が画像診断報告書の「重要所見」欄に目立つ★印の記号を付け、担当医の確認漏れを防ぐよう方策を行った。

緊急症例、あるいは少なくとも本日中に対応すべき所見には画像診断報告書に「★★」を付け、直ちに画像診断医から主治医に電話連絡を行う。

検査目的とは異なるがんなどの可能性のある準緊急症例の場合は画像診断報告書に「★★」を付け、報告書作成後14日目に担当の画像診断医が診療録を確認し、主治医が対応をしていることが確認できない場合は電話連絡を行う。医療の質・安全管理部は、画像診断報告書の未開封状況を定期的に調査し、医療業務安全管理委員会及びリスクマネージャー会議でフィードバックしている。また、未開封報告書のリストをリスクマネージャーに配布し確認の徹底を促している。2019年(令和元年)12月から新しい医用画像情報システムの導入により、報告書の作成状況及び能動的未読/既読の管理が可能となった。重要所見についてはフラグを付けて報告書を区別し、通知機能で報告書の存在をオーダー医師に知らせるほか、患者への連絡状況や対応内容についてのコメント入力(診療録記載)を必須とする仕様となっている。現在、診療録確認の対応は看護部と医事課の診療情報管理士(2020年(令和2年)7月)から医事課医療安全係に専任1名を配置)が担当し、主治医への連絡は医療の質・安全管理部が担当する体制となっている。

未読率は、2020年（令和2年）1月、2月の未読率は17%程度であったが、3月以降は3%以下で推移しており、2021年（令和3年）3月の未読率は1.9%であった。

## 2) 病理診断結果報告書未読防止について（2019年（令和元年）8月から）

「病理診断結果報告書」作成から2週間が経過した未読の報告書リストを作成し、毎週月曜日に各診療科に配信を行った。各診療科に配信してからさらに2週間経過（報告書作成後4週間が経過）しても未読となっている報告書のリストは医療の質・安全管理部に報告され、毎月のリスクマネージャー会議で各診療科に配布し、早急に確認するよう依頼している。

2019年（令和元年）12月から、新しい医用画像情報システムの導入により、画像診断と同様に、報告書の作成状況及び能動的未読/既読の管理が可能となった。2020年（令和2年）1月、2月の未読率は18%程度であったが、3月以降は5%以下で推移しており、2021年（令和3年）3月の未読率は2.6%であった。

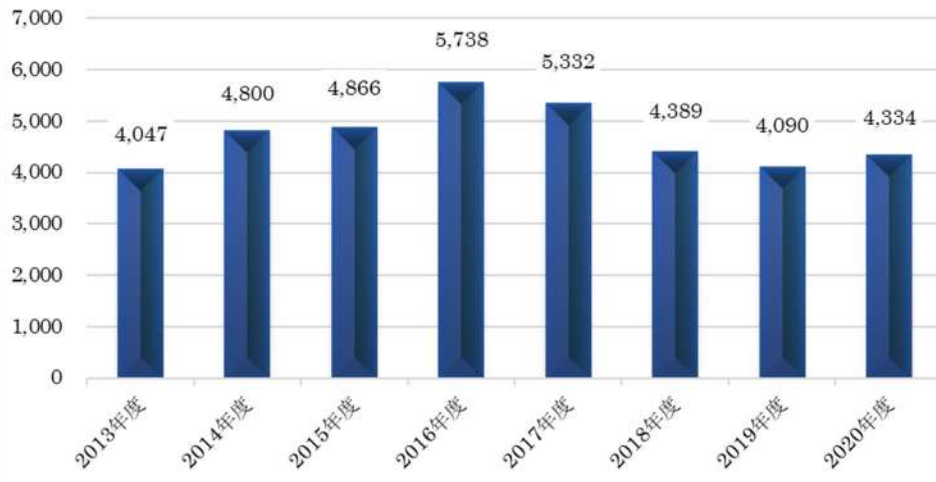
## (5) その他

- 1) 重篤な後遺障害を伴った事例において、外部委員が参加した医療事故調査専門委員会を開催した。死亡事例でない事案についても、医療業務安全管理委員会での詳細検討事例として取り上げている。
- 2) インシデント等報告の分析結果をリスクマネージャー会議でフィードバックし、リスクマネージャーとの直接の連携を積極的に図っている。リスクマネージャーと個別対応の機会を増やしている。
- 3) 積極的な学会等報告  
2016年度（平成28年度）に、医療事故関連の学会発表を4回、改善・改革状況に関する学会等での講演等を14回行った。
- 4) 2017年（平成29年）7月から、リスクマネジメントを中心にしたチェックシートを持って他科のカンファレンスに参加して行う「診療科間カンファレンス相互チェック」を毎年度2回実施している。

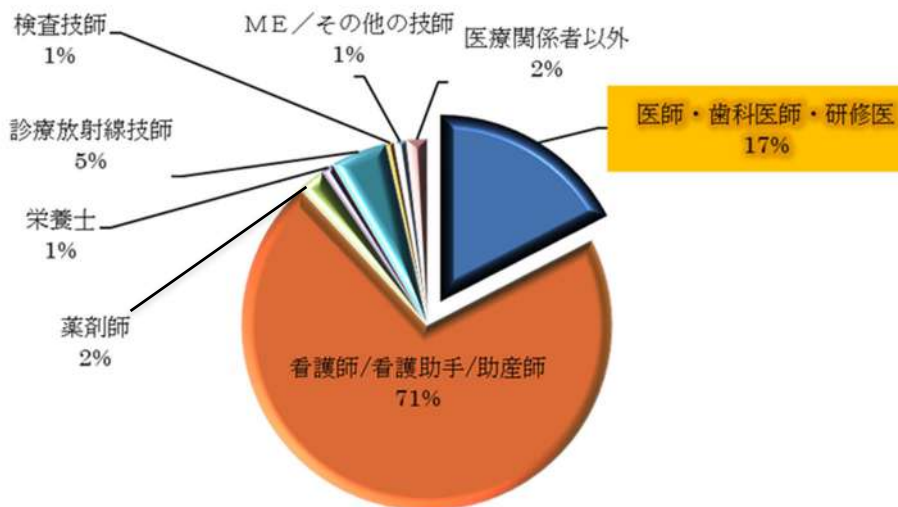
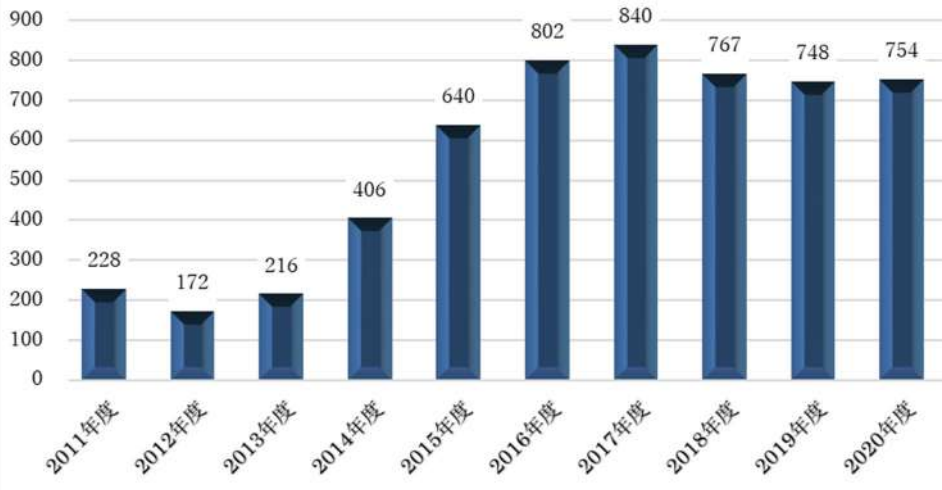
## <効果及び今後>

- ①インシデント報告数、特に医師からの報告数が増加している。
- ②積極的な報告体制は定着したが、継続と検証が必要である。
- ③インシデント報告の信頼度（インシデント報告数/実際のインシデント発生数）の評価手法を開発することが必要である。
- ④医療の質と安全向上を図るために、インシデントの分析、改善策実施と評価を発展させる。

### インシデント報告件数【年度別推移】



### 医師からの報告件数【年度別推移】



### 職種別報告者割合【2020年度】

## 11. 医療安全管理体制と権限の強化

- ・医療安全管理責任者の配置（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統括）
- ・専従の医師、薬剤師、看護師を配置した医療安全管理部門の設置
- ・医療安全管理委員会の設置
- ・専従部長への病院長直轄の独立した介入権限及び病院の人事、経営、運営などを決定する最高意思決定会議への恒常的参加権限の付与
- ・看護師 GRM の権限強化と医療の質・安全管理部副部長への任命（継続的な教育研修体制安全管理部長と看護部の協議による選出）
- ・病院長直轄組織の形骸化回避のための執行部支援
- ・各部門 RM の権限、役割の明確化と「要綱」の策定
- ・RM 協力体制の強化
- ・部門 RM 要綱作成
- ・医療安全管理部門による巡視体制と組織横断的なチームによる定期的な相互チェック

■ 医療安全管理体制と権限の強化については、以下のとおり、順次対応を進めている。

### (1) 医療安全担当副病院長を配置

2015年(平成27年)4月、医療の質・安全管理部を設置し、専従医師3名、専任医師1名、専従看護師2名の体制をとった。その後、2017年(平成29年)4月に専従薬剤師1名、2017年(平成29年)8月に専従医師1名を増員、2019年(平成31年)4月には専任医師1名を増員した。

### (2) 医療業務安全管理委員会

委員構成や体制を大幅に変更・増員し、審議時間を十分に確保できる体制とした。(2016年(平成28年)4月～)

また、院内に設置したコンプライアンス推進室の会議と合同で行い、関連する委員会や部署からの医療安全及びコンプライアンス等に関する報告を合わせて行うこととした。

その後、コンプライアンス推進室は、改革推進委員会設置に伴い発展的に廃止(2016年(平成28年)12月)し、医療安全に係る報告は医療業務安全管理委員会で統括することとなった。

### (3) 医療の質・安全管理部長は、特命副病院長として最高意思決定会議である病院運営会議に参加している。

### (4) これまで医師と限定していた医療の質・安全管理部の副部長に、看護師のゼネラルリスクマネージャーが就任できるよう規程を改正した。(2017年(平成29年)4月)

### (5) 部門リスクマネージャー要綱を作成し、リスクマネージャーの役割を明確化した。(2016年(平成28年)10月)



(6) 医療の質・安全管理部によるリスクマネージャーヒアリングを実施し、役割の確認や意識の向上、連絡窓口としての積極的対応を依頼した。

(7) ゼネラルリスクマネージャーによる定期的部署巡視（月1回）

各部署を巡視し、リスクマネージャーからのヒアリングや部署内での情報共有の状況把握、インシデント報告に対する改善状況の把握などを行っている。2020年(令和2年)4月からは、事故防止専門委員会委員も各回数名ずつ巡視に加わることにしている。

(8) 院内者による病院機能評価

2004年度(平成16年度)から毎年、「院内者による病院機能評価」を実施している。日本医療機能評価機構のチェック項目に準じたチェックシートにより、各部署が自己評価を行い、組織横断的チームによる評価を行う。評価結果は、病院運営会議・臨床主任会議・病院連絡会議に報告し、各部署にフィードバックして、順次改善に取り組んでいる。2020年(令和2年)4月に、医療の質の継続的な向上を図ることを目的とした医療の質向上委員会を設置し、病院機能評価の更なる充実を図っている。

### <効果>

- ①医療業務安全管理委員会での充実した審議や病院長のガバナンス発揮に有用である。
- ②医療の質・安全管理部の定期巡視や組織横断的チェックなどから、現場の改善につながっている。

#### 【改革工程表の項目】

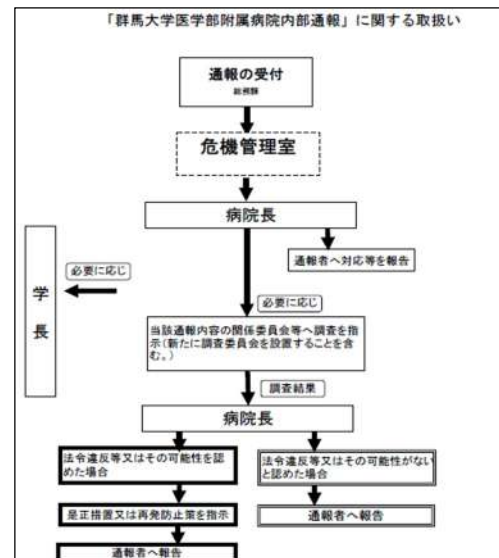
### 12. インシデント・アクシデント等の報告・確認と指導

- ・ 内部通報窓口の設置
- ・ 医薬品安全管理責任者の設置
- ・ 医療機器安全管理責任者の設置
- ・ 管理者の医療安全管理経験要件化・研修受講義務
- ・ 患者医療安全相談体制の確保

#### (1) 内部通報窓口

次のとおり内部通報窓口等を設置し、不正行為等に限ることなく自由に意見が言える、風通しの良い院内環境を構築した。

- 1) 2016年(平成28年)5月  
病院内部通報要項制定  
電子メール、電話、FAX等(匿名可)
- 2) 2015年(平成27年)11月  
職員ご意見箱  
紙媒体による投書(匿名可)
- 3) 2016年(平成28年)5月  
職員用電子掲示板





◆附属病院通報窓口について◆

法令違反行為等を早期に発見し、未然の防止及び是正を図ることを目的として、内部及び外部通報窓口を設置しています。

通報を行うことができる方

- 本学に勤務する職員及び派遣契約等に基づき本学の業務に従事する方。

通報対象

- 法令や学内規則に違反し、又は違反するおそれがある不正行為等。
- ※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も可能です。

通報者の保護

- 通報したことを理由として、不利益な取扱いを受けることはありません。なお、虚偽の通報や、他人を誹謗中傷する通報、その他不正の目的で利用してはけません。

通報の方法

- 通報の方法は、下記の5種類が用意されています。利用しやすい方法を選択してください。また、匿名の通報も出来ます(この場合、調査結果等の通知ができない可能性もあります)。

1. 職員ご意見箱(北病棟地下1階)
2. 院内通報窓口(昭和地区事務部総務課)  
専用メールアドレス: [naibu@jimu.gunma-u.ac.jp](mailto:naibu@jimu.gunma-u.ac.jp)  
電話: 027-220-7711  
FAX: 027-220-7720
3. 職員用電子掲示板(病院情報システム)
4. 内部通報ホットライン(学外相談員による受付窓口)



内部通報ホットライン受付カード

0120-390-288

窓口対応者は、社会保険労務士や産業カウンセラー等が対応いたします。

通報者の守秘義務の徹底をしておりますので、安心してご利用いただけます。

5. 病院における診療に関する内部通報ホットライン(学外の弁護士による受付窓口)  
橋爪健法律事務所【電話: 0120-310-066】フリーダイヤル  
受付時間: 月曜日~金曜日 9:00~17:00  
※お昼: 9/12-9/16、年末年始: 12/29-1/4はお休み

4) 2018年(平成30年)4月

内部通報ホットライン(内部通報の外部受付窓口)

5) 2019年(令和元年)7月

病院における診療に関する内部通報ホットライン(学外の弁護士による受付窓口)

• 教職員へ内部通報ホットラインカード(両面)を配布して周知を行った。



国立大学法人 群馬大学  
内部通報ホットライン  
0120-390-288

【内部通報ホットライン】は内部通報の外部受付窓口です。学内や職場での通報、構成員などコンプライアンスに関する相談、通報を社会保険労務士・産業カウンセラー等の外部相談員が受け付けます。

受付時間: 内線日~金曜日 12:00~21:00  
土日祝日 9:00~17:00  
(年末年始12/29-1/4はお休み)

守秘義務を厳格します。通報者が不利益な取扱いを受けることはありません。



国立大学法人 群馬大学  
病院における診療に関する内部通報ホットライン  
フリーダイヤル  
0120-310-066

病院における診療に関する内部通報の外部受付窓口です。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学外の弁護士が受け付けます。

受付時間: 月曜日~金曜日 9:00~17:00  
(土日祝日: お休み) 12-26/76  
年末年始(12/29-1/4はお休み)

守秘義務を厳格します。通報者が不利益な取扱いを受けることはありません。

◆公益通報窓口について◆

通報を行うことができる方

- 本学に勤務する職員及び派遣契約等に基づき本学の業務に従事する方

通報対象

- 法令や学内規則に違反し、又は違反するおそれがある不正行為等
- 医療法施行規則第15条の4第4号に基づく、医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供

通報者の保護

- 通報したことを理由として、不利益な取扱いを受けることはありません。なお、虚偽の通報や、他人を誹謗中傷する通報、その他不正の目的で利用してはけません。

公益通報窓口

公益通報窓口	メール: <a href="mailto:koueki@jimu.gunma-u.ac.jp">koueki@jimu.gunma-u.ac.jp</a> (専用アドレス) 電話: 027-220-7003 又は 027-220-7101 FAX: 027-220-7012
内部通報の外部受付窓口	(外部委託弁護士) 電話: 0120-310-066 (外部委託先専用電話) 受付: 医学部附属病院における診療に関する事項 (医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等) (内部通報ホットライン) 電話: 0120-390-288 (外部委託先専用電話) 受付: 全般的な事項



国立大学法人 群馬大学  
内部通報ホットライン  
0120-310-066

病院における診療に関する内部通報の外部受付窓口です。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学外の弁護士が受け付けます。

受付時間: 月曜日~金曜日 9:00~17:00  
(土日祝日: お休み) 12-26/76  
年末年始(12/29-1/4はお休み)

守秘義務を厳格します。通報者が不利益な取扱いを受けることはありません。



国立大学法人 群馬大学  
内部通報ホットライン  
0120-390-288

【内部通報ホットライン】は内部通報の外部受付窓口です。学内や職場での通報、構成員などコンプライアンスに関する相談、通報を社会保険労務士・産業カウンセラー等の外部相談員が受け付けます。

受付時間: 内線日~金曜日 12:00~21:00  
土日祝日 9:00~17:00  
(年末年始12/29-1/4はお休み)

守秘義務を厳格します。通報者が不利益な取扱いを受けることはありません。



制度についての問い合わせ先 総務部総務課 電話: 027-220-7101

◆職場改善のためのご意見箱等◆

職場改善に対する意見等は、附属病院において次のとおり受け付けています。

- 職員ご意見箱(北病棟地下1階) 【匿名可】
  - 昭和地区事務部総務課 【匿名可】  
専用メールアドレス: [naibu@jimu.gunma-u.ac.jp](mailto:naibu@jimu.gunma-u.ac.jp)  
電話: 027-220-7711  
FAX: 027-220-7720
- 通報者の守秘義務の徹底をしておりますので、安心してご利用いただけます。

6) 2020年(令和2年)3月

2020年(令和2年)1月に実施された第3項の規定に基づく立入検査の留意に基づき、次のとおり見直し、教職員へ改めて周知を行った。

**(2) 医薬品安全管理責任者（2013年（平成25年）1月）**

医薬品に関する安全管理規程を制定し、医薬品安全管理責任者は薬剤部長をもって充てた。

**(3) 医療機器安全管理責任者（2013年（平成25年）1月）**

医療機器に関する安全管理規程を制定し、医療機器安全管理責任者はMEサブライセンダー長をもって充てた。

**(4) 医療放射線安全管理責任者（2020年（令和2年）4月）**

診療用放射線の安全利用のための指針を制定し、医療放射線安全管理責任者は放射線部長をもって充てることとした。

**(5) 病院長選考（2016年（平成28年）12月）**

新たな枠組みでの病院長選考において、「医療安全確保のために必要な資質・能力を有する者」を病院長の要件として規定し、その具体的な内容を選考基準において定め、病院長を選考することとした。

**【改革工程表の項目】**

**13. 継続性のある簡素な機能的システム**

- ・改革による歪みの点検、体制の簡素化、整理・統合
- ・医療関係者の負担軽減を考えた体制の再構築
- ・DPC データを活用した医療の質の評価

■ これまで構築した体制を見直し簡素化を図る。また、先のリスク回避や質改善を目指しての方策を効率的に進められるよう、DPCデータの活用を進める。

**(1) コンプライアンス推進室の統合、廃止**

コンプライアンス推進室を設置し院内の医療安全、医療倫理、保険診療等に関連する部署からの報告を受け、コンプライアンス委員会に報告していた。しかし、医療業務安全管理委員会と重複する内容も多いことから、2016年（平成28年）4月より両者を併せての開催とし、その後、コンプライアンス委員会での承認を得て、2016年（平成28年）12月にコンプライアンス推進室を廃止、医療業務安全管理委員会へ統合した。

**(2) DPC（診断群分類包括評価）の活用**

DPC（診断群分類包括評価）データから得られる、疾患や治療別の入院期間やコストを標準と比較、大きく外れる症例や手術についての原因等、詳細の検討を実施している。

【改革工程表の項目】

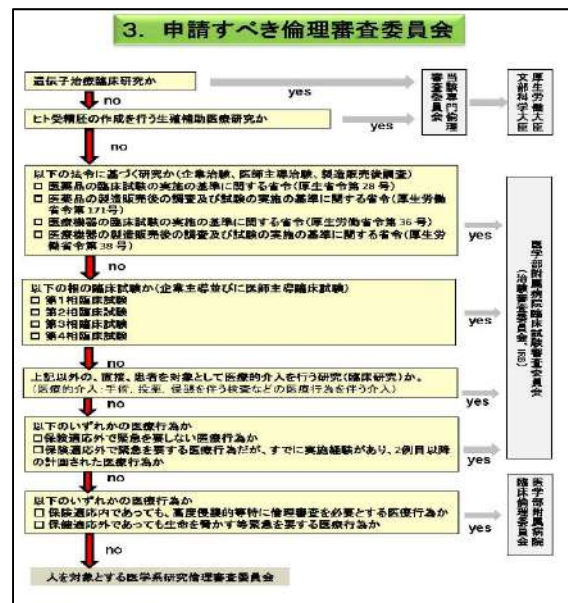
## 14. 倫理審査体制の適正化

- ・ 倫理審査体制の構築と周知徹底
- ・ 体制強化審議の質確保のための審議内容の標準化
- ・ 構成メンバーに対する教育、研修
- ・ 校費（先進的医療開発等経費）負担手続きの適正化と周知徹底
- ・ 保険適用外診療における倫理的手続きの周知
- ・ 倫理的手続きの重要性についての院内啓発、教育
- ・ 遵守状況のチェックシステム
- ・ 新規採用者等の教育の充実
- ・ 研究・学術活動における倫理審査の適正化、倫理教育
- ・ 論文作成に関わる研究倫理の適正化
- ・ 問題となった論文に関する事実検証、再発防止のためのチェック体制

### (1) 各種倫理に関する委員会の周知徹底

1) 各種倫理関連委員会への申請が行いやすくなるよう、手続きのフローチャートを作成した（2015年（平成27年）1月）。臨床研究倫理審査委員会、疫学研究倫理審査委員会、ヒトゲノム・遺伝子解析倫理審査委員会と3本に分かれていた委員会を、「人を対象とする医学系研究に関する倫理審査委員会」に統合（2016年（平成28年）1月規則改正）、これに先行して臨床試験部に申請窓口を一本化した。（2015年（平成27年）10月～）

2) さらに申請者がわかりやすいように、審査の適応や手続のフローチャートを作成し、教職員用のホームページ等で周知した。



3) 2013年(平成25年)からの各委員会における審議件数は、下表のとおりである。

倫理に関する委員会における審議件数

年度	件数	月平均
2013年度 平成25年度	115件	9.5件
2014年度 平成26年度	155件	12.9件
2015年度 平成27年度	221件	18.4件
2016年度 (平成28年度)	260件	21.7件
2017年度 (平成29年度)	293件	24.4件
2018年度 (平成30年度)	286件	23.8件
2019年度 (令和元年度)	324件	27.0件
2020年度 (令和2年度)	265件	22.1件

※2015年(平成27年)度以降3委員会を統合

- 4) 臨床試験審査委員会の外部委員に、新聞社記者1名、患者団体から2名を加えて審査体制を強化した。臨床試験審査委員会委員を対象とした講習会を下表のとおり開催している。

臨床研究審査委員会委員を対象とした講習会開催状況

年度	回数
2016年度 (平成28年度)	6回
2017年度 (平成29年度)	6回
2018年度 (平成30年度)	4回
2019年度 (令和元年度)	4回
2020年度 (令和2年度)	1回

※臨床試験審査委員会から臨床研究審査委員会へ名称変更 (2018年(平成30年)4月1日)

- 5) 倫理手続きの重要性に関する啓発研修・教育  
「臨床試験に関する講習会」を下表のとおり開催している。

臨床試験に関する講習会開催状況

年度	回数
2016年度 (平成28年度)	11回
2017年度 (平成29年度)	7回
2018年度 (平成30年度)	9回
2019年度 (令和元年度)	8回
2020年度 (令和2年度)	8回

- 6) 2019年(平成31年)2月22日に臨床研究法第23条第4項の規定による認定臨床研究審査委員会として関東甲信越厚生局長から認定を受けた。





(令和3年度)は、医師10名、事務職員3名の体制となっている。

その評価委員会としては、臨床倫理委員会専門委員会が引き続き業務を継続する。

また、先端医療開発センターはその相談・受付窓口等を含む集中管理センターとなり、各科等推薦によるモニタリングサーベイヤー約30名でのモニター強化も実施している。

### Ⅲ. 意識（風土）改革・教育体制

【改革工程表の項目】

#### 15. 意識（風土）改革

- ・ 現場の意識の把握
- ・ 若手の意見の取り入れ
- ・ 意識や風土の改革に向けた、病院理念の共有
- ・ 自発的に問題を指摘する体制の構築

#### (1) 風通しの良い院内環境構築

風通しの良い院内環境構築のため、①病院長による院内各部門への突然訪問や、②月例で病院長、副病院長のほか病院長補佐及び事務部職員による院内巡視を開催している。①の病院長の突然訪問では主に若手スタッフへのヒアリングで、日頃感じていることや日々の様子を聞くなどのコミュニケーションを図っている。

②の病院長院内巡視では、施設・設備・環境のほか日常の問題などについてヒアリングし、すぐに解決できることはそ

の場で指示を行い、難しい問題については、意見交換を行い、必要な意思決定会議等へ付議し対応している。



病院長院内巡視の様子

#### (2) 病院長による職員向け説明会

病院長による全職員向け医療事故対応に係る全体説明会を6回開催した。また、医学系研究科・附属病院改革推進委員会の下部組織として立ち上げた「提言への対応を進めるためのWG」による改革浸透させるための全体説明会を実施し、その後WGメンバーで各診療科訪問を開始し、2017年（平成29）年5月で全診療科を終了した。

病院長による全職員向け説明会は、2020年度(令和2年度)度までに通算13回開催した。



医療事故対応に係る病院長の職員向け説明会



提言への対応を進めるためのWGによる全体説明会の様子

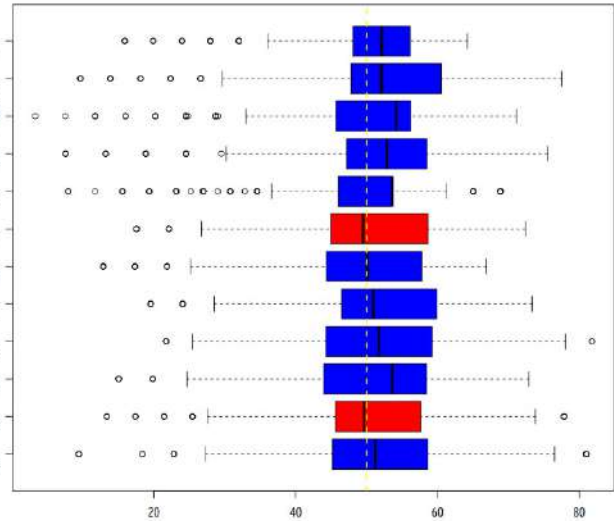
### (3) 「医療における安全文化調査」の実施

2017年（平成29年）2月以降、毎年度「医療における安全文化調査」を行っている。これは医療安全推進に必要な組織文化を醸成するために、職種間、部署間の差異を含めた安全意識に関する問題点抽出、安全向上の取組効果（チームステップス研修）の可視化を目的とした、全職員対象の調査である。改善点を明確化する、他施設と比較しベンチマーキングとして用いる、経時的変化をみる（研修の効果判定）などが具体的な目的として挙げられる。国内で調査を行った192施設の比較による調査結果を得た。

#### 【調査結果】 192施設中の各項目の順位

- 1位 上司の医療安全に対する態度や行動
- 1位 部署内でのチームワーク
- 3位 出来事の報告される頻度
- 8位 組織学習-継続的な支援
- 11位 医療安全に対する病院管理支援
- 13位 医療安全に対する総合的理解
- 29位 過誤に対する非懲罰的な対応
- 32位 オープンなコミュニケーション
- 37位 人員配置
- 57位 仕事の引継ぎや患者さんの移動
- 63位 部署間でのチームワーク
- 85位 エラー後のフィードバック

- (a) 出来事の報告される頻度  
順位：192施設中3位 / 偏差値：52.11
- (b) 医療安全に対する総合的理解  
順位：192施設中13位 / 偏差値：52.07
- (c) 上司の医療安全に対する態度や行動  
順位：192施設中1位 / 偏差値：54.17
- (d) 組織学習-継続的な改善  
順位：192施設中8位 / 偏差値：52.83
- (e) 部署内でのチームワーク  
順位：192施設中1位 / 偏差値：53.62
- (f) オープンなコミュニケーション  
順位：192施設中32位 / 偏差値：49.51
- (g) エラー後のフィードバック  
順位：192施設中85位 / 偏差値：50.10
- (h) 過誤に対する非懲罰的対応  
順位：192施設中29位 / 偏差値：50.92
- (i) 人員配置  
順位：192施設中37位 / 偏差値：51.75
- (j) 医療安全に対する病院管理支援  
順位：192施設中11位 / 偏差値：53.59
- (k) 部署間でのチームワーク  
順位：192施設中63位 / 偏差値：49.63
- (l) 仕事の引継ぎや患者さんの移動  
順位：192施設中57位 / 偏差値：51.20



### (4) 病院職員教育・研修の強化

新入職員及び復職者全員に新規採用職員等研修（病院）を実施し、その中で医療事故の教訓を伝えている。また、全ての職員に対し、医療安全等の研修会、講演会への積極的な参加を促している。

また、最近5年に採

用（昇任）した教授を対象とした説明会（2019年（令和元年）11月実施）を開催した。

### (5) 誓いの碑の設置

医療事故を二度と起こさないため、この教訓を風化させず病院として高度な医療を安全に提供することを常に心がけることなどを表すために、患者参加型医療推進委員会での検討を経て2020年（令和2年）6月に「誓いの碑」を病院敷地内の噴水広場に設置した。なお、病院玄関付近及び臨床講堂付近にも誓いの碑のプレートを設置した。



病院敷地内の噴水広場に設置した誓いの碑



【改革工程表の項目】

## 16. 学部における教育

- ・ 職業倫理のカリキュラムを策定し教育を徹底
- ・ 患者の権利について教育を徹底
- ・ 医療安全教育の充実
- ・ 職業倫理を教える教員の育成
- ・ 指導的教員への研修の充実

■ これまで医療安全に関する講義は医学科高学年のみを対象としていたが、2016年度（平成28年度）より医学科1～3年生に対しても講義時間が確保された。そのほか教職員への研修も増やしており、最新の知見を反映させ体系的に整えている。

従来は疾患を理解するための専門科目が中心であったが、医療の質・安全や医療倫理、感染対策等の診療科横断的な分野についても、医療の質・安全学講座を中心として全学として取り組んでいる。

2019年度（令和元年度）は、関連する科目を次のとおり開講しており、※を付した科目については、医療の質・安全学講座が中心となって開講している。

<医学科>医学医療概論、チーム医療実習、※チームスキル演習、医療の質と安全、医の倫理学  
<保健学科>医療安全管理学、検査管理総論、臨床微生物医療安全管理学実習、成人看護学方法論演習Ⅱ、助産管理論、看護学総合演習

また、基礎系の教員に対して、医療安全・感染対策の世界の常識のアップデートを伝え、基礎系の実習等でも学生に注意していただくことを目的としてファカルティ・ディベロップメントを開催した。

なお、医学科において、2020年度（令和2年度）入学生から適用するカリキュラムに新設する態度系科目に医療安全の内容を含め、1年次の通年科目に入れることとした。2年次以上は、6年間を通じて講義の中に入れることとしている。

### （1）医療安全に関する教育

医療安全に関する教育としては、2014年度（平成26年度）までは5年生の演習、講義のみであったが、2015年度（平成27年度）からは臨床実習において各グループ単位で半日の医療安全実習を開始した。さらに、2016年度（平成28年度）から1～3年生を対象とした演習を含めた講義を開始し、段階的に講義演習の時間を確保している。WHO患者安全カリキュラム指針のトピックに基づき、幅広い見地から医療の質と安全を理解し、実践できるような教育プログラム開発に取り組んでいる。

**医療倫理・医療安全教育の拡充**

学年	科目	コマ数	形式
1及び2 (2:編入生)	医の倫理学 講義・実習	60	講義・ 討議(75%)
3	動物実験学	1	講義
4	臨床試験・臨床研究	8	講義
4	医療の質と安全	2	講義・討議

科目名	講義名
1 医学医療概論・実習	感染予防について
	医療安全 1 WHO topic 1-3
2 チーム医療実習	実習動オリエンテーション WHO topic 18
3 臨床医学Ⅰ	医療安全 WHO topic 5-7
4 臨床基本手技実習	診療録記載
4 医療の質と安全 (臨床実習前講義)	薬剤による医療事故例 感染対策 診療記録 医療安全コミュニケーション
4 臨床実習(必修)	オリエンテーション/医療安全 会
4 臨床実習(必修)	医療の質・安全管理部実習 WHO topic 18, 10, 11
5 実践臨床病態学講義	医療事故調査について WHO topic 16, 8, 10

### （2）病院職員に対しての研修の充実

定期的な安全セミナー開催を継続している。2017年度（平成29年度）は海外から医療安全の専門家を招聘した講演会を2回実施した。

### (3) チームステップス研修

安全に関して気兼ねなく発言できる組織文化と多職種間のチームワークは医療安全に欠かせない。米国政府がエビデンスに基づいて開発したチームステップス®は、チーム医療と医療安全を促進する手法である。2017年(平成29年)12月には医学科学生、2018年(平成30年)3月には教授、看護師長など病院幹部を対象としたチームステップス®研修を実施した。その後も広く病院職員を対象に実施しており、2018年度(平成30年度)は6回、2019年度(令和元年度)は12回実施し、これまでに約1,200名が受講している。(2020年度(令和2年度)は感染拡大防止のため中止し、2021年度(令和3年度)以降の開催方法については検討中。)



### (4) 医療倫理、職業倫理の研修

2015年度(平成27年度)医学教育教授法ワークショップにて、医療倫理の専門家による「専門職としての医師の倫理～医学教育の視点から～」の講演会を開催した。また、2017年度(平成29年度)からは、指導医を対象とした医療倫理、職業倫理の研修を実施している。

【改革工程表の項目】

#### 17. 大学院における教育

- ・ 医学系研究科の講座と診療科のねじれ解消、教育・研究・診療の一貫性確保
- ・ 医療の質・安全学講座の新設(安全管理部との連動、質評価改善への提言ができるような体制の確保)
- ・ 講座と診療科の管理体制の再検討
- ・ 診療科長並びに教授の管理能力、資質の適切な評価
- ・ 問題発生時、改善を図ることができる体制の構築
- ・ 教員選考、教授の選考過程の見直し
- ・ 採用後のチェックシステムの確立
- ・ 教授に限らずすべての教員選考への公募制導入
- ・ 教員選考委員会への外部委員の参加

### (1) 教育研究組織(医学部講座)再編

医学系研究科の教育研究組織(医学部講座)は、附属病院の外科診療センターや内科診療センターなどの診療管理体制再編・統合に対応するよう、2016年(平成28年)1月の教授会で医学系研究科の組織再編を決定し、2016年(平成28年)7月新組織による大学院生募集を経て、大学院学則を2017年(平成29年)4月1日に改正、組織再編を実施した。

### (2) 教員の選考

講師以上の役職は、原則すべて公募方式で採用している。また、教授選考委員会は、医学系研究科教員選考規程第6条で、教授会から4人の教授、医学系研究科以外の者数人(原

則、学外者1人以上を含む。)の委員をもって組織すると規定している。

### (3) 医療の質・安全学講座の設置 (2017年(平成29年)4月)

国際標準の医療安全教育・研究を実施し、患者目線に立った医師・医療技術者を、県域全体で養成するために大学院医学系研究科に「医療の質・安全学講座」を設置した。

現在、医療安全教育プログラムの開発に取り組むとともに、患者参加型医療推進ならびにインフォームド・コンセントを含む意思決定プロセスの質向上に関する研究を進めている。

## IV. 教育・労務管理

【改革工程表の項目】

### 18. 実効性のあるインフォームド・コンセント教育研修

・インフォームド・コンセント文書の適切使用のための研修、ワークショップやロールプレイなどを含む実習への取り組み

- (1) 2011年度(平成23年度)から医療対話推進者養成研修を、院内で毎年1~2回開催している。インフォームド・コンセントの在り方の学習と共通するところが多い。2019年度(令和元年度)は、外部講師を招聘し12月に実施した。(2020年度(令和2年度)は感染拡大防止のため中止)
- (2) 説明同意文書は非常に充実したが、今後は医療者からの十分な情報提供のもとに、より患者家族の自己決定を重視し、支援するためのインフォームド・コンセントを推進する必要がある。院内研修として、ワークショップ、ロールプレイを含む研修を実施する。  
2018年度(平成30年度)から、医療の質・安全管理部長によるインフォームド・コンセントに関する研修を実施しており、2019年度(令和元年度)は講義に加え演習も取り入れるなど、より実践的な工夫を行っている。(2020年度(令和2年度)は感染拡大防止のため中止)

【改革工程表の項目】

## 19. 職員研修の必須科目の追加

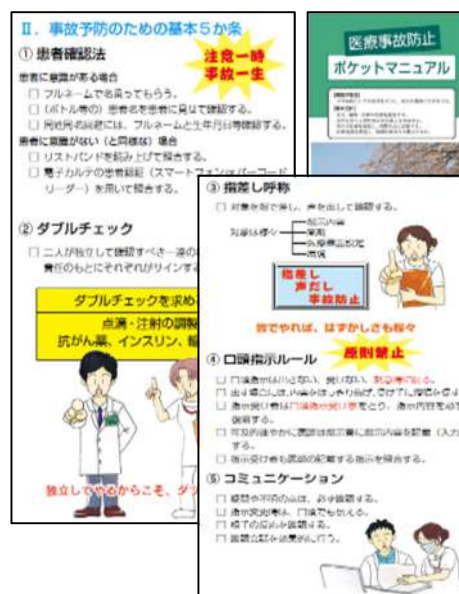
- ・ 必須の職員研修

### (1) 医療安全職員研修

医療安全職員研修は実際の講演のほか、eラーニングなどを提供し、全職員が年2回以上を受講している。

### (2) 受講必須のeラーニング研修

2015年度（平成27年度）より医療職は受講必須のeラーニング研修を開始した。これは全員が携帯する医療事故防止ポケットマニュアルの内容や前年度周知した内容などを中心に作成しており、研修スライドを視聴後に20問の設問に回答、全問正解で合格となる。



【改革工程表の項目】

## 20. 高難度新規医療手技提供体制への措置

- ・ 手術導入における技量評価と管理
- ・ 提供の可否等を決定する部門の設置・規程の確認と遵守
- ・ 高難度手術導入時の指導体制の確立
- ・ 術者の技量評価体制の確保
- ・ 高難度手術における手術動画の保存と外部専門家による評価体制の確立
- ・ ノンテクニカルスキル・トレーニングの導入

### (1) 手術導入における技量評価と管理

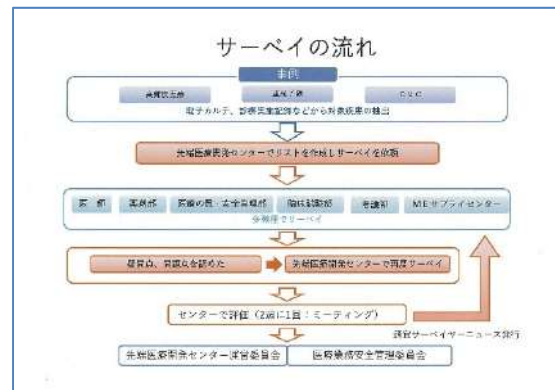
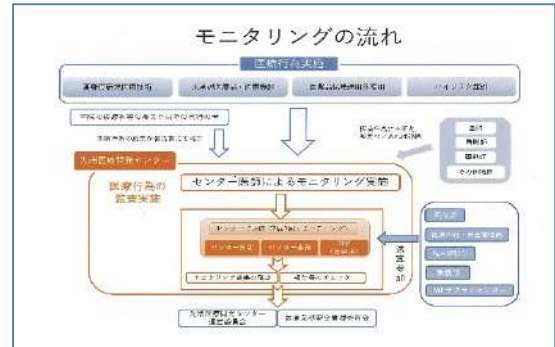
2014年（平成26年）8月から、臨床倫理委員会専門委員会での検討体制を構築し、ハイリスク手術や倫理的問題、保険適用の問題を有する事例の審議を開始している。

### (2) 提供の可否等を決定する部門の設置・規程の確認と遵守

- 1) 2017年（平成29年）4月に先端医療開発センター（以下、センターという）を設置し、高難度新規医療技術や未承認薬等の使用に係る担当部門とし、これらの申請窓口とした。

2) 適用の拡大に伴い新規保険収載された薬剤（免疫を調整する分子標的薬）を初めて診療科で投与する場合に、先端医療開発センターの薬物療法専門医師による投薬を看護師、薬剤師、医師事務作業補助者を含めたチーム医療の中で行なえるよう併診体制を整備した。

これは、各診療科等から推薦されたサーベイヤーがセンターで指定する先端的医療行為、ハイリスク手技、臨床試験等の調査及び確認を行うもので、各科の相互チェックも兼ねる。



### (3) 術者の技量評価体制の確保

1) 独自の鏡視下手術認定院内制度を確立するための病院全体としてのプロジェクトを開始した。

2) 大学外の地域医療機関に出向いて行う、出張CVCトレーニングセミナーを開催している。

3) 高難度手術における手術動画の保存と外部専門家による評価体制の確立

各診療科により撮影・保存した手術動画を、手術部でリスト化して管理する体制とした。(2016年度(平成28年度)～)

### (4) ノンテクニカルスキル・トレーニングの導入

1) 医療現場では、テクニカルスキル(医学的専門技能)を補って、組織で問題解決をはかるノンテクニカルスキル(コミュニケーション、チームワーク、状況認識能力など)が医療の質と安全を高めるために欠かせない。このノンテクニカルスキル向上を目的に、チームステップス研修を導入し2017年(平成29年)12月から医学科学生に実施し、その後、その対象を拡大している。

2) 外科手技に係るノンテクニカルスキルに関して、先端医療開発センターやスキルラボ部門との連携によりトレーニング体制を構築した。



【改革工程表の項目】

## 21. 未承認医薬品等の使用と管理

- ・ 提供の可否等を決定する部門の設置
- ・ 規定の確認と遵守

- 高難度新規医療技術と同様に、未承認医薬品等の使用と管理の担当部門を先端医療開発センターとした。センター規程等を策定、これまでの臨床倫理委員会専門委員会の委員構成を変更し、審議体制を整えた。審議事例等については、モニタリングサーベイヤーによるモニタリング体制を整えた。

【改革工程表の項目】

## 22. 労務管理

- ・ 診療科長による医局員の勤務状況の点検、手術数や人員配分のコントロール
- ・ 病院長による各診療科の勤務状況の把握と対策の行使

- (1) 毎年、各部署に対して病院長ヒアリングを行い、状況把握に努めている。さまざまな要望等については、可能なものから順次改善して行く。
- (2) 2016年(平成28年)4月から、予定手術枠を旧ナンバー科から臓器別枠に変更し、枠調整の日を前倒しして、特定の診療科やチームに手術が集中しないよう工夫した。2016年(平成28年)12月からは、手術部長が、各科・チームの手術件数・時間数等を把握し、毎月の手術部委員会で報告することで、手術件数や時間数、臓器グループ毎の人員配置等に係る診療科長のコントロール等を促している。
- (3) 2017年(平成29年)2月～5月にかけて、改革推進委員会の「提言への対応を進めるためのWG」による診療科訪問時に、勤務状況等を確認した。十分な対応は難しい状況で、人員の充実に対する要望は強い。提言への対応を進めるためのWGによる各診療科訪問の結果は、事項毎に整理し病院長に報告するとともに、各診療科にフィードバックした。同WGの活動を他職種で構成する医療勤務環境改善検討委員会が引き継ぎ、医師、看護師等の医療従事者並びに事務職員の勤務環境の改善と処遇改善を図るための計画を策定し、安全で質の高い医療の提供に資する活動を推進している。
- (4) 効率の良い病棟運営や機能を重視し、労働環境の改善も目的として病床の再編を段階的に進め、2017年(平成29年)10月には、病棟が分散していた呼吸器アレルギー内科を1か所にまとめるなど、大規模な病床再編を実施した。
- (5) 医師の勤務状況調査を2017年(平成29年)7月に実施、勤務状況や業務実態を把握・分析し、結果を病院長に報告、医師の負担軽減策や手当の支給等の労務改善を図っている。

- (6) 2017年(平成29年)7月に外来患者地域好循環プロジェクトを立ち上げ、地域医療機関でのフォローが可能で、同意が得られた外来の「再診」患者に係る逆紹介を推進し、医師の外来診療の時間的負担を軽減し、地域連携の好循環により、紹介初診患者、新規入院患者を増加させ、入院診療中心の医療体制を推進・強化する取り組みを開始した。
- (7) 医師の働き方改革を推進するため、勤怠管理システムを2021年度(令和3年度)に導入し、客観的な労働時間の把握が可能な環境を整える予定である。また、労働時間の実態を把握した上で、労務環境の改善に係る必要な措置を講じていけるよう、病院長主導のもと、医療勤務環境改善検討委員会が中心となり労務環境の改善を図る予定である。
- (8) 看護師の特定行為研修の指定研修機関として、特定行為を行える看護師の人材養成を推進するとともに、その能力に見合った業務を担当できるよう適切な人員配置を行う。また、看護師以外の医療職員についても、その専門領域に関する能力を最大限発揮できるよう、適切な労働環境を構築する。
- (9) 業務復帰支援制度、在宅勤務制度を充実させ、職員が、ワークライフバランスに配慮し、様々な働き方を選択できるよう、働きやすい環境を整えている。

## V. ガバナンス

【改革工程表の項目】

### 23. 病院のガバナンス強化

- ・病院長が実質的に診療科長等の人事権を持ち、任免にかかる権限を行使しうる制度への改正
- ・病院長の選考過程において、病院長選考会議を設置し、関係教員等の意見を聴取して、複数の候補者の中から学長が選考するなどの制度への変更

#### (1) 病院長のガバナンス

厚生労働省のガバナンス検討会の取りまとめ報告の趣旨に沿うよう、病院の骨格規程である病院規程や臨床主任会議規程等の関連規程を2017年(平成29年)1月までに改正(4月施行)し、診療科長や中央診療部門長等の人事権・予算権を病院長の職務権限とした。

#### (2) 病院長の選考方法

2016年度(平成28年度)末で、田村病院長の任期が満了するにあたり、「選考プロセスの透明化」、「外部有識者を含めた構成」、「学長の責任において選考」、「結果や過程の公表」を主旨とする、新たな病院長選考方法を制度化し、この新制度に基づき、病院長選考を実施した。その結果、2017年度(平成29年度)4月1日付けで、田村病院長が再任された。その後、新制度により病院長選考を下表のとおり実施している。

病院長発令日	病院長名（新任・再任の別）	選考した理由
2019年(平成31年)4月1日	田村 遵一（再任）	これまで病院長としての強いリーダーシップを発揮し、改革の先頭に立って尽力し成果を収めており、今後もこの改革の流れをさらに着実に推し進めるとともに、新たな課題に対しても意欲的・積極的に取り組むことができる
2021年(令和3年)4月1日	齋藤 繁（新任）	これまで実施してきた多くの改革・改善を今後とも評価・効率化・改良を加えながら継続して実行し、医学部との連携によるシームレスな医学教育の充実、臨床研修医を始めとした若手医師の獲得・育成、地域医療へのさらなる貢献などの課題にも意欲的・積極的に取り組み、群馬大学及び群馬大学医学部附属病院の発展に取り組むことができる。

【改革工程表の項目】

## 24. コンプライアンス体制

- ・ コンプライアンス推進室の効率的運営、自己点検・評価を継続的に行う
- ・ 監査委員会の設置
- ・ 特定機能病院間相互の立ち入り

### (1) コンプライアンス推進室の運営

2015年(平成27年)4月に設置した病院コンプライアンス推進室と医療業務安全管理委員会の構成メンバーや報告事項等については、重複することが少なくなかったこと等から、2016年(平成28年)4月から、重複しないメンバーを双方に加え、開催曜日と時間の調整を行い、同時開催とすることで、効率的・実効的な運営が可能となった。ただし、2016年(平成28年)9月13日の「医学系研究科・医学部附属病院改革推進委員会」設置に伴い、2016年(平成28年)11月22日の第8回をもって「病院コンプライアンス推進室」の会議は終了し、当該管理・監査・指導等の業務は「医学系研究科・医学部附属病院改革推進委員会」と「医療業務安全管理委員会」に引き継ぐこととした。

## (2) 病院監査委員会

2015 年度(平成 27 年度)に設置した病院コンプライアンス委員会を、2017 年(平成 29 年)3 月 31 日をもって発展的に解消し、2017 年(平成 29 年)4 月から病院監査委員会を設置した。

病院監査委員会は、病院におけるコンプライアンスの状況及び病院の医療安全管理体制について監査、指導、評価等を行い、結果を公表することとしている。

委員会の開催状況は下表のとおりである。

病院監査委員会開催状況

年度	開催回数
2017 年度 (平成 29 年度)	3 回
2018 年度 (平成 30 年度)	3 回
2019 年度 (令和元年度)	1 回(新型コロナウイルス感染症拡大のため)
2020 年度 (令和 2 年度)	2 回 (新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点からオンサイトとオンラインのハイブリッド開催)

※毎年度 5 月に前年度の監査報告書を公表している。

## (3) 特定機能病院相互ピアレビューへの参画

2019 年(平成 31 年)4 月 1 日に特定機能病院の再承認を受けて以降、正式に相互ピアレビューに参画している。

また、特性機能病院の承認取消を受けていた 2017 年度(平成 29 年度)及び 2018 年度(平成 30 年度)についても、国立大学病院長会議及び大阪大学病院の支援を受ける形で相互ピアレビューに参画していた。

【改革工程表の項目】

### 25. 院内事故調査の手法の確立

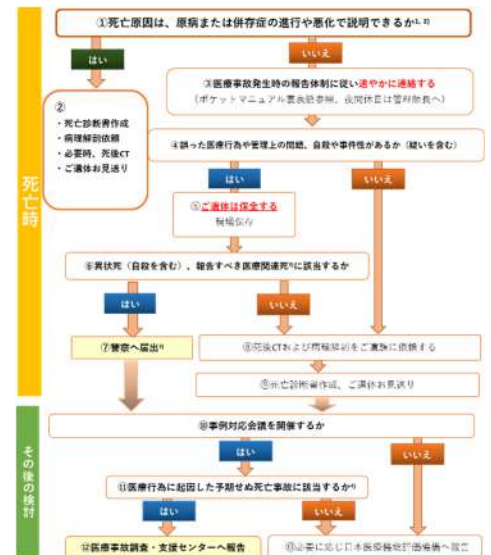
- ・ 事故調査時の診療録提供、ヒアリング
- ・ 事故調査手法、医療事故調査支援団体活動牽引制度の確立

- 院内事故調査の方法については、より詳細な内容としてマニュアルを整えた。第三者による医療事故調査でその手法を十分に学ぶ機会を得たので、今後の院内調査に役立てるとともに、地域を牽引する役割を担う必要がある。

(1) 2017年(平成29年)1月、「院内事故調査の方針」を充実させ、医療事故防止マニュアル内に新たな項目として新設した。手順等も細かく定め、事故調査が必要な場合は、このマニュアルに沿った手順により実施する。

(2) 医療事故調査制度

これまでに、対象となる事例に関する支援依頼はない。県内医師会との連携を図り、積極的にネットワークを形成し、情報共有、学習会などを行うほか、具体的に支援団体としての活動体制を構築する。



【改革工程表の項目】

26. 患者参加の促進による日常診療の質の向上

- ・ 外来患者へのクリニカルパスや検査結果データの提供
- ・ 患者や家族との診療録共有に関する検討
- ・ 症例検討会への患者や家族の参加
- ・ 群大病院医療安全週間の設定
- ・ 医療事故経験者の講演会の開催
- ・ 病院各種委員会への第三者委員としての遺族の登用

(1) 患者との情報共有

- 1) 患者への診療情報の提供(検査結果等をプリントをして渡すなど)、診療記録の共有の方針については、日常積極的に推進している。
- 2) 積極的な診療録共有のために、2017年(平成29年)9月に「患者参加型医療推進WG」を設置した。患者等によるカルテの直接閲覧を実現するために、カルテに含まれる他の医療機関作成文書や、第三者の利益を害する恐れがある記録、本人の状況を著しく損なう恐れがあるもの等について、運用ルール等をまとめ、病院情報システムの機能追加も含め、2017年度(平成29年度)に方針を決定した。

2018年(平成30年)12月から患者カルテ共有システムとして試行運用を開始し、2019年(平成31年)4月から本格運用を開始した。開始当初は掲示物での案内のみであったが、2019年(令和元年)9月からは全入院患者に対して入院時に紹介することとし、2021年(令和3年)3月までに916人が申請、436人が閲覧した。患者参加型医療推進委員会において、カルテ閲覧をしなかった患者の理由を分析する必要があるとのご指摘を受けたため、退院時アンケートにカルテ閲覧に関する項目を追加し、閲覧しなかった理由等を聞いている。なお、対象は入院中の患者としている。

先進的な取組であることから、医療者の負担が増えたり、カルテ記載の量・質に影響を与えたりする可能性があるため、カルテ閲覧システムのより良い運用を目指し、患者及び医師等へのアンケート調査を踏まえ、慎重に運用していくこととしている。



## (2) 患者の症例検討会や委員会参加

- 1) 症例検討会や臨床倫理委員会等へ患者自身の参加が可能であることをリスクマネージャー会議にて周知したが、その後申し出は無く、2017年(平成29年)10月、特定診療科の入院患者さんに、症例検討会参加希望についてアンケートを実施した。数名の希望があり、2017年(平成29年)11月及び2018年(平成30年)2月に試験的に実施した。今後は運用上の問題や参加者の評価等を分析し、検討を行う。
- 2) 臨床研究審査委員会には一般の患者団体の代表が委員として参加している。  
ご遺族の登用については、今後の状況とご希望も併せて検討する。

## (3) 医療安全週間の設定

- 1) 次のとおり医療安全週間を開催し、ポスターや標語の展示、講演会等を実施している。
  - ・2017年度(平成29年度)6月19日～23日  
テーマ：みんなで育む安全文化
  - ・2018年度(平成30年度)6月18日～22日  
テーマ：患者さんと共に進める医療安全  
4月15日開催「患者安全サミット参加者による国際シンポジウム」の報告として、世界的視点での安全文化とリーダーシップ、各国の患者安全の取組みについて展示
  - ・2019年度(令和元年度)6月17日～21日  
テーマ：対話で広げる安全文化
  - ・2020年度(令和2年度)9月14日～18日  
テーマ：みんなで作る！群大病院ワンチーム～あなたもチームの一員です～
- 2) 今後も、医療安全週間並びに「メモリアルデー」を設定し、医療事故の教訓を忘れず、医療安全文化の醸成を強化する日とする。



医療安全に関するポスターと標語の優秀賞表彰



医療事故を経験されたご遺族の講演



医療安全週間での各部門活動紹介

- 3) 医療安全週間は、病院職員一同が医療安全の重要性を新たにするとともに、医療事故遺族や患者・家族の方々に、医療安全の取組の成果を伝える重要な機会と位置付けたい。
- 4) 2018年度(平成30年度)医療安全週間では、ご遺族2人を委員に迎えた患者参加型医療推進委員会の第1回を開催するとともに、病院幹部・看護師長・事務職員を対象にご遺族講演会を開催して、遺族としての気持ちや病院への意見・提言等をいただいた。なお、今後の運営方法等については、ご遺族の要望を踏まえ、適宜見直しを図っていく。  
患者参加型医療推進委員会を2019年度(令和元年度)、2年度ともに3回ずつ開催した。

## (4) 患者参加型医療推進委員会の取組

【改革工程表の項目】

## 27. 組織体制

・経緯を把握する医療安全専従医師を中心とした中長期的改革体制の検討

事故を風化させない取組として、2020年(令和2年)6月に誓いの碑を設置した。

■ 医療事故を教訓とし、意識や風土改革が求められ、病院だけでなく、医学系研究科や学部教育の体制等についての改革が必要となった。

2015年(平成27年)4月から診療体制を統合した病院に対して、医学系研究科の講座がねじれていることも問題とされ、教育・研究・診療の一貫性のため、2016年(平成28年)1月に研究科講座の再編を決定、2016年(平成28年)7月から新講座組織による学生募集を経て、2017年(平成29年)4月に研究科講座組織を再編した。

これら改革課程では、中長期的な医学系研究科と病院の一体改革が必要となり、2016年(平成28年)9月には、改革の司令塔として「医学系研究科・附属病院改革推進委員会(研究科長、病院長のほか両組織幹部による合同会議)」を設置し、医・病一体で改革を進めた。

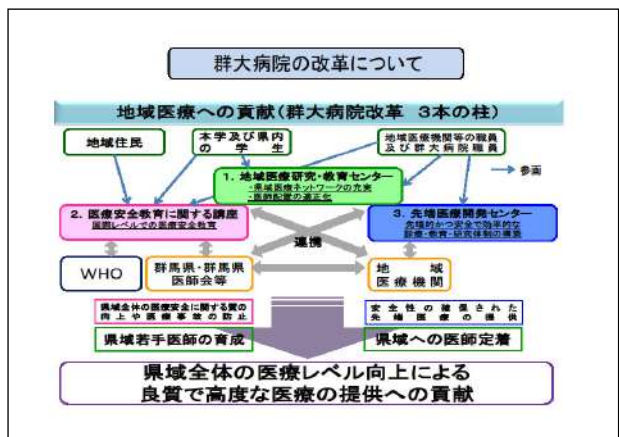
また、医学系研究科・附属病院改革推進委員会の下には、2016年(平成28年)10月に「提言への対応を進めるためのWG」を設置。

メンバーは、若手教授を中心に、専従の医療の質・安全管理部長、看護部長、その他の医療事故の経緯等を把握する職員達で構成し、まず、現場での意識や提言事項等の浸透状況についてアンケート調査を実施、2017年(平成29年)2月には、医・病：改革推進委員会の方針等を全体会で説明後、WGメンバーで、直接各診療科のカンファレンス等を訪問し、2017年(平成29年)5月までに全診療科に対して方針等の周知・意見交換等を実施した。

その結果は、医・病：改革推進委員会に報告し、診療科間カンファレンス相互チェックやICの患者評価、外来患者地域好循環プロジェクト、患者参加型医療推進WGの活動など、PDCAサイクルにつなげている。

## VI. 改革の3本の柱

■ 群大病院が地域の中核となって、県域全体の医療レベル向上に貢献するため、2016年(平成28年)9月に設置した、改革の司令塔である「医学系研究科・附属病院改革推進委員会」で示された方針として、①地域医療研究・教育センター、②医療の質・安全学講座、③先端医療開発センターの設置・運用を、あらたな「改革の3本の柱」として位置づけ、改革を進めている。



## 28. 地域医療研究・教育センター設置

群馬地域の医師配置等の適正化や、医師を始めとする医療スタッフの人材交流・育成等を行い、地域医療の質と安全の向上に寄与する目的で、群馬県保健福祉部の支援も受け、2017年(平成29年)3月の第1回センター設置促進会議(県保健福祉部、県医師会、県病院協会、群大の4者会議、計4回)を経て、2017年(平成29年)11月に「地域医療研究・教育センター」を設置した。

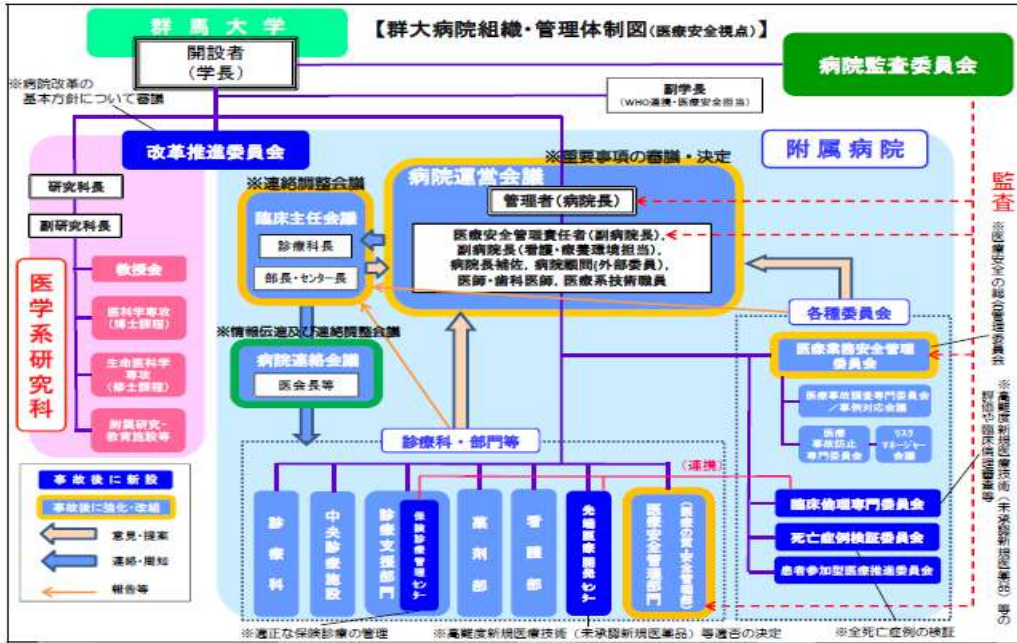
センターは、この4者に加え、医療関係団体等が協調・連携して、2018年(平成30年)3月に設置した「ぐんま地域医療会議」の事業を支える役割として、また、県内医師配置の適正化など、地域の医療事情の調査・検証、全県体制での医師を始めとする医療スタッフの教育支援・研究支援等を実施する。

なお、2018年度(平成30年度)には「ぐんま地域医療会議」は3回(7月、11月、12月)開催され、群馬県の医師適正配置方針について各保健医療圏の課題の中から2019年度(令和元年度)に取り組むべき3つの喫緊の課題を決定した。2019年度(平成31年度)1月には2019年度(令和元年度)に向けた医師適正配置方針として公表し、群馬大学の診療科の協力を得て3つの喫緊の課題は改善された。

2019年度(令和元年度)には「ぐんま地域医療会議」は3回(8月、11月、2月)開催され、群馬県の医師適正配置方針について各保健医療圏の課題の中から2020年度(令和2年度)に取り組むべき喫緊の課題を検討した。検討に向けた医療事情の分析として、地域医療研究・教育センターでは県内全130病院への書面調査のほか群馬大学の8診療科と意見交換を行い、各病院からの医師の配置要望に応じていくために、群馬大学医学部附属病院の各医会及び県には、より実効性のある医師確保対策が求められていること、特に医師が不足する診療科については、既存の枠にとらわれず、県外大学等との連携も強化し、新たな医師派遣のルートを開拓する必要があることが確認された。その結果、2019年度(令和元年度)は前橋赤十字病院から救急科であれば派遣が可能である旨の回答があったので、北毛地区へ救急科医1名が派遣することが決定した。2020年度(令和2年度)2月下旬には2020年度(令和2年度)に向けた医師適正配置方針として北毛地区の基幹病院へ救急科医1名の配置を公表した。

2020年度(令和2年度)には、群馬県と協働で県内全128病院への書面調査及び群馬大学の6診療科との意見交換を実施し、得られた情報を「ぐんま地域医療会議」に報告した。同会議は3回(8月、11月、1月)開催され、県内各病院の医師不足の現状、群馬大学各診療科における医師数の増減状況等、さらに、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた検討を経て、2021年度(令和3年度)に向けた群馬県医師適正配置方針を公表した。同方針は、本県における呼吸器感染症に対する診療体制強化として、肺炎等の治療に加え、新型コロナウイルス感染症への対応で負担の大きい中核的な病院の機能を高めるための医師配置と、東部圏域における肺悪性腫瘍に対する診療体制維持として、肺がんをはじめとした肺悪性腫瘍の診断と治療に関して、東部圏域の中核的な役割を担う医療機関の機能低下を



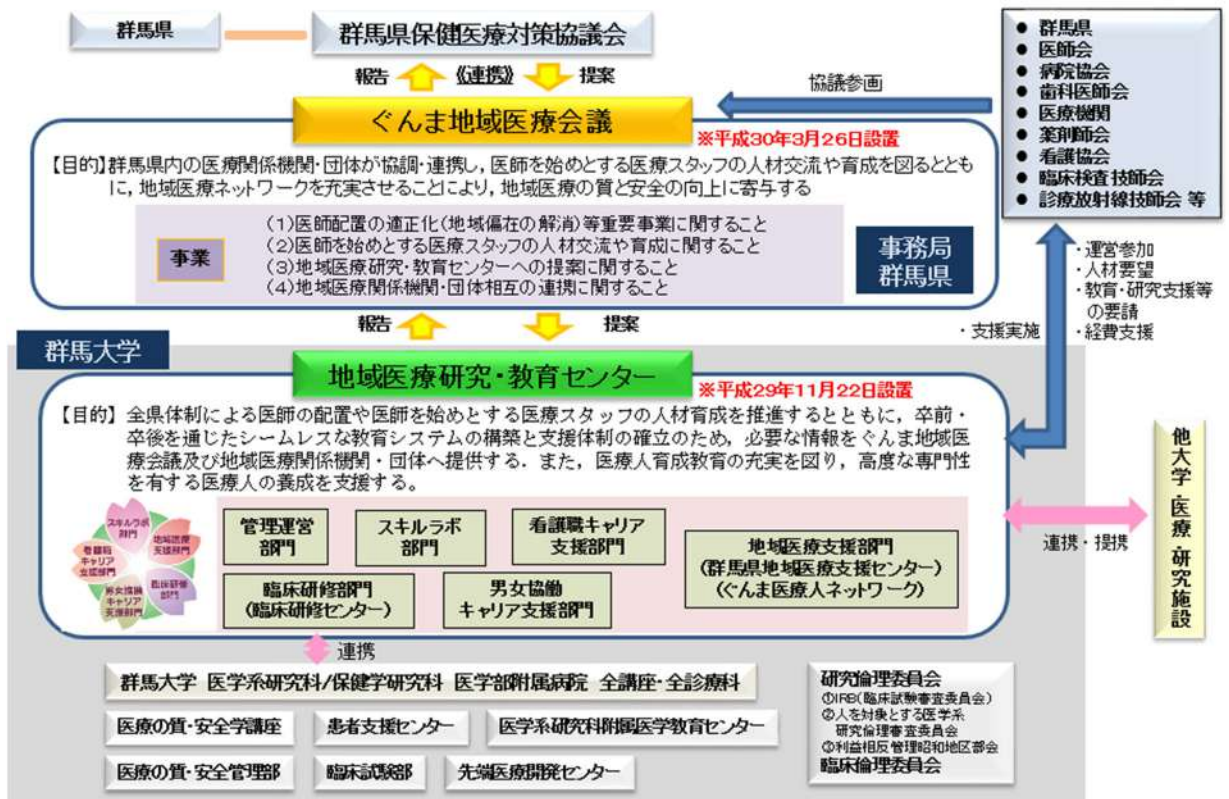


防ぎ、当該圏域、ひいては県全体のがん診療連携体制の維持を目的とした。

た医師配置に関する内容となり、群馬大学の診療科の協力を得て呼吸器内科医 3 名を派遣した。

## ぐんま地域医療会議と地域医療研究・教育センター

県内各地域の医療事情を調査・検証し、県全体で医師の配置や医師を始めとする医療スタッフの人材育成のあり方等を検討



## 29. 医療の質・安全学講座設置

県域全体の医療の質・安全等のレベル向上を国際標準として行うため、2017年(平成29年)4月、大学院医学系研究科に「医療の質・安全学講座」を新設した。

この講座は、医療の質・安全学の最新の知見を応用するとともに、新たな知見を創出することで、医療の質・安全を推進すること、WHOや地域医療機関等とも連携し、医療の質・安全指標に基づく改善活動、患者本位の医療・チーム医療を推進する多職種連携教育による人材育成などを主な事業としている。

2016年(平成28年)9月から講座構想・人員体制等を検討し、教授1名、助教3名(1名は2018年度(平成30年度)中に着任)の体制であるが、看護師2名、薬剤師1名が所属する、病院の医療の質・安全管理部を兼務し、一体不可分で運営している。(助教1名は2019年(平成31年)4月に増員した。)

学部における教育は、医学部教員及び医療の質・安全管理部教員において、すでに、2015年度(平成27年度)から、段階的に演習や実習等のコマ数・時間数を拡充している。

また関連機関と連携し、2017年(平成29年)4月にはウェイン州立大学から講師を招いて国際特別シンポジウムを、2017年(平成29年)11月にはWHOから医療安全・リスク管理担当の専門家を招いてWHO連携公開国際シンポジウムを、2018年(平成30年)4月には第3回患者安全サミット参加者による国際シンポジウムを開催した。

なお、講座の教授は、2017年(平成29年)2月に外部有識者を含む教授選考委員会を設け、公募・選考を経て、2017年(平成29年)11月に着任した。

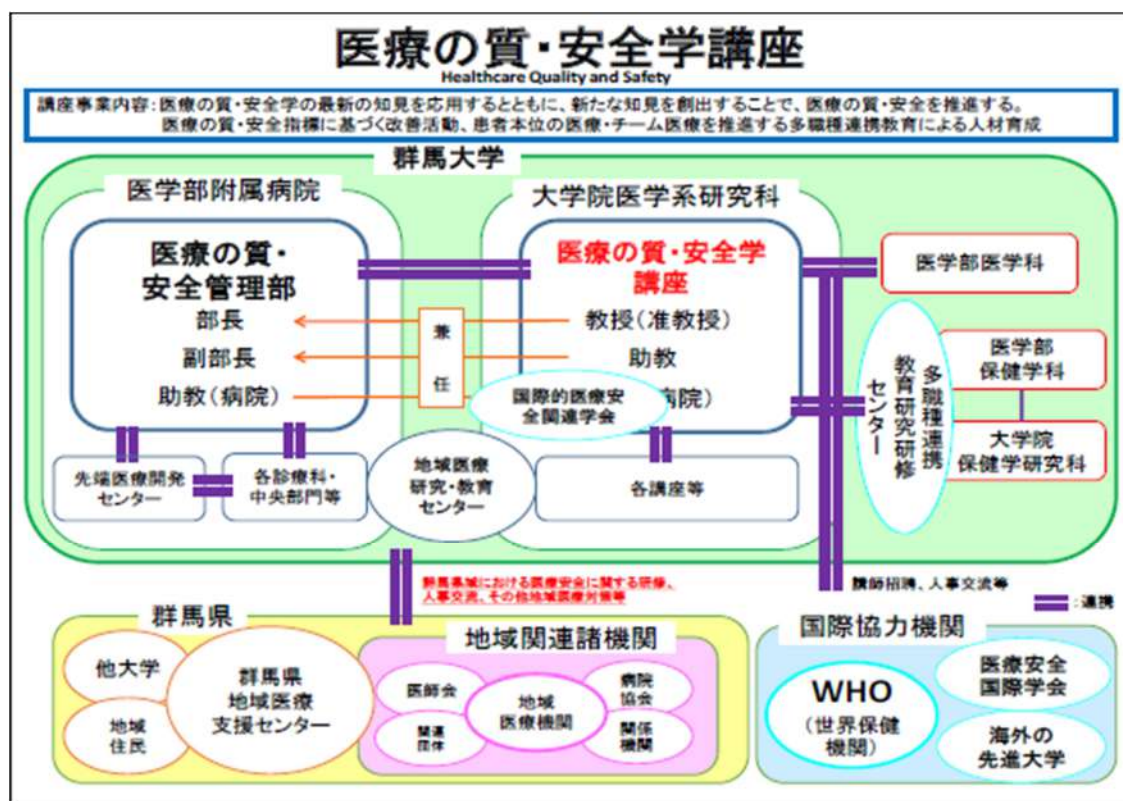
学部教育においては、WHO患者安全カリキュラムガイドに準拠した医療安全教育をすすめている。特にチーム医療やノンテクニカルスキルの教育に関しては、WHOカリキュラムでも採用されているチームステップス®の基本的手法の習得を目指す。チームステップス®はTeam Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safetyの略で、米国医療研究・質局(AHRQ)が開発した医療の質、効率、安全を推進する方法である。2017年(平成29年)12月の学生実習で一部を紹介したが、2018年(平成30年)4月からは複数回の演習として充実させた。

医療の質・安全の向上には、客観的な指標を定め、測定することで可視化し、PDCAサイクルをまわし継続的に改善をすすめることが不可欠である。安全指標の選定、測定手法の確立と、それをもとにした改善活動を実践かつ研究課題として取り組んでいる。

事故に学び、事故予防に努めることは医療安全の基本であるが、事故が発生してからの後ろ向き(reactive)な対策に終わるのではなく、事故が発生する要因を事前に同定し、前向き(proactive)に未然防止を進めることの重要性が指摘されている。前向きな事故予防の手法を応用するとともに、新規手法の開発を研究として進めている。

安全で質の高い医療を推進するために、科学研究費助成事業の交付を受け「患者参加型医療推進と治療方針決定プロセス改善にむけた組織的アプローチ」に関する研究を進めている。





【改革工程表の項目】

### 30. 先端医療開発センター設置

高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いる医療、ハイリスク手術、倫理的臨床事例等の集中管理センターとして、既設トランスレーショナル・リサーチセンターを改組し、2017年(平成29年)4月に、「先端医療開発センター」を設置した。

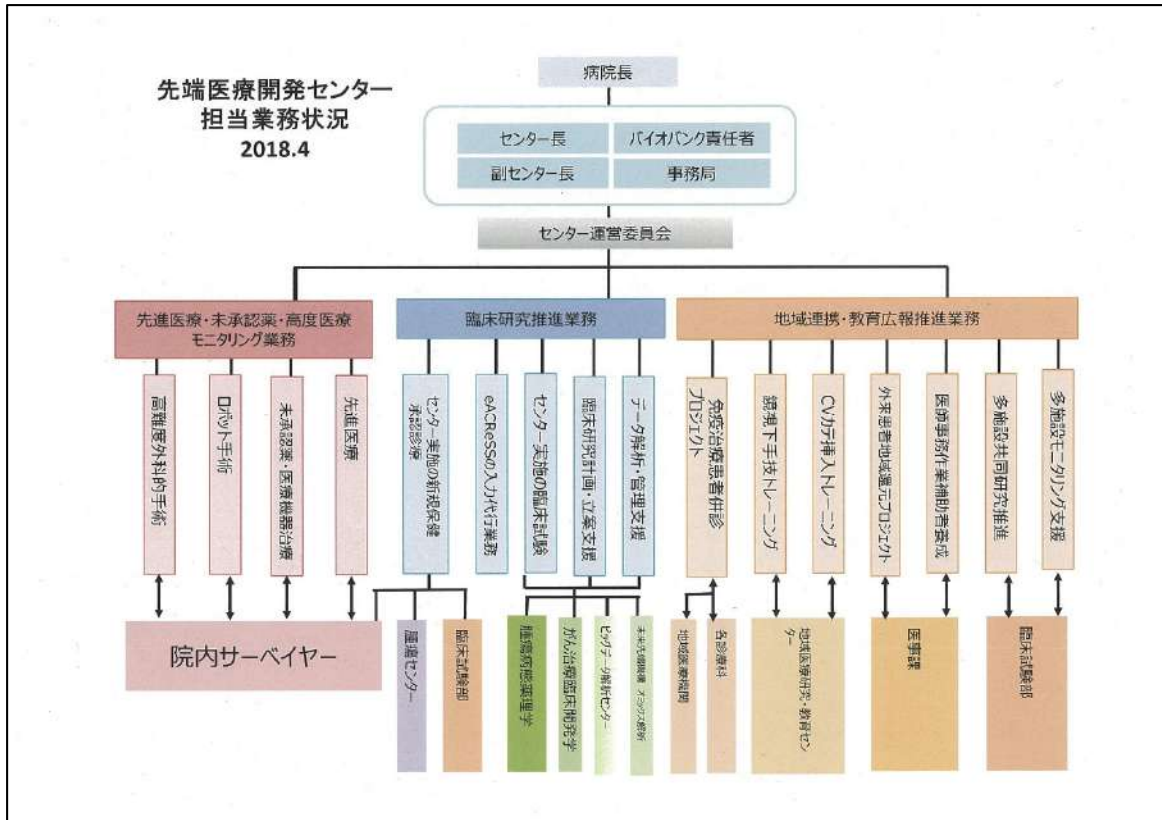
これら医療行為の評価委員会は、2014年(平成26年)8月から稼働している「臨床倫理委員会専門委員会」が業務を継続し、先端医療開発センターは、これら医療行為の相談・倫理審査等の窓口となる。

2017年(平成29年)8月には、各診療科、部門等から推薦された多職種のサーベイヤー約30名が、センターで指定した各医療行為の実施状況調査・確認を行う「モニタリングサーベイヤー制度」を整えた。この制度は、医療者の意識改革も目的に、各診療科の相互チェックを兼ねる位置付けとしている。

センター組織は、医師3名、事務2名であるが、病院の全診療科・各部門(臨床試験部、腫瘍センター、ME サプライセンター、薬剤部、看護部、医療の質・安全管理部など)との協働・協力により、先端的医療に関わる専門的な技術、手法、経験を集約し実施する。

(2020年(令和2年)3月末現在、医師10名、事務職員3名)

先端医療開発センター  
担当業務状況  
2018.4



以上

2017年(平成29年)  
7月14日 作成

2017年(平成29年)  
7月31日 一部修正

2017年(平成29年)  
8月29日 一部修正

2017年(平成29年)  
11月20日 一部修正・追記

2018年(平成30年)  
3月27日 一部修正・追記

2018年(平成30年)  
6月22日 一部修正・追記

2020年(令和2年)  
1月7日 一部修正・追記

2020年(令和2年)  
9月1日 一部修正・追記

2021年(令和3年)  
7月1日 一部修正・追記