評価基準 達成 ○

一部達成 △

未達成 ×

1. 医療安全監査日時：2023年10月19日（木）

2. 改善計画

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・取組み	備考
1	リスクマネジメント委員会への出席率が低い委員がいる。委員会の開催曜日や時間帯を工夫するか、委員の交代を検討する必要がある。	特定の委員の出席率が低い。（2023年度75.2%）	2024年度のリスクマネジメント委員会の出席率を85%以上とする。	医療安全管理室	1) リスクマネジメント委員会の開始時間になり会場に来ていない委員には電話連絡し招集する。 2) リスクマネジメント委員会の出席率を毎月提示する。 3) 出席率が低い委員の変更を建言する。	1) 出席率が低い委員には幹部職員から個別指導した。 2) 会議を忘れていた委員には電話にて招集している。 3) 委員欠席時の代理出席の徹底および議事録・会議資料を電子カルテ掲示板に掲載するだけでなく紙媒体でも欠席者に配布するように変更した。	△	1) 働き方改革への影響を鑑みると時間内での開催が望ましいが、手術や診療時間への影響が大きくなり実効性には欠ける。 2) 今年度のリスクマネージャー出席状況を評価し、次年度以降の開催方法や曜日・時間帯を検討する。（2024年4月～7月出席率81.6%）	
1	患者サポート体制充実加算に関する施設基準及び業務指針に沿って充実・強化を図る必要がある。 ア) 入院案内のパンフレットを配布しているが施設基準に示されている「入院患児及び家族への説明」を適切に行うための周知が不足している。入院時に文書等を用いた説明を実施して頂きたい。	入院案内パンフレットについて、予約入院患者には入院日が決定した日、緊急入院時には入院受付の窓口で医事課職員が手渡している。内容については「読んでください」とのみお伝えしており、相談窓口については言及していなかった。	ひと月内に、周知方法について検討し、実施する。	こども・家族支援センター	左記同様。	1) 予約・緊急にかかわらず、入院時に入院病棟で、看護師が入院パンフレット「患者相談窓口」のページをお示ししながら、説明することをルール化し実施している。 2) 「患者相談窓口」のお知らせポスターを作成し、院内複数個所に提示している。ホームページでも案内している。	○	1) 受審結果を部署内で共有の上、改善策について検討し、2週間後左記の運用をルール化し実施している。今後も継続し、評価していく。	
1	患者サポート体制充実加算に関する施設基準及び業務指針に沿って充実・強化を図る必要がある。 イ) 「こども・家族支援センター」に配置されている医療対話推進者は、病院長から患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割を果たす者として権限が委譲され、指示に基づき医療安全管理者、医療各部門、事務関係部門と連携し、組織的に患者・家族からの相談等に対応することを業務とする者として位置付けられている。また、相談や苦情の背景や原因を把握し、改善に務める役割を担っている。しかし、患者相談対応フローチャート（電話）には、対応部署と報告先が記載されるのみで、場合によっては「こども・家族支援センター」が直接対応しない流れとなっている。電話に対応する部署はフローチャート内の報告先だけでなく、速やかに「こども・家族支援センター」に連絡し連携を図ることが求められる。フローチャート内に、電話対応部署が「こども・家族支援センター」に連絡する流れを追記するとともに、業務指針に示されている各部門が患者・家族等から相談を受けた場合の対応体制・報告体制をマニュアルに記載し、職員への周知を図って頂きたい。	患者相談窓口には、平日9時～17時まで、看護師やMSW、日本医療ディエーター協会研修受講修了者である医療対話推進者を配置し、対応にあっている。電話相談では、その内容から適切な担当者へと連携・対応し、必要に応じて協働しているが、フローチャートでは対応先のみ記載となっていた。	ひと月内に、報告体制を見直し整備する。同様にフローチャートも修正し周知、活用を推進していく。その内容から適切な担当者へと連携・対応し、必要に応じて協働しているが、フローチャートでは対応先のみ記載となっていた。	こども・家族支援センター	左記同様。	1) 報告体制を検討し、電話相談の内容に応じて、こども・家族支援センター内での報告・協議がタイムリーに行えるよう、また対応結果を把握し、連携を強化するために、こども・家族支援センターと対応部署での共有ツールとして報告書を作成し活用している。報告体制の再整備に沿って、フローチャートも見直し、修正した。併せて運用マニュアルも作成し、これらの周知と活用をすすめている。 2) フローチャートは全職員が携帯必須の「医療安全ポケットマニュアル」にも示されている。	○	1) 受審結果を部署内で共有の上、電話相談対応の方法について、検討した。検討を含め2週間後には、フローチャートの修正、報告書フォーマット、さらに運用マニュアルも作成した。現在はフローチャートと運用マニュアルを周知しながら、報告書とともに活用を推進している。今後も継続し、評価していく。	
1	薬剤部においては、疑義照会等についても積極的にインシデント報告することが望まれる。	薬剤部のインシデント報告件数が少ない。	薬剤部のインシデント報告件数：年間60件以上を目指す。	薬剤部	薬剤部より院内疑義照会事例を含め毎月5件以上インシデント報告する。	2024年度4～8月は毎月5件以上インシデント報告している。	○	1) 薬剤部より院内疑義照会事例を含め毎月5件以上（年間60件以上）インシデント報告する。 2) リスクマネージャーは積極的なインシデント報告の普及啓発に努める。	
1	薬剤部長（医薬品安全責任者）、同副部長、リスクマネージャーは病院全体の薬品事故の現状（2022年1849件中409件（22%））を把握するとともに、原因分析・再発防止に可能な限り取り組むことが望ましい。医薬品安全の立場から事故防止の取り組みを示すことが出来るような活動が求められる。	病院全体の薬品事故は、2022年に1849件中409件（22%）と高い割合を占めている。	薬剤部長・リスクマネージャーは院内の薬剤関連事例の把握に努め、原因を分析、再発防止対策の検討に努める。	薬剤部	1) リスクマネージャーは月毎に院内で発生した薬剤関連事例の情報を収集・解析し、薬剤部内で情報を共有する。 2) 必要に応じて医薬品安全管理チームに諮り多職種と協同して再発防止対策を検討する。	1) リスクマネージャーは月毎に院内で発生した薬剤関連事例の情報を収集・解析し、薬剤部内で情報を共有している。 2) 必要に応じて医薬品安全管理チームに諮り再発防止対策を検討している。	○	1) リスクマネージャーは月毎に院内で発生した薬剤関連事例の情報を収集・解析し、薬剤部内で情報を共有する。 2) 必要に応じて医薬品安全管理チームに諮り多職種と協同して再発防止対策を検討する。	

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・取組み	備考
1	インシデント・アクシデント発生後、忘れかけたころによりやく改善策が伝達される、との声が現場にある。事例や改善内容にもよるが、できるだけ速やかな有事サイクルの達成を意識されたい。	改善策を立案後、急ぎの案件では朝のミーティング等で伝達し、また時間的に猶予される案件ではリスクマネジメント委員会等を通して伝達しているが、その先の職員全体へ浸透しないことが課題である。	2026年までに、再発防止策が職員全体に伝達されるよう、リスクマネージャー教育を推進する。	医療安全管理室	1) 決定事項は速やかに周知文を出す。 2) リスクマネジメント委員会、看護局リスクマネージャー会議、多職種カンファレンス等で共有すべき事案を検討する。	1) 事例や改善内容によりコンセンサスを得てから周知文を出しているため時間を要する場合もあるが、できるだけ速やかに決定事項を伝達するようにしている。 2) リスクマネジメント委員会、看護局リスクマネージャー会議、多職種カンファレンス等で事案を共有・検討している。	△	1) 前線の職員に情報が届くようにリスクマネージャーの教育を推進する。	
1	ポケットマニュアル内に、患者安全に関する頁と業務に関する頁が混在しており、患者安全早見表としての趣旨が伝わりにくい。両者を整理して記載されたい。	当院のポケットマニュアルは医療安全専用ではなく、全体として項目が探しにくい。	2024年までに、ポケットマニュアルの構成を整理し変更したものを職員に配布する。	医事経営課・医療安全管理室	1) 令和6年度版ポケットマニュアルの見直しを行う。	1) 2024年7月までに、ポケットマニュアルの構成を整理し全職員に配布した。（医療安全、感染、非常時等に分けて整理）	○	1) 毎年ポケットマニュアルの評価を行う。	
1	安全部門から周知される重大インシデント情報や医療安全ニュースといった重要伝達事項が、前線の職員に十分到達していない。職員が電子カルテを能動的に関かなくとニュースが閲覧できない仕組みになっているなど、周知・読了管理体制において改善の余地がある。	安全部門から周知される重大インシデント情報や医療安全ニュースといった重要伝達事項は電子カルテだけではなく紙文書でも供覧しているが、前線の職員（特に医師）に周知されないことが課題である。	2025年までに、重要伝達事項の周知方法を変更する。	医療安全管理室	1) 医療安全ニュース等の重要伝達事項は供覧にて全て閲覧が完了したことを確認する。 2) 医師メールを活用する。	1) 未実施 2) 重要伝達事項は、医師メールからも情報を発信するようにしている。	△	1) 次回発行の医療安全ニュース等の重要伝達事項から供覧にて全て閲覧が完了したことを確認する。 2) 医師メールを併用する。	
1	院内事故調査報告事案や再発防止策に関して、事案自体は一定程度周知されているが、再発防止策などの共有が弱い。院内での様々な会議等で伝達の努力はされているものの、例えば月に一度の会議で情報を得る部署と週に一度の会議で情報を得る部署などが混在していることから、部署間の情報格差を懸念する声もある。また過去の重大事故事例の風化や再発防止策の形骸化を心配する声もある。	多職種カンファレンスは、コメディカル部門と安全管理部門が中心となり少人数で週に一度開催しているが、これにリスクマネージャー全員が参加することは不可能であり、全体で周知・共有すべき事項はリスクマネジメント委員会にて伝達している。	2025年までに、過去の重大事故事例を取り上げた研修や強化月間を実施する。	医療安全管理室	1) 過去の重大事故事例を取り上げて医療安全研修と強化月間を行い、再発防止策について周知する。 2) 入職時の医療安全研修の中でも過去の事案について触れる。	1) 医療安全研修、強化月間（7月）：気管カニューレ管理、（12月）：輸血 2) 今年度の入職時の研修でも過去の事案について説明した。	△	1) 前線の職員に情報が届くようにリスクマネージャーの教育を推進する。 2) 過去の重大事故事例が風化しないように、入職時の研修や医療安全研修、強化月間等に定期的に組み込む。	
1	医療安全調査機構から発信されている再発防止提言が、職員にほとんど浸透していない。	医療安全調査機構から発信されている再発防止提言は電子カルテ上の閲覧や関係者に直接配布するなどして注意を促しているが、成人における事案が多いため身近な事案として浸透していかない。	2025年までに、医療安全調査機構から発信されている再発防止提言の周知方法を変更して職員に浸透させる。	医療安全管理室	1) 医療安全調査機構から発信されている再発防止提言の周知方法を検討する。 2) 医師メールを活用する。	1) リスクマネジメント委員会で事例を取り上げて周知する。 2) 医師メールを活用する。	△	1) リスクマネジメント委員会にて周知する。 2) 医師メールを併用する。	
1	今後は分母分子を有する、より具体的な数値目標の設定が望まれる。	分母分子を有する、より具体的な数値での評価をしていなかった。	2025年度は、分母分子を有する具体的な数値目標を設定する。	医療安全管理室	1) より具体的な数値目標を検討する。	1) 未実施	×	1) 2024年度よりデータを算出し、目標値を設定していく。	
1	ヒアリングの結果、看護師は多くの質問に適切に回答でき（適切回答率：95%）、浸透度が高いと言えるが、医師はばらつきが大きく（適切回答率：33%）、正確性に欠き、浸透度は十分と言えなかった。	2023年に行った医療安全文化調査の結果からも職員への情報伝達が課題であるという結果であった。	2026年までに、診療部内を統括するリスクマネージャーを新たに育成する。	医療安全管理室	1) 医療安全管理室兼務の医師を増員する。	1) 2024年に医師1名を増員した	△	1) 診療部内（内科系/外科系）を統括するリスクマネージャーを新たに育成する。 2) 診療部内を統括するリスクマネージャーを中心に、医療安全に関する情報の周知徹底を図る。	

1. 医療安全監査日時：2023年10月19日（木）

2. 改善計画

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・取組み	備考
2	看護師は患者確認の手順と方法をほぼ理解していたが、医師は十分ではない。特に確認に用いる2識別子について、医師の理解が弱い。	医師への情報共有が課題である。	2025年までに、患者確認の手順と方法を理解させる。	医療安全管理室	1) 患者確認手順の遵守率を把握する 2) 患者呼び出し用のデジタルサイネージに患者確認についての協力依頼を掲載する。	1) 院内巡視および看護局セイフティマネジメント委員会の取り組みで患者確認手順の遵守状況をチェックしている 2) デジタルサイネージに患者確認についての協力依頼を掲載した。	△	1) 2024年度、県立病院合同で患者確認徹底に向けたプロジェクトを開始し、現状調査（10月）、患者確認徹底月間の制定（11月）、職員教育用動画の視聴等に取り組む。また院内で職種別に取り組み状況を評価する。	
2	確認時に用いる手元情報（医療者側情報）に3識別子が不随していない。（例：配薬ボックス・IC文書の表紙以外の全頁・口頭指示メモ・受け持ち管理表・NSフリーシート等）また、ネームバンド装着時の確認手順が定められていない。早急な対策が必要である。	電子カルテと部門システムの連動による課題として3識別子が付随できない等の問題がある。ネームバンド装着時の確認手順は定められており、監査時の説明不足と思われる。	2025年までに、確認時に用いる手元情報に3識別子を不随する。	医療安全管理室	1) 確認時に用いる手元情報に3識別子を不随する。 2) ネームバンド装着時の確認手順が職員に浸透するように啓発活動を行う。	1) IC文書、口頭指示メモの修正は実施済 2) インシデント発生からネームバンド再装着時の確認手順を新たに定め、事例は会議で共有した。	△	1) 確認に用いる手元情報には全て3識別子を不随するように電子カルテ更新を進めていく。	
2	「口頭指示出し・指示受けの手順」についてヒアリングを行ったところ、看護師の適切回答率は80%であったが、医師の回答率は低く、「紙に書く」までは言えるが、読み返し（read back）や、復唱（check back）について説明できなかった。	監査時は、読み返し（read back）と、復唱（check back）の違いについては指導していないため職員は理解していなかった。	2026年までに、読み返し（read back）や、復唱（check back）について説明できるように教育する。	医療安全管理室	1) 「口頭指示出し・指示受けの手順」の見直しを行う。 2) 手順の周知を図る。 3) 院内巡視にて浸透度をチェックする。	1) 「口頭指示出し・指示受けの手順」を見直し、読み返し（read back）と復唱（check back）を分けて追記した。 2) リスクマネジメント委員会等を通して手順変更を周知した。	△	1) 院内巡視にて浸透度をチェックする。	
2	ハイリスク薬（10系統）、ハイアラート薬（4種類）に関して、現場の看護師、放射線技師の認識が低い。薬品への標識（黄色シール貼付）はされているが、取り扱い方法、投与後の経過観察等において、病院全体として特別な注意が払われているという状態には至っていない。	ハイリスク薬、ハイアラート薬について、現場の看護師、放射線技師の認識が低い。	ハイリスク薬、ハイアラート薬の認識及び取り扱い上の注意点等について現場スタッフへの周知に努める。	薬剤部	1) 年1回、ハイリスク薬・ハイアラート薬に関する院内研修会を実施する。 2) 年1回、DIニュースでハイリスク薬・ハイアラート薬に関する情報を発信する。 3) 年1回、医薬品安全管理委員会の病棟パトロールを実施、ハイリスク薬・ハイアラート薬の標識を確認する。	2024年度内にDIニュースを発行する。 10月のパトロール時に病棟の状況を確認する。	△	1) 年1回、ハイリスク薬・ハイアラート薬に関する院内研修会を実施する。 2) 年1回、DIニュースでハイリスク薬・ハイアラート薬に関する情報を発信する。 3) 年1回、医薬品安全管理委員会の病棟パトロールを実施、ハイリスク薬・ハイアラート薬の標識（+保管場所の近傍）に取り扱い上の注意等記載したリストを掲示を確認する。	
2	看護師が評価した患児の転倒リスクが、医師・他職種・家族らに共有される仕組みとなっていない。電子カルテへの表示や、リストバンドに色を付けるなど、工夫されたい。	看護師がリスク評価した結果を医師・他職種・家族らと共有していなかった。	2025年までに、リスク評価した結果を、医師・他職種・家族らに共有される仕組みを構築する。	医療安全管理室	1) 転倒・転落アセスメントシートを改訂する。 2) リスク評価結果から家族指導・対策にもつながるように改良し、共有できるマーク等を検討する。	1) 転倒・転落アセスメントシートを改訂した。 2) リスク評価後の結果を対策に繋げられるよう運用基準を修正し、ベッドネームに共有できるマークをつけるようにした。	○	1) 転倒・転落アセスメントシート、運用基準を変更後の評価を行う。	
2	掲示コーナーの設置自体は評価できるが、全体的にその他の掲示物が多く、年間目標が埋没している。	掲示する際の整理整頓と取捨選択、内容確認が不十分である。これは広報委員会の目が届いていないことに起因する。	年度内に広報委員会で、主たる掲示物を統括する。	広報委員会	1) 短期 広報委員会に院内掲示グループを組織し、掲示の基本ルールを設定する。 2) 中期 定期的に院内掲示の様相を点検する。 3) 長期 魅力ある掲示を創出する。	1) 広報委員会に院内掲示グループを組織した。年度ごとに人の入れ替えはあるが、業務を引き継ぐ体制を整えた。さらに年に2-3回、院内各所をmemberで割り振り掲示物の点検を行っている。	○	1) より積極的に院内掲示を点検し掲示を更新する。さらに掲示物の内容・外観を魅力あるものにする。後者を念頭に、広報委員はもとより一般からも広くアイデアを募集する。	
2	アクシデント発生時の対応は、ポケットマニュアルに明記されているが、担当医師と上級医師との連絡体制が明確になっていない。部署内連絡体制の確認をお願いしたい。	担当医師の上級医は総括医長に当たり、総括医長への報告はポケットマニュアルに明記されており、報告は適切に実施されている。	対応済み。	医療安全管理室	対応済み。	対応済み。	○	対応済み。	
2	事故当事者の支援について、医療安全管理指針には医療安全管理室と他部門が連携して行うことが記載されているが、ヒアリングでは所属長以外の支援について把握している職員がいなかった。医療事故発生時は、当事者はもとより当該部署長も心理的ダメージを負う可能性があるため、当該部署全体へ支援のあり方について理解と周知が必要となる。ポケットマニュアルへの掲載等、検討されたい。	看護師以外の事故当事者支援に関しての組織としての対応方針が明確になっていない。	2025年までに、医療事故発生時の当事者および当該部署全体へ支援のあり方について、職員に通知する。	医療安全管理室	1) 医療事故発生時の当事者および当該部署支援について、医療安全管理指針に追記する。 2) 職員に通知する。	1) 未実施	×	1) 医療事故発生時の当事者および当該部署支援について、医療安全管理指針に追記する。	

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・取組み	備考
2	医療対話推進者養成研修を、医師・看護師・事務員計7名が受講しているが、患者支援に加え、事故当事者支援にもつながるような活動に繋げて頂きたい。	事故当事者支援まで対応できる医療対話推進者の育成、雇用はできていない。	2025年までに、医療対話推進者の活用促進を検討する。	医療安全管理室	1) 医療対話推進者の活用促進を検討する。	1) 未実施	×	1) 医療対話推進者の活用促進を検討する。	
2	院内緊急コールは統一されている。また、RRS起動基準が各部署に掲示され、ポケットマニュアルにも記載されているが、携帯できていない職員がいる。	ポケットマニュアルの携帯が定着していない。	2024年までに、ポケットマニュアルを電子カルテ上でも確認できるようにする。	病院幹部	1) ポケットマニュアルをいつでも確認できるように、電子カルテ上にも掲載する。 2) ポケットマニュアルの携帯を促す。	1) 令和6年度ポケットマニュアルを電子カルテ上に掲載した。 2) ポケットマニュアルの携帯を促している。	△	1) ポケットマニュアルの携帯を促し、携帯状況の確認を行う。	

1. 医療安全監査日時：2023年10月19日（木）

2. 改善計画

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・取組み	備考
3	IC文書管理体制について、文書のひな形も増え、第一段階としてのインフラ整備に成功している。一方で、白紙のICフォームの使用率が高く、IC文書を標準化することの意義について、医師に正しく伝達されていない可能性がある。	年齢、合併症の有無、疾患の希少性などにより、ひな形では対応しきれない文章が多い。定型の文書をアレンジして使用していることもある。またIC文書のひな形が多く作成されている診療科もあるが、作成数が少ない診療科もある。	2026年までに、標準化されたIC文書の意義についての理解と、使用方法を周知徹底する。	IC委員会	1) 作成数が少ない診療科にIC文書の作成を依頼する。	1) 泌尿器科にIC文章作成を依頼し、作成中である。	△	1) 整形外科にIC文書作成を促す。	
3	IC委員会のメンバーについて、病院職員をもって非医療者としているとのことであるが、病院職員ではなかなか自由闊達な意見が言いにくい可能性がある。ぜひ外部で、しかも患者の権利や自己決定権に詳しい方（患者会代表等）にIC委員を委託し、説明文書が、非医療者の目から見て、わかりやすい記載になっているかどうか、チェックできるような仕組み作りが望ましい。また医療専門家には、説明が誘導的になっていないかなど、医学的中立性の点検もして頂きたい。	外部委員の活用には、予算計上が必要である。	2025年度中に検討する。	病院幹部・IC委員会	1) 内部の委員である非医療者の病院職員に、積極的に意見を述べてもらえるよう働きかける。 2) 外部委員の活用を検討する。	検討中である。	×	1) 内部の委員である非医療者の病院職員に、積極的に意見を述べてもらえるよう働きかける。 2) 外部委員の委託を検討する。	
3	ヒアリングで患者（家族）の理解度の確認方法について質問したところ、単に患児と両親の反応を確認するのみならず、意思決定ができる状況にあるのか、説明の順番を変えることで理解度が上がるのか、様々な観察のもと実践されていることがわかった。看護師の同席が重要な役割を果たしており、高く評価できる。看護師の同席が難しい場合は、時間をずらして理解度の確認を行う、看護師以外の職種（医療有資格者以外の保育士や医療対話推進者等も含む）が同席する、など、代替法について検討して頂きたい。	医師、看護師、保育士、医療対話推進者共に多忙であり、時間の調整が困難である。	1) 重要な説明、重大な意思決定が必要な際には必ず看護師の同席を行う。 2) 2026年までに、同席できなかった時に使用している、「IC説明確認書」の運用方法を徹底する。（この際に、理解度の確認を実施することとなっている）	IC委員会	1) 重要な説明、重大な意思決定が必要な際には必ず看護師の同席を行うことを継続する。 2) IC説明確認書の運用方法を徹底する。 3) 同席できる場面を増やす方策を検討していく。	1) 当院の同席基準を作成し、それに則り同席している。 2) IC説明確認書の運用方法の徹底、同席場面の増加は実施できていない。	△	1) IC説明確認書の運用方法を徹底する。	
3	具体的なセカンドオピニオンを得る方策まで、患者に教示しているかが今後の課題である。	他院から、当院に治療目的で紹介されて受診している患者さんがほとんどでありセカンドオピニオンを希望される方が少ない。近隣にセカンドオピニオン目的で紹介、提示できる病院が少ない。	2026年までに、セカンドオピニオンを希望される患者さんに対して、主治医以外にも相談できる窓口があることを周知する。	IC委員会	1) 患者相談窓口の周知。 2) 患者相談窓口で、セカンドオピニオン希望者への適切な説明ができるように準備する。	検討中である。	×	1) 患者相談窓口での相談が可能であることを、医師に周知する。 2) 患者窓口での対応につき検討する。	

評価基準 達成 ○

一部達成 △

未達成 ×

1. 医療安全監査日時：2023年10月19日（木）

2. 改善計画

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・取組み	備考
5	カニューレ脱落事故の詳細や再発防止策について、十分認識できている職員が少ない。定期的な周知や、再発防止策の定着確認が求められる。	カニューレ脱落事故について医療安全管理室から全職員に説明する機会をもたなかった。	2025年までに、過去の重大事故事例を取り上げた研修や強化月間を実施する。	医療安全管理室	1) 過去の重大事故事例を取り上げて医療安全研修と強化月間を行い、再発防止策について周知する。 2) 入職時の医療安全研修の中でも過去の事案について触れる。	1) 医療安全研修、強化月間（7月）：気管カニューレ管理、（12月）：輸血 2) 今年度の入職時の研修でも過去の事案について説明した。	△	1) 前線の職員に情報が届くようにリスクマネージャーの教育を推進する。 2) 過去の重大事故事例が風化しないように、入職時の研修や医療安全研修、強化月間等に定期的に組み込む。	
5	輸血拒否患者への対応指針について、ホームページ上でスムーズに発見することができない。患者の病院選択において重要となるため、改善が必要と思われる。	平成25年1月21日での当院倫理審査委員会での「宗教的輸血拒否患者への対応」という案件で審議済みであった。HPに載せる「千葉県こども病院における宗教的輸血拒否に関する診療指針」（委員会提出済み）の書面を倫理審査委員6人（外部委員を含めた）で確認後承認ということになっていたが、手続が止まっていた。	当時の倫理審査承認手続が止まっていた理由は不明。次回（2024年11月）の倫理審査委員会（再度）審議する予定。	倫理審査委員会	11年前に当院倫理審査委員会で検討されていた案件（条件付き承認と記憶している）である。だいぶ時間が経過してしまっているが、日本輸血細胞治療学会を含めた5学会合同委員会による基本的な考え方は変わっていない。最近では医療ネグレクトの問題、エホバの証人による虐待問題が取り沙汰されているが、（今後）時代に即した診療指針に若干改訂を加えていく予定。	1) 2024年11月倫理審査委員会での「千葉県こども病院における宗教的輸血拒否に関する診療指針」再審査予定⇒承認後HP掲載 2) 実際に起こった事例の検討・とった対応への振り返り。	×	「千葉県こども病院における宗教的輸血拒否に関する診療指針」約1年毎での見直しと（必要時）社会情勢に合わせた改訂を行っていく。	
5	放射線の未読レポートの対策はとられているが、病理診断に比し、アナログな対策に依存している部分が多い。	現行電子カルテでは対応不可となっている。	2025年までに、電子カルテから放射線レポートの未読確認ができるように変更する。	医療安全管理室	1) 次期電子カルテから放射線レポートの未読対策を追加する。	1) 次期電子カルテから放射線レポートの未読対策を追加する予定。	×	1) 対策変更後、システムの評価を行う。	

評価基準 達成 ○

一部達成 △

未達成 ×

1. 医療安全監査日時：2023年10月19日（木）

2. 改善計画

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・取組み	備考
6	新型コロナウイルス感染症の対応については、順次ICTマニュアルへの移管を検討願いたい。	移管がされていなかった。	対応済み。	感染管理室	2024年5月27日にマニュアルを改訂した。	対応済み。	○	市中での感染症流行状況に応じて、適宜感染対策マニュアルの改訂を行う。	
6	マニュアル改定等重要な周知事項は、各職員が確認したことが求められるため、部門システムの導入を検討願いたい。診療系システムや部門システムで院内全体からデータを習得できるシステムの構築が必要である。現時点では、看護師が紙運用でデータを収集しているようだが、今後サーベイランスを拡大することは病院機能評価など第三者評価で求めら、必須である。予算を講じ、準備を進めていただきたい。	マニュアルの改訂は、電子カルテトップページへの掲載に加え、全職員が受講する講習会で周知している。サーベイランスについては、現状の電子カルテの機能を使用していない。	周知事項の確認については、その方法について今後検討を進める。サーベイランスについては、2025年2月に予定されている、次期電子カルテシステム更新時に機能を盛り込む。	感染管理室	周知事項：今年度内に感染管理室で検討を開始する。 サーベイランス：2024年9月以降に、ベンダーとの打ち合わせの予定あり。	2024年8月の時点では未実施。	△	サーベイランスについては、電子カルテシステムの更新に併せ、運用を開始する。	
6	今後は標準予防策の実施状況の評価を他施設と比較できるようにICTは体制を整備していただきたい。	手指衛生遵守率の比較を開始した。	対応済み。	感染管理室	J-SIPHEのグループ機能を利用、他施設との間で手指衛生遵守率の比較が可能。	対応済み。	○	比較データの利用や職員への還元方法について、検討を行う。	
6	汚物処理室の尿器をかけてある台など、老朽化した備品の更新が各所で必要であるため、計画的に予算措置をとり更新願いたい。	当院開設時の設備を使用している。	2025年以降の更新に向けた準備を進めている。	感染管理室・事務局管理課	今年度の施設改善検討チーム会議で課題として取り上げる。	次期会議は2024年9月の予定。	△	他の修繕案件との兼ね合いとなるが、修繕費を確保でき次第対応を開始する。	
6	外来感染対策ネットワークの新設は、こども病院の特徴・特性を十分生かした活動であり、今後の継続や活性化を期待する。	2回/年の頻度で会議を開催している。	連携を継続する。	感染管理室	地域におけるAMR活動の推進、連携しているクリニックでの感染対策の強化活動を継続。	2024年度は、1回の会議が終了した。	○	参加施設へのデータのフィードバック、学会等で成果を報告する（2024年6月の日本小児科学会千葉地方会で発表済み）。希望する施設のラウンドも適宜行う。	
6	パンデミック時に備えた、医薬品や診療材料等の備蓄体制の整備が必要である。項目を定め、流通在庫を適正に運用しつつ、備蓄体制を構築できるように、事務部門や外部業者と連携した体制整備をお願いしたい。	事務部門担当者与管理について検討を開始した。	今年度を目安に、現有の在庫状況把握と保管場所の確保、ローリングストックによる有効活用等方針を定める。	感染管理室・事務局管理課	2025年度内に、新興感染症等発生時BCP（策定済み）に対応した体制整備を行う。	現在、方針を検討中（随時）。	△	在庫品の有効活用とともに、有事に備え職業感染防止を実現できる製品の確保を進める。保管場所については、取扱業者との連携体制構築を視野に確保していく。	
6	院内クラスターやアウトブレイクが発生した際、外部支援体制についてマニュアルの追記が必要である。	マニュアルへの記載がなかった。	対応済み。	感染管理室	2024年5月27日にマニュアルを改訂した。	対応済み。	○	外部医療機関との連携の開始や終了があった場合、適宜マニュアルへの修正を行う。	
6	本日確認した内容では緊急性のある改善事項は無い為、予算化が必要と思われる内容は事務部門と連携し、計画的な改善をお願いしたい。	設備の老朽化が進み、緊急での対策は予定が立てにくい。また、都度予算を確保し対応している。清掃や計画的な修繕、職業感染予防は、それぞれの事務局管理課担当と連携し、予算を確保している。	清掃や職業感染予防予算の次年度予算は確保済み。	感染管理室・事務局管理課	引き続き感染管理室と事務局管理課が連携し、感染対策委員会や施設改善検討チームでの協議を通じて予算確保に努める。	2024年度は、エアコンの集中メンテナンスを実施した。また、職員のコロナワクチン秋接種を実施する予定。	△	2025年度以降も、職員コロナワクチンの接種を継続する。	
6	感染管理を担う人材育成については、様々な医療機関でも恒常的な課題であることが訴えられている。小児を対象とする専門医療機関であり、感染管理は日ごろから重要な分野である。そのため次世代の育成を進め、人事配置を検討し継続的に組織の感染管理が充実できるよう取り組んでいただきたい。	感染管理医師、感染症専門医、感染管理認定看護師、感染制御認定臨床微生物検査技師の育成を行っている。	継続して次世代を担う人材を育成する。	感染管理室	施設認定の維持、研修プログラムの改訂など。	看護師については、2024年度より県立病院間の交換研修プログラムを開始した。	○	2025年度に、感染症専門医、感染管理認定看護師1名、感染制御認定臨床微生物検査技師各1名を輩出する予定。看護師については、今後、5年以内に2～3名の養成課程進学を後押しする予定	
6	現時点では、看護師が現場の教育やサーベイランスの充実に不足を認めるため、追加配置の検討をお願いしたい。	感染管理室の看護師は、専従が1名、専任が1名配置されている。	2026年度までに専従の感染管理認定看護師を2名配置する。	感染管理室	感染管理認定看護師の候補者3名の育成を進める。	看護師1名が、感染管理認定看護師教育課程に進んでいる。	△	2025年度以降、3名の感染管理認定看護師の資格取得者を輩出する予定。	

1. 医療安全監査日時：2023年10月19日（木）

2. 改善計画

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・取組み	備考
7	手順書は作成されているが、電子カルテに掲載されているものが古いバージョンである。職員全員が閲覧するものは、常に最新版にすることが望ましい。	『医薬品の安全使用のための業務手順書』は定期的な内容の精査・改訂を行っているが、電子カルテの掲載ver.を更新していない。	2024年度末までに手順書の内容の精査・改訂を行い、電子カルテに最新ver.を掲載する。	薬剤部	1) 毎年、手順書の内容の精査・改訂を行う。 2) 電子カルテの掲載ver. はリアルタイムで更新する。	現在（報告時点）、電子カルテに最新ver.を掲載している。	○	1) 毎年、手順書の内容の精査・改訂を行う。 2) 電子カルテの掲載ver. はリアルタイムで更新する。	
7	カリウム製剤の注意確認に薬剤師が監査介入できる仕組みづくり：院内ではアンブル製剤は廃止され、また病棟に定数では保管せず原液投与を回避できる体制になっている。都度薬剤部へ取りに来ている現状だが、濃度、速度、最大投与量が薬剤師の介入によって確認される体制が望まれる。	ハイリスク薬であるカリウム製剤について、薬剤師による臨時処方の方針監査は実施していない（一般病棟の定期処方の方針監査は実施）。	年間通じてカリウム製剤の管理方法及び使用法の周知徹底に努める。	薬剤部	1) 毎年、人事異動があった際は、転入者を対象にカリウム製剤はじめハイリスク薬に関する注意喚起の説明会を実施する。 2) 定期的に医薬品安全管理チームによる病棟巡視でカリウム製剤の管理方法・使用方法を確認する。	1) カリウム製剤は限定された病棟以外は定数配置しない。 2) カリウム製剤を定数配置している病棟は保管場所に注意喚起の表示をする。 3) カリウム製剤を病棟へ出す際は最低必要本数に注意喚起文を添付して出す。 4) 低カリウム性四肢麻痺用にはカリウム製剤に輸液をセットで出す。	△	1) 毎年、人事異動があった際は、転入者を対象にカリウム製剤はじめハイリスク薬に関する注意喚起の説明会を実施する。 2) 定期的に医薬品安全管理チームによる病棟巡視でカリウム製剤の管理方法・使用方法を確認する。	
7	複数規格のある薬剤の取り扱いについて、棚配置は早急に改善されることが望まれる。棚表示には複数規格あることが明示されているものの医療事故再発防止に向けての意識改革も必要である。「取る時」⇒「秤量するとき」⇒「戻す時」「バイアルを取る・開封する時」⇒「溶解する時・吸引するとき」⇒「操作終了戻すとき」調剤・調製行為において三度の確認行為は充填作業、調剤とすべてに共通する基本行動である。薬剤部職員のスタッフをはじめ、医薬品を取り扱うスタッフへの周知と教育徹底を望む。	複数規格を有する内服薬について保管棚には複数規格ありの注意喚起の表示がされているが、取りこぼしのリスクを考慮した『規格の小さいものが上(奥)、大きいものが下(手前)』の保管棚の配置が整備されていない。	早急に複数規格を有する内服薬の保管棚の配置を整備する。	薬剤部	1) 早急に既存の複数規格を有する内服薬の保管棚の配置を整備する。 2) 新規に複数規格を有する薬剤を採用した場合も同様の扱いとする。	既存の複数規格を有する内服薬の保管棚の整備は完了した。	○	1) 早急に既存の複数規格を有する内服薬の保管棚の配置を整備する。 2) 新規に複数規格を有する内服薬を採用した場合も同様の扱いとする。 3) リスクマネージャーを中心に『調剤・調製行為における三度の確認行為の徹底』について薬剤部スタッフへの教育に努める。	
7	救急カートへボスミンの10倍希釈シリンジが常備されている。カテコラミン製剤の希釈保管に関して、変質・変色の恐れもあることから厳密な管理徹底と工夫を願いたい。	救急カートへボスミンの10倍希釈シリンジが常備されている。	ボスミンの10倍希釈シリンジの管理の徹底。	薬剤部	救急カート内（遮光）で、専用のトレーで日付と薬品名を書いたシールをシリンジに張って保管している。	希釈後の期限は1日となっており、毎日作成・管理を行っている。	○		
7	抗がん剤を溶解する調製でのダブルチェック強化体制、システム強化への変更が望まれる。	ダブルチェック体制強化及びシステム強化への対応が不十分である。	2025年度末までにバーコードリーダーを用いた注射薬混注監査システムを導入する。	薬剤部	バーコードリーダーを用いた注射薬混注監査システムを2025年度機械備品購入希望ヒアリングの品目で提出する。	2025年度機械備品購入希望ヒアリングで薬剤部より優先順位1番で要望した。	△	1) 注射薬混注監査システムを導入する。 2) 過去の抗がん剤調剤・投与過誤事例について繰り返し情報共有を図り風化させることなく再発防止に向けての意識改革に努める。	
7	抗がん剤の過量投与に関する再発防止に関して：アドリアマイシンの5倍投与過誤が発生したが、調査委員会の見解を待つところである。現場確認をしたが、50mgの規格を採用削除したものの、まだ配置等に関する再発防止策を講じる必要性は高い。	複数規格を有する注射薬の配置について、視認性が悪い状態である。	2023年度内に複数規格を有することがわかりやすいように整備を行う。	薬剤部	複数規格を有する注射薬の保管棚に黄色に黒字で“規格注意”とシールを貼付、部内へ周知する。	2023年度内に対応済み。	○	1) 複数規格を有する抗がん剤の注射薬の保管棚について、複数規格のシールを貼付するほか、規格毎にトレーで仕切る等、視認性の工夫を行う。 2) 使用頻度の少ない複数規格薬剤を購入した場合は、薬剤部スタッフへの周知を行う。	
7	抗がん剤の調製に関する準備、調製、監査の3名薬剤師を別々にしている点は改善した点として評価される。調剤（準備）⇒監査⇒調製⇒最終監査と4段階とすべきであり、また今回のエラーは準備及び医薬品を調製する段階での2名以上の薬剤師の確認が出来なかったことに起因する事故であった。薬剤師の人員配置を再考する必要がある。常勤薬剤師が少ない観点より、バーコードによる薬品認証する部門システム強化防止策の導入も望まれる。	人的資源の問題で抗がん剤の準備から最終監査までの左記4段階体制の人員配置を確保出来ない。	早急に抗がん剤準備から最終監査までの左記4段階体制の人員配置を検討する。中長期的には抗がん剤準備段階に非薬剤師の活用を検討する。2025年度、注射薬混注監査システムの導入を要望しており、システムによる監査体制の強化を目指す。	薬剤部	1) 抗がん剤準備から最終監査までの左記4段階体制の人員配置を確保する。 2) 抗がん剤準備段階に非薬剤師の活用を採用する。 3) 注射薬混注監査システムを導入する。	1) 抗がん剤調製において、準備・調製・最終監査は3名の薬剤師で対応している。 2) 次回契約更新時の契約内容に反映させる。 3) 2025年度機械備品購入希望ヒアリングで薬剤部より優先順位1番で要望した。	△	1) 抗がん剤準備から最終監査までの左記4段階体制の人員配置を確保する。 2) 抗がん剤準備段階に非薬剤師を活用出来るよう2026年4月からの契約内容(5年毎に更新)に反映させる。 3) 注射薬混注監査システムを導入する。	

7	<p>抗がん剤調製マニュアルの改訂について：抗がん剤調製マニュアルは職員の立場に立って記載されている内容であり、医療安全、患者保護の観点から実施すべき事項に乏しい印象を受ける。特に調製する段階では医薬品の名称確認、規格確認、用量確認、調製する溶液・液量確認、補液の確認などの項目記述が欠落している。 準備→監査→調製（2名以上での確認）→最終監査の過程を遵守できるマニュアル改訂を再検討する必要があると思われる。</p>	<p>抗がん剤調製マニュアルは調製手技に関する項目をメインに作成されており、誤調製の防止等の医療安全に関する項目が欠落している。</p>	<p>2024年度末までに既存の抗がん剤調製マニュアルについて医療安全の観点から内容の精査・改訂を行い、部内に周知徹底する。</p>	<p>薬剤部</p>	<p>抗がん剤調製マニュアルは調製手技と医療安全の両方の観点から実施すべき事項を盛り込んだ内容に改訂する。</p>	<p>抗がん剤調製において、左記過程を遵守出来るマニュアル改訂を検討、一部改訂済み。</p>	<p>△</p>	<p>1) 抗がん剤調製マニュアルは調製手技と医療安全の両方の観点から実施すべき事項を盛り込んだ内容に改訂する。 2) 抗がん剤調製マニュアル改訂版は部内回覧により薬剤部スタッフへの周知を行う。</p>	
---	--	--	--	------------	---	--	----------	---	--