

改善措置の取り組みについて
 S：計画以上に行われている
 A：実施できている
 B：実施できているが、新たな課題が発生している
 C：取り組みが不十分である
 D：取り組みができていない
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果 (R7.8.7時点)

	市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント
【全般】根本的原因の究明と抜本的方策	<p>患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために、根本的な原因を究明し、必要な措置を抜本的に講じること。患者の生命と尊厳を尊重しながら、その実現を目指す態度や考え方としての「安全文化」を醸成し、同様の事案を決して繰り返さないよう、改善策を確実に実施すること。</p> <p>【保健所から指摘する根本原因】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 組織としてのガバナンスの機能不全 2. 医師数の不足 3. 職員の医療安全に対する認識不足 4. 職員間の緊急時を含む情報伝達の不足 <p>【保健所から指導する抜本的方策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院長は管理及び運営のために必要な監督・注意を怠らないこと。 ・309床稼働時の医師体制を示すこと。 ・診療科の医療安全について点検すること。 ・本件病院の医師が医療安全管理にかかわる時間を確保すること。 ・医療事故抽出のピラミッドを作成し、適切な判断が行われているか振り返ること。 ・院内チームにおいて、多職種が協議する文化を醸成し、機能強化を図ること。 ・本部の役割（関わり方）の具体的なスキームを明確にすること 	<p>【連携体制（院内）の強化・院長による診療科の安全点検】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院長は、各診療科に「診療科体制指針」を作成させ、2か月ごとに面談を実施し、医療安全上の課題（モニタリングの指標が標準内であること）や所属医師の診療内容等、医療安全について確認し、面談内容を記録している。 	S	院長による部長面談では、適切な面談者を追加しながら実施され、情報共有体制が機能している。今後の診療指針や医療安全、長期的なビジョンについても管理者を中心に建設的な対話がなされていた。診療科内のチームの連携不足が生じた際は、チームの再編成を含めて安全を最優先にガバナンスされている。
		<p>【院長人事とリーダーシップ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院長の取り組みとして、「医療の質改善委員会」を設置し、本部と各部署と改善への取り組みを協議している。また協議内容は月1回を目標に、HPで公開している。 	S	医療安全を最優先としつつ、診療内容の充実を考え、プレホスピタル搬送※の拡充など、地域医療に尽力している。診療拡充時はとくに、人不足にならないよう職員配置を考慮していた。毎朝のカンファレンスなど、情報共有する場面を多く保っており、院長自らの発信力は、職員からも評価されている。
		<p>【チーム医療の研修】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員においてチーム医療が定着するよう、チームステップス研修を実施している。 	A	2025年度も継続して実施する。7月開催では30名が参加した。医師を含め全職員を対象として実施する方針である。
		<p>【職員への情報共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全対策委員会は、インシデント・アクシデント等の防止策について、医局会や朝8時会にて周知し、実施状況を必要に応じ調査したうえで、見直しをしている。 	A	インシデント・アクシデントについて、委員会で検討した事例は、概要だけでなく、評価・参考資料（検討結果の成果）のリンクを作成し、活動の見える化をしている。医療安全管理室のリンクページのレイアウトを見やすいように改修した。各部署で実施されたPmSHELL※の分析結果と改善策についてタイムリーにエントランスに掲載している。
		<p>【権威勾配とコミュニケーション不全】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・働きやすい職場であるために、職員間のコミュニケーションを促進する取り組みが実施されている。 	A	医師と他職種間の権威勾配や、コミュニケーション不足の問題に対し、相互に意思疎通がしやすいよう看護部が直接介入がされていた。ハラスメント調査についても実施された。ハラスメントと受け止められる行為は不適切であるため、効果的な介入により相互に理解を進め、適切な育成方法の推進に務めていた。
		<p>【医師体制】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院の診療体制の拡充と医師の増員計画について、医療法人徳洲会と協議の上、提出されている。予定に従って拡充準備をしている、かつ充足されている。 	B	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度（令和6年8月）より増員されたのは、総合内科、小児科、救急科。また総合内科、産婦人科には入職決定者がおり、ほかに外科、整形外科には入職内定者がいる。 ・以上より、25名に増員予定が、令和7年8月時点の勤務実態は23名。入職決定、内定者や移籍も予定済みであり、来年度4月には達成の見込みである。 ・一部、脳神経外科については1人体制であるが、侵襲的治療は制約され、院内でのブレインコール※など安全を担保した診療であることを確認されている。 ・なお、今後、増員計画の進捗確認については、医師の異動時期に合わせた年度ごと（4月時点）に行う。
		<p>【医師の医療安全従事時間の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全専任医師（月曜午後が専従活動の時間）のほかに、医局代表医師1人が補佐的な役割を担う。月1回は法人の経験ある医療安全管理者と課題共有する。 	A	医療安全管理者が交代し、本部の医療安全担当者が赴任された。医療安全専任医師の活動とともに、医療安全対策室および委員会の各部署において、多くの職員が分担して積極的に活動している。現状では効率的な体制で課題共有ができています。今後、稼働病床数が増加しても、医療安全への活動を維持すること。
		<p>【医療事故抽出の適切な判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療事故抽出のピラミッド（全死亡例の件数、院内調査の件数、緊急会議の実施件数、医療事故調査対象の件数）を作成し、報告（判断）文化が定着しているか評価している。 	A	規定通り実施している。令和7年では院内調査は2件であった。議論されるべき症例を適切に報告する認識は定着したと評価できる。
		<p>【院内チームの機能強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内チームにおいて、責任者とチームマニュアルが制定され、介入基準を満たす患者が病棟で適切に選別され、多職種による協議のもと、より良い診療を受けられるシステムが運用されている。 	A	院内チームの提案に対する主治医のレスポンスを確立するために、コンサルテーションシステムの活用が開始された。システムではチームと主治医間で相互にコンサルテーション、返書ができるシステムとなっており、記録はカルテ記事に残るため、チーム以外の職員も閲覧できるようになっている。さらにチーム活動が有用になっていくと考えられる。
		<p>【医療事故調査委員会の報告書の提出】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遺族の了解が得られれば速やかに保健所に提出する。 	A	インシデント4b以上の事案について、病院での公表基準を設けた。これにより、保健所への報告だけでなく、病院の診療の透明性を担保している。
<p>【病院機能評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全体制を強化していくために、そのプロセスこそ大事に取り組むとの方針をたて、令和7年度（9月）の病院機能評価3rdG:Ver.3.0を受審することとしており、すでに手続き済み。 	A	9月に受審日が決定。対策会議にて準備し、模擬審査を複数回実施された。今後も受審を継続し、病院機能の水準を保つ方針である。		

改善措置の取り組みについて
 S：計画以上に行われている
 A：実施できている
 B：実施できているが、新たな課題が発生している
 C：取り組みが不十分である
 D：取り組みができていない
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果 (R7.8.7時点)

市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント
	<p>【本部の監査】 ・徳洲会本部の医療安全専門員が、月1回、診療現場を監査し、細かい点についても指導を受け、事故発生予防策として積極的に取り組んでいる。</p>	A	徳洲会グループ本部からの監査は、医療安全のテクニカルな面に関して年2回実施する。完全外部である下記監査と併せて、四半期ごとに外部の目の評価をする予定である。それとは別に、当面は徳洲会本部が月数回は介入していく予定としている。
	<p>【第三者における医療安全体制評価】 ・医の倫理委員会に招聘している医療安全専門家に、平時の医療安全の相談および監査評価を依頼し、客観的な意見を尊重している。</p>	A	医療安全専門家による外部監査は年2回で継続していく。
	<p>【患者アンケート】 ・患者満足度調査(外来・入院)を毎年実施している。患者説明の実施方法や理解のしやすさ、職員の対応の適切さ等を分析・評価し、患者や職員に周知している。</p>	A	本部の分析により、重点改善項目として挙げられていることにまず取り組む方針である。プライバシー配慮など著しく点数が低い点について、各部署、各委員会で細かく対策を立てていく。改善策は8月にホームページに掲載され、院内外に周知されている。
	<p>【医の倫理委員会と臨床倫理委員会】 ・臨床倫理委員会が、病院内で事前の抑止力として機能している。侵襲的治療が適切な同意のプロセスを得ずに、または多職種カンファレンスでの協議が十分でないと判断される時に、当該診療科に対して適切な介入をしている。</p>	A	外部委員に現在の体制を評価してもらいながら段階的に自走できる体制を取っている。今後も内部監査機能は全て残す方針としており、臨床倫理チームの事前・定期モニタリングも継続していく。今後、稼働病床数が増加しても、これらの活動を維持すること。
1. 医療事故疑いについての検証が不十分	<p>【医療事故疑いの発生後のすみやかな適切対応】</p> <p>【速やかな調査・分析の手順】 ・全死亡例について、医療安全対策室がリスト化し、毎週火曜日にレビューを行い、診療プロセス、死因について適切に点検し、議事録を残している。 ・医療安全対策室は、過誤に関係なく「医療に起因する予期せぬ死亡」や「医療事故発生疑いの疑い」事例について、病院長へ報告し当該事例の調査(院内調査)を7日以内実施し、議事録を残している。</p>	A	既定の通り実施している。院内調査委員会に諮る事例をみると、インシデント4b以上での自動的に諮られる事例(要件①)だけではなく、職員から検証の要望があったもの(要件⑥)も協議することができている。例えば、患者が急変した際の対応で職員の意見が割れたときに、改善の必要性もふくめて検討できる体制となっている。
	<p>【再発防止策の立案と定着】 ・問題点を把握し病院組織としての改善のための方策を企画立案及び実施し、実施状況を評価しこれらの情報を共有するとともに、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止対策を立案し、病院内で対策を定着させること</p>	A	リスクマネージャーは全部署から担当者が選出されており、月2回開催されている。2025年度の業務改善計画書が提示され、リスクマネジメント委員会にて進捗確認が行われている。各部署で出されたPmSHELL※についても内容や対策を検討、会議内でも対策検討や他部署からの意見交換が来ている。上半期、下半期で評価される予定であり、適切に機能できている。
	<p>【医療安全の組織の再編成】</p> <p>【医療安全の組織の再編成】 ・医療安全対策室は、院内業務の標準化に向け、マニュアルを整備・管理し、電子カルテ上でいつでもアクセスできる状態にして、全職員へ周知している。</p>	A	既定の通り実施している。
	<p>【医療安全文化の醸成】</p> <p>【現場からの報告文化の構築】 ・インシデント・アクシデントは、報告システムに関するルールに則って、適切に報告されている。</p>	A	7月は医師の報告件数が10.3%に増加した。具体的な取り組みとしては、院長から啓発を行い、指示間違い(薬剤の疑義照会含む)の事例をインシデント報告するようにした。これらを集計し、オーダーシステムやマスター変更する必要があるかどうか等を分析する予定。医局以外の報告が少なかった部署も増えており、報告文化が定着しつつある。
	<p>【要因分析をするための医療安全管理・分析手法の研修】 ・リスクマネージャーは外部研修(ImSAFER: ヒューマンエラー分析思考手順)を全員受講している。</p>	A	既定のとおり実施している。
	<p>【内部通報制度】 ・病院の医療安全の問題について、第三者に通報する必要があるときに、本部へコンプライアンスホットラインがあるが、本部が現場で常駐している今、第三者の窓口として機能していない。外部法律事務所など、公益通報制度として機能する通報先を確保するよう検討している。</p>	A	投書やコンプライアンスホットライン、それから外部法律事務所を第三の窓口として、通報先を定めた。法律事務所への連絡件数は本部へ通知されるが、現在0件である。内部通報があった際に、適切にグループ内で対応できるシステムを構築した。
	<p>【外部医療安全専門家からの評価】 ・病床機能検討部会からの助言を受け止め、改善に繋げている ・医療安全監査を実施し、評価と助言を受けている。</p>	A	既定のとおり実施している。

改善措置の取り組みについて
 S：計画以上に行われている
 A：実施できている
 B：実施できているが、新たな課題が発生している
 C：取り組みが不十分である
 D：取り組みができていない
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果 (R7. 8. 7時点)

市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント	
	【本部の関与】 少なくとも病院機能評価（令和7年9月）が終了するまでサポートする。	A	月1回は病院三役はグループ本部の会議があり、情報交換ができる。また、年2回の監査、月数回の現場介入を継続する。医療安全管理者は本部の医療安全担当副会長でもあり、年単位でこの体制は継続される方針である。神戸徳洲会が確実に自走できることを確認してから徐々に撤退の見込みである。	
【医療安全に係る知識の習得】 ・管理者（院長）および医療安全に係る職員が、その職責に必要な医療安全知識をもつよう、研修を組むこと。 (追加指導) ・本件病院の方針を明確にし、宣言すること ・職員の医療安全の意識をモニタリングする。 ・インシデントレポートの件数等の推移、およびレベルに応じた分析方法も明確にすること。	【神戸徳洲会病院の方針】 2023年1月より発生した医療過誤の事例、および疑義のある症例について、遺族の了解のもと透明性をもって公表する計画を定めた。 【医療安全文化調査】 ・医療安全文化調査を毎年秋ごろ（10月前後）に実施し、米国AHRQ評価指標に準じる項目と自由記載により、現場職員から課題を抽出している。 【インシデントレポートの分析】 ・インシデント報告数について、医療安全管理部は、総数/職種別/レベル別/診療科別など分析し、報告文化を醸成するための研修、指導など方策を講じている。 【医療安全に係る職員の研修】 ・医療安全の研修を必要な職員に実施している	A A A	インシデント4b以上の公表基準を定めた。ホームページにも公開しており、今後はこのルールに則り、透明性をもって適切に公表していく。 既定のとおり実施している。 インシデント報告について分析し、またそれぞれの部署でリスクマネージャーがPDCAサイクルを回せるよう、職員研修も適切に実施されている。これらの仕組みを通じて、職員の医療安全活動は活発になってきており、安全意識は保たれていると評価できる。 既定のとおり実施している。	
2. 医療安全管理体制の不備	【安全に管理された診療体制を構築すること】 ・患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために必要な措置を抜本的に講じること。 ・侵襲的処置を行う際は、不測の事態に対応できるように熟知した人員を十分に確保し、トラブルが生じた場合には、助言を受けられ術者を交代できる等の体制を構築すること。 ・医師のみならず関係する職員は、カテーテル術に関する知識及び使用する医療機器等に精通し、チーム医療の観点から互いに連携して、トラブルに対応できるようにしておくこと。 【職員の研修の充実】 ・循環器のみならず、新規診療科が開設される時は、事前に想定される急変時対応や正しい手順などについて研修を講じること。 (追加指導) ・プロジェクトチームを立ち上げ、十分な準備を行えるように項目の設定や手順まで明確にすること。	【プロジェクトチーム（新規診療科の開設準備）の強化】 ・新規診療科の立ち上げ時、プロジェクトチームを結成し、診療開始までに必要な準備を実行するプロセスがある。 ・プロジェクトチームの規定に則り、病院長の承認を得てチーム委員の選定、十分な協議を尽くしている。	A	循環器内科プロジェクトチームで規定したとおりに、心臓・下肢カテーテル治療が開始された。カテーテル治療の事前準備については令和6年12月に保健所が検査し、第3回病床機能検討部会にて報告した。全例において外部委員をいれた医の倫理委員会で事前・事後モニタリングが実施された。外部委員に審査の振り返りを、意見書にまとめていただいていた。「症例選択と適応判断には問題ない」「適切なICが行われている」「術後対応は問題ない」と判断された。一方、術中に発生した冠動脈穿孔については、「想定される合併症のひとつ」とされつつも「今後も細心の注意を払って頂きたい」とコメントがつけられ、次の段階に進めてよいと評価された。カテーテルチームでは、この件を独断で軽微な合併症と判断せず、医療安全委員会へ適切に報告された点が、2年前とは大きく異なった。また、患者情報の取得、患者説明、同意書、HCU指示、病棟引継ぎをはじめ、2年前と同じ過ちが繰り返されないよう、安全対策が機能していた。さらに、宇治徳洲会病院との一体運用とされており、職員研修を活発にしている。カテーテル室には、新たに録画ビデオが設置されており、透明性のある診療を目指していると評価できる。
【情報共有の徹底】 ・HCU及び一般病棟での心臓・下肢カテーテル術後の管理体制について、医師と看護師等で情報共有体制等の改善策を講じること。 ・職員は主治医の指示と関係なく、至急の状況で人員が不足している際は、コードブルーにて応援要請をすること。	【医師と看護師（HCU※）などでの情報共有体制について】 ・患者の全身状態に対する医師の指示が1枚で確認でき、医師と看護師の認識を一致させるツールとして、HCU指示書の素案が作成された。 ・HCUは現在、HCU加算を取り下げており集中的なケアが必要な患者中心に入室させているが、使用する診療科等と相談しながら運用を進めるところであった。 【医師と看護師の情報共有について】 ・HCU入室の患者および合併症の多い高齢者に関しては、医師から看護師に、患者の病状共有と報告基準の指示が必要である。また、情報共有ツールの作成などにより、方策を講じること。	A A	HCU指示書が適切に運用されている。標準指示・その他指示等、入室時に出すべき指示は95%入っている。残りの5%も翌日には出ている。	
	【コードブルーについて】 ・院内全体で共通の救急コールの方法（コードブルー）があり周知され、急変時には職員誰もが利用できている。	A	既定のとおり実施されている。事例の振り返りで、理由がありコールしなかったケースがあった。急変時は、時間帯、場所に関わらずコードブルーするという方針を改めて周知した。改善策を立案し、エントランスにある医療安全管理室のページから容易に閲覧できるよう整備されていた。	

改善措置の取り組みについて
 S：計画以上に行われている
 A：実施できている
 B：実施できているが、新たな課題が発生している
 C：取り組みが不十分である
 D：取り組みができていない
 X：判定不能(現時点では該当事実がない)

神戸徳洲会病院の改善状況の確認結果（R7.8.7時点）

市の指導内容	改善状況の確認内容	評価	保健所コメント
	【ICLS研修※】 ・二次救命処置（ICLSコース）の教育体制があり、職員は計画的に受講している。	A	既定のとおり実施している。
	【看護師の臨床に則した教育研修】 ・看護師が診療内容に見合った知識・経験を習得するために、徳洲会グループ内での研修調整、または認定・専門看護師を招聘し、十分な研修を実施している。	A	グループ内で、必要な研修を宇治、岸和田などで実施している。主には専門ラダー※を上げるための研修を実施している。
【安全に管理された診療体制の構築】	【電子カルテのシステム改修（見落とし防止）】 ・必要な情報（入院時情報など）がワンクリックで一画面にできるように改修内容を決定し、院内での承認を終えていた。今後実行される。 ・システムのバージョンの事情により、大きな改変はできなかった。	A	患者情報については、入院カンファレンスや診療科カンファレンスなどで共有する機会を設けている。多職種が確認する体制であり、一定の見落とし防止策は講じられている。
	【医療安全に関する年間数値目標を理解し、具体的に取り組む】 ・各部門や病院において、医療安全にかかわる数値目標をもち、具体的な取り組みをはじめめる。	A	2024年度の総括を実施し、2025年度目標を立てた。各部門が積極的に医療安全活動を実施し、現場の職員がよく理解されていた。
【多職種間での確実な連携】	【多職種間での確実な連携】 ・看護内容に見合った看護師数か確認し、必要に応じて本部への増員依頼を適切に行っている。 ・看護師配置（ヘルプコール体制）や勤務時間帯の調整などを利用し適切な看護体制を構築している。 ・シリンジポンプの払い出しにおいてタイマーをセットし、遅滞なくシリンジ交換できるルールを運用している。	A	体制面での連携はうまく機能している。またカンファレンスなどで多職種間での協議が前進している。これまでのトップダウンの体制ではなく、チーム医療への改編が進んでいる。今後はそれぞれの専門職がより専門性を高め、質の向上に務められたい。
3. インフォームドコンセントの不足診療録の未記載	【インフォームド・コンセント(IC)委員会の設置・患者への説明・同意】 ・IC委員会に外部委員を招聘している。IC文書において、患者が理解しやすく、知るべき全ての情報が掲載され、さらにわかりやすいものにするため、活発に協議し、議事録を残している。 ・多職種がICに同席し、患者の理解度を確認する仕組みがある。	A	全死亡レビューより終末期医療におけるICに課題があることを指摘し、DNAR※の正しい解釈と終末期医療のICについて、統一基準を整備するよう指導した。病院の取り組みとして、DNARの認識改善のため、全職員対象に研修を実施された。またPreACP、ACP※のシートを作成し、IC委員会の承認を得た。患者説明に必要な項目を定め、不足なく説明できるよう、運用を開始している。これらの運用と質の改善には長期的な取り組みが必要だが、今後も運用しながら質向上に務められたい。
【医師の研修および組織として診療録未記載に対する対策設定】	【診療録記載の徹底】 ・診療録情報委員会がカルテ監査を実施し、記載不十分な医師に対し速やかに指導、対策を講じている。指導内容について議事録を残している。必要に応じて病院長と面談をしている。	A	診療情報管理委員会では、IC時の看護師の同席率が上がり、その際の記録が充実している。一方で医師の記録では、医師のIC時の記録を充実させるようにという委員会にて意見がでたため、院長から医局に通達され、改善に務めていた。

※【用語解説】

- ・プレホスピタル搬送 当該病院では、救急要請の判断を迷う施設入所患者に対し、自院救急車にて出迎えにいき医療を提供している。
- ・PmSHELL分析 医療安全の分野で用いられるヒューマンエラーの原因を分析するための手法
- ・ブレインコール 医療機関で使われる緊急連絡システムの一つで、特に脳卒中などの緊急事態を想定したホットラインを指すことが多い。
- ・HCU（High Care Unit 高度治療室） ICU（集中治療室）よりもやや重篤度が低い患者を受け入れる治療施設。ICUと一般病棟の中間に位置するとされている。
- ・ラダー 「はしご」の意味。看護師職などにおいて、臨床能力を段階的に表したもの。育成指標として活用される。
- ・DNAR（Do not attempt resuscitation） 患者本人または患者の利益にかかわる代理人の意思決定を受けて心肺蘇生法をおこなわないこと。
- ・ACP（Advance Care Planning） もしもの時に備えて、自身が望む医療やケアについて前もって考え、家族や医療・ケアチームを話し合い、共有する取り組みのこと。
- ・ICLS研修 Immediate Cardiac Life Support 日本救急医学会が開催している、医療従事者向けの蘇生教育コース。