

群大病院の改革状況

H28.7.29

I. 診療体制について

1. 外科診療センターの設置 (H27.4～)
 - ① 5つの臓器別診療科に専任の診療科長を配置し再編統合
 - ② センター長のもと、共通運用マニュアルを作成して診療・研究・教育を行う統一した体制を整備
 - ③ 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～）実施。また問題事例に係る合併症・デスカンファレンスを実施（H27：16回実施）
 - ④ 研修医等を対象に手術基本手技講習会を開催（H27：2回実施）
2. 内科診療センターの設置 (H27.4～)

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

II. 医療安全管理体制について

1. インシデント報告体制の充実
 - (1) バリアンス報告対象の具体化 (H26.10～)
 - ① 報告対象を、定量的・客観的指標に基づき判断できる内容に変更
 - (2) 医療の質・安全管理部門と他部門との連携強化
 - ① 集中治療室 (ICU) との連携

医療の質・安全管理部長が、毎週の ICU のカンファレンスに参加
医療の質・安全管理部が、毎月の ICU 運営委員会に出席し、ICU に関連するインシデントのまとめを報告、問題事項の周知や討議に参加 (H26.12～)
 - ② 手術部との連携

医療の質・安全管理部長が、毎月の手術部運営委員会に出席し、手術関連バリアンスや麻酔科蘇生科からのまとめを報告、問題事項の周知や討議を実施 (H27.1～)
 - ③ 看護部との連携

問題事例については、看護師長等から直接、医療の質・安全管理部に報告
 - ④ 医師との連携

他部門からの報告や ICU 等との連携による情報等により、医療の質・安全管理部が関与し、医師と協力して、インシデント報告漏れを防止する体制を構築

【報告数】

全インシデント報告件数は、平成 25 年度 4,051 件であり、他大学病院等と比較しても、数としては少なくなかった。しかし、合併症等を含むバリアンス事例、

医師からの報告数が十分でなかったため、上記のような改善を図った。
結果、件数は、平成 26 年度 4,822 件、平成 27 年度は 4,866 件と増加し、特に
医師からの報告件数は、平成 27 年 1 月より毎月 50～60 件と顕著に増加し、全
報告数のうち、医師の割合は、平成 25 年度 5.3%、平成 26 年度 8.5%、平成 27
年度 13.1%と増加している。

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全死亡症例のスクリーニング

病死を含む、全死亡症例を医療の質・安全管理部にて検証開始（H27.1～）
これを発展させ、「患者死亡時チェックシート」を各病棟に配置、全ての院内
患者死亡時の状況をチェックし、緊急性がないと思われる症例についても翌日
までの提出を求め、医療の質・安全管理部における、全例スクリーニングを実
施する体制を構築（H27.11～）

②入院期間延長事例の検証

予定より大幅な入院期間の延長事例は、医療の質・安全管理部が診療内容を電
子カルテ上から確認、問題事例については、当該科（者）へ報告を求める体制
を構築（H27.6～）

3. 死亡症例検証委員会の設置（H27.4～）

- ① 病理医、画像医を含む医師 12 名の構成により、病死を含む全ての死亡症例に
ついて、より詳細な検証（30～40 例／月）を毎月実施
- ② 各診療科よりデスカンファレンス実施時の記録提出を求め、同委員会で確認
- ③ 情報共有が必要な事項等については、リスクマネージャー会議等で周知
- ④ 症例の検証結果は、毎回病院長に報告

4. 医療安全管理体制の強化

（1）複数部署・多職種でのカンファレンス調整や問題事例の積極的把握

- ① 外科診療センターの合併症・デスカンファレンスに、看護師ゼネラルリスクマ
ネージャー（GRM）が定期的に参加（H27.4～）
- ② 診療科におけるデスカンファレンスへの医療の質・安全管理部の参加、複数部
署・多職種によるデスカンファレンス開催の調整（H27.4～）

（2）医療の質管理への介入

臨床倫理委員会が、従来から審議していた倫理的問題事例に加え、研究的医療
行為を除く新規医療行為やハイリスク医療行為、緊急時の保険適用外治療など
を審議するために、同委員会の下部組織として、専門委員会を設け審議する体
制を整えた。

専門委員会は、平成 26 年 8 月設置、平成 26 年度は 11 回、平成 27 年度は 19
回、78 件の事例や手技につき審議した。

うちハイリスク医療行為は 17 件で、その後の経過を確認・実施報告を求めた。

審議によって手術の中止・再検討を指示した事例は3件あった。

なお、同委員会の審議事項は、親委員会である臨床倫理委員会に報告される。

(3) 問題事例に係る審議体制の強化

①検討を要する死亡事例については、詳細検討事例として医療の質・安全管理部から医療業務安全管理委員会(委員長は病院長)に報告する。(H27.9～)

②医療業務安全管理委員会の委員を増員するとともに、審議可能時間数を従来より長く確保し、審議体制を強化した。審議の結果は各診療科にフィードバックしている。(H28.4～)

③インシデント等報告の一般事案において、内部関係者だけでは評価が難しいと考えられるような事案について、必要に応じて、外部専門家に評価をいただくような取り組みを開始した。(H28.5～) 医療業務安全管理委員会にて詳細事例検討として審議後の2事例につき、外部専門家の評価を受けている。今後、多職種、多診療科の合併症・死亡症例カンファレンスにおいても同様の取り組みを推進する。

(4) 部門の組織改革

医師GRMの欠員を補充(H27.4～)

これまで、診療支援部門の一組織であった医療の質・安全管理部を、病院規程を改正して、病院長直下の組織とした。(H28.4～)

5. インフォームド・コンセント及びカルテ記載の充実

(1) 統一形式の説明同意文書の作成・承認体制の構築

侵襲的医療行為に係る説明同意文書に必要な説明事項を網羅した、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(H26.11～)

※ H28.6 現在：645件承認

(2) インフォームド・コンセント内容の充実

インフォームド・コンセント指針を改訂、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(H27.9改訂)

臨床主任会議やリスクマネージャー会議で周知、看護師同席率調査等も継続中

(3) 診療録ピアレビューの強化

平成27年度から年2回実施とし、第1回レビューで指摘等を受けた診療科は、改善計画書を提出させ、第2回レビューにおいて、その改善状況を確認するなどのチェック体制と実効性を強化

(4) 診療情報管理士によるカルテレビューについて

ピアレビューのみではチェックできないような、承認書式による同意書の使用状況、他科カルテの良い記載事例など、点数化目的ではなく、問題点等を確認し、事例として各診療科に伝えるため、診療情報管理士による「カルテレビュー」を一部開始している。(H28.6～)

Ⅲ. 医療安全教育について

1. 医学生に対する医療安全教育の強化

- ① これまでの講義に加え、演習を含めた実習を開始 (H26.4～)
- ② 臨床実習において、医療安全に係る演習を含めた実習 (3時間×24グループ) を実施 (H27年度～)
- ③ 医学科1～3年生に対し、医療安全学の講義・実習を、90分2コマ確保、低学年から医療安全を身近に考える機会を提供 (H28.4～)

2. 医療安全研修の充実

平成27年度は、医療事故防止ポケットマニュアルの習熟度を確保する e-learning 研修を、医療職必須の研修として新規に開始した。2回の医療安全職員研修に加え、安全セミナーとして最近のトピックや当院改革関連の題材4件(回)について、DVD再上映も利用して複数回ずつ開催、病院に関わる約2,000人の受講対象者全員が、年2回以上の受講義務を達成した。

Ⅳ. 倫理審査、保険請求について

1. 各種倫理に関する委員会の周知徹底

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 (H26年度～)

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 (H28.1規則改正)。これに先行して申請窓口を一本化。 (H27.10～)

2. 臨床倫理委員会及び専門委員会の充実

新規医療行為、ハイリスク医療行為等の審議「Ⅱ. 4. (2)」で説明
統一形式の説明同意文書の承認体制構築「Ⅱ. 5. (1)」で説明

3. 保険診療管理センター (H26.12設置)

① 管理センターミーティング及び管理センター会議

ミーティングは毎水曜日、保険診療上の解釈・疑義、問題点等について、センター副部長と事務職員で情報交換会として実施

センター会議は、毎月の保険診療委員会後、月例で実施

② 各診療科訪問

平成26年1月から、センター所属医師と事務職員による、全診療科カンファレンス等の直接訪問、基金等からの指導事項、保険診療上の留意点等に係る、直接説明と意見交換を実施

V. 病院長のガバナンスについて

1. 医療安全管理体制の強化に伴う、病院長報告の強化
 - ① 医療の質・安全管理部で把握した問題事例等の、適時・適切な報告
 - ② インシデント報告中からレベルの高い例を中心に病院長報告（30～40件／月）
 - ③ 死亡症例検証委員会からの報告
2. 診療科及び部門に対する病院長による院内巡視
月例の定期訪問及び突然訪問による巡視を実施、病院長による院内各部門の実情把握と現場職員との意見交換を行い、風通しの良い院内環境を構築している。
3. 病院独自の内部通報要項設置
もともと、内部通報制度は、大学全体の制度として存在していたが、病院独自の通報制度等として、3つの方法による通報の窓口を設けた（H28.5～）
 - ① 病院内部通報要項の制定（メール・電話等）（匿名可能）
 - ② 職員ご意見箱（匿名可能）
 - ③ 職員用電子掲示板（記名環境でのオープンなご意見を募集）

VI. コンプライアンスの遵守について

1. 医学部附属病院コンプライアンス推進室の設置（H27.4）
群馬大学医学部附属病院にコンプライアンス推進室を設置し、法令等に関するコンプライアンスの遵守状況等について管理、監査、指導を行っている。
2. 病院コンプライアンス委員会の設置（H27.4）
学長の下に設置し、学外の有識者を構成員に加えてチェック体制を構築

VII. 組織体制について

1. 医学系研究科組織の見直し（H27.11～）
医学系研究科の教育研究組織（医学部講座）は、病院の外科診療センターなどの診療管理体制再編に対応できるよう、平成28年1月の教授会で組織再編を決定、平成28年7月新組織による大学院生募集を経て、平成29年4月から実施。
2. 教授選考方法の見直し（H27.9～）
医学系研究科において、関係規則を改正し、選考委員会に外部委員を含めることとした。

以上