

令和8年度第1回群馬大学医学部附属病院患者参加型医療推進委員会次第

日 時 令和8年6月22日（月） 18：00～
場 所 病院大会議室

議 題

審議事項

1. カルテ共有サービスについて (資料1)
2. IC 録音について (資料2)
3. 本委員会の開催時間について
4. 病院長への提言について (資料3)
5. 患者アンケートについて (資料4)

報告事項

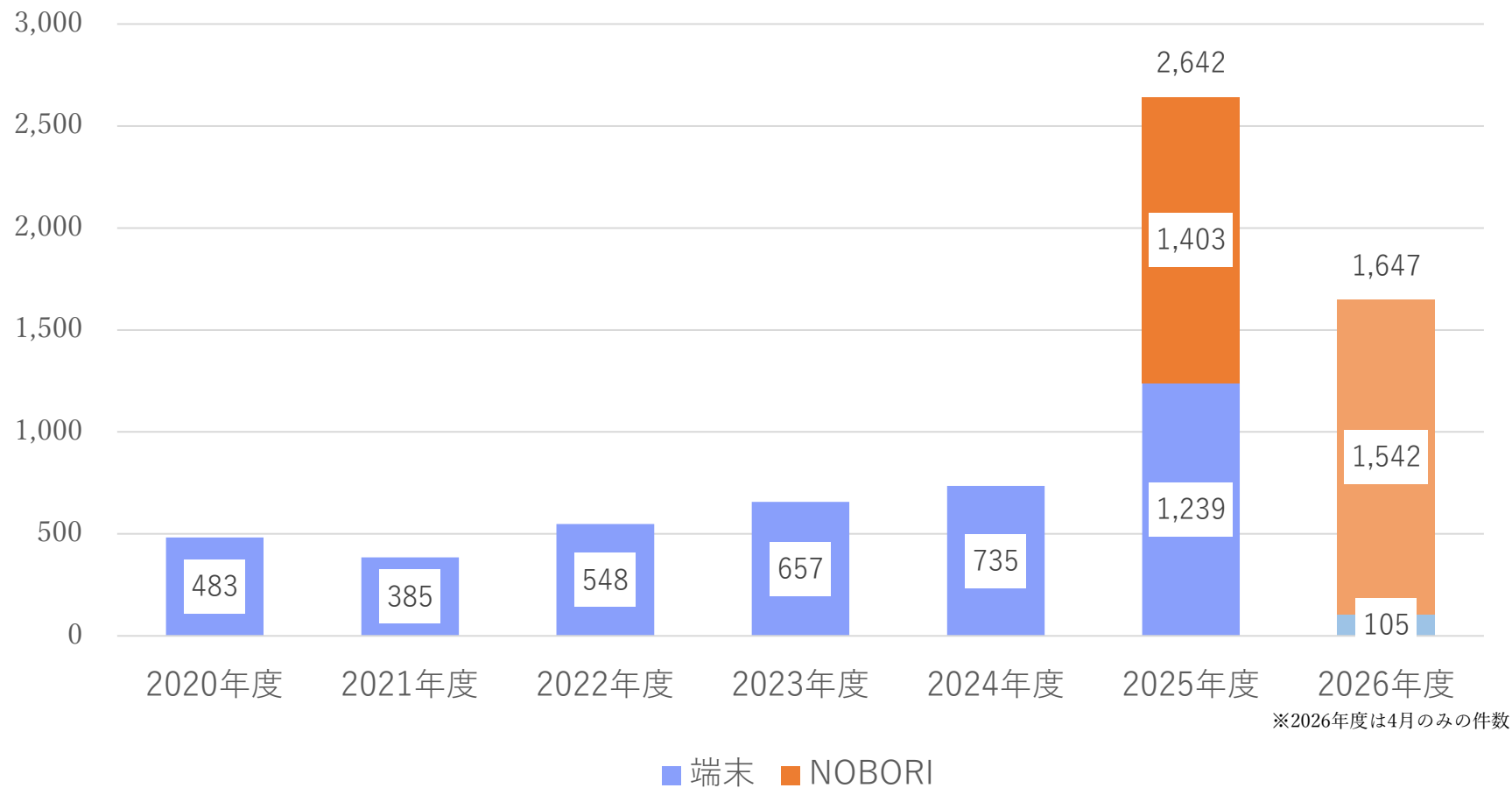
1. 令和7年度インシデント報告統計 (資料5)
2. 患者参加型医療推進に関する情報発信について (資料6)
3. 医療安全週間について (資料7)
4. IC 録音実施指針及びカルテ共有サービス利用要項の制定について (資料8)

次回委員会

日時：令和8年9月14日（月） 誓いのつどい終了後
場所：群馬大学医学部附属病院 病院大会議室

(単位：件)

カルテ共有年度別閲覧件数



カルテ共有年度別閲覧件数(1日につき1件でカウント)

単位:件

診療科	年度							2020年度 ～総計
	2022	2023	2024	2025	2026			
					4月	5月	6月	
循環器内科	11	18	5	33	0			115
呼吸器・アレルギー-内科	7	8	9	9	1			55
消化器・肝臓内科	16	24	29	27	1			142
内分泌糖尿病内科	22	10	24	27	8			151
腎臓・リウマチ内科	35	24	41	19	1			159
血液内科	46	39	13	40	1			146
脳神経内科	10	12	12	23	1			112
腫瘍内科	－	－	0	0	0			0
循環器外科	3	69	8	7	0			93
呼吸器外科	7	11	12	8	2			51
消化管外科	11	50	28	23	2			135
乳腺・内分泌外科	32	18	34	22	3			152
肝胆膵外科	9	39	38	52	10			159
小児外科	対象外							
形成外科	15	9	21	27	2			84
泌尿器科	23	35	60	34	0			181
歯科口腔・顎顔面外科	12	43	37	9	1			106
整形外科	44	66	84	259	16			538
皮膚科	57	26	18	18	0			200
眼科	49	36	30	16	6			202
耳鼻咽喉科	35	30	62	78	2			272
精神科神経科	対象外							
麻酔・集中治療科	0	0	0	0	0			0
脳神経外科	6	16	45	39	1			125
小児科	対象外							
産科婦人科	67	60	82	48	6			405
放射線治療科	22	11	7	31	0			87
放射線診断核医学科	2	2	0	0	0			5
総合診療科	入院患者なし							
救急科	7	1	4	7	0			21
重粒子線医学センター	放射線治療科に算入							
外来端末			32	383	41			456
NOBORI				1,403	1,542			2,945
総計	548	657	735	2,642	1,647	0	0	7,097

カルテ共有PW発行人数

単位:人

診療科名称	2024年度(12～翌3)	2025年度	202604	202605	計
整形外科	13	358	27	27	425
放射線治療科	1	138	10	5	154
腎臓・リウマチ内科	6	91	14	1	112
呼吸器・アレルギー内科	3	77	25	3	108
産科婦人科	11	75	7	4	97
泌尿器科	9	54	12	3	78
消化器・肝臓内科	9	49	8	2	68
皮膚科	3	49	8	3	63
血液内科	6	43	7	4	60
眼科	8	43	6	2	59
耳鼻咽喉科	1	45	4	4	54
乳腺・内分泌外科	5	40	8	0	53
循環器内科	2	38	6	3	49
脳神経内科	5	35	5	2	47
消化管外科	8	28	8	0	44
脳神経外科	6	31	3	1	41
歯科口腔・顎顔面外科	2	35	1	3	41
救急科	0	36	0	1	37
内分泌糖尿病内科	4	25	7	0	36
形成外科	2	25	4	3	34
肝胆膵外科	3	23	2	5	33
総合診療科	1	25	3	0	29
呼吸器外科	3	12	2	2	19
循環器外科	1	7	1	0	9
麻酔・集中治療科	1	3	1	1	6
臨床研究推進部	0	4	0	1	5
精神科神経科	0	4	0	0	4
放射線診断核医学科	0	4	0	0	4
検査部(診療部門)	0	4	0	0	4
(検査部)	0	3	0	1	4
小児科	0	2	0	0	2
感染症科	0	2	0	0	2
先端医療科	0	1	0	0	1
腫瘍内科	0	1	0	0	1
計	113	1410	179	81	1783

患者カルテ共有実施状況
(2026年5月18日現在)

※2019年4月1日以降(本稼動後)のデータを集計

アンケート集計

1.カルテを閲覧する前の自身の病気・症状への理解はどの程度だったと思いますか？

十分に理解していた	77
よく理解していた	331
少しは理解していた	225
理解は不十分だった	22
まったく理解していなかった	3
無回答	3

2.カルテを閲覧した後、自身の病気への理解は変わりましたか？

より理解できるようになった	317
少しは理解が増した	261
あまりかわらなかった	80
かえってわからなくなった	0
無回答	3

3.カルテを閲覧する前、医療行為の内容・利点・危険性などについての理解はどの程度だったと思いますか？

十分に理解していた	87
よく理解していた	307
少しは理解していた	220
理解は不十分だった	38
まったく理解していなかった	4
無回答	6

4.カルテを閲覧した後、医療行為の内容・利点・危険性などについての理解は変わりましたか？

より理解できるようになった	278
少しは理解が増した	247
あまりかわらなかった	125
かえってわからなくなった	4
無回答	6

5.カルテの記載内容は理解できましたか？

ほぼ理解できた	173
まあ理解できた	410
あまり理解できなかった	73
まったく理解できなかった	0
無回答	4

6.カルテを閲覧して、改めて担当医などに質問したいと思ったことがありましたか？

たくさんあった	9
いくつかあった	242
ほぼなかった	319
全くなかった	85
無回答	6

7.カルテを閲覧して、不愉快に感じた記載はありましたか？

たくさんあった	1
いくつかあった	27
ほぼなかった	230
全くなかった	399
無回答	5

8.電子カルテの操作はどうでしたか？

非常に簡単だった	179
簡単だった	374
少し難しい	86
非常に難しい	5
無回答	18

9.カルテ共有（閲覧）の仕組みは、患者さんと病院や医療従事者との信頼関係を高めるために有用だと思いますか？

とてもそう思う	422
まあそう思う	209
あまりそう思わない	8
全くそう思わない	0
わからない	6
無回答	16

10.もしももう一度入院することがあったら、カルテ共有（閲覧）を希望しますか？

必ず希望する	461
まあ希望する	160
希望しない	3
決して希望しない	0
わからない	20
無回答	16

11.もしも家族や親しい友人が入院したら、カルテ共有（閲覧）の使用を勧めますか？

強く勧める	185
まあ勧める	282
勧めない	5
決して勧めない	1
相手によっては勧める	150
わからない	16
無回答	16

12.カルテ共有（閲覧）の閲覧可能時間（1回30分を目安）は適切だと思いますか？

適切である	21
短い	7

適切と思われる時間（分）	
30～39分	0
40～49分	1
50～59分	1
60分以上	4

資料1-3

3 ページ

傍聴者には未配付

退院時アンケート集計結果

令和 8 年 2 月分

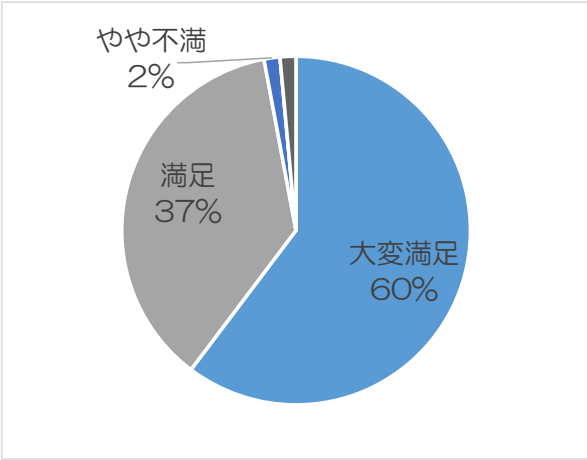
回収総数 68 枚

内 訳	性別	男性 38 名	女性 30 名	不明 0 名						
	年齢	10代 2 名	20代 4 名	30代 4 名	40代 2 名	50代 11 名	60歳以上 45 名	不明 0 名		
	入院病棟	北9階 4 名	北8階 3 名	北7階 2 名	北6階 2 名	北5階 2 名	北4階 (ICU) 1 名	北3階 1 名	北2階 8 名	
		南9階 12 名	南8階 3 名	南7階 8 名	南6階 4 名	南5階 2 名	南4階 7 名	南3階 7 名		
		東1階 0 名	不明 2 名							
入院形態	予定入院 49 名 緊急入院 10 名		不明 9 名							

問1. 症状や治療の説明について (n= 68)

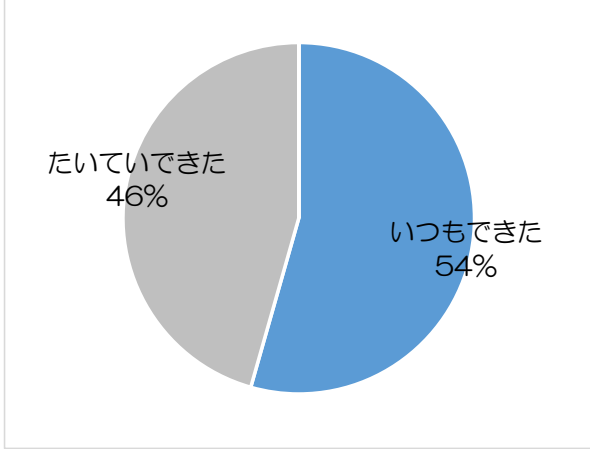
Q.医師の説明に満足しているか

大変満足	41 名
満足	25 名
やや不満	1 名
不満	0 名
未記載	1 名
合計	68 名



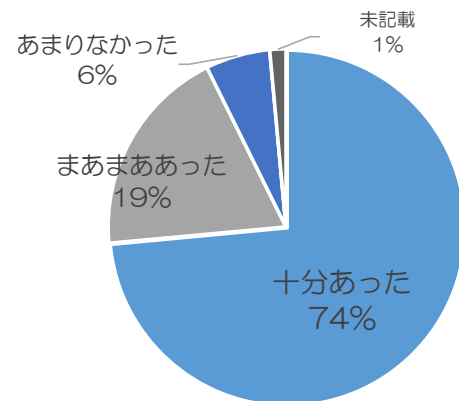
Q.病気や治療について理解することができたか

いつもできた	37 名
たいていできた	31 名
あまりできなかった	0 名
全くできなかった	0 名
未記載	0 名
合計	68 名



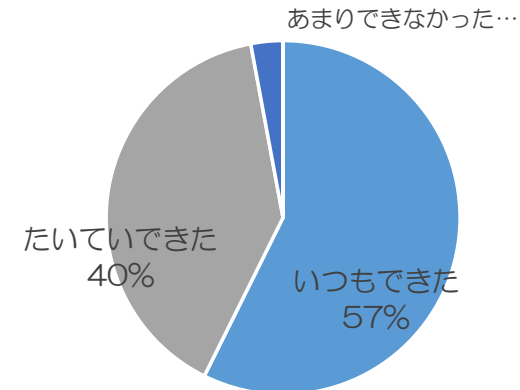
Q.治療を選択するにあたって考える時間は十分だったか

十分あった	50 名
まあまああった	13 名
あまりなかった	4 名
全くなかった	0 名
未記載	1 名
合計	68 名



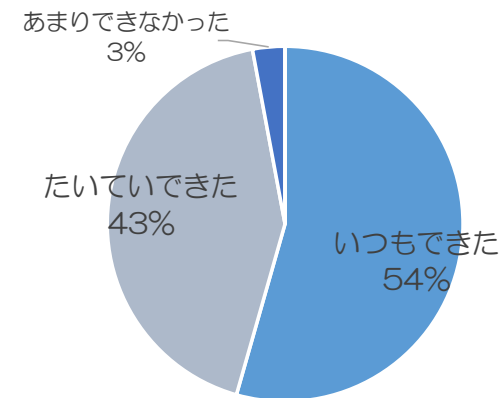
Q.医師の説明でわからないことを質問できたか

いつもできた	39 名
たいていできた	27 名
あまりできなかった	2 名
全くできなかった	0 名
わからないことはなかった	0 名
未記載	0 名
合計	68 名



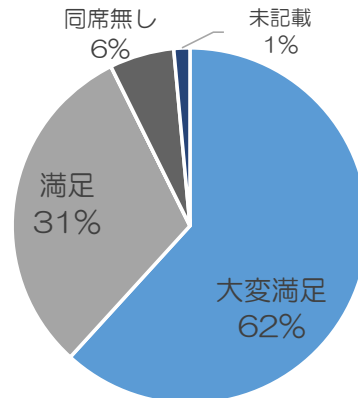
Q.医療者に気持ちや考えを伝えることができたか

いつもできた	37 名
たいていできた	29 名
あまりできなかった	2 名
全くできなかった	0 名
未記載	0 名
合計	68 名



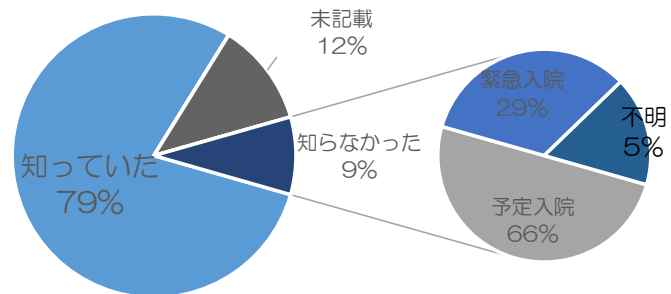
Q.説明に同席した看護師の対応に満足しているか

大変満足	42 名
満足	21 名
やや不満	0 名
不満	0 名
同席してなかった	4 名
未記載	1 名
合計	68 名

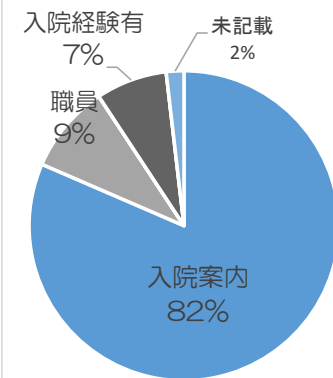


問2.	症状や治療の説明について Q.カルテ閲覧ができることを知っているか (n= 68)	問3.	カルテ閲覧ができることをどのように知ったか (n= 54) ※問3以降は問2でカルテ閲覧を知っていると回答した方が対象
-----	--	-----	--

知っている	54 名
知らなかった	6 名
└ 予定入院	3 名
└ 緊急入院	2 名
└ 不明	1 名
未記載	8 名
合計	68 名

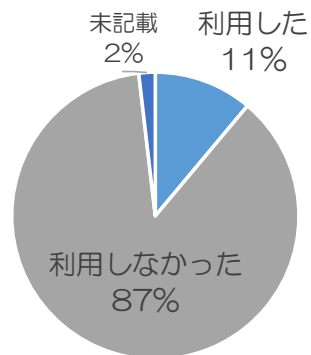


入院案内	44 名
職員	5 名
報道や新聞	0 名
知り合い	0 名
入院経験有	4 名
その他	0 名
未記載	1 名
合計	54 名

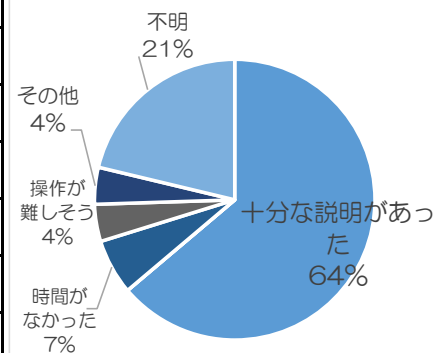


問4.	今回の入院でカルテ閲覧を実際に利用したか (n= 54)	Q.利用しなかった理由
-----	---	--------------------

利用した	6 名
利用しなかった	47 名
未記載	1 名
合計	54 名



十分な説明があった	30 名
関心がない	0 名
見てもわからない	0 名
時間がなかった	3 名
操作が難しそう	2 名
その他	2 名
不明	10 名
合計	47 名



「その他」の理由

- すぐに見れなかった
- 未成年のため

退院時アンケート集計結果

令和 8 年 3 月分

回収総数 73 枚

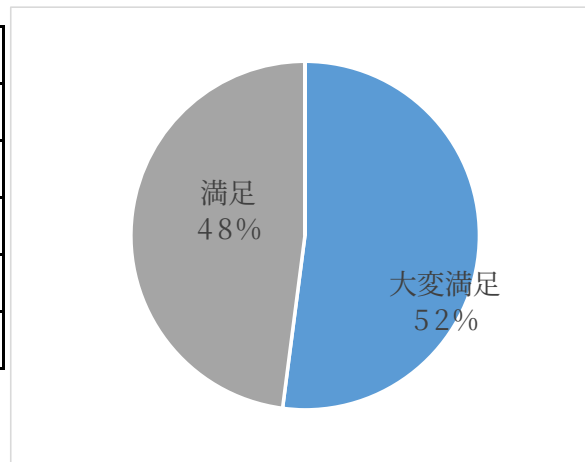
内 訳	性別	男性 35 名	女性 38 名	不明 0 名					
	年齢	10代 1 名	20代 3 名	30代 6 名	40代 3 名	50代 9 名	60歳以上 48 名	不明 3 名	
	入院病棟	北9階 6 名	北8階 6 名	北7階 3 名	北6階 3 名	北5階 4 名	北4階 (ICU) 0 名	北3階 2 名	北2階 3 名
		南9階 12 名	南8階 2 名	南7階 4 名	南6階 7 名	南5階 7 名	南4階 7 名	南3階 5 名	
		東1階 0 名	不明 2 名						
入院形態	予定入院 56 名 緊急入院 10 名		不明 7 名						

問1. 症状や治療の説明について

(n = 73)

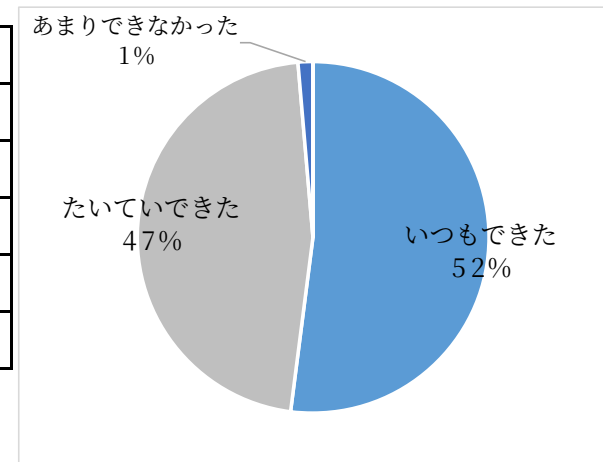
Q.医師の説明に満足しているか

大変満足	38 名
満足	35 名
やや不満	0 名
不満	0 名
未記載	0 名
合計	73 名



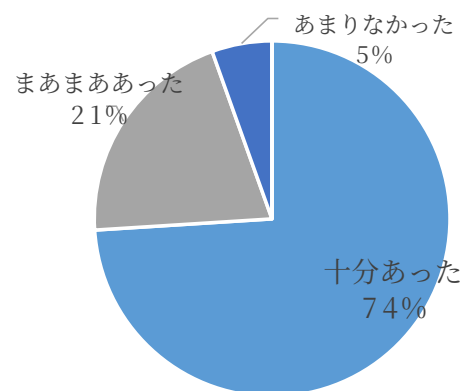
Q.病気や治療について理解することができたか

いつもできた	38 名
たいていできた	34 名
あまりできなかった	1 名
全くできなかった	0 名
未記載	0 名
合計	73 名



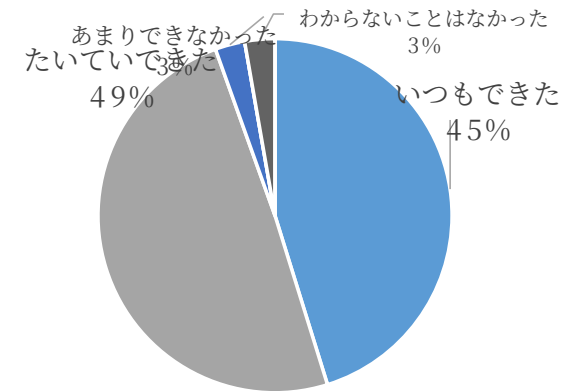
Q.治療を選択するにあたって考える時間は十分だったか

十分あった	54 名
まあまああった	15 名
あまりなかった	4 名
全くなかった	0 名
未記載	0 名
合計	73 名



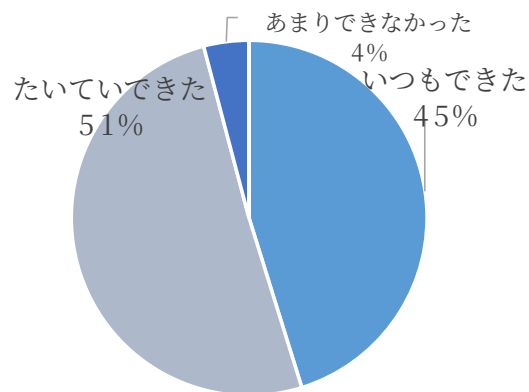
Q.医師の説明でわからないことを質問できたか

いつもできた	33 名
たいていできた	36 名
あまりできなかった	2 名
全くできなかった	0 名
わからないことはなかった	2 名
未記載	0 名
合計	73 名



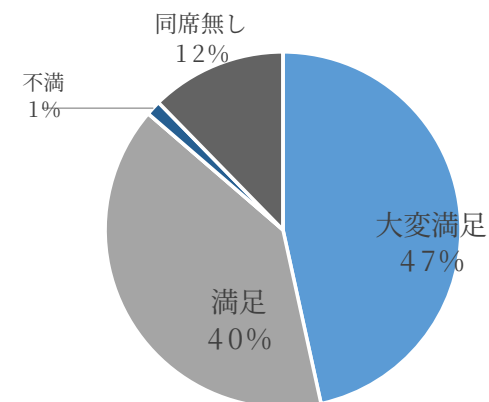
Q.医療者に気持ちや考えを伝えることができたか

いつもできた	33 名
たいていできた	37 名
あまりできなかった	3 名
全くできなかった	0 名
未記載	0 名
合計	73 名



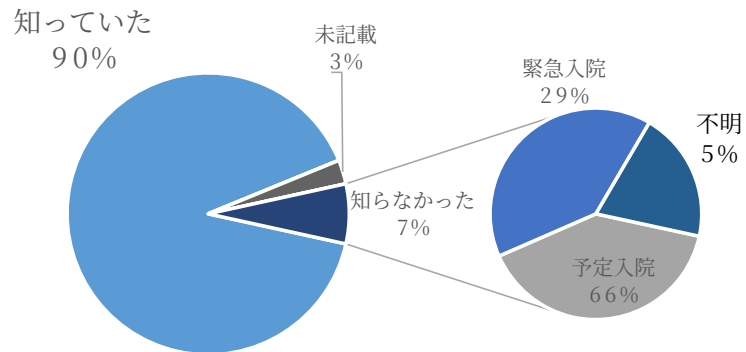
Q.説明に同席した看護師の対応に満足しているか

大変満足	34 名
満足	29 名
やや不満	0 名
不満	1 名
同席していなかった	9 名
未記載	0 名
合計	73 名

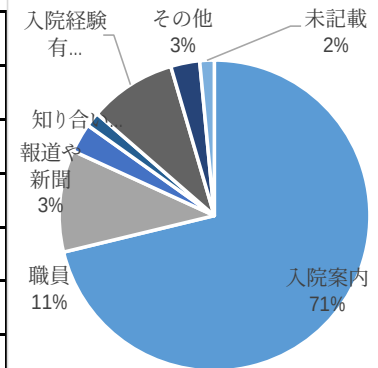


問2.	症状や治療の説明について Q.カルテ閲覧ができることを知っているか (n= 73)	問3.	カルテ閲覧ができることをどのように知ったか (n= 66) ※問3以降は問2でカルテ閲覧を知っていると回答した方が対象
-----	--	-----	--

知っている	66 名
知らなかった	5 名
└ 予定入院	2 名
└ 緊急入院	2 名
└ 不明	1 名
未記載	2 名
合計	73 名

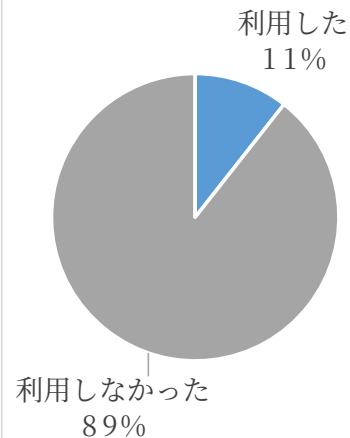


入院案内	47 名
職員	7 名
報道や新聞	2 名
知り合い	1 名
入院経験有	6 名
その他	2 名
未記載	1 名
合計	66 名

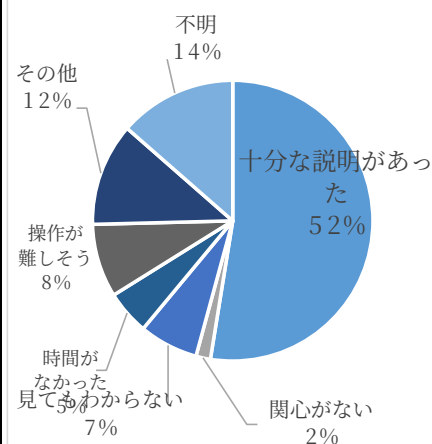


問4.	今回の入院でカルテ閲覧を実際に利用したか (n= 66)
-----	---

利用した	7 名
利用しなかった	59 名
未記載	0 名
合計	66 名



十分な説明があった	31 名
関心がない	1 名
見てもわからない	4 名
時間がなかった	3 名
操作が難しそう	5 名
その他	7 名
不明	8 名
合計	59 名



「その他」の理由

・前回利用しました
・見てみたい気持ちもありましたが、忙しい職員さん達の手を止めてまでするのは申し訳ないと思った。
・申し込んでいる時間がなかった
・帰宅後に閲覧予定
・これからする予定です
・登録がうまくできず、まだ見れていないがみたい。
・閲覧したいと希望したが患者本人の署名でないとスタッフに断られた

退院時アンケート集計結果

令和 8 年 4 月分

回収総数 71 枚

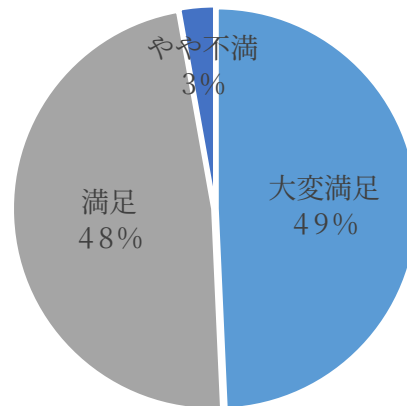
内 訳	性別	男性 44 名	女性 27 名	不明 0 名					
	年齢	10代 2 名	20代 4 名	30代 7 名	40代 5 名	50代 12 名	60歳以上 39 名	不明 2 名	
	入院病棟	北9階 2 名	北8階 1 名	北7階 5 名	北6階 5 名	北5階 5 名	北4階 (ICU) 0 名	北3階 1 名	北2階 5 名
		南9階 8 名	南8階 9 名	南7階 10 名	南6階 4 名	南5階 1 名	南4階 3 名	南3階 10 名	
		東1階 0 名	不明 2 名						
入院形態	予定入院 45 名 緊急入院 16 名		不明 10 名						

問1. 症状や治療の説明について

(n = 71)

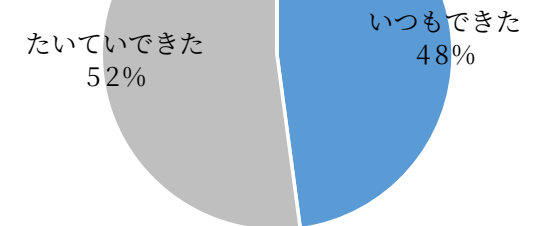
Q.医師の説明に満足しているか

大変満足	35 名
満足	34 名
やや不満	2 名
不満	0 名
未記載	0 名
合計	71 名



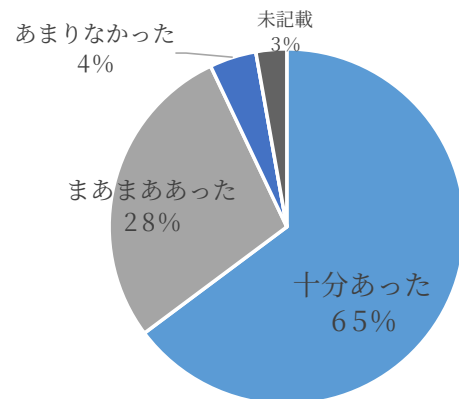
Q.病気や治療について理解することができたか

いつもできた	34 名
たいていできた	37 名
あまりできなかった	0 名
全くできなかった	0 名
未記載	0 名
合計	71 名



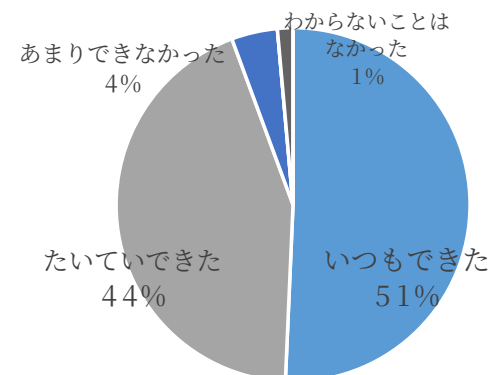
Q.治療を選択するにあたって考える時間は十分だったか

十分あった	46 名
まあまああった	20 名
あまりなかった	3 名
全くなかった	0 名
未記載	2 名
合計	71 名



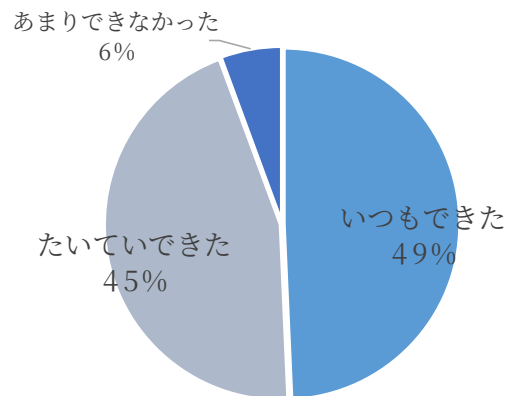
Q.医師の説明でわからないことを質問できたか

いつもできた	36 名
たいていできた	31 名
あまりできなかった	3 名
全くできなかった	0 名
わからないことはなかった	1 名
未記載	0 名
合計	71 名



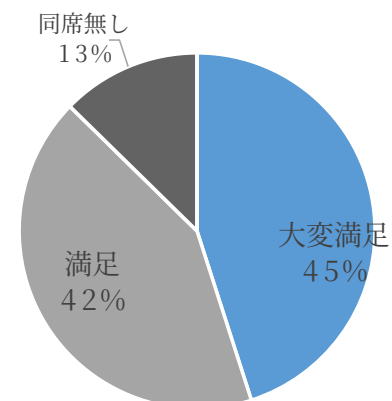
Q.医療者に気持ちや考えを伝えることができたか

いつもできた	35 名
たいていできた	32 名
あまりできなかった	4 名
全くできなかった	0 名
未記載	0 名
合計	71 名



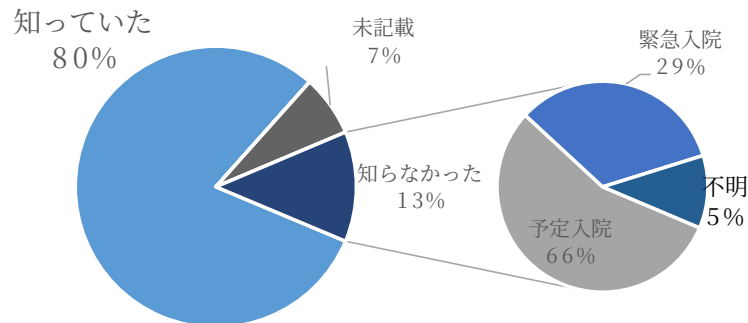
Q.説明に同席した看護師の対応に満足しているか

大変満足	32 名
満足	30 名
やや不満	0 名
不満	0 名
同席していなかった	9 名
未記載	0 名
合計	71 名

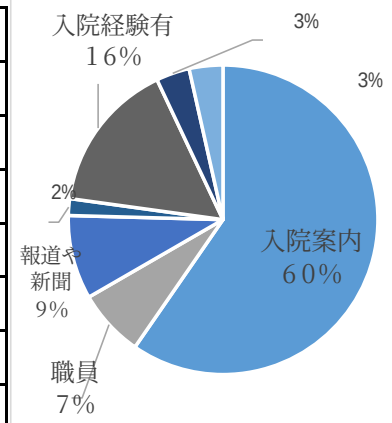


問2.	症状や治療の説明について Q.カルテ閲覧ができることを知っているか	(n= 71)	問3.	カルテ閲覧ができることをどのように知ったか	(n= 57)
				※問3以降は問2でカルテ閲覧を知っていると回答した方が対象	

知っている	57 名
知らなかった	9 名
└ 予定入院	5 名
└ 緊急入院	3 名
└ 不明	1 名
未記載	5 名
合計	71 名

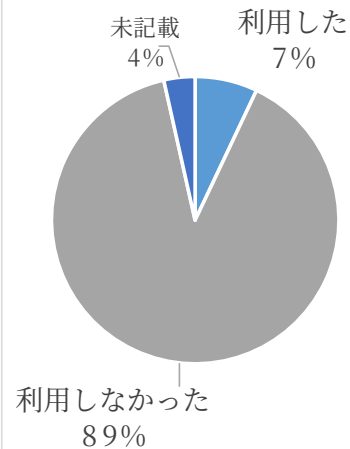


入院案内	34 名
職員	4 名
報道や新聞	5 名
知り合い	1 名
入院経験有	9 名
その他	2 名
未記載	2 名
合計	57 名

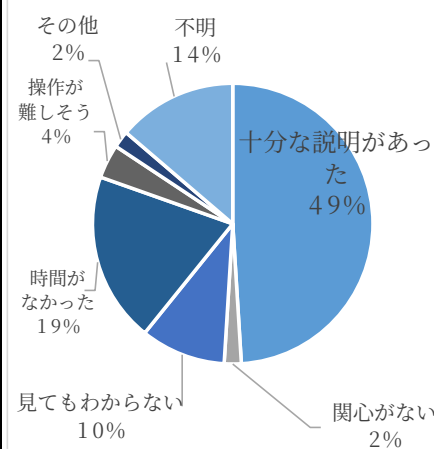


問4.	今回の入院でカルテ閲覧を実際に利用したか (n= 57)	Q.利用しなかった理由
-----	---	--------------------

利用した	4 名
利用しなかった	51 名
未記載	2 名
合計	57 名



十分な説明があった	25 名
関心がない	1 名
見てもわからない	5 名
時間がなかった	10 名
操作が難しそう	2 名
その他	1 名
不明	7 名
合計	51 名



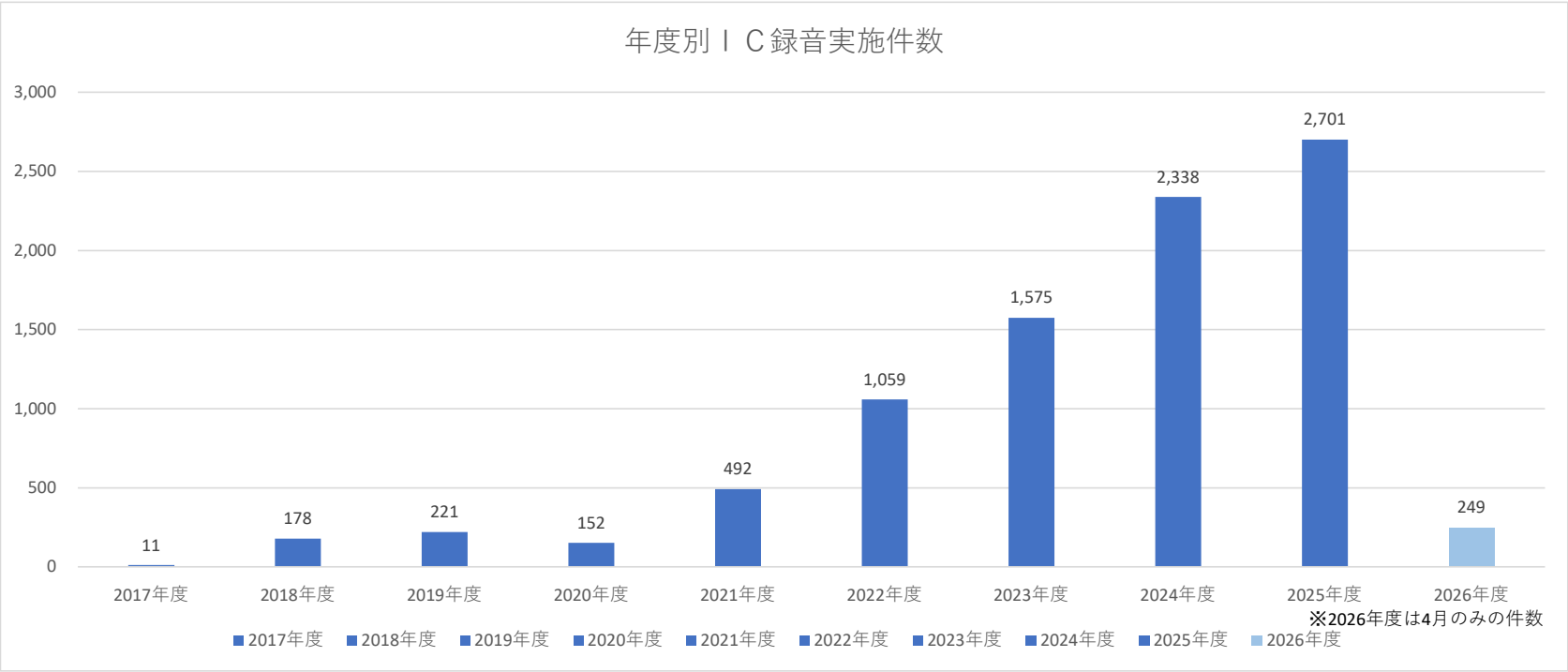
「その他」の理由

- ・手続き、利用制限が煩わしい

I C 録音実施件数（2018年1月1日～2026年4月30日）

年度	録音件数	CD提供件数
2017年度	11	6
2018年度	178	27
2019年度	221	14
2020年度	152	17
2021年度	492	58
2022年度	1,059	106
2023年度	1,575	176
2024年度	2,338	274
2025年度	2,701	320
2026年度	249	26
合計	8,976	1,024

※4/30まで



IC録音実施状況(対象期間2020年4月1日～)

全体まとめ

単位:件

事項	年度							2020年度 ～総計
	2022	2023	2024	2025	2026			
					4月	5月	6月	
録音実施件数	1,059	1,575	2,338	2,701	249	0	0	8,566
CD提供数	106	176	274	320	26	0	0	977

IC録音実施件数

単位:件

診療科	年度							2020年度 ～総計
	2022	2023	2024	2025	2026			
					4月	5月	6月	
循環器内科	1	1	25	37	2			66
呼吸器・アレルギー内科	0	3	17	27	8			56
消化器・肝臓内科	0	0	6	8	1			15
内分泌糖尿病内科	1	0	12	44	3			62
腎臓・リウマチ内科	0	4	13	27	7			56
血液内科	10	9	34	52	5			123
脳神経内科	14	18	31	25	7			116
腫瘍内科	－	0	0	0	0			0
循環器外科	129	130	160	133	12			586
呼吸器外科	95	152	150	178	10			618
消化管外科	253	273	473	569	56			1,820
乳腺・内分泌外科	177	168	211	208	26			799
肝胆膵外科	150	168	209	228	14			957
小児外科	14	43	41	56	2			159
形成外科	142	144	103	259	20			735
泌尿器科	4	6	83	40	2			138
歯科口腔・顎顔面外科	33	63	37	49	8			247
整形外科	0	0	5	0	0			5
皮膚科	2	4	11	20	1			38
眼科	0	0	0	1	0			2
耳鼻咽喉科	1	0	1	1	0			14
精神科神経科	0	0	1	0	0			1
麻酔・集中治療科	0	0	0	0	0			1
脳神経外科	0	39	12	11	1			65
小児科	0	3	4	10	0			20
産科婦人科	0	2	11	19	5			40
放射線治療科	30	24	391	693	56			1,194
放射線診断核医学科	0	0	0	1	0			3
総合診療科	0	0	0	0	3			3
救急科	2	4	11	5	0			23
重粒子線医学センター	1	317	286	0	0			604
合計	1,059	1,575	2,338	2,701	249	0	0	8,566

CD提供数

単位：件

診療科	年度							2020年度 ～総計
	2022	2023	2024	2025	2026			
					4月	5月	6月	
循環器内科	1	1	0	3	0			5
呼吸器・アレルギー-内科	0	0	0	5	0			6
消化器・肝臓内科	0	0	0	1	0			1
内分泌糖尿病内科	0	0	0	6	0			7
腎臓・リウマチ内科	0	0	3	7	3			14
血液内科	1	1	8	12	1			23
脳神経内科	0	0	1	5	1			8
腫瘍内科	－	0	0	0	0			0
循環器外科	5	4	9	0	0			19
呼吸器外科	26	29	30	14	0			103
消化管外科	25	33	17	21	2			111
乳腺・内分泌外科	24	37	89	97	10			258
肝胆膵外科	23	36	26	22	1			154
小児外科	0	2	0	3	0			5
形成外科	1	0	2	4	0			7
泌尿器科	0	3	8	11	0			22
歯科口腔・顎顔面外科	0	2	1	0	0			5
整形外科	0	0	1	0	0			1
眼科	0	0	0	0	0			0
耳鼻咽喉科	0	0	0	1	0			2
産科婦人科	0	1	2	1	0			4
小児科	0	0	0	0	0			2
放射線診断核医学科	0	0	3	2	0			6
皮膚科	0	0	2	0	0			2
精神科神経科	0	0	0	0	0			0
麻酔・集中治療科	0	0	0	0	0			0
脳神経外科	0	0	1	2	0			3
放射線治療科	0	0	34	102	8			144
総合診療科	0	0	0	0	0			0
救急科	0	0	0	1	0			1
重粒子線医学センター	0	27	37	0	0			64
合計	106	176	274	320	26	0	0	977

令和8年 月 日

群馬大学医学部附属病院長

齋 藤 繁 殿

群馬大学医学部附属病院

患者参加型医療推進委員会委員長

令和6，7年度群馬大学医学部附属病院患者参加型医療推進委員会の
審議結果報告および群馬大学医学部附属病院長への提言について

標記のことについて、下記のとおり報告および提言しますので、内容を確認・検討いただくとともに、提言への対応状況や対応する中での課題等を、次回以降の委員会で随時ご報告いただきますようお願いいたします。

記

群馬大学医学部附属病院長への提言について（別紙）

令和6，7年度群馬大学医学部附属病院長への提言

患者参加型医療推進委員会

患者参加型医療の推進に向けて、次のとおり提言しますので、病院の運営に活かすとともに、その対応状況について随時報告願います。

1. カルテ等の診療情報の共有

患者さんとのカルテ等の診療情報の共有について、患者等利用者へのアンケートの分析を活用し、更なる診療情報の共有促進と、そのための患者カルテ閲覧の拡充を実施に向けて進めていただき、医療安全性の向上をより一層推進していただきたい。

特に、閲覧するためのパスワード発行については、患者からの希望ではなく、原則すべての患者に発行できるよう検討いただきたい。

2. インフォームド・コンセントの充実

I C録音について、安心・安全な医療のために、I C録音を実施すべき医療行為を定め、患者さんが希望しない場合を除き原則I C録音を実施する体制を検討するとともに、将来的な全例録音に向けて、職員、患者さんへの周知、ハード面、ソフト面などの体制を整えていくための検討を引き続き進めていただきたい。

また、治療方針決定に際して、患者さんやご家族の意見、希望を十分に反映させるため、更なるインフォームド・コンセントの充実や、患者さんの意見を反映させるための仕組み、患者さん自身のカンファレンスへの参加などについても、引き続き検討をお願いしたい。

3. 情報発信と共有

病院ホームページ内に作成した「患者参加型医療について」を含む、ホームページ全体の更なる充実のほか、医療安全週間や誓いの碑を活用した、院内外への医療安全の推進などを、引き続き検討、実施していただきたい。

4. 各種委員会への外部委員の登用による患者参加型医療の推進

患者側の意見を病院運営や医療の質、および医療安全の向上に反映させ、患者参加型医療をさらに推進するため、他委員会においても外部委員として患者側の立場の方を登用することを検討いただきたい。

5. 改革工程表の継続的な確認

より安全で質の高い患者本位の医療を提供するため、改革工程表の各項目に係る時代に沿った改善・改革の継続を進めていただきたい。

以上

(平成29年11月20日)

1

経 過 提言等の項目	平成26年度				平成27年度				平成28年度				平成29年度				備考
	新聞報道				院特 承 認 機 取 能 消 病				改 革 委 員 会 提 言 調 報 告 書				調 査 報 告 書 第 三 年 度 後 事 の 故				提言等の各項目は、 平成30年度以降も、 評価・効率化・改良等 を継続
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																	
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																	
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) - 死亡・合併症症例検討会(M&Mカンファ) - 他科他職種参加の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																	

提言等の項目	平成26年度				平成27年度				平成28年度				平成29年度				備考
	新聞報道				院特定承認機能消滅				改革委員提言 第三者事故報告書 公表 改革工程表				調第三者事後の故 報告年会				提言等の各項目は、平成30年度以降も、評価・効率化・改良等を継続
II 安全管理体制・倫理																	
10 医療従事者の主観に依存しない事故報告システム導入																	
・ 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)																	
全死亡退院の調査・確認(安全部) 死亡症例検証委員会設置(全死亡例の検証) 全死亡例の即時報告制度(死亡時チェックシート運用) 報告対象バリエアンスの明確化・定量化 入院期間大幅延長者のチェック(安全部) 診療科間カンファ相互チェック																	
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																	
<平成26年度以前からの管理体制> ・ 安全管理委員会設置 ・ 安全部門の設置 現体制:専従医師2、専任医師1、専従看護師2、専従薬剤師1 ※H29.4に薬剤師を専従化、H29.8に専従医師1名を増員 ・ 安全部門の病院長直轄化、部長の主任会議・運営会議の構成員化 ・ 院内者による病院機能評価の実施 副病院長を医療安全管理責任者に任命し 安全部門、安全管理委員会、医薬品責任者、医療機器責任者を統括 看護師GRMの権限強化を目的に 安全部門副部長を2名体制化(医師1、看護師1)																	
GRM部署巡視の毎月実施・フィードバック強化 部門RM要綱制定(権限・役割の明確化)																	
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																	
職員ご意見箱 医薬品安全管理責任者 医療機器安全管理責任者 患者医療相談室設置 病院独自の内部通報要領制定 病院長と職員の電子掲示板運用 新たな枠組みによる病院長選考実施 ※病院長に求められる経験・資質・能力等基準を要件化																	
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																	
コンプラ推進室会議設置 DPDデータの活用 医・病:改革推進委員会設置 コンプラ推進室会議と安全管理委員会の同日連続開催(効率化) 改革推進委員会設置に伴うコンプラ推進室会議の発展的解消																	

提言等の項目	平成26年度				平成27年度				平成28年度				平成29年度				備考			
	新聞報道				院特定機能病 承認機能病 取消病				改訂第三者委員会報告書 改革提言 公表 改革工程表				調第三者報告年者事後の故				提言等の各項目は、平成30年度以降も、評価・効率化・改良等を継続			
14 倫理審査体制の適正化													各提言への対応を進めるためのWG (アンケート実施・方針等周知・各科訪問等)							
・ 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					複数倫理審査委員会の申請対象判別フロー作成・周知															
・ 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									複数倫理審査委員会統合と窓口一本化											
・ 保険適用外診療における倫理的手続きの周知					臨床倫理専門委員会設置(倫理的事例、新規・高難度医療行為、保険外診療等の審議)				先端医療開発センター設置(臨床倫理専門委窓口)											
・ 倫理的手続きの重要性についての院内啓発、教育					保険診療管理センター設置(多職種による適正保険診療の推進)								モニタリングサーベイヤー制度導入							
・ 遵守状況のチェックシステム					保険診療管理センター各科訪問								合同各科訪問(保険センター&提言対応WG)							
・ 新規採用者等の教育の充実					校費申請手続の明確化								校費承認の厳格化(保険センターで審査)							
・ 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	臨床試験講習会(5回)				IRB外部委員に記者・患者・弁護士等の参画															
・ 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					臨床試験講習会(7回)				臨床試験講習会(11回)				臨床試験講習会(6回:10月現在)							

提言等の項目	平成26年度				平成27年度				平成28年度				平成29年度				備考
	新聞報道		院特定承認機能消病				調第三改革委員提言報告書		改革工程表公表		調第三報告年者事後の故				提言等の各項目は、平成30年度以降も、評価・効率化・改良等を継続		
Ⅲ 意識(風土)改革・教育体制																	
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																	
病院長による職員向け説明会実施 H27.7、H27.11、H28.2 H28.8、H29.2、H29.8 病院長の各部門への突然訪問 病院長院内巡視(月例・幹部同行) 各提言への対応を進めるためのWG 全体説明会・各科訪問等 「医療における安全文化調査」実施(継続的实施) ※様々な機会を通じて意見聴取・有効性等の検証実施、継続的意識風土改革																	
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																	
※医療事故判明以降、段階的に「安全教育」に係るコマ数・時間数を拡充(体系的教育はWHO指針に沿って計画) 医の倫理学 医療の質と安全 臨床実習 医の倫理学 医学医療概論:実習 臨床基本手技実習(診療録) 医療の質と安全 臨床実習 医療の質・安全管理部実習 医の倫理学 医学医療概論:講義・実習 チーム医療実習 臨床医学(医療安全) 臨床基本手技実習(診療録) 医療の質と安全 臨床実習 医療の質・安全管理部実習 医の倫理学 医学医療概論:講義・実習 チーム医療実習 臨床医学(医療安全) 臨床基本手技実習(診療録) 医療の質と安全 臨床実習 医療の質・安全管理部実習 実践臨床病態学(医療事故) 定期的医療安全セミナー 医学教育教授法ワークショップ(医師の倫理) 国際特別シンポジウム WHO連携公開国際シンポジウム 医療安全セミナー(職業倫理) チームステップ研修																	
17 大学院研究科における教育																	
・ 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 ・ 医療の質評価学講座の新設(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																	
教授会で研究科講座の再編決定 講座再編協議 新講座で学生募集 研究科講座組織再編 規程改正 医療の質・安全学講座設置 教授着任 人員体制等検討 教員選考方法の見直し 教授選考委員会への学外者参画 新たな選考方法による教授着任(肝胆膵外科) 講師以上教員の原則公募・学外者の選考委員会参画																	

提言等の項目	平成26年度				平成27年度				平成28年度				平成29年度				備考
	新聞報道				院特 承認 機能 消病				改 革 委 員 会 提 言 調 報 書				調 報 年 報 後 事 の 故				提言等の各項目は、平成30年度以降も、評価・効率化・改良等を継続
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																	
・ 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																	
19 職員研修の必須科目の追加																	
・ 必須の職員研修																	
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																	
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																	
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																	

提言等の項目	平成26年度			平成27年度			平成28年度			平成29年度			備考
	新聞報道	院特定機能病		院特定機能病			改革推進委員会 調報告書	改革推進委員会 公表		調報告書 第三者委員 の故			提言等の各項目は、平成30年度以降も、評価・効率化・改良等を継続
V ガバナンス													
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、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													新たな病院管理体制のあり方検討 病院規程等改正(4月適用) 病院規程等改正案作成 新たな病院長選考方法検討 病院長選考会議 病院長任命
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													医・病:改革推進委員会設置(コンプラ推進室の発展的解消) コンプライアンス推進室会議と安全管理委員会との同時開催 病院監査委員会(第1回6/19、第2回11/20、※3回計画) ※コンプラ推進室会議は、11/22の第8回をもって、医・病:改革推進委員会と安全管理委員会に引継 特定機能病院相互ピアレビュー(10月、11月)
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													院内事故調査指針を充実、事故防止マニュアルへ登載 県医師会医療事故調査等支援団体協議会参画 (制度等相談、調査等助言、解剖・死後画像・専門家派遣等、支援体制整備)
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													各提言への対応を進めるためのWG (アンケート実施・方針等周知・各科訪問等) ICチェックシート(患者評価)の導入 検査結果、診療録共有の推進 患者参加の症例検討会試行 症例検討会参加等周知 患者参加型医療推進WG IRB委員に医療安全週間(部門活動紹介ポスター等)患者団体医療事故経験者遺族講演会の参画 改革状況の遺族説明会
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													教授会で研究科講座の再編決定 講座再編協議 新講座で学生募集 研究科講座組織再編 規程改正 医・病:改革推進委員会設置(改革の司令塔) 安全組織の医・病一体化の方針 各提言への対応を進めるためのWG (経緯等を把握する職員による各科訪問・意見交換等)

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、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

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

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

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

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

提言等の項目 経 過	平成26年度			平成27年度					平成28年度					平成29年度					備考
	新聞報道			院特 承 定 機 能 取 消 病					調 報 告 書 第 三 者 事 故	改 革 委 提 言	改 革 工 程 表			調 報 告 会 第 一 年 後 事 の 故					提言等の各項目は、 平成30年度以降も、 評価・効率化・改良等 を継続
VI 改革の3本の柱																			
28 地域医療研究・教育センター設置														医・病：改革推進委員会設置（改革の司令塔）					
														県・医師会・病院協会との 設置促進会議.....>					
														準備室開設.....>					
														関係機関等との調整.....>					第1回ぐんま 地域医療調整会議 センター設置
29 医療の質・安全学講座設置														国際特別 シンポジウム					
														教授選考委員会.....>					
														講座設置.....>					WHO連携公開 国際シンポジウム
														人員体制等検討.....>					教授着任.....>
30 先端医療開発センター設置														臨床倫理専門委員会設置（倫理的事例、新規・高難度医療行為、緊急時保険外診療等の審議）					
														モニタリングサーバイヤー制度					
														センター設置.....>					
														設置WG等.....>					第1回運営委員会.....>



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4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	19
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	21

II. 安全管理体制・倫理

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	24
11. 医療安全管理体制と権限の強化	28
12. インシデント・アクシデント等の報告・確認と指導	29
13. 継続性のある簡素な機能的システム	31
14. 倫理審査体制の適正化	32

III. 意識（風土）改革・教育体制

15. 意識（風土）改革	36
16. 学部における教育	38
17. 大学院研究科における教育	39

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	41
19. 職員研修の必須科目の追加	41
20. 高難度新規医療手技提供体制への措置	42
21. 未承認医薬品等の使用と管理	43
22. 労務管理	43

V. ガバナンス

23. 病院のガバナンス強化	45
24. コンプライアンス体制	46
25. 院内事故調査の手法の確立	47
26. 患者参加の促進による日常診療の質の向上	47
27. 組織体制	49

VI. 改革の3本の柱

28. 地域医療研究・教育センター設置	51
29. 医療の質・安全学講座設置	53
30. 先端医療開発センター設置	54

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２０２２年（令和４年）３月３１日現在で取り纏めたものです。

I. 診療体制

【改革工程表の項目】

1. 診療体制の統合

- ・ 外科の統合
- ・ 内科の統合

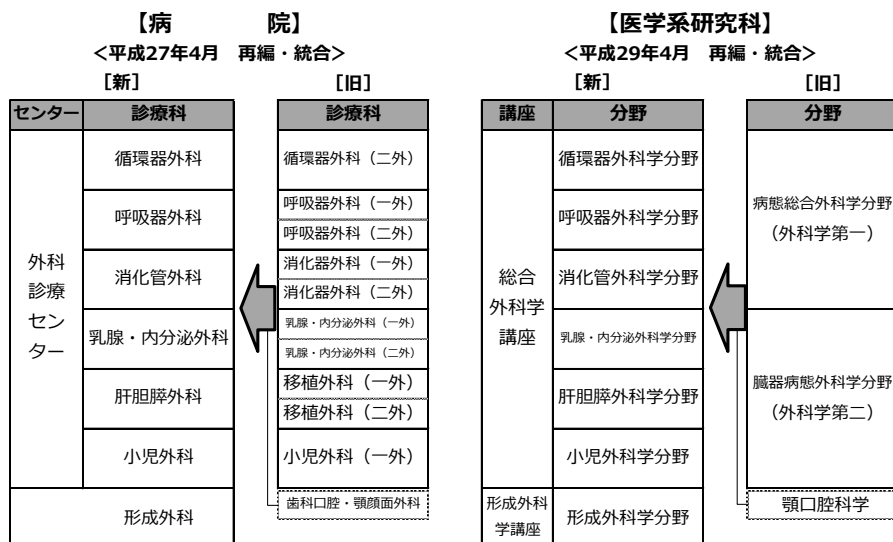
【外科の統合】

■ 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一毎にまとまれるよう、2017 年（平成 29 年）4 月に研究室の移設・再編も実施した。

外科の再編・統合



※形成外科は、平成28年4月に新設、外科診療センターと一体的運営を行っている。

(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) 定期的に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 14 版となっている。

群馬大学医学部附属病院外科診療センター 運用マニュアル

V11 2018/05/01
V12 2018/05/04
V13 2018/11/12
V14 2020/3/30

はじめに

2015 年 4 月より群馬大学医学部附属病院の外科診療科は外科診療センターに統合され、一つの管理体制のもとで診療を行う。外科診療センターは複数の臓器別診療科から構成されるが、診療科毎の独立した管理体制に加えて診療科横断的の管理体制を強化し、臓器別診療科を有機的に連携させることにより専門性に偏らない適正かつ安全な医療と教育、研究体制を実現する。センター運営を統括する運営委員会により透明性を確保した管理体制のもとに運用する。

本運用マニュアルは、このために必要な診療科共通の規範を定めるものである。

1 マネジメント体制

1.1 組織体制

センター長 : 外科診療センターを統括する。病院長が指名する。3 年間の任期制として、再

任は行わない。

診療科 : 消化管外科、肝胆膵外科、循環器外科、呼吸器外科、乳腺内分泌外科、

小児外科、形成外科の臓器別 7 診療科をおく。

診療科長 : 各診療科の統括責任者。1 年間の任期制として、再任は行わない。

医会長など : 各診療科に医会長、病棟医長、外来医長をおく。

運営委員会 : センター長が委員長を務める。各診療科長、看護部長、事務部長、医事課長、その他センター長が必要と認めた委員をもって組織しセンターの運営に関する事項を審議する。

外部からの委員を含み、適正にセンター運営されているかを評価する。その結果は、病院運営会議および臨床主任会議にて報告する。また、医療安全、臨床試験、情報管理、保険診療など適切な医療が行われていることを常時監査する。

1.2 臓器横断的各種専門委員会の設置

外科診療センター（および総合外科学講座）の円滑な運営と、各診療科間の有機的な連携を

(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
2021 年度（令和 3 年度）	15 回



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、アンケートでは参加者から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
2022 年度（令和 4 年度）	6 名

・群馬手術手技研修センター

【概要】

医療の質と安全の向上の一環として、手術手技向上を目的とした、ご遺体を用いた手術手技研修（カダバーサージカルトレーニング）を行う施設である。カダバーサージカルトレーニングは手術手技向上に有用と言われており、より実践に近い環境を再現できることから、これから外科を目指す初期研修医から専門資格を有する外科系医師まで、幅広い手術手技向上に有用である。

【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
2021 年度 (令和 3 年度)	9 回	125 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)の外科診療センター(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(現地視察)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きではあるが、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。

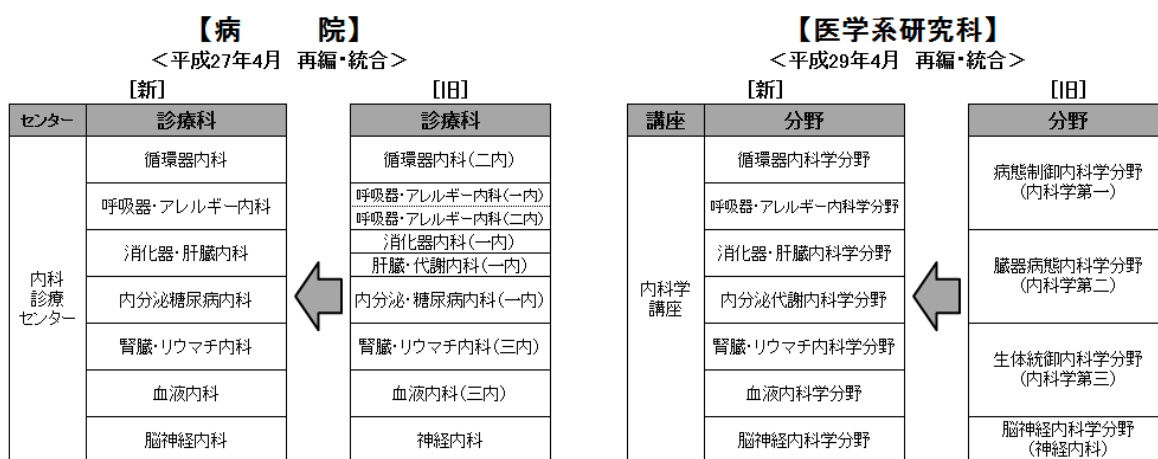
6) 外部との連携や人事交流体制の構築

- ・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で開催し、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。

2021年度(令和3年度)は、6月・9月・12月・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
2021年度(令和3年度)	4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11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。

第21回 内科グランドカンファレンス

《プログラム》		総合司会 内科診療センター事務局長 池内秀和
多 数 参 加	Opening 18:00	内科診療センター長 廣村桂樹 先生
	第一部 18:10-18:45	
	・ M&Mカンファレンス	
	「重症下肢虚血の治療中に脳出血を合併した1例」	循環器内科 石橋洋平 先生
日 時 場 所	・ 日本内科学会関東地方会報告会	
	「先行的腎移植後の肥満関連腎症に対して集学的チーム医療を行った2型糖尿病の1例」	内分泌糖尿病内科 土岐 明子 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 18:50-19:00	
日 時 場 所	・ 内科専門医プログラム進捗状況に関して	脳神経内科 藤田行雄 先生
	第三部 19:00-19:30	
	・ ミニレクチャー	
	「肝細胞癌の最新治療」	消化器・肝臓内科 佐藤 賢 先生
日 時 場 所	Closing 19:30-19:40	
		内分泌糖尿病内科 山田正信 先生
G-Conference で開催		
3月10日[木] 18:00-19:40		

【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
- ・ ピアレビュー(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	
一地道ではあるが、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固めるため、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課題点も把握 ・ 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 2016/10/12 提言の事項一覧とWGメンバーにアンケート配付	

(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)の2)多科・多職種の参加によるM&Mカンファレンスの推奨[21ページ]を参照のこと。
- 4) 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る。死亡症例検証委員会もまたピアレビュー(同僚評価)として有用である。
- 5) 2017年度(平成29年度)から2020年度(令和2年度)までの間には、診療科間カンファレンス相互チェックを行った。

<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ピアレビュー(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つながっている。
- ② 結果、全体として重大事例の減少につながっている。

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

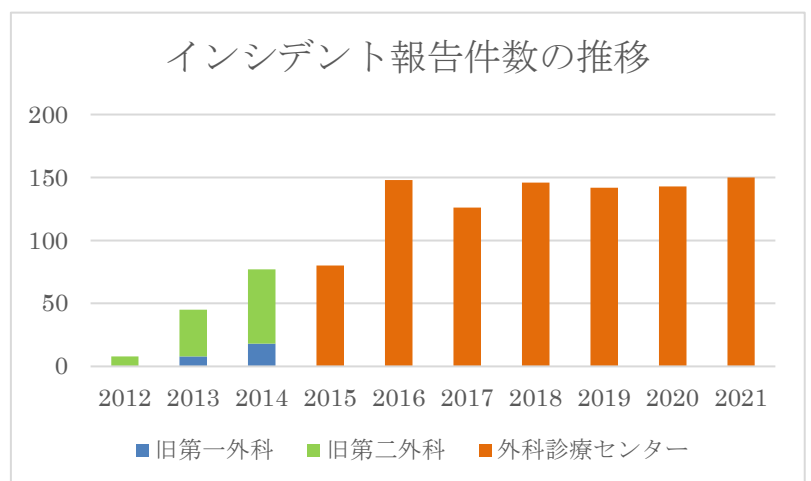
手術部における翌週の手術予定調整を金曜日から水曜日に変更した。早めの手術枠全体調整により、効率的な手術室の運用を可能とした。全診療科の協力を得て、効率的で無理のない運用を行っている。

(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。術中出血量 1,000ml 症例については、毎日報告を行って、委員会で詳細について検討している。基準に該当する手術時間延長事例も報告・詳細検討されるため、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) 曜日毎の「画像カンファレンス」「感染カンファレンス」「栄養カンファレンス」「口腔ケアカンファレンス」(2015 年 (平成 27 年) 4 月～)

主担当の診療科・ICU 医師の枠を超えて、核医学科医師、感染制御部、栄養管理部、歯科口腔・顎顔面外科医師と連携して入室中患者の症例について検討を行っている。

群馬大学医学部附属病院集中治療部患者入退室基準 ¹⁾	
(2016.09.08 改) ²⁾	
A. 集中治療部入室患者基準 ³⁾	
1)	手術後の重症患者 (特に合併症を有する患者) ⁴⁾
2)	急性呼吸不全患者または慢性呼吸不全急性増悪患者 ⁴⁾
3)	意識障害患者または痙攣重症患者 ⁴⁾
4)	重症循環不全患者または重篤な不整脈を有する患者 ⁴⁾
5)	心肺蘇生後患者 ⁴⁾
6)	重症代謝障害患者 ⁴⁾
7)	急性腎不全患者 ⁴⁾
8)	急性肝不全患者 ⁴⁾
9)	急性薬物中毒患者 ⁴⁾
10)	重症敗血症患者 ⁴⁾
11)	重篤な外傷患者、熱傷患者、破傷風患者 ⁴⁾
11)	重症凝固異常患者 ⁴⁾
12)	臓器移植患者 ⁴⁾
13)	急な補正を必要とする電解質異常患者 ⁴⁾
14)	体温異常 (低体温症、熱中症など) ⁴⁾
B. 集中治療部入室を許可しない患者 ³⁾	
1)	死亡の確実な末期患者 ⁴⁾
2)	感染経路が不明な急性伝染病患者 ⁴⁾
3)	急性症状のない慢性疾患患者 ⁴⁾
C. 集中治療部退室患者基準 ³⁾	
原則として、14 日以上以上の入室を避け、患者の状態が軽快し集中治療の必要がなくなった場合 ⁴⁾	
具体的な例 ⁴⁾	

- 3) 問題事例等発生時には、ICU 医師が中心となって、多科・多職種カンファレンスを調整している。
- 4) 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。

(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 と言って、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 医師が介入できる体制とした。

(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。

【コール件数】 2016年 38件 2015年 33件 2014年 42件	【対象】 ・入院患者 ・外来患者 ・付き添い者 ・職員 院内全ての方	【協力部門】 ・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。



出動に備えて、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呈し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
- ✓ 制動困難な虚脱
- ✓ 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



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。

(7) コロナ禍での ICU 通常業務を円滑に行う工夫

- ・フェーズ毎に COVID-19 患者の受け入れ病床数を変更・確保し、その他の集中治療が必要な重症患者の受け入れができるように一般病棟と連携、調整を行った。
- ・面会禁止の状況下でも患者や家族が安心して治療を受けられるように、必要に応じて患者家族との電話での IC (インフォームドコンセント) や、リモート面会などを実施した。

<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、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。

③RRS（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つながっている。

【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 2020 年度(令和 2 年度)まで実施した。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、結果を医療業務安全管理委員会やリスクマネージャー会議でフィードバックした。
- （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ス研修を 2017 年(平成 29 年)12 月から実施している。
(詳細は 16. 学部における教育 (3) チームステップス研修 [39 ページ] 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の再度の説明、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。

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（偶発的医療行為含む）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つた場合、その合理的な理由等
・ 初診時：診療科内・内科と外科の合同
・ キャ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的にカンファレンス内容を記録（徹底）

(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) 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次表のとおりハイリスク事例を審議している。

臨床倫理委員会専門委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
2021 年度（令和 3 年度）	36 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

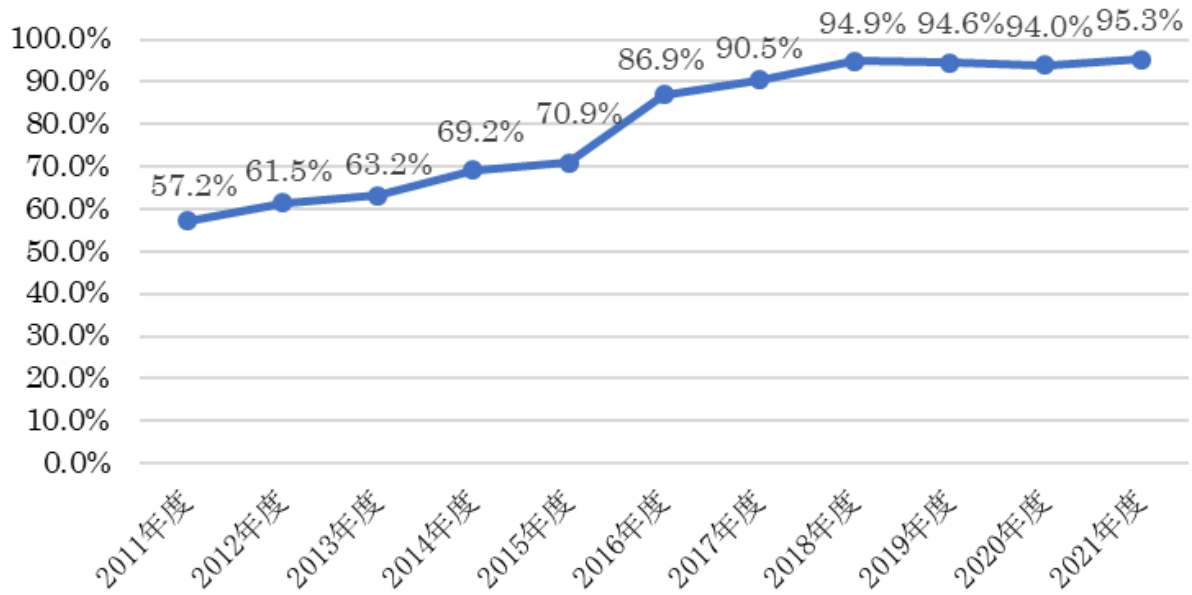
- 第三者事故調査委員会報告書では、規定された説明文書の形式がなく、個人の判断に任されていたため、説明事項が十分に記録に残されていなかったという指摘があった。

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。

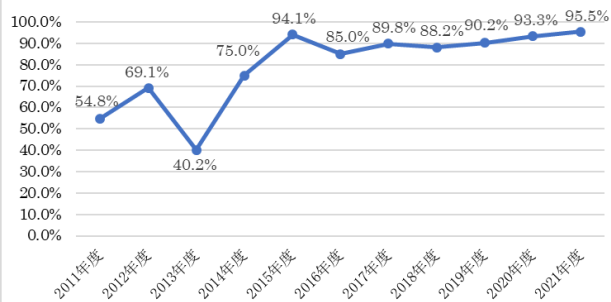
2022 年(令和 4 年)3 月までに 1,015 件作成され、非常に充実したが、今後も十分な情報提供のもと、より患者家族の自己決定を重視し、支援するようなインフォームド・コンセントの院内研修を進めていく。また、看護師の同席体制の強化を引き続き推進していく。

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た。(新型コロナウイルス感染症拡大のため今後の開催は未定)

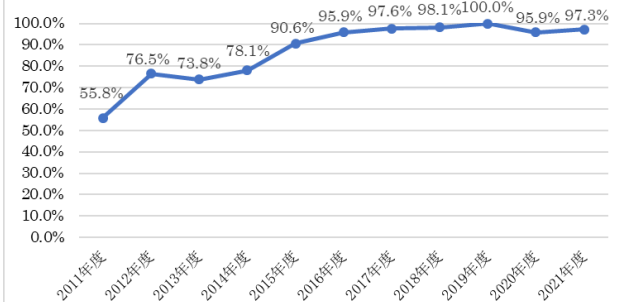
病棟IC同席率の年次推移



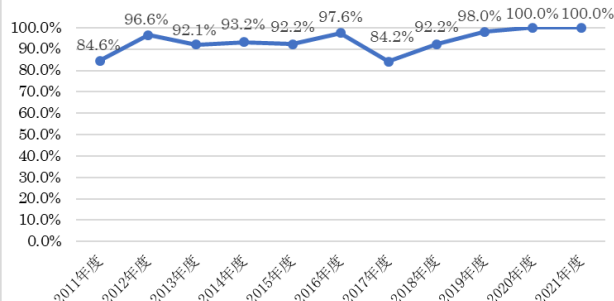
北5階（消化管外科・肝胆膵外科）



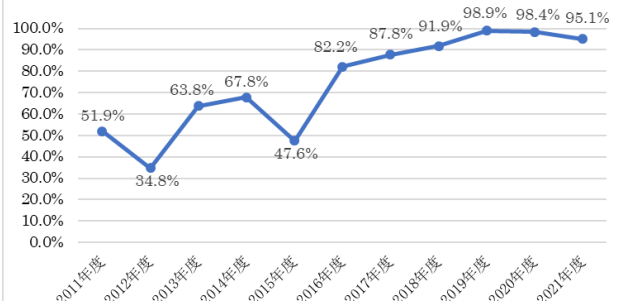
I C U



北6階（放射線科・消化管外科・肝胆膵外科）



北8階・SCU（脳神経外科・リハビリテーション）



(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。

The image shows two sample explanation and consent forms for gastric cancer surgery. The left form is titled '説明同意文書' (Explanation and Consent Form) and includes a diagram of the stomach and surrounding organs. The right form is titled '胃癌の手術を受ける患者さんへ' (To patients who will undergo gastric cancer surgery) and includes a diagram of the stomach and surrounding organs.

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、文書での同意を必要としない検査や治療の例の院内掲示等の改訂を行った。（最終改訂 2021年（令和3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肝胆脾外科 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. 年齢は何歳ですか。	① 20代 ② 30代 ③ 40代 ④ 50代 ⑤ 60代 ⑥ 70代 ⑦ 80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: 動脈硬化術
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・コンセントに関する規程

医療行為等の説明及び同意の取得に関する規程を制定し、インフォームド・コンセントに係る責任者を医療の質・安全管理部長とした。(2017年(平成29年)4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、2022年(令和4年)3月までに通算1,015件を実施した。年度別の件数は以下のとおり。なお、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。

インフォームド・コンセント録音実績

年度	録音件数
2018年度(平成30年度)	150件
2019年度(令和元年度)	221件
2020年度(令和2年度)	152件
2021年度(令和3年度)	492件

【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（同僚評価）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、副病院長（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（同僚評価）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係の 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（同僚評価）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 名で行っている。

入院診療録（医師記録）の評価票集計結果 2019年7月実施 (診療録120冊 レビュー30名)				
【 評 価 】	評価点数 満たしている (3点) 満たしていない (1点) 該当なし (*)	評 価 標準 (3・2・1・0・*)	平均	前年度 標準 赤字
基本情報				
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 (PHS番号等)が記載されている	3・*	—		
3)感染症情報が記載されている	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		
基礎データ、プロブレムリスト、初期計画				
5)患者背景・主訴・現病歴・現病歴・検査所見・検査経過の要点がまとめて記載されている	3・2・1・0	2.6		
6)初期計画(診断・治療・教育)が記載されている	3・2・1・0	2.4		
7)問題点(プロブレムリスト)が記載されている	3・1・0	2.5		
8)研修医の記載部分には、指導医の署名(承認)が記載されている	3・2・1・0・*	2.7		
入院診療計画				
9)医師だけでなく、看護師・薬剤師などの他の職種も反映されて作られている	3・2・1・0	2.9		
10)患者にも分かりやすい内容である	3・2・1・0	2.9		
11)患者や家族の署名がある	3・0	3.0		
12)医師欄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		
インフォームドコンセント				
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)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)経過記録に取得日時・説明者・立会者・説明相手(患者や家族)が記載されている	3・2・1・0	2.5		
16)経過記録に説明内容と同意の概略、患者や家族の反応および質問応答内容が記載されている	3・2・1・0	2.5		
医師経過記録等				
17)SOAP形式で適切に記載されている	3・2・0	2.9		

（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（同僚評価）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（評価調査者）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 年度（平成 29 年度）から 2020 年度（令和 2 年度）までの間に行っ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った。

高難度手術、重粒子線治療、CVC 挿入について、多職種（看護師、薬剤師、CRC（臨床研究コーディネータ）等）によるサーベイランス（注意深く監視）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
2021 年度（令和 3 年度）	425 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
2021 年度（令和 3 年度）	150 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（同僚評価）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。

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）
- ・ 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（臨床病理検討会）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図った。

（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 術後合併症基準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) 多科・多職種の参加による M&M カンファレンスの推奨

M&M カンファレンスは、医療の質と安全を向上することを目的とした多科・多職種による事例検討会である。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
2021 年度（令和 3 年度）	24 回

3) 医療の質・安全管理部主催での M&M カンファレンスを開始（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。

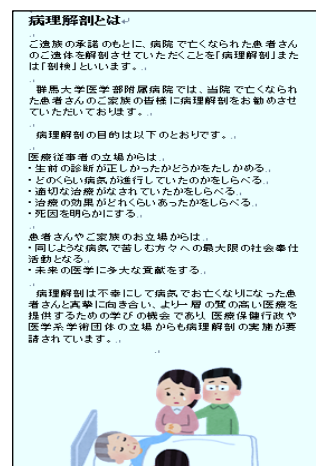
＜各種 M&M カンファレンスの効果＞

- 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
2021 年度 (令和 3 年度)	13 件	4 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
2021 年度（令和 3 年度）	38 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。

医療従事者が病理解剖の説明を行うことは徹底しているが、今後さらに医療従事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従事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

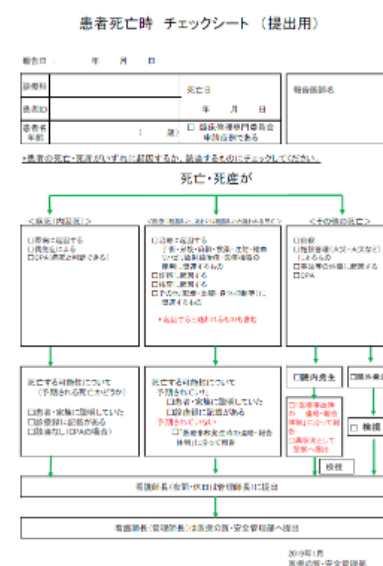
- 1) インシデント報告対象となる事例を具体化・定量化した(2014年(平成26年)10月～)
- 2) 医療の質・安全管理部とICU、手術部など、他部門との連携を強化した。

(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。(現在は終了)

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) 多科・多職種による 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。

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 年度（令和 3 年度）の平均未読率は 2.1%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年度(令和3年度)の平均未読率は1.8%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2020年度(令和2年度)までに、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回実施した。

<効果及び今後>

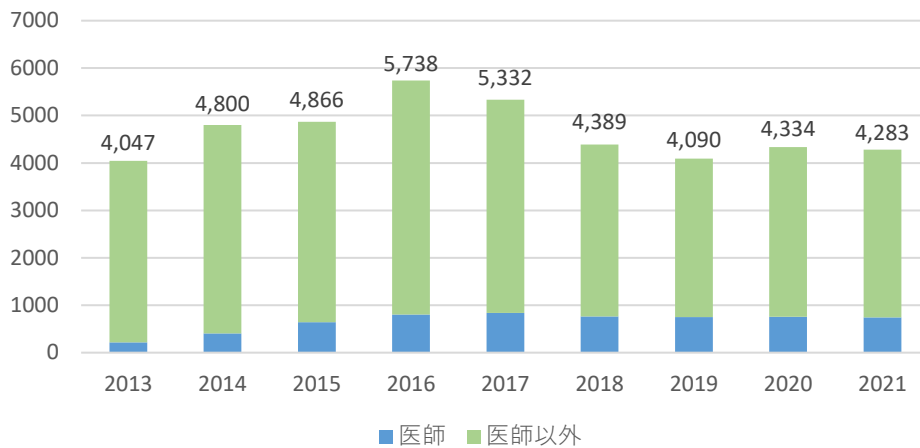
①インシデント報告数、特に医師からの報告数が増加しており、2017年以降は医師からの報告数は全体の15%以上である。

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。

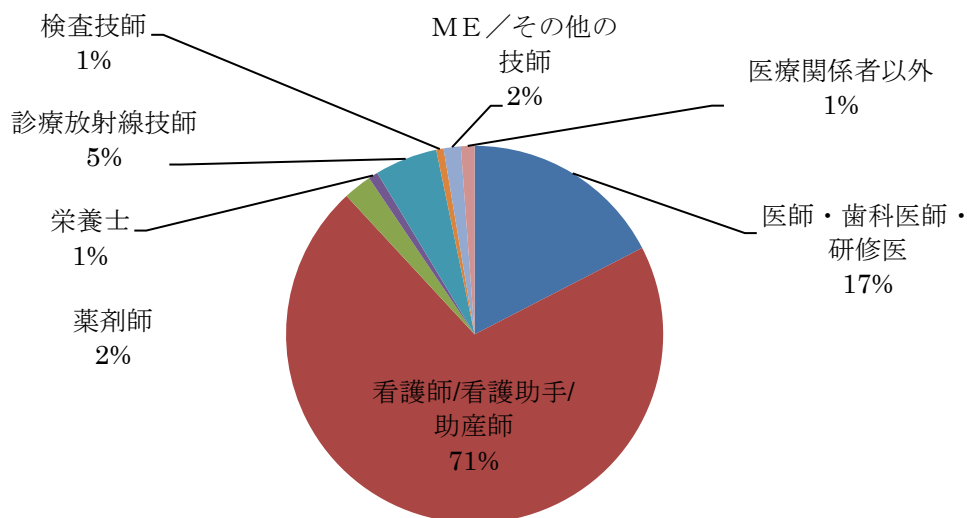
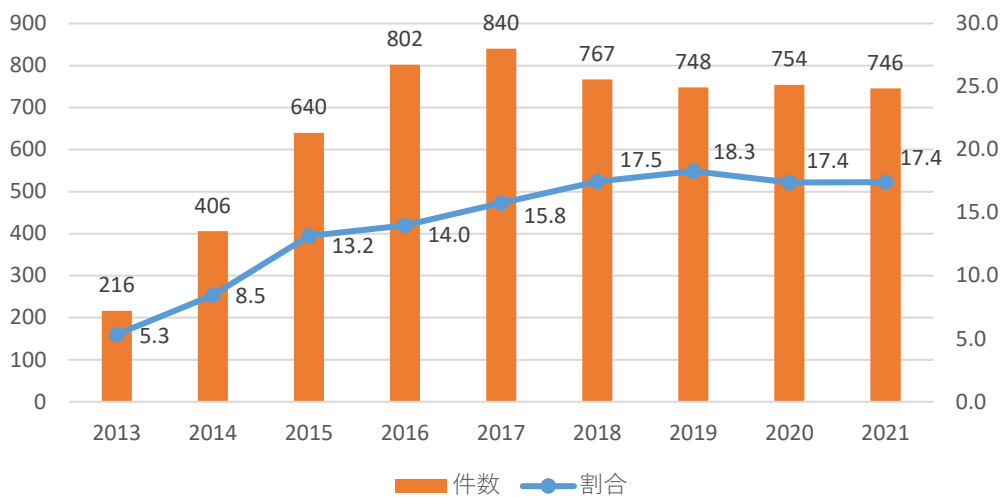
③インシデント報告の信頼度（インシデント報告数/実際のインシデント発生数）の評価手法を開発することが必要である。

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】



医師の報告件数と報告全体に占める割合



職種別報告者割合【2021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（ゼネラルリスクマネージャー）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（リスクマネージャー）の権限、役割の明確化と「要綱」の策定
- ・RM（リスクマネージャー）協力体制の強化
- ・部門 RM（リスクマネージャー）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）医療安全管理部門の強化

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た。2021 年度（令和 3 年度）には委員会の下に専門部会を設置し、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】

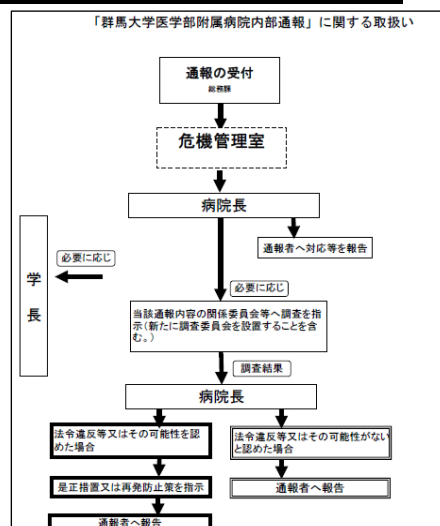
12. インシデント・アクシデント等の報告・確認と指導

- ・ 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

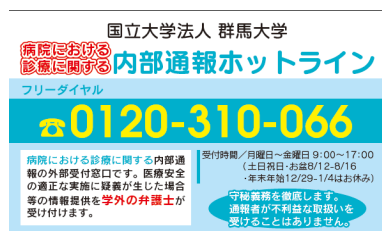
次のとおり内部通報窓口等を設置し、不正行為等に限ることなく自由に意見が言える、風通しの良い院内環境を構築した。

- 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

- 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。



◆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。

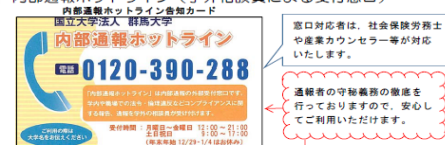
通報者の保護

- ・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いけません。

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
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)



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 8/12・8/16、年末年始 12/29-1/4はお休み

- 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。

◆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

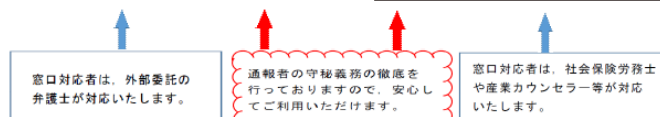
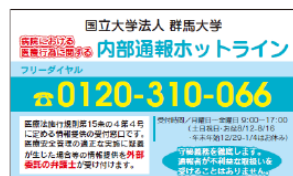
- ・法令や学内規則に違反し、又は違反するおそれがある不正行為等
- ・医療法施行規則第15条の4第4号に基づく、医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供

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いけません。

公益通報窓口

公益通報窓口	メール: koueki@jimu.gunma-u.ac.jp (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: 全般的事項



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◆

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
電話: 027-220-7711
FAX: 027-220-7720

通報者の守秘義務の徹底を行っておりますので、安心してご利用いただけます。

(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 サプライセンタ長をもって充てた。
- ・ME サプライセンタの改組に伴い、臨床工学部長をもって充てることとした。（2022 年（令和 4 年）4 月）

(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。

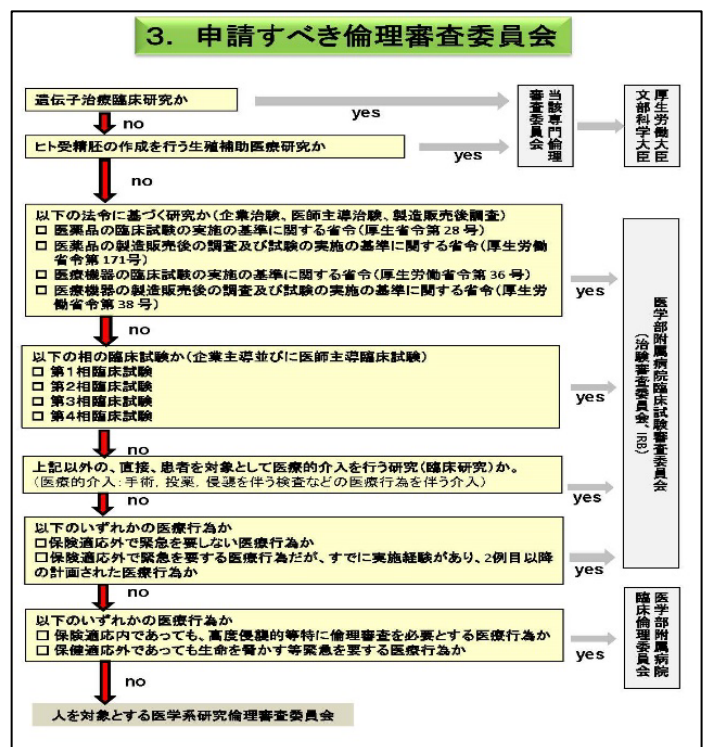
14. 倫理審査体制の適正化

- ・ 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
2021 年度（令和 3 年度）	287 件	23.9 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
2021 年度（令和 3 年度）	3 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
2021 年度（令和 3 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。(認定番号 CRB3180034)。2022 年（令和 4 年）1 月 14 日に認定の更新が承認された。

(2) 保険適用外診療における倫理的手続きの周知

- 1) 2014 年（平成 26 年）8 月から臨床倫理委員会専門委員会を開催し、緊急時の保険適用外診療を含む新規医療行為、ハイリスク医療行為等の審議を行う体制を構築した。
- 2) 2014 年（平成 26 年）12 月、臨床試験審査委員会の規定を改正し、保険適用外の診療行為に関わる研究の実施に対しても対象として審議を行うこととした。

(3) 保険診療管理センターの設置 (2014 年 (平成 26 年) 12 月)

- 1) センター会議及び専門委員会

センター会議は、毎月の保険診療委員会終了後、保険診療上の疑義・解釈・課題等についての審議、研修会・各診療科訪問等の企画・立案を行っている。

また、設置当初、保険診療上の疑義や解釈等に係る副センター長と看護部職員、事務職員による情報交換会として実施していた毎週のセンターミーティングを、2017 年（平成 29 年）6 月から、当初メンバーに、センター長、先端医療開発センター長、同副センター長、臨床試験部長等を加え、保険適応外検査や診療、先進的医療開発等経費（旧病院校費）の適正使用など、保険診療全般を審議する専門委員会に改め、最低月一回以上、web 形式にて開催している。

- ## 2) 各診療科訪問

2015 年（平成 27 年）10 月から 2016 年（平成 28 年）4 月までの間、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した。2017 年（平成 29 年）2 月から同年 5 月までの間、提言への対応を進めるための WG で行う診療科訪問と一緒に、再度最近の情報を提供し、現場との意見交換を行った。

- ### 3) 模擬適時調査・個別指導の開催

2021 年（令和 3 年）12 月，センター主催で院内向けに外部コンサルタントによる模擬的な適時調査・個別指導を実施した。問題を指摘された項目については現場と事務職員にて改善に向け検討を行い，更なる適正な保険診療の実施に努めている。

(4) 臨床倫理委員会専門委員会体制の構築と体制強化について

臨床倫理委員会専門委員会においてハイリスク事例、保険適用外治療の緊急事例等の審議を行える体制を整えた。

2017年（平成29年）4月に先端医療開発センターを設置し、委員会の窓口をセンターで所管することとし、それまでの臨床倫理委員会専門委員会での審議体制は継続し、さらに高難度新規医療技術、未承認薬、新規医療機器等を用いた医療の導入に関する支援やその後のモニタリングを行う体制を整えた。

それまでに進めていた倫理審査体制の適正化、倫理審査の基準及び手続の明確化などの改革にも引き続き取り組むことで、個々の医療従事者の保険診療に関する知識向上や適正な医療の提供につなげている。

回	開催時期	開催日	学会名	申請診療科
①	高難度新規医療技術等	11件		
②	保険適用外医療行為（①以外）	76件		
③	ハイレベルな医療行為等（保健適用内）	50件		
④	倫理審査事例	6件		
⑤	説明同意文書承認審査	新規56件，修正30件		
1	臨時	2018年4月4日	経路後シクロフォスファミド大量療法を用いたHLA抗原適合性検査自動化試験実施	血液内科
2	臨時	2018年4月4日	経路後シクロフォスファミド大量療法を用いたHLA抗原適合性検査自動化試験のcVMDに準拠するセルベース法（ミコフェノール算モフェリル：MMF）の検証後の外注受託	血液内科
3	臨時	2018年4月4日	小児の腎臓病に有効薬に対するアザシチン使用について	小児科
4	臨時	2018年4月13日	遺伝性大動脈炎合併したゾートメグリワイルス感染症への抗ウイルス薬投与	小児科
4	定例	2018年4月16日	胆管癌肝臓転移に対する経鼻的（経肝動脈）経腸静脈出血	肝胆外科
5	定例	2018年4月16日	胆や十二指腸を閉鎖する予備胆嚢造形に対する経式胃鏡手術装置の出荷	消化器内科
6	定例	2018年4月16日	胆管不可逆性に対する早期摘出術	消化器外科
7	定例	2018年4月16日	骨質良好で骨密度減少を伴う関節リウマチ増悪症に対するシクロスポリン療法	血液内科
8	定例	2018年4月16日	白血球貪食性リウマチ症候群に対する、ステロイド、シクロスポリン、エトキシドの使用	血液内科
9	定例	2018年4月16日	胆行前結核菌に準じるステロイド内服治療	皮膚科
10	定例	2018年4月16日	院内感染不全に対するアミノコリスラン（廣域）注入による自費改善手術	耳鼻咽喉科
11	定例	2018年4月16日	院内感染不全に対する耳鳴改善手術（鼓膜窓形成術）におけるエドボタンの使用	耳鼻咽喉科
12	定例	2018年4月16日	院内感染不全に対する耳鳴改善手術（鼓膜窓形成術1型）におけるアラブックスの使用	耳鼻咽喉科
13	定例	2018年4月16日	心臓血管造影用造影剤	循環器科

(5) 先端医療開発センターの設置

2017 年（平成 29 年）4 月に病院組織（部門）としてトランスレーショナル・リサーチセンターを改組し医師 3 名、事務補佐員 1 名を配置し高難度新規医療技術／未承認新規医薬品等に係る使用の適否を決定する部門として先端医療開発センターを設置した。2021 年度（令和 3 年度）は、医師 10 名、事務職員 2 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 名でのモニタリング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、2021 年度（令和 3 年度）度までに通算 17 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、経時的变化をみる（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 194 施設の比較による調査結果を得た。群大病院職員の医療安全

に対する意識は年々向上している。

【調査結果】 194 施設中の各項目の順位(カッコ内は偏差値)

- 1 位 上司の医療安全に対する態度や行動 (54.09)
- 1 位 部署内でのチームワーク (53.60)
- 3 位 出来事の報告される頻度 (52.09)
- 9 位 組織学習—継続的な改善 (52.75)
- 12 位 医療安全に対する病院管理支援 (53.59)
- 12 位 医療安全に対する総合的理解 (54.97)
- 29 位 過誤に対する非懲罰的な対応 (50.86)
- 35 位 オープンなコミュニケーション (49.48)
- 40 位 人員配置 (51.69)
- 60 位 部署間でのチームワーク (50.93)
- 71 位 仕事の引継ぎや患者さんの移動 (49.57)
- 75 位 エラー後のフィードバック (52.18)

(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、看護学総合実習、全人的医療論

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。*ファカルティ・ディベロップメント…教員が授業内容・方法を改善し向上させるための組織的な取り組み

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を開発し、対面・オンラインの両方で活用している。

医療倫理・医療安全教育の拡充			
倫理観育成とチームのリーダーとしての役割を身につける 医学医療概論・実習 感染予防について 医療倫理の拡充 1年 担当：医学哲学・倫理学講座			
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	医療安全1 WHO topic 1-3
2 チーム医療実習	実習前オリエンテーション WHO topic 4.8
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)	医療安全総論 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 オリエンテーション(医療安全含)
4 臨床実習(必修)	医療の質・安全管理部実習
5 臨床実習(必修)	WHO topic 1-8, 10, 11
6 実践臨床病態学講義	医療事故調査について WHO topic 1.6, 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。

2020年度(令和2年度)から医療安全eラーニングツールである Elsevier 社の SafetyPlus を導入し、職員が医療安全に関して幅広く学ぶ機会を提供している。

(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)、2021年度(令和3年度)は感染拡大防止のため中止し、2022年度(令和4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. 大学院研究科における教育

- ・ 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

教員選考は、原則すべて公募方式で採用している。また、教授候補者選考委員会は、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したが、2021 年度（令和 3 年度）から再開し、2022 年度も実施予定である。

(2) 説明同意文書は非常に充実したが、今後は医療従事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）、2021 年度（令和 3 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

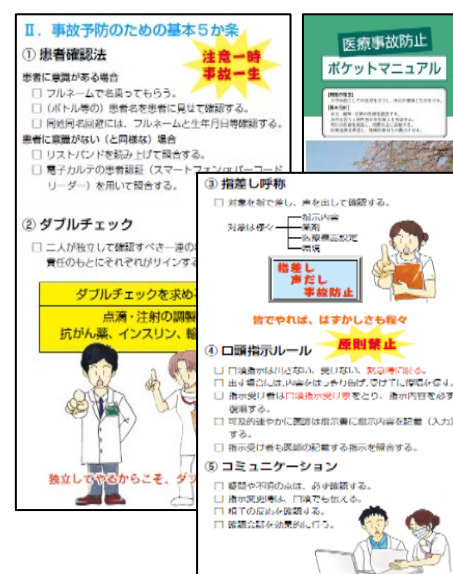
(1) 医療安全職員研修

医療安全職員研修を、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して作成しており、研修スライドを視聴後に 20 問の理解度テストを実施している。

新入職員（医師）に対しては、必須の e ラーニング研修受講を電子カルテのアクセス権付与の条件としている。



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

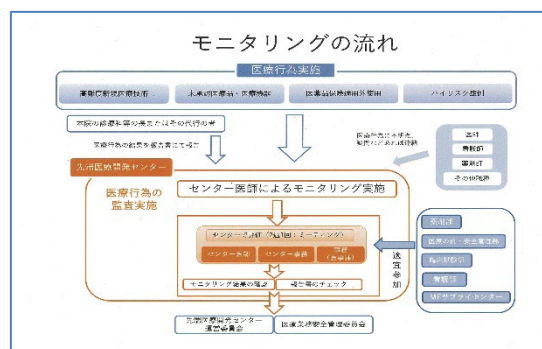
（１）手術導入における技量評価と管理

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) 臨床倫理委員会専門委員会審議後の高難度新規医療技術等の審議案件や、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各診療科等から推薦されたサーベイヤーが行うもので、各科の相互チェックも兼ねる体制を整備した。



- 3) また、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。

（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。コロナ禍による対面での開催が困難となったが、2020 年度秋より on-line によるセミナー開催体制を整備、再開した。
- 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、リーダーシップ、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 月から医学科学部に実施し、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、予定手術枠を臓器別診療科ごとの枠に変更し、枠調整の日を前倒して、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の活動を多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備した。今後は勤怠管理システムにより労働時間の実態を把握した上で、医師労働時間短縮計画を作成し、医師の労務環境の改善に係る必要な措置を講じていく予定である。また、医療勤務環境改善検討委員会が中心となり医師だけでなく全ての医療従事者の労務環境の改善を推進していく。
- (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。

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 月に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)
2021 年度 (令和 3 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) 特定機能病院相互のピアレビュー (同僚評価) 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、正式に相互のピアレビュー (同僚評価) に参画している。

なお、特定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（同僚評価）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

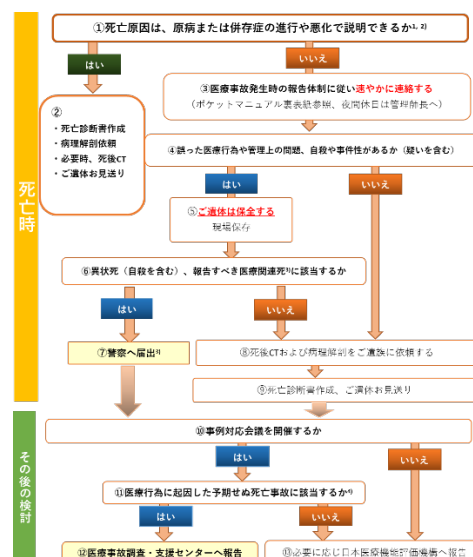
- ・事故調査時の診療録提供、ヒアリング
- ・事故調査手法、医療事故調査支援団体活動牽引制度の確立

■ 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等も含め、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1,442人が申請、673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、医療従事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：みんなでつくる！群大病院ワンチーム～あなたもチームの一員です～
 - ・2021年度(令和3年度)9月13日～17日
テーマ：高めよう医療の質と安全、守ろうみんなの笑顔
- 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、2019 年度からは、他院で医療事故に遭われた方を新たに委員に迎え、外部委員 3 名体制で定期的に行っている。

(4) 患者参加型医療推進委員会の取組

患者参加型医療推進委員会では、これまで以下のような取組について、審議してきました。

- ・説明同意文書の内容と表現
- ・患者とのカルテ共有
- ・誓いの碑の設置

【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

■ 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。

これら改革過程では、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・医学部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、医学系研究科・医学部附属病院一体で改革を進めた。

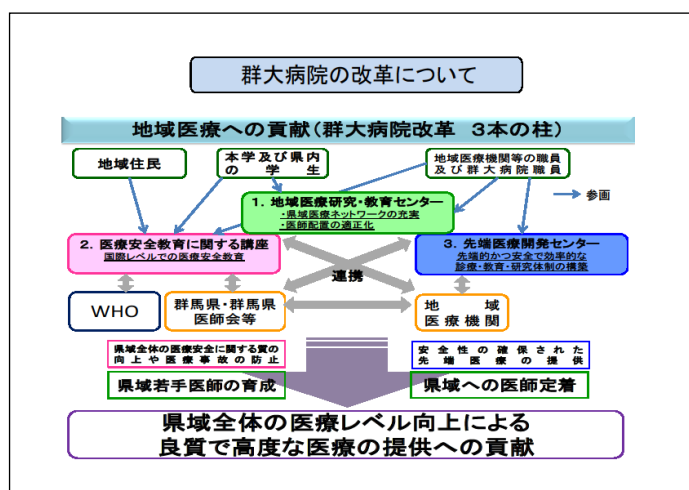
また、医学系研究科・医学部附属病院改革推進委員会の下には、2016 年(平成 28 年)10 月に「提言への対応を進めるための WG」を設置。

その結果は、医学系研究科・医学部附属病院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、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 の活動などを通じて、組織的に医療安全に係る 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。



【改革工程表の項目】

28. 地域医療研究・教育センター設置

群馬県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、県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

2021 年度(令和 3 年度)には、県内全 128 病院対象に実施した書面調査及び群馬大学内の全診療科に実施した書面調査、また、そのうち 8 診療科と行った意見交換などから得られた情報を「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状況等を基に検討を重ね、2022 年度(令和 4 年度)に向けた群馬県医師適正配置方針を公表した。同方針による対応として、群馬大学の各診療科の協力を得て、県内における皮膚疾患に対する診療体制強化のため、高崎・安中保健医療圏内に 2 名の皮膚科医を派遣し、一般的な入院治療が実施できる体制整備を図ることとした。また、県内における頭頸部悪性腫瘍に対する診療体制の再整備のため、東毛地域に 1 名の耳鼻咽喉科医を派遣することとした。

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。

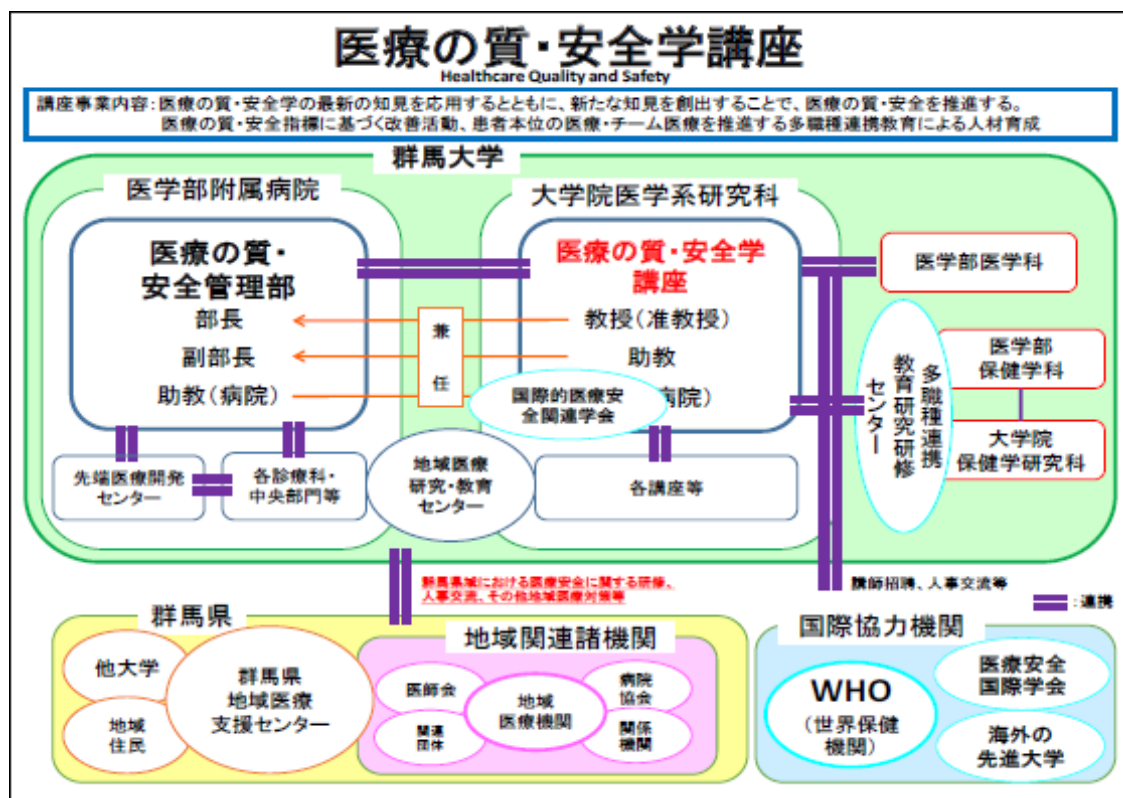
なお、講座の教授は、2017年(平成29年)2月に外部有識者を含む教授選考委員会を設け、公募・選考を経て、2017年(平成29年)11月に着任した。

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。

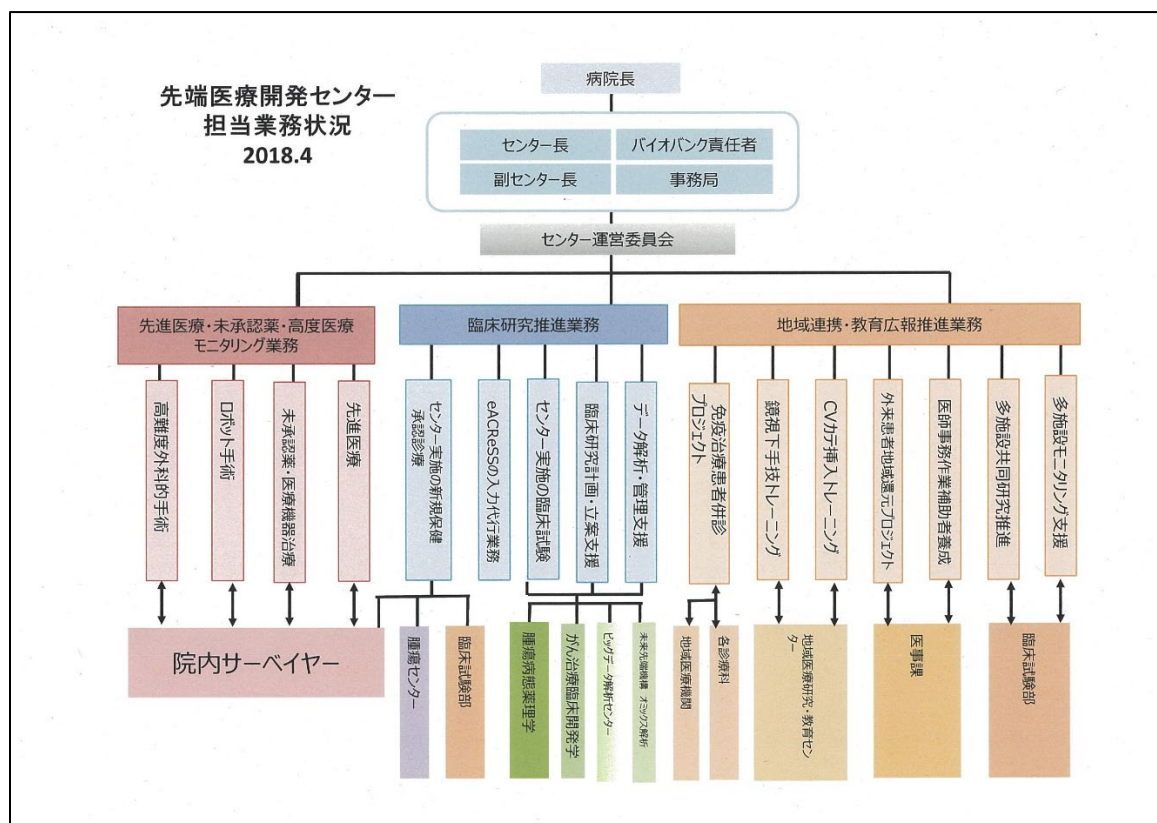
これら医療行為の評価委員会は、2014年(平成26年)8月から稼働している「臨床倫理委員会専門委員会」が業務を継続し、先端医療開発センターは、これら医療行為の相談・倫理審査等の窓口となる。

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(評価調査者)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、医療従事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。

(2022年(令和4年)3月末現在、医師11名、事務職員2名)

2023年(令和5年)4月に医学部附属病院の先端医療開発センターと臨床試験部を統合し、臨床研究の推進と先端医療を支援する体制を構築するための改組を計画している。



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
2022 年(令和 4 年)
7 月 1 日 一部修正・追記

2025年度 患者参加に関するアンケート結果報告

当院では、医療の質と医療安全は、患者さんと医療者が一緒になってつくっていくものと考えています。そのためには、患者さんと医療者の間で、考えていることや感じていることをお互いが共有し、理解を深めながら医療を進めていく「患者参加型医療」が大切だと考え、取り組みを進めてきました。

医療の質・安全管理部

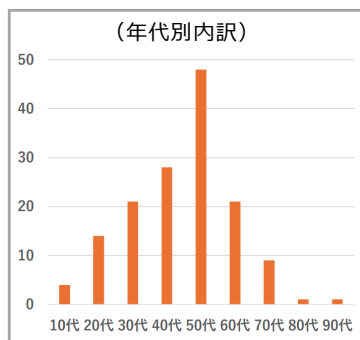
医事課 医療安全係

- ◆ 目的：ご自身が医療に参加することをどれくらい重要と考えているかを具体的に知ること

で、より高い医療の質と安全へ繋げていく

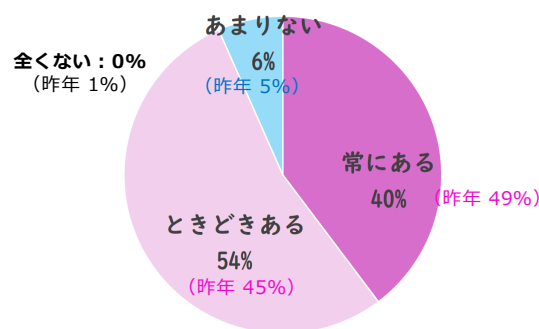
- ◆ 対象：患者さんや市民の皆様
- ◆ 実施期間：2025年9月16日～10月17日
- ◆ 方法：アンケート（Webアンケート/紙面）
→院内掲示、ホームページ、SNSで周知

151名の方に
回答いただきました

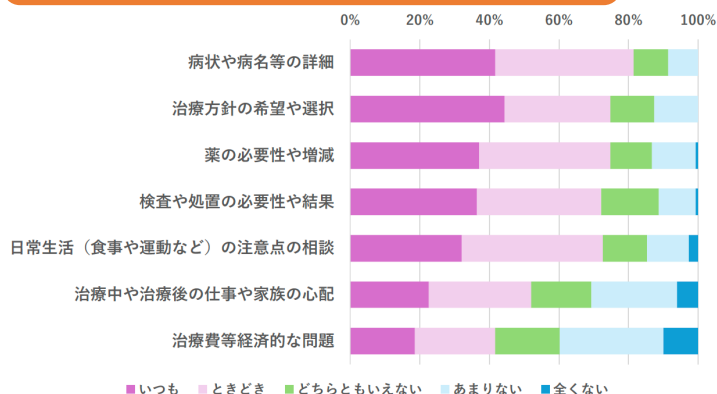


Q1 質問したり気持ちを伝えられている？

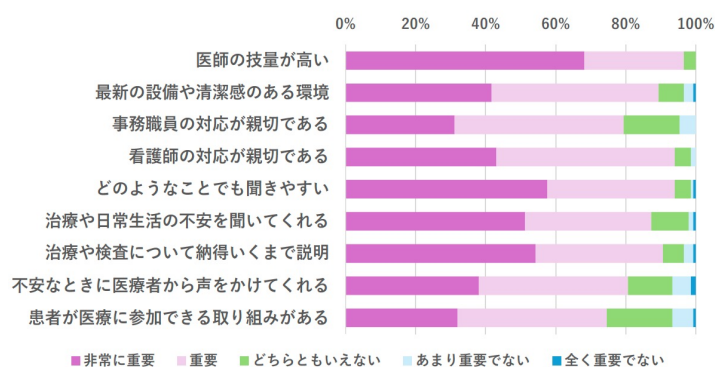
受診の時、医療者に質問したり、自分の考えや気持ちを伝えたりすることはありますか？



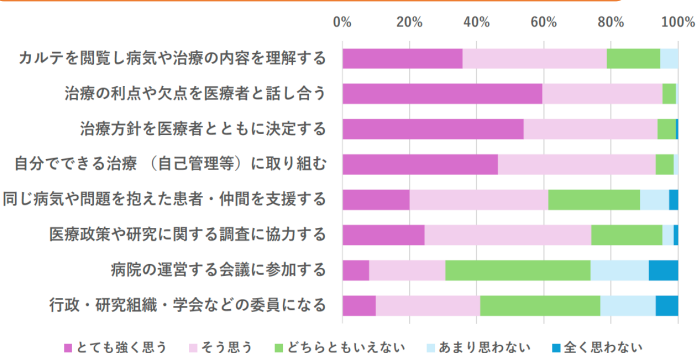
Q2 どんなことを質問しているか？



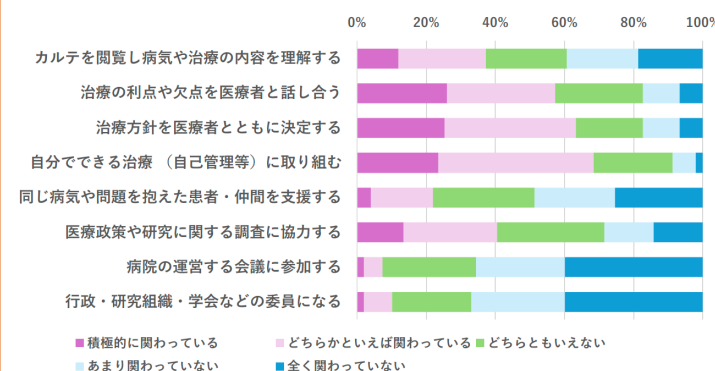
Q3 受診の時、どんなことを重要と感じている？



Q4 どんなかたちで医療に参加したいと思う？



Q5 どんなかたちで医療に参加している？



まとめ

- ・ 「常に」質問したり、自身の考えを伝えたりしているという回答は40%であり、「ときどき」を含めると94%でした。
- ・ 病状や治療にかかわる質問はしやすいが、仕事や家族の心配ごと、経済的な問題は質問しにくいという結果でした。
- ・ 医師の技量の高さ、聞きやすさ、納得いくまで説明してくれることが重要と感じているという結果でした。
- ・ 治療内容についての話し合いや治療方針の決定への関わりの他、自分でできる治療に取り組むことで医療に参加していました。
- ・ 医療者は、分かりやすい説明とともに、患者さんが気兼ねなく質問し、希望を伝えられるよう心がけ、患者参加型医療を推進していく必要があると考えます。

「カルテ共有」に関するアンケート結果報告

医療の質・安全管理部
医事課医療安全係

はじめに

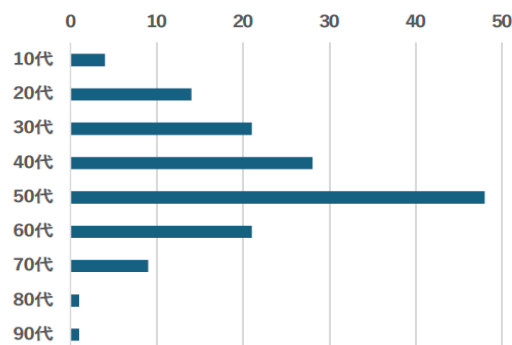
当院では患者参加型医療の一環として、患者さんがご自身のカルテを見ることができ、これを「カルテ共有」と言っています。2019年より入院カルテを、2024年12月より外来カルテを、院内に設置された専用端末で閲覧することができます。

調査方法

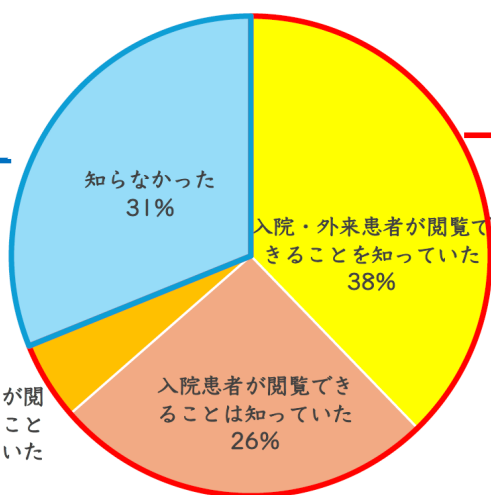
- 実施期間：2025年9月16日～10月17日
- 回答方法：紙面(院内) または Googleフォーム
- 周知方法：院内掲示、ホームページ、SNSで周知

151名の方にご回答頂きました

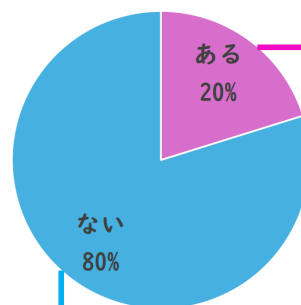
(回答者の年代)



自身のカルテを閲覧できることを知っていましたか？



自身のカルテを閲覧したことがありますか？



【カルテを閲覧した感想】

- ・ 病気や治療内容に対する理解が深まった (85.7%)
- ・ 不安が解消された (33.3%)
- ・ 他の人に勧めたいと思った (9.5%)
- ・ 病気や治療内容がよく分からなかった (9.5%)

(参考資料①参照)

【カルテ閲覧を希望する理由】

- ・ 病気について理解を深めたい (98.2%)
- ・ 治療に対する理解を深めたい (87.3%)
- ・ カルテがどういうものか興味がある (27.3%)
- ・ カルテの内容に誤りがないか確認したい (21.8%)

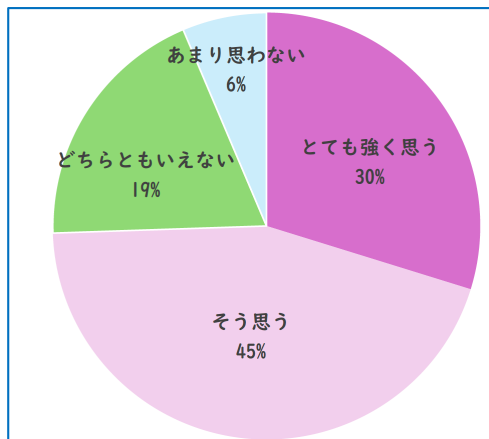
(参考資料②参照)

【カルテ閲覧を希望しない理由】

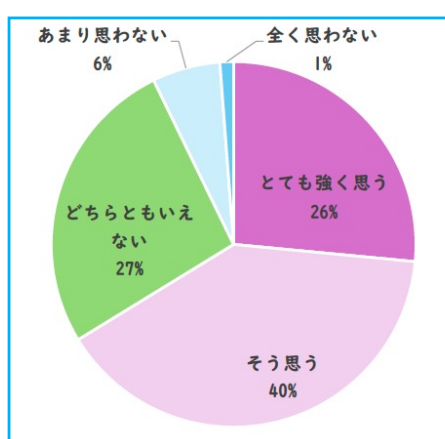
- ・ カルテを見ても分からないため (35.7%)
- ・ すでに病気や治療内容を十分理解しているため (32.1%)

(参考資料③参照)

自身のカルテを閲覧したい？



カルテを閲覧したことはないけれど、閲覧してみたい？



- ・ 当院での「カルテ共有」の取り組みを知っている方が7割おり、そのうち実際に自身のカルテを閲覧したことがある方は2割いました。カルテを閲覧した感想として、86%の方が「病気や治療内容に対する理解が深まった」、33%の方が「不安が解消された」と回答していました。
- ・ 「カルテ共有」について知らない方の中でも、75%の方が自身のカルテを閲覧してみたいと回答していました。
- ・ カルテ閲覧を希望しない理由として、「カルテを見ても分からないため」「すでに病気や治療内容を十分理解しているため」と回答した方がそれぞれ3割ほどいらっしゃいました。

「カルテ共有」に関するアンケート結果報告

(参考資料①)
カルテ閲覧をしたことがある方に伺います。
ご自身のカルテを閲覧してどのように感じましたか？（複数回答可）
（回答：21名）

病気や治療内容に対する理解が深まった	18	(85.7%)
不安が解消された	7	(33.3%)
病気や治療内容がよく分からなかった	2	(9.5%)
他の人に勧めたいと思った	2	(9.5%)
医師や看護師に対する不満・不信感が減った	1	(4.8%)
不安になった	1	(4.8%)
不愉快になった	0	
医師や看護師に対する不信感が増した	0	

(参考資料②)
カルテ閲覧をしたことがない方に伺います。
「ご自身のカルテを閲覧したい」ととても強く思う」「ご自身のカルテを閲覧したいと思う」と回答した理由を教えてください。（複数回答可）
（回答：55名）

自身の病気についての理解を深めたいから	54	(98.2%)
治療に対する理解を深めたいから	48	(87.3%)
カルテがどういうものか興味があるから	15	(27.3%)
カルテの内容に誤りがないか確認したいから	12	(21.8%)
医師や看護師の説明内容がよくわからないから	4	(7.3%)
担当医師や病院職員に不満・不信感があるから	3	(5.5%)
治療内容に不満・不信感があるから	2	(3.6%)
勧められたから	0	

(参考資料③)
カルテ閲覧をしたことがない方に伺います。
「ご自身のカルテを閲覧したいか」の質問に「どちらともいえない」「あまり思わない」「全く思わない」と回答した理由を教えてください。（複数回答可）
（回答：28名）

カルテを見ても分からないと思うため	10	(35.7%)
すでに自身の病気や治療内容を十分理解しているため	9	(32.1%)
関心がないため	4	(14.3%)
操作が大変そうと感じるため	2	(7.1%)
時間や身体的に大変なため	2	(7.1%)
カルテを閲覧するための手続きが分からないため	2	(7.1%)

（その他の意見） 内容を見ると怖くなるかもしれない。逆に心配になる気がする。IDを事前にとるため面倒。
医師が入力しているのを見ているため。都度先生と会話し画像等も説明されているため。
詳細な情報を知れることはよいが、病状を知ることだけでなく、不明点や疑問を解消できなかった場合に、逆に不安が大きくなってしまうと思うから。
知りたくないことを知るのは嫌なので。そのうえで自分に必要な情報は十分に説明されていると感じるから。

資料5

傍聴者には未配付

資料6

傍聴者には未配付

2026年度

医療安全週間

テーマ：「Safe care for noncommunicable diseases（非感染性疾患に対する安全なケア）」



開催期間

2026年9月14日(月)～9月18日(金)

開催内容



誓いのつどい



医療安全講演会



ポスター・標語掲示



患者参加型
アンケート実施

詳しくは裏面をご覧ください

主催

群馬大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

共催

群馬大学 多職種連携教育研究研修センター

お問い合わせ

医事課 医療安全係

kk-miryo6☆ml.gunma-u.ac.jp (☆→@)

医療安全週間 2026

すべての職員が患者安全を第一に考え、より安全安心な医療の提供を、患者さんやご家族とともに進めていくために開催します。

2026年度は「非伝染性疾患の安全なケア」がテーマとなっています。



01 誓いのつどい



日時：2026年9月14日（月）
16時30分開始予定

場所：誓いの碑 前



02 医療安全講演会



専門医共通講習と
しても
開催します！

日時：2026年9月18日（金）
17時00分開始予定

演題：「母の医療事故死に向き合って」
私の医療安全への歩み

講師：千葉 浩司 氏

場所：臨床大講堂



03 各部署の医療安全の 取り組みに関する ポスター・標語掲示



掲示期間：2026年XX月XX日（X）
～XX月XX日（X） 予定

場 所：尾瀬前廊下

投票方法：

- ① 掲示されたQRコードから投票
- ② 設置された投票スペースで紙投票



04 患者参加型医療推進に向けた アンケート実施



アンケート期間：2026年X月XX日（X）
～XX月XX日（X） 予定

回答方法：

- ① 掲示されたQRコードから回答
- ② 設置された回答スペースで紙回答
 - ・ 外来棟1階 患者支援センター前
 - ・ 中央診療棟エレベーター横（尾瀬前）

お問い合わせ 医事課 医療安全係

kk-miryo6☆ml.gunma-u.ac.jp（☆→@）

誓いのつどい

次 第（案）

日時：令和8年9月14日（月）16時30分から ※小雨決行

場所：群馬大学医学部附属病院 誓いの碑（噴水広場内）

出席予定者：病院長，副病院長，特命副病院長，病院長補佐，特命病院長補佐，
医療の質・安全管理部長，臨床系教授，令和8年度新入職員，患者
参加型医療推進委員会委員，リスクマネージャー ほか

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 開会のことば | 《総務課長》 |
| 2. 黙とう | 《列席者一同》 |
| 3. 誓いのことば | 《齋藤病院長》 |
| 4. 碑文唱和 | 《病院関係者一同》 |
| 5. 閉会のことば | 《総務課長》 |

医療安全講演会2026

資料7-3

R8.6.22患者参加型医療推進委員会

演題

「母の医療事故死に向き合って」
私の医療安全への歩み

講師

医療過誤原告の会

千葉 浩司 氏

9.18 (金)

17:00~18:00(予定)



2014年、都内の病院で発生したウログラフィンの誤投与事故により母を失う。その後、病院が事故の責任を認め謝罪し和解した。被害者や遺族をサポートするため、医療過誤原告の会に入会し、医療安全の向上を目指して活動している。

01 教職員

場所：臨床大講堂

申込：不要

02 一般参加

場所：オンライン

申込：要(9/15まで)

03 専門医共通講習

場所：臨床大講堂

申込：要(8/XXまで)

※群大教職員以外も参加可

申込方法



以下のURLからもお申込みいただけます
(XXXXXXXXXXXX)

お問い合わせ先

医事課医療安全係

kk-miryo6☆ml.gunma-u.ac.jp (☆→@)

QRコード

群馬大学医学部附属病院2026年度医療安全週間

主催 群馬大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

共催 群馬大学 多職種連携教育研究研修センター

群馬大学医学部附属病院 IC 録音実施指針

令和 8. 6. 2 病院運営会議制定

1 目的

本院では、患者参加型医療の取組みの一環として、インフォームド・コンセント実施時の録音（IC 録音）を 2018 年 1 月に開始した。この試みは、患者の理解を助ける、家族などと情報を共有する、医療者と患者との間の理解のズレを防ぐ、などの効果が期待される。

2 IC 録音の対象となる場面

- (1) 説明同意文書を用いた IC や患者の生死に関わる場面、治療方針の大きな転換点での IC や病状説明などを対象とする。
- (2) 次にあげる医療行為については原則として実施するものとする。
 - ア 全身麻酔・硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔を伴う外科的処置
 - イ 外科的あるいはカテーテル挿入等を伴う処置（PICC、イレウス管及び feeding tube の挿入並びに既存ドレーンの交換は除く）
 - ウ 悪性腫瘍に対する全身化学療法の実施
 - エ 高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等、倫理的課題がある場合
 - オ 内視鏡治療であって、入院を要するもの
 - カ 放射線治療

3 実施手順

IC 録音の実施を患者及びその家族等に伝え、同意が得られなかった場合には実施しない。同意が得られなかった場合には、その旨診療録に記載する。

4 その他

実施件数は従来通り毎月診療科毎に集計し、定期的に臨床主任会議で報告を行う。実施数が明らかに少ないと考えられる医療行為については、当該診療科に対して、病院長から勧告を行うことがある。

群馬大学医学部附属病院カルテ共有サービス利用要項

令和 8. 5. 2 5 制定

(目的)

第1 この要項は、群馬大学医学部附属病院（以下「本院」という。）が提供するカルテ共有サービスの利用に関し必要な事項を定め、本院における患者参加型医療の推進を図ることを目的とする。

(定義)

第2 この要項において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) カルテ共有サービス 本院が患者に対して提供する、本院が保有する患者本人に関する診療記録その他の医療情報を、当該患者が閲覧し、又は利用するためのサービスであって、第2号の診療記録共有システム及び第3号のPHRサービス(Personal Health Record サービス)をいう。
- (2) 診療記録共有システム 本院の医療情報システムに実装された機能を用いて、本院が保有する患者本人に関する診療記録その他の医療情報のうち、本院が当該システムにより閲覧可能とする情報を、患者が閲覧する仕組みをいう。
- (3) PHR サービス 本院が保有する患者本人に関する診療記録その他の医療情報のうち、本院が定める範囲の情報を、患者本人が保有するスマートフォンその他の情報通信端末から閲覧し、又は利用することができるよう、本院が提供するものをいう。本院は、当該サービスの提供の全部又は一部を外部事業者に委託することがある。

(対象者)

第3 カルテ共有サービスの対象者は、次の各号をすべて満たした者とする。

- (1) 本院通院中又は入院中の18歳以上の患者本人
- (2) カルテ共有サービスを利用することにより治療に支障がない者

2 カルテ共有サービスの許可を得た者が、自己の判断と責任において、カルテ共有サービスにより閲覧可能な情報を本人以外の者に共有することは妨げない。

(カルテ共有の手続き)

第4 対象者のうちカルテ共有サービスの利用を希望する者は、診察時等に担当医（臨床研修医除く。以下同じ。）にその旨を申し出るものとする。ただし、当該対象者が入院中の場合は、別に定めるカルテ共有申込書を病棟スタッフ経由又は直接担当医に提出することができる。

2 利用希望の申出又は申込書の提出があった場合、担当医は閲覧の可否を判断し、許可す

る場合には、パスワードを発行し、本人に交付する。不許可の場合は、本人にその理由を説明する。

- 3 不許可決定に不服がある者は、別に定める様式により、病院長に対し異議申立てを行うことができる。病院長は、診療科長及び担当医と協議し、可否を決定する。不許可とする場合は、患者本人又は第三者の権利利益の保護及び診療上の支障の防止に配慮し、理由の概要を必要な範囲で示すものとする。
- 4 臨床研修医がカルテ共有サービスの利用の申出を受けた場合は、上級医に対応を依頼するものとする。依頼を受けた上級医は、本項に準じて手続きを行うものとする。

(不許可事由)

第5 カルテ共有サービスを不許可とする事由は、次の各号に定めるとおりとする。

- (1) 第三者の利益を害するおそれのある場合
- (2) 患者本人の心身の状態を著しく損なうおそれのある場合
- (3) カルテ共有サービスの利用によって診療に明らかな支障が生じる場合
- (4) 法令に違反する場合
- (5) 虐待事案又は犯罪事案に関係し、又はその疑いがある場合
- (6) 交通事故に関係する場合
- (7) 詐病が疑われる場合
- (8) その他、病院長が不許可と判断した場合

(PHR サービスの利用申込み)

第6 第3の対象者であって、診療記録共有システムの閲覧パスワードの発行を受けており、かつPHRサービスの申込み時において当該パスワードが有効期限内にある者が、PHRサービスの利用を希望する場合には、別に定めるPHRサービス申込書を本院に提出するものとする。

- 2 申込書の提出をもって、当該対象者は、本要項及び本院又はPHRサービスの提供を受託する事業者が別に定める利用条件等に同意したものとみなす。

(個人情報の取扱い)

第7 本院がPHRサービス利用者に関する個人情報を、PHRサービスの提供を受託する事業者へ提供する場合には、次の各号のいずれにも該当しなければならない。

- (1) 適正な申込書の提出により、PHRサービス利用の意思表示があった場合
 - (2) 本院担当者の確認により、申込者の本人確認ができた場合
- 2 その他個人情報の取扱いは「国立大学法人群馬大学の個人情報の取扱いに関する基本方針」に基づくものとする。ただし、PHRサービスの提供を受託する事業者に提供された個人情報は、当該事業者が別に定める利用規約、個人情報保護方針等に基づき取り扱われ

るものとする。

(医療情報の提供の一時停止)

第8 本院は、PHR サービス利用者へ事前に通知することなく、メンテナンスやシステム障害その他やむを得ない事由により、PHR サービスへの医療情報の提供を一時的に停止することができる。医療情報の提供を一時停止する事由が解消されたときは、速やかに医療情報の提供を再開するものとする。

(異常検知時の対応)

第9 第三者によるなりすまし利用その他の異常を本院が検知した場合には、本院は正規利用者へ事前に通知することなく、当該利用者登録を無効にし、閲覧を停止することができる。

(禁止事項)

第10 カルテ共有サービスの利用者は、次に掲げる行為を行ってはならない。本院は、利用者がこれに違反した場合には、その程度に応じ、カルテ共有サービスの利用停止その他の必要な措置を講じることができる。

(1) 本要項に規定する利用条件に反する用途で利用すること

(2) カルテ共有サービスにより閲覧した情報又は閲覧画面を SNS 等に掲載し、本院若しくはその関係者又はその他の第三者を誹謗中傷し、不利益若しくは損害を与え、又はそれらのおそれのある行為

(3) その他本院がカルテ共有サービスの運営管理上、不適切と判断する行為

(免責事項等)

第11 本院は、カルテ共有サービスの内容変更又は提供の停止、中断、中止若しくは終了によって生じた損害について、一切の責任を負わないものとする。

2 本院は、法令上本院が責任を負うべき場合を除き、カルテ共有サービスの利用により利用者に直接又は間接的に発生した不利益又は損害について、責任を負わないものとする。

(要項の改廃)

第12 この要項の改廃は、医療の質向上委員会の議を経て、医療の質向上委員会委員長が行う。

(雑則)

第13 この要項に定めるもののほか、カルテ共有サービスの利用に関し必要な事項は、医療の質向上委員会委員長が別に定める。

附 則

- 1 この要項は、令和8年 月 日から施行し、令和8年3月2日から適用する。
- 2 群馬大学医学部附属病院における患者との診療記録共有システムの運用についての
申合せ（令和6年12月6日制定）は廃止する。

