

神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会による

「42 の提言」アクションプラン
令和7年度 達成状況報告書

令和8年2月27日

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構

神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会による
「42 の提言」アクションプラン 令和 7 年度 達成状況報告書 目次

1	はじめに	P. 1
2	意見書の受け止め	P. 1
3	42 の提言とプランの対応関係	
	こども医療センター向け提言 19 提言	P. 3
	機構全体向け提言 23 提言	P. 4
4	令和 7 年度 プラン達成状況概括	P. 5
5	令和 7 年度 プラン達成状況一覧表	P. 7
6	プラン別達成状況	P. 8

1 はじめに

令和7年度は、「42の提言」アクションプラン（以下「プラン」という。）計画期間の中間年として、初年度（令和6年度）の未達課題と2年目からの実践的タスクに対応する必要性から、5病院、本部がそれぞれ主体的に取組を推進しながら、適宜適切に連携し、積極的に医療安全改革を前進させた。

プランは、進捗状況を管理する中で、毎年度のPDCAにより更新を行うこととしており、令和7年度においては、医療安全推進体制に係る外部調査委員会からの意見書（以下「意見書」という。）や初年度の取組に基づく気付きなどを踏まえ、一部のプラン統合、明確化を含む改訂を実施した。

本報告書は、令和7年度のプラン達成状況を総括し、可能な限り定量的に自己評価するとともに、プラン最終年度に向けた展望をとりまとめたものである。

（実績は全て本書作成時点、データ集計は令和7年4月～12月のもの）

2 意見書の受け止め

令和7年2月26日、第12回神奈川県立病院機構医療安全推進体制に係る外部調査委員会が開催され、「42の提言」で提起されていた、「提言から概ね1年後の取組の達成状況確認」が行われた。

この確認を踏まえ、3月18日、医療安全推進体制に係る外部調査委員会より「意見書」が示され、取組に対し「機構5病院における改革の土台が整備されつつある」との評価の一方、

- ・ インシデント管理、有事対応、平時活動の関係性を把握し、院内を統括する高度専門性を有した患者安全専従管理者の計画的育成が急務であること
- ・ 機構5病院全体のインシデント報告状況、職種別割合が、透明性確保のための最低水準に達していないこと
- ・ 機構5病院として、注目すべきリスクカテゴリー（ネバーイベント）をQIとして定め、ガバナンスの一直線化を図ること
- ・ インフォームド・コンセント委員会の設置、QIとガバナンスの一直線化など患者に直接関係する部分の達成が弱いこと
- ・ 「42の提言」の意図を正しく理解し、病院間で認識のずれを生まないよう、細心の注意とコミュニケーションを図りながら、改革を継続すること

など全10の意見、指摘が示された。

特に、インシデント報告の目標達成により、透明性を担保しながら過誤判断の精度向上を図ること、注目すべきリスクカテゴリーを機構として定め、5病院一体としての安全に対するガバナンス一直線化を図ることについては「42の提言」に込められた患者安全確保の核心であり、機構として早期達成の必要性を改めて認識した。

令和7年7月4日、意見書の受け止めと初年度の取組結果などから、

- ・ インフォームド・コンセント委員会における外部委員に関して、法律の専門家を専任し、必要時に招聘する制度を検討すること
- ・ 患者の権利確保や患者市民参画の取組を効果的に推進するため、一部のプランを整理、統合すること
- ・ 機構全体における一層の共通理解を図り、取組を効果的に推進するため、インシデントに関する「共通テーマ」を医療安全管理部門が優先的にトリアージすべき事象の目安（ネバ

ーイベント的なもの)として再定義し、「重点項目」と呼称を改めること
などのプラン一部改訂を実施し、残る２年間の取組に対する一層の明確化を図った。

3 42の提言とプランの対応関係

こども医療センター向け提言 19 提言

提言番号	提言概要	対応プラン番号	プラン上の実施主体
①	「患者さんの命と安全を第一に考えます」（こども医療センター基本方針）の文言を携帯するポケットマニュアルの第一頁に記載するとともに、ポケットマニュアルの携帯が義務であることを記載する。さらに同方針を全部局に掲示する。	10	機構全体
②	総長は、全職員に対し、本死亡事故の概要と院内調査結果の概要及び、本調査結果（本書）について説明する機会を持つ。また、本調査結果については、全職員に報告書全文を配布する。	19	こども医療センター
③	センター内のマイクロシステムを特定し、診療体制を点検する。 本格的な小児科診療経験を有さない医師に対する「着任時小児診療研修ローテートプログラム（仮称）」を用意し、医師の年次に関係なく実施する。研修内容やその期間については、全診療科長の合意の下、決定する。 総合診療科、救急・集中治療科などと連携して、全身管理に不得手な医療者のサポートチーム体制を構築する。	20	こども医療センター
④	看護師の判断力、並びにリスク感性が涵養するよう、（若手看護師の）フィジカル・アセスメント能力、データの読解力、急変時等の柔軟な対応力、PNSにおける先輩看護師の指導力向上などの教育・指導と共に、実践に向けての多重課題シミュレーションや急変時対応訓練などを導入する。	13	機構全体
⑤	年齢別混合病棟に潜在するリスクについて、現状を把握し対策を検討、改善を図る。	21	こども医療センター
⑥	患者の自己決定権を擁護するための院内の体制を強化する。患者の権利確保について検討する恒常的な委員会（Patient-Centered Care Team等）を設置し、モニタリング体制を敷く。	5	機構全体
⑦	インフォームド・コンセント委員会を設置し、文書による説明が必要な医療行為と説明項目を定める。 各診療科は文書を作成し、委員会の審査・承認を受ける体制とする。 委員会は定期開催とし、院内のIC全体の管理・モニタリング（診療録記載の確認・熟慮期間の確保・他職種の同席率等）を行う。	3	機構全体
⑧	リスクマネージャー会議に恒常的に欠席している医師について、交代を検討するか、会議の開催時間、開催形態を工夫する。	22	各病院
⑨	インシデント報告数について、第一段階として総報告数2,840件/年以上、医師からの報告230件/年以上、医師・看護師以外からの報告570件以上、この3要件の同時達成を目指す。	26	こども医療センター
⑩	オカレンス報告制度（予め報告すべき事象群を特定し、それらが発生した場合、無条件で報告する制度）を導入し、ポケットマニュアルにオカレンスリストを掲載する。その中に、職員のDisruptive Behavior（怒鳴る、高圧的な態度をとる、嫌味を言う、無視するなど、他者を脅かすような破壊的行為）を加える。	10	機構全体
⑪	診療のクオリティを統率、管理する部門を設置（あるいは指定）し、QIを用いた安全業務のプロセス管理とアウトカム管理を行う。病院全体の年間数値目標を複数設定し、全部署が、その中から自部署の目標を選択する等、いわゆる「ガバナンスの一直線化」を図る。	8	機構全体
⑫	全職員対象の医療安全研修会への参加率において、一人当たり2回以上/年を達成する。特に、全医師に対する患者安全教育を強化する。	23	各病院
⑬	院内救命の質向上を図るワーキングを設置し、定期開催とする。早期警戒スコア、RRS、プロアクティブ・ラウンド、BLS（一次救命処置）、PALS（小児二次救命措置法）、患者急変時シミュレーション、それらの教育体制・受講管理体制などを包括的に議論し、整備する。	11	機構全体
⑭	チームSTEPPSなど、全職員を対象としたチームスキルトレーニングを導入し、2回チャレンジール、SBAR、ハドルなど、伝達エラーを制御するためのノンテクニカルスキル・ツールを教育する。	11	機構全体
⑮	医療事故調査制度上の医療事故該当性の判定の際に、判断過程（医療起因性の有無・予期性の有無等）をそれぞれ議事録に残す。	24	各病院
⑯	日常発生するインシデント・アクシデントに対し、減免が必要かどうかといった過失判断等について、顧問弁護士などとの定期的な連携体制（早期の医法連携体制）を確保する。	7	機構全体
⑰	医療事故調査を担当する責任部署や事務局を再度明確にする。事故発生時における対話推進者との連携体制を構築する。また、定型調査手法を学ぶことのできるトレーニングセミナー等に担当者を派遣する。	4、16、24	各病院
⑱	カルテ開示体制を点検し、開示対象範囲の明確化・相談体制の充実を図る。	25	各病院
⑲	病院幹部は、本部事務局及び県への報告基準、報道公表基準、報道時の遺族との情報共有のあり方等について、より具体的に基準を定め職員と共有する。	18	本部

機構全体向け提言 23 提言

提言番号	提言概要	対応プラン番号	プラン上の実施主体
⑳	本部事務局は、医療安全、医療事故対応、医療事故調査、医療事故防止などにおいて、各病院の主体性を育むとともに、適切な監視と支援を行い、底上げ・標準化に積極的に関与する必要がある。	—	本部
㉑	外部委員のみで構成される神奈川県立病院機構監査委員会を設置し、全病院に対し、患者安全監査を行うことを提案する。その監査結果については定例協議会で共有する。	1	本部
㉒	機構全体として、医師GRMの育成、現在3年程度の看護師GRMの任期の見直し、GRMIに対する計画的かつ継続的な教育機会の提供（長期研修プログラムなどへの参画）、複数のGRMの配置、データ管理のできる事務職員の配置などを検討する。	2	本部
㉓	インフォームド・コンセント委員会に、患者の立場を代弁できる外部委員を任命する。	3	機構全体
㉔	機構は各病院の対話推進者と連携し、対応しきれていない案件、あるいは対応が必要だが、病院が積極的に関与できていない案件、苦情の長期化をきたしている案件等について情報共有し、支援を行う。	4	機構全体
㉕	重大な問題を把握するため、5病院全体（1,651床）で、①インシデント報告総数10,900件以上、②医師からのインシデント報告数870件以上、③医師・看護師以外の職種からの報告率20%以上、の同時達成を目指す。	26	各病院
㉖	例えば「転倒による骨折」、「アレルギーインシデント」、「輸血に関するインシデント」、「患者誤認」など、病院全体で取り組む共通テーマを幾つか選定し、日々のインシデント分析において、優先的にトリアージ（選別）する。	6	機構全体
㉗	医療ミスによって発生した医療費であれば、軽微なものであっても病院で負担する体制（いわゆる減免体制）を構築する。	7	機構全体
㉘	機構は毎年、機構5病院の合同目標を複数設定する（目標は可能な限り数値目標とする）。各病院は、その目標に沿ったQIを設定し、各病院内の全部署に提示する。各病院内の全部署は、それらの中から自部署の目標を選択し、1年間取り組むこと（いわゆるガバナンスの一直線化）を企図する。	8	機構全体
㉙	機構病院間で医療事故情報やベストプラクティスを共有し、患者安全対策の標準化を推進する。	9	機構全体
㉚	全病院において、職員携帯用の患者安全ポケットマニュアルを整備し、共有できる部分は内容を統一する。	10	機構全体
㉛	がんセンターに倣い、RRS、全職員を対象としたチームスキルトレーニング（チームSTEPPS等）の導入を推進する。	11	機構全体
㉜	全病院の医師のセクションリスクマネージャーを対象に、患者安全のためのリーダーシップ研修を行う。	12	機構全体
㉝	若手看護師のフィジカル・アセスメント能力、データの読解力、急変時等の柔軟な対応力、PNSにおける先輩看護師の指導力などを養い、向上させるにはどうすればよいか、5病院合同のワーキングを設置し、対策を検討する。	13	機構全体
㉞	全病院において、AHRQ（医療品質研究調査機構）安全文化調査を実施する。	14	機構全体
㉟	全病院において、患者市民参画（Patient Public Involvement）の取り組みを推進する。さらに、患者参加型医療推進委員会・Patient-Centered Care Team等を設置し、患者の自己決定権を擁護するための院内の体制を強化する。	5	機構全体
㊱	病院幹部、医療安全管理責任者、GRMIに対し、医療事故調査制度上の医療事故該当性の判断・定型医療事故調査手法習得のための講習会等を開催する。	16	本部
㊲	5病院全体における年間死亡者数、医療事故該当性を判断するための臨時委員会の開催数、事故調査数などを明らかにし、経年推移をモニターする。	27	各病院
㊳	5病院共通の外部参加型院内事故調査規約を策定する。	18	本部
㊴	5病院それぞれにおける重大事故に関する患者相談窓口（対話推進者）とGRMの分業、連携状況について、現状を調査するとともに、課題案件の進捗を共有する。	4	機構全体
㊵	こども医療センターの医療事故の調査結果、その他、過去に行われた事故調査の報告書や再発防止策等について、機構全体で共有する。	17	機構全体
㊶	医療事故が起きた場合の機構理事長への報告や、機構ホームページへの掲載方針を明文化する。	18	本部
㊷	機構及び県への報告基準、報道公表基準、報道時の遺族との情報共有のあり方等について、改めて整理を行い、職員と共有する。	18	本部

※ 提言番号㉔はプランの適切な実施により実現する事項として個別プランとしていない。

4 令和7年度 プラン達成状況概括

令和7年度は、前年度中に目標達成に至らなかったタスクへの対応や検討後の実践的段階にあるタスクを推進することから、引き続き、中心の実務を病院 GRM が担いつつ、四半期ごとに開催される医療安全ワーキング・グループが実質的な進捗管理、情報共有の場として有効に機能し、積極的なプラン推進を図った。

機構全体の取組としては、

- ・ 神奈川県立病院機構医療安全監査委員会を開催し、医療安全監査基本計画の策定、病院実地監査に係る監査項目の決定
- ・ 5病院にインフォームド・コンセント委員会、QI 委員会を設置（令和6年度未設置病院の対応）
- ・ 日々のインシデント分析におけるトリアージの基準（ネバーイベント的なもの）として「重点項目」の設定
- ・ 透明性を担保し、機構全職員で取り組む質指標としての医療安全共通 QI の設定
- ・ 病院幹部職員、リスクマネージャー等を対象に、外部資源を活用したチーム STEPPS 研修の開催

などを行った。

こども医療センターにおいては、総合診療科による外科系診療科サポート及び救急・集中治療科における内科系呼吸器管理サポートなど個別に受けた提言への対応を着実に実施し、引き続き、安全・安心な医療提供に努めた。

また、こども医療センターとしてチーム STEPPS の理念やスキルを速やかに展開するための研修を計画的に開催し、職員のチームワークやコミュニケーション能力向上を図った。

一方、

- ・ 医療対話推進者の人員確保、育成に関する検討が機構全体として十分に行えなかったこと
- ・ Patient-Centered Care に関する基本的な考え方の整理、検討に至らなかったこと

など令和6年度に未達となっていた、医療対話推進者や患者中心性に関する検討に進捗が見られなかった。

各プラン及びタスクの達成状況の評価については、前回（令和6年度）同様、次のとおり実施した。

プランの達成状況 → プランのタスクの内、達成状況をAと評価した数
(3年間の計画でどの程度進捗しているか)

タスクの達成状況 → A：達成、B：取組進行中、C：未着手、－：対象外

個々のタスクは必ずしも定量指標としての機能を有していないが、

- ・ 実施できたか否か
- ・ 対象となる病院中何病院が達成したか
- ・ タスク中の目標の内いくつを達成したか

というように可能な限り定量的に分解し、達成状況を判断した。

結果として、2年間で下表のとおり、プラン全体では7割を超える進捗となったが、タスクとプランの「重み」は均等でないこと、令和8年度評価対象のタスクも含まれることから、この達成状況は一つの目安として捉える。

「A：達成」のタスク数 57	3年間の総タスク数 77	進捗 74.0%
	令和7年度までの対象タスク数 66	進捗 86.3%

なお、プランはその達成により、単に医療安全基盤体制やシステムといった構造的な整備がなされるだけでなく、全職員が改めて患者安全を医療提供の大前提として認識し、安全・安心な医療を提供し続けるための「組織風土・文化の醸成」に繋がるものである。

こうした認識に立ち、プラン最終年度である令和8年度においても機構の総力を挙げて取組を推進する。

5 令和7年度 プラン達成状況一覧表

No.	プラン名	5つの提言 区分（視点）	達成状況	対令和7年度 達成状況	実施主体
1	神奈川県立病院機構監査委員会設置、監査実施	(1)	5/5	5/5	本部
2	医療安全管理者、医療安全に係る事務職員の配置、育成等	(1)	4/5	4/4	
3	外部委員を含めたインフォームド・コンセント委員会等の設置	(1)	1/6	1/3	機構全体
4	医療対話推進者との連携体制の構築	(1), (4)	1/5	1/4	
5	Patient-Centered Careに係る委員会の設置	(1), (3)	1/6	1/2	
6	重点項目（共通テーマ）の設定と分析	(2)	4/4	4/4	
7	減免（補償）及び医法連携体制の構築	(2), (4)	4/4	4/4	
8	QI（Quality Indicator）とガバナンスの一直線化	(3)	4/5	4/4	
9	医療安全対策の標準化の推進	(3)	3/3	3/3	
10	神奈川県立病院機構としての患者安全ポケットマニュアル整備	(1), (2), (3)	4/5	4/4	
11	チームスキルトレーニングの導入	(3)	4/5	4/5	
12	医師セクションリスクマネージャーのリーダーシップ向上	(3)	1/1	1/1	
13	看護師のフィジカル・アセスメント能力向上、臨床推論の習得等	(1), (3)	5/5	5/5	
14	安全文化調査の実施	(3)	2/3	2/3	
15	患者市民参画のあり方検討 ※ プラン5に統合				
16	幹部、医療安全推進担当職員の定型的医療事故調査手法習得	(4)	2/2	2/2	本部
17	医療事故及び再発防止策に関する機構内情報共有	(5)	1/1	1/1	機構全体
18	医療安全推進規程等の見直し、重大事故発生時の情報共有のあり方検討	(4), (5)	3/3	3/3	本部
19	医療事故の説明に関する取組	(1)	R5完了	R5完了	こども医療 センター
20	マイクロシステム、着任時小児診療研修及び全身管理に関する取組	(1)	6/7	6/7	
21	病棟再編に関する取組	(1)	2/2	2/2	
22	リスクマネージャー会議に関する取組	(1)			各病院
23	医療安全研修に関する取組	(3)			
24	医療事故調査制度に関する取組	(4)			
25	カルテ開示に関する取組	(4)			
26	インシデント報告に関する取組	(2)			
27	医療事故に関連するモニタリングの取組	(4)			
			57/77	57/66	

※ プラン 22～27 については、病院の指標達成等が目標となるため、タスクは設定していない。

※ 5つの提言区分（視点）

- (1) 患者安全確保における基盤整備体制について
- (2) 日々の患者安全活動について
- (3) 日常の質管理・医療事故未然防止について
- (4) 重大事故発生時の対応について
- (5) 重大事故の共有・公開体制について

6 プラン別達成状況

プラン別達成状況は以下の基本構成とする。
 プラン 19～21 はこども医療センター単独で取り組むプラン。
 プラン 22～27 は指標達成等が目標となる提言への対応としての取組結果、振り返り等を記載。

アクションプラン〇	プラン名（提言番号〇）	対応する提言番号を記載	
実施主体（本部、機構全体等）			
【スケジュール】			
凡例 : 機構全体 : 本部 : こども医療センター : 各病院			
年次計画 (タスク)	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	上期 中期 下期	上期 中期 下期	上期 中期 下期
1 ○○○○○○○○○の検討			
2 □□□□□□□□□□□□□□の実施			
3 △△△△検証			
4 ●●●●●●●●●●の作成			
5 ■■■■■■の策定			
【タスク別達度】			
年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度	
1 ○○○○○○○○○の検討	A	済	
2 □□□□□□□□□□□□□□の実施	—	B	
3 △△△△検証	—	A	
4 ●●●●●●●●●●の作成	—	—	
5 ■■■■■■の策定	—	—	
上記の年次計画において、当該年度中に実施するタスクについて達成度を判断。 A：達成、B：取組進行中、C：未着手 —：令和8年度のタスク、年度を跨ぐタスク、継続実施としているタスク 済：令和6年度達成のタスク			
【令和7年度 達成状況・評価等】			
取組実績	各タスクに対する当該年度の機構としての実績を記載。 こども医療センターに向けた提言（①～⑱）の取組実績は、 【こども医療センター】 として段落分け。		
課題事項等	実際に取り組に着手して抽出された課題事項等を記載。		
プラン達成状況	全タスクの内、Aの個数で3か年での プラン達成度合い を記載。 上記例の場合、「A（達成）の数：2／5」		
令和8年度の展望	令和8年度プラン推進の展望や予定等を記載。		

アクションプラン1 神奈川県立病院機構監査委員会設置、監査実施（提言番号⑪）

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 他団体の取組について調査	→	→	→						
2 がんセンターの医療安全監査委員会との整合	→	→							
3 他団体、医療安全相互評価を参考に監査項目の策定		→	→						
4 他団体を参考に委員会設置要領策定、委員会設置		→	→						
5 外部委員の選任、就任依頼			→						

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 他団体の取組について調査	A	済
2 がんセンターの医療安全監査委員会との整合	A	済
3 他団体、医療安全相互評価を参考に監査項目の策定	B	A
4 他団体を参考に委員会設置要領策定、委員会設置	A	済
5 外部委員の選任、就任依頼	A	済

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	神奈川県立病院機構医療安全監査委員会（以下「監査委員会」という。）については、適時に迅速な情報共有を行い、医療安全に係る取組を加速化するため、本部事務局の他、各病院管理者、医療安全推進室長、副事務局長及びGRMを機構側の出席者とする事とした。 特に、病院管理者が監査委員会の議論に直接参加することは、監査委員会と機構が一体となって患者安全を推進し、早期にガバナンスの一直線化を実現するための体制確保である。 令和7年11月4日、令和7年度 第1回 神奈川県立病院機構医療安全監査委員会を開催し、「神奈川県立病院機構医療安全監査基本計画」（以下「基本計画」という。）を策定した。 基本計画では、令和8年度から12年度までの5年間の監査の方向性として、病院実地監査を1年度につき2病院ずつ実施すること、毎年度末を目途に監査委員会が機構全体の医療安全施策の進捗状況を確認することを位置付けた。 病院実地監査の監査項目については、5病院共通の項目と病院の実態や特性に応じた病院別の項目を設定することとして、共通の項目を決定した（令和7年度中に機構内で承認を行う）。 病院別の項目については、令和8年度以降、それぞれの実地監査実施前までに検討を進め、個別に決定を行う。
課題事項等	特になし。

プラン達成状況	A（達成）の数：5／5
---------	-------------

令和8年度の展望	基本計画に基づき、こども医療センター、がんセンターに対し、病院実地監査を実施する。 実地監査の結果については、既存の会議体を通じて機構全体に速やかに共有し、後に監査を受ける病院が自院の課題の点検や改善を事前に行うことにより、効率的な医療安全の質向上を図る。
----------	--

アクションプラン2 医療安全管理者、医療安全に係る事務職員の配置、育成等（提言番号㉒）

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療安全管理者研修受講のための調整、立案									
2 他団体の医師GRM配置状況等の調査、機構医師GRMのあり方整理									
3 他団体の看護師GRM配置状況等の調査、機構看護師GRMのあり方整理									
4 GRM育成、配属のあり方整理（病院により複数GRM配置が前提）									
5 データ管理職員の育成、配置についてあり方整理									

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 医療安全管理者研修受講のための調整、立案	A	済
2 他団体の医師GRM配置状況等の調査、機構医師GRMのあり方整理	—	A
3 他団体の看護師GRM配置状況等の調査、機構看護師GRMのあり方整理	—	A
4 GRM育成、配属のあり方整理（病院により複数GRM配置が前提）	—	—
5 データ管理職員の育成、配置についてあり方整理	—	A

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	令和6年度に決定した方針※に基づき、本部主催でチーム STEPPS 研修を全4回開催した。 当該研修では、チーム STEPPS 導入の目的の一つである心理的安全性の確保や医療安全文化の醸成を着実に進めるため、各病院幹部職員、リスクマネージャー及び本部事務局幹部職員 108 名を対象として、基礎、アドバンスの2段階研修を各回1日集中的に実施した。 チーム STEPPS 研修とともに方針に位置付けられた、医療安全管理者養成研修については、当該研修受講に係る要領を策定し、令和8年度以降、病院リスクマネージャーを対象として、計画的な研修受講を推進することとした。 また、意見書において示された、 「院内を統括、リードできる、高度専門性を有する患者安全専従管理者の計画的育成」 については、名古屋大学医学部附属病院で実施される「最高質安全責任者 CQSO プロジェクト」へ医師を派遣することとした。 看護師については、令和8年度以降、病院における医療安全の実務を中心に担うための広範な知識及び技術の習得を目的として、国立保健医療科学院「地域医療安全管理専攻科（長期研修）」へ計画的な派遣を行うこととした。 なお、看護師 GRM の配置等に関する取組としては、令和8年度よりがんセ
------	--

	ンター医療安全推進室に看護師を1名増員する予定である。 データ管理職員については、令和6年度から7年度にかけて、5病院に医療安全推進に係る業務に従事するための事務職員を配置した。
課題事項等	病院現場におけるノンテクニカルスキルの向上や心理的安全性の醸成といったチーム STEPPS 導入の目的達成には、広く全職員がその理念やスキルを継続的に学ぶことが重要であるため、本部事務局が中・長期的な施策展開に関する方向性を検討する必要がある。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／5

令和8年度の展望	チーム STEPPS 研修については、導入方針に基づき、引き続き本部主催による研修を開催する。 令和8年度で、病院リスクマネージャーの研修受講が概ね達成される見通したが、受講に至らなかった対象職員のフォローや9年度以降の更なるチーム STEPPS 普及のための方策等を検討する。 医療安全管理者養成研修、最高質安全責任者CQSOプロジェクト及び地域医療安全管理専攻科の取組については、決定した方向性に基づき、着実な受講促進、職員派遣を実施する。 看護師 GRM の取組については、がんセンター以外の病院においても医療安全推進室業務の質向上及び安定的運営の実現に向け、必要性に応じて GRM が複数配置されるよう、本部、病院で連携して検討、調整を行う。
----------	---

※ 令和6年度、医療安全に関する研修を効果的に推進するため、

- ・ プラン2 医療安全管理者、医療安全に係る事務職員の配置、育成等
- ・ プラン11 チームスキルトレーニングの導入、推進
- ・ プラン12 医師のセクションリスクマネージャーのリーダーシップ向上
- ・ プラン16 幹部、医療安全推進担当職員の定型的医療事故調査手法習得

を一体的に推進することとし、「外部資源を活用した医療安全に係る研修の導入方針」を決定した。

アクションプラン3 外部委員を含めたインフォームド・コンセント委員会等の設置

(提言番号⑬、⑦)

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 各病院の文書説明の確認が必要な医療行為と説明行為の抽出、共通化、不足追加及び更新のフロー策定等									
2 IC委員会等設置（未設置病院）									
3 IC委員会等によるモニタリング実施									
4 機構横断的会議体（IC担当者連絡会議（仮））の設置									
5 患者の立場を代弁できる外部委員を設置している他医療機関の事例調査									
6 IC委員会等へ外部委員を選任、配置（法律の専門家を選任し、必要時に招聘する制度を検討すること）									

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 各病院の文書説明の確認が必要な医療行為と説明行為の抽出、共通化、不足追加及び更新のフロー策定等	C	B
2 IC委員会等設置（未設置病院）	B	A
3 IC委員会等によるモニタリング実施	—	—
4 機構横断的会議体（IC担当者連絡会議（仮））の設置	—	C
5 患者の立場を代弁できる外部委員を設置している他医療機関の事例調査	—	—
6 IC委員会等へ外部委員を選任、配置（法律の専門家を選任し、必要時に招聘する制度を検討すること）	—	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	足柄上病院においては、「ICに関する方針」に定められている、説明の手順及び説明・同意書内容の作成等に係る運用規定（フロー）を改訂した他、意思決定支援会議及び意思決定支援委員会において、患者の意思決定支援やACP・DNARの今後の進め方に関する検討、未着手であった整形外科の説明・同意書の見直し等を行った。 精神医療センターにおいては、令和6年度中の「IC委員会設置準備委員会」による検討を踏まえ、新たに「IC委員会」を設置した。 説明と同意を得ている項目の洗い出し、必要項目の抽出等を行い、「患者・家族への説明と同意に関する指針」を策定した。 がんセンターにおいては、発生したインシデント・アクシデント等を踏まえ、無輸血、IGCに関する説明・同意文書の改定等を実施した。 各診療科の説明文書については、有害事象検討会議等で出された意見を速やかに診療科へ共有し、随時必要な検討及び修正を行った。 なお、意思決定支援部会には患者の立場の代表者、臨床倫理委員会には患者の立場の代表者に加え、有識者、弁護士各1名が引き続き選任されている。 循環器呼吸器病センターにおいては、「倫理委員会」を「臨床倫理委員会」
------	---

	に改め、所掌に説明と同意を加えるとともに、構成員を見直した。 また、臨床倫理委員会に「緩和医療・ACP 推進部会」と「説明・同意文書関係部会」を設置し、意思決定支援に係る体制強化を図った。 部会では医学的専門用語の見直しや記載表現の平易化、想定されるリスク・代替療法の明確化等を行った他、患者・家族への説明の質の標準化に向け、文書による IC が必要な医療行為の整理・リスト化、文書の内容確認及び整合性の点検を実施した。 なお、臨床倫理委員会には、外部委員として有識者と弁護士各 1 名を選任している。 【こども医療センター】 こども医療センターにおいては、新規の説明同意書、既存文書の更新は全て IC 委員会による「院内の説明と同意のガイドライン」に基づく審議、承認を必須としており、委員会は対面会議の他、チャットツールを活用して開催し、適時の柔軟な検討、審議を行った。 本プランの取組を通じて、5 病院で委員会が設置されるとともに、文書説明が必要な医療行為に関する整理や文書作成・更新の手続きに係る検討が行われ、IC が適正に実施されるための土台整備が達成された。
課題事項等	病院毎に IC に関するタスク進捗、取組水準に差異があること等から、機構横断的会議体の設置に関する検討には至らなかった。 こども医療センターとがんセンターではテンプレートを使用し、医療スタッフの同席をモニタリングしているが、同席のためのスタッフ配置数やテンプレート入力負担等といった課題が残されている他、未実施 3 病院においては検討中、あるいは検討の前段階にある。 患者の立場を代弁できる外部委員について、選任を行っていない病院においては、選任に向けた具体的検討が必要である。
プラン達成状況	A（達成）の数：1／6

令和 8 年度の展望	横断的会議体の設置に関しては、業務負担等との衡量も含め、新たな会議体設置に限定せず、既存の IC 委員会所管セクション同士の効率的・効果的な連携などについても検討を行う。 また、モニタリング実施について、特に同席スタッフの確保は機構全体の人員配置にも関わる検討課題であることから、令和 8 年度内の達成は困難であることが想定される。 まずは、機構以外の医療機関での取組なども調査しながら、中・長期的な展望や方向性の検討を行う。 IC 委員会へ患者の立場を代弁できる外部委員、法律の専門家を配置していない病院については、がんセンター、循環器呼吸器病センターの取組を参考に、本部と病院で連携し、選任に向けた検討を進める。
------------	--

	なお、精神医療センターにおいては、令和7年度の検討に基づき、IC委員会が中心となり文書の更新等に関するフローの策定を行う。
--	---

アクションプラン4 医療対話推進者との連携体制の構築（提言番号⑭、⑰、㉟）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 本部と各病院医療対話推進者で長期化案件等の情報共有									
2 医療対話推進者の配置部署の見直し（機構病院としての統一的方向性）									
3 医療対話推進者の病院内相談共有先、関連部署（相談系部署）との連携方法確定									
4 医療対話推進者不在病院の人員確保（精神科領域の検討含む）									
5 医療対話推進者育成・確保対策の計画立案									

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 本部と各病院医療対話推進者で長期化案件等の情報共有	A	済
2 医療対話推進者の配置部署の見直し（機構病院としての統一的方向性）	C	B
3 医療対話推進者の病院内相談共有先、関連部署（相談系部署）との連携方法確定	C	B
4 医療対話推進者不在病院の人員確保（精神科領域の検討含む）	—	C
5 医療対話推進者育成・確保対策の計画立案	—	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	令和6年度に引き続き、年間4回開催された医療メディエーター連絡協議会を通じ、5病院での医療メディエーションや相談事例、それぞれの院内連携等について情報共有を行った。
課題事項等	配置部署の見直し、院内連携方法の検討及び人員確保については、本部内で一定の検討を行ったが、機構全体での議論に発展させることができなかった。 実態として、医療対話推進者の運用が病院毎のローカルルールに基づいており、足柄上病院では担当者不在の状態が2年に渡り継続していることから、機構として医療対話推進者の採用、配置及び教育のあり方を改めて検討する必要がある。
プラン達成状況	A（達成）の数：1／5

令和8年度の展望	医療対話推進者の採用、配置については、機構全体の人員配置にも関わる検討課題であることから、令和8年度内の達成は困難であることが想定される。 このことを踏まえ、中・長期視点での医療対話推進者のあり方や方向性に関する検討を行う。
----------	---

アクションプラン5 Patient-Centered Careに係る委員会の設置（提言番号㊦、㊧）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 Patient-Centered Careに係る委員会について研究（設置病院の取り組みも含む）、機構内共有									
2 患者市民参画(Patient Public Involvement) について調査、結果の機構内共有									
3 機構で実現するための課題整理と検討									
4 5病院でPatient-Centered Careに係る委員会の設置									
5 5病院のPatient-Centered Careに係る委員会において、病院特性を踏まえた患者の自己決定権擁護の取組に関する検討									
6 5病院のPatient-Centered Careに係る委員会において、病院特性を踏まえた患者市民参画の取組に関する検討									

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 Patient-Centered Careに係る委員会について研究（設置病院の取り組みも含む）、機構内共有	C	C
2 患者市民参画(Patient Public Involvement) について調査、結果の機構内共有	A	済
3 機構で実現するための課題整理と検討	—	—
4 5病院でPatient-Centered Careに係る委員会の設置	—	—
5 5病院のPatient-Centered Careに係る委員会において、病院特性を踏まえた患者の自己決定権擁護の取組に関する検討	—	—
6 5病院のPatient-Centered Careに係る委員会において、病院特性を踏まえた患者市民参画の取組に関する検討	—	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	プラン改訂時に、42の提言の意図、目指すべき姿を再確認し、 旧) アクションプラン5 患者の権利確保の委員会の設置 旧) アクションプラン15 患者市民参画のあり方検討 の2つのプランを新たなプラン5として統合し、改めて5病院にPatient-Centered Careに係る委員会を設置することを目標として掲げた。 タスクとしては、病院特性に応じた課題の抽出、対応の検討を行い、Patient-Centered Careに係る委員会を設置した中で、患者の自己決定権擁護、患者市民参画に関する施策立案、推進を行うこととして整理を行った。 患者中心性に関連する取組として、足柄上病院においては、意思決定支援委員会においてACPマニュアルの策定を進めており、同会議で承認を得た後、患者、家族及び全職員に周知啓発を図り、運用を開始する予定である。 精神医療センターにおいては、「神奈川県精神医療センターACPに関する指針」を策定している。 がんセンターにおいては、各病棟・外来の苦痛スクリーニングを通じて、ACPについて相談を希望する患者に個別対応を行っており、専門的な支援が必要な場合は、がん看護外来へ紹介し、本人及び主治医の許可のもと継続
------	--

	的に関わっている。 また、ACP テンプレートを活用し、患者の思いや大切にしたいことを経時的に記録できる体制を整備しており、多職種での取組へと広がりつつある。 循環器呼吸器病センターにおいては、緩和医療・ACP 推進部会が中心となって活動を進めており、職員が共通認識をもって対応できるよう ACP の基本的な考え方、対象患者、実施のタイミング及び記録方法等を整理し、周知を行っている。 また、患者の意思決定に関する情報が多職種で共有できるよう、電子カルテの患者プロファイルや ACP の記録に関するルールの整備を行った。
課題事項等	Patient-Centered Care に関する調査検討や機構横断的な議論を展開するには至らなかったが、引き続き、5 病院の IC を中心とした、診療の各場面における患者参画、権利確保の取組を着実に実施する必要がある。
プラン達成状況	A（達成）の数：1／6

令和 8 年度の展望	病院毎に新たに Patient-Centered Care に係る委員会を設置した上で、患者の自己決定権擁護や患者市民参画に関する検討を行うことについては、プランの全体的な進捗等を勘案すると、令和 8 年度内の達成は困難であることが想定される。 しかしながら、患者中心性に係る取組は、安全安心な医療提供において重要であるため、まずは、「プラン 3 外部委員を含めたインフォームド・コンセント委員会等の設置」の取組を着実に推進し、5 病院の IC に関する水準を高めるとともに、既に診療の各場面で実施している患者参画等の取組を継続的に点検するなど、現状を踏まえた改善に努める。
------------	---

アクションプラン6 重点項目（共通テーマ）の設定と分析（提言番号②⑥）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 重点項目（共通テーマ）について本部、病院で協議、決定	→			継続実施			継続実施		
2 重点項目（共通テーマ）から各病院で取り組むテーマを設定		→		継続実施			継続実施		
3 設定テーマについて優先的に分析		→		継続実施			継続実施		
4 本部、病院での取組の共有		→		継続実施			継続実施		

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 重点項目（共通テーマ）について本部、病院で協議、決定	A	—
2 重点項目（共通テーマ）から各病院で取り組むテーマを設定	A	—
3 設定テーマについて優先的に分析	B	A
4 本部、病院での取組の共有	A	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	42の提言で示されていた医療安全に係る「共通テーマ」については、令和7年度の取組を進めるにあたり、改めて「組織の重大なリスクを漏れなくモニタリングし、そのリスクの低減に取り組むべく、日々のインシデント分析においてネバーイベント的なものこと。医療安全管理部門が優先的にトリアージすべき事象の目安」と定義した。 あわせて、全職員の理解を深め、患者安全意識の向上を図るため「重点項目」と呼称することとし、改訂版のプランに反映させた。 重点項目は、機構共通の項目として次の6項目を設定した。 (1) 患者誤認 (2) 検査、処置、手術等における左右・部位誤認 (3) 口頭指示に関する事象 (4) 転倒・転落における事象 (5) 既知のアレルゲンの暴露・投与 (6) 危険薬の誤投与 重点項目は、5病院の各種定例会議の場などを通じて、広く丁寧な周知を行い、取組を推進した。 また、医療安全ワーキング・グループの定例議題に掲げ、病院ごとの発生件数を入院・外来延患者数を用いた発生率で管理を行うこととし、意見交換や情報共有を適切に実施した。 足柄上病院においては、毎月開催される会議の医療安全レポート報告の際に、重点項目に係る事象の件数と内容について報告を行った。
------	---

	また、令和6年度に引き続き、リスクマネジメント会議にワーキングを設置し、「転倒・転落」、「患者誤認」に対する事象分析、再発防止対策の検討を行った。 こども医療センターにおいては、毎週開催される医療安全推進室会議にて全ての重点項目に関する事象を共有した。 その中で、振り返りが必要な事象は、セクションリスクマネージャーにカンファレンスを開催するよう働きかけるとともに、医療安全推進部とセクションとで再発防止策の検討を行った。 また、「患者誤認」、「転倒・転落」に関してはワーキンググループを設置し、改善に向けた取組を推進した。 精神医療センターにおいては、医療安全推進部会にて危険薬をクロザリル、リチウム、ラミクタールと選定した上で、重点項目と医療安全共通 QI を院内各執務室にポスター掲示し、職員の安全に関する意識向上を図った。 また、重点項目に該当する事象の件数や特に注意が必要な事例を毎月の医療安全管理会議にて報告し、病院全体の医療安全意識の醸成に努めた。 がんセンターにおいては、重点項目と医療安全共通 QI の内2項目（レベル0・1割合、医師報告割合）の計8項目に独自の目標値を設定し、「医療安全目標」として取組を推進した。 セクションごとに8項目の内1つを重点目標として設定することで、主体的な取組を促すとともに、目標に対する中間評価及び年間評価を実施し、目標達成状況の把握に努めた。 循環器呼吸器病センターにおいては、従前からの取組項目である「患者誤認」、「転倒・転落」、「危険薬（ハイリスク薬）」について、引き続きインシデント報告との関連を踏まえながら対策の見直し等を行った。 令和7年度はアレルギー薬剤に関する事象が発生したことを契機として、アレルギー対策を重点的な取組に位置付け、アレルギー情報の確認、共有方法の見直しや注意喚起等、対策の強化を図った。 また、セクションにおいても独自の目標設定を行った。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／4
令和8年度の展望	引き続き、重点項目のモニタリングを医療安全ワーキング・グループの定例議題として本部、5病院で進行管理を行い、取組強化を図る。

アクションプラン7 減免（補償）及び医法連携体制の構築（提言番号⑦、⑩）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 病院負担とすべき減免（補償）の定義	→								
2 病院の減免（補償）手法、処理方法の統一				→					
3 病院と顧問弁護士の連携体制について試案作成	→								
4 医法連携のスキーム作成				→					

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 病院負担とすべき減免（補償）の定義	A	済
2 病院の減免（補償）手法、処理方法の統一	A	済
3 病院と顧問弁護士の連携体制について試案作成	A	済
4 医法連携のスキーム作成	A	済

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	令和6年度に構築した、5病院が定期的に、随時に顧問弁護士相談を実施できる医法連携体制に基づき、適切な初期対応など、リスクマネジメントの徹底を図った。 弁護士相談では、医療安全に関する事柄をはじめ、病院現場で発生する様々な事案について、顧問弁護士からの助言を得ることで、適切かつ適法な対応を実施した。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／4

令和8年度の展望	本部と病院で連携して、弁護士相談制度を積極的に運用し、引き続き適法な病院運営に努める。
----------	---

アクションプラン8 QI（Quality Indicator）とガバナンスの一直線化（提言番号⑩、⑪）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 QI委員会の設置（未設置病院）、質の評価に向けた活動	→								
2 QI担当者連絡会議（仮）の設置				→					
3 各病院合同の（定量的）目標を設定				→					
4 合同目標も含めた各病院の年度QI設定、各病院のセクション目標、年間取り組みの設定					→				
5 各病院のセクション目標達成状況の評価、QIの達成状況の公表									→

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 QI委員会の設置（未設置病院）、質の評価に向けた活動	B	A
2 QI担当者連絡会議（仮）の設置	—	A
3 各病院合同の（定量的）目標を設定	—	A
4 合同目標も含めた各病院の年度QI設定、各病院のセクション目標、年間取り組みの設定	—	A
5 各病院のセクション目標達成状況の評価、QIの達成状況の公表	—	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	令和6年度中に未設置となっていた足柄上病院、精神医療センター及び循環器呼吸器病センターにおいて、新たに委員会を設置し、これにより医療安全に係る QI を含む、質指標を所掌する会議体設置が5病院で達成された。 また、「42の提言」及び意見書で提示された意見を踏まえ、医療安全共通 QI（以下「共通 QI」という。）を 「機構における医療安全の方針を示すもので、機構全職員で取り組む質指標であり、現状を透明性高く社会に発信し、外部からの評価を受けることで、医療安全の質向上を推進するもの」と定義し、令和7年度は、 - ヒヤリハット・アクシデント報告件数 - ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体におけるレベル0及びレベル1の割合 - ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における医師による報告数の割合 - ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における医師・看護師以外による報告数の割合 - 転倒・転落レベル2以上発生率 - 患者誤認件数 の6つを設定した。
------	--

	共通 QI は、5 病院の各種定例会議の場や QI 委員会などを通じて、広く周知を行った上で、重点項目と同様に医療安全ワーキング・グループの定例議題として、病院ごとの発生件数を入院・外来延患者数を用いた発生率で管理を行い、意見交換や情報共有を適切に実施した。 なお、取組の進捗管理や情報共有の場として、新たな横断的会議体は設置せず、今後も医療安全ワーキング・グループで共通 QI をモニタリングすることとした。 目標値については、「42 の提言」でも示されている上記(1)、(3)、(4)は目標達成（又は件数増に）に向け、その他(2)、(5)、(6)は前年度比での件数増、減に向け、令和 8 年度も指標管理をしていくこととした。 がんセンターにおいては、年 1 回の QI 報告会を開催するとともに、総括報告書をセクションへ配布した他、毎月のリスクマネージャー会議においてもデータを共有し、取組や啓発の強化に繋げた。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／5
令和 8 年度の展望	医療安全に係る共通 QI は、重点項目とともに引き続き、医療安全ワーキング・グループにおいてモニタリング及び取組の進行管理を行い、公表に向けた柔軟な検討を行う。

アクションプラン9 医療安全対策の標準化の推進（提言番号⑨）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療安全ワーキング・グループ、医療安全推進会議で医療事故情報、ベストプラクティスの共有	→			継続実施			継続実施		
2 共有されたベストプラクティスの病院フィードバック、実践			→	継続実施			継続実施		
3 各病院での実践状況について総括			→	継続実施			継続実施		

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 医療安全ワーキング・グループ、医療安全推進会議で医療事故情報、ベストプラクティスの共有	A	—
2 共有されたベストプラクティスの病院フィードバック、実践	B	A
3 各病院での実践状況について総括	A	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	ベストプラクティスを定型的に整理するための「ベストプラクティス報告・検討・対策シート」（以下「シート」という。）を機構共通様式として定め、5病院のベストプラクティスに関する情報共有を医療安全ワーキング・グループの定例議題とした。 5病院から年間合計20の事例について問題点の対策と考え方などがシートにより報告され、新たな気付きや対応方法の有効な共有に繋がった。 足柄上病院においては、シートをリスクマネジメント会議にて周知、提出依頼を行い、同会議で共有した。 また、インシデント等の未然防止に関する取組として、レベル0報告を院内各種会議にて共有した。 こども医療センターにおいては、シート中の「改善策」を医療安全推進室内で検討、作成し、報告内容から改善が必要と考えられた事象に関しては、セクションへのヒアリングを行い、再発防止策の検討、マニュアル改訂を実施した。 また、令和6年度から引き続き、毎月グッドジョブ事例を選定し、医療安全推進部からのお知らせとして発行し、共有を行った。 精神医療センターにおいては、シートによる院内のグッドジョブ事例の整理や共有といった取組の他、令和6年度から引き続き、レベル0報告の中から「グッドジョブカード」を作成、配布を行った。 がんセンターにおいては、令和6年度から引き続き、事案を契機にシステム等を改善した事例や未然防止に至った事例など、毎回3～5事例程度をリスクマネージャー会議にて共有した。 これらの報告とは別に、チームとして患者を中心に再検討を行い、抗がん剤治療を中止した事例などをグッド事例として紹介した。
------	---

	徐々にではあるが、チーム医療やコミュニケーションに関連する良い報告がもたらされつつある。 循環器呼吸器病センターにおいては、インシデント未然防止及び再発防止の取組を院内共有するためにシートを活用し、セクションで実践された取組をリスクマネージャー会議において報告した。 会議では、他のセクションにおいても応用可能な内容とするため、「取組に至った背景」、「実施した具体的対策」、「実践する上での工夫点」などの観点から説明を行った。 また、シートや医療安全ニュース配信等を組み合わせることで、体系的な未然防止の取組を推進した。 医療安全推進会議においては、引き続き、5病院の医療事故等の区分レベル5の事案等に関する情報共有を定例議題とした。 ・ 対応進行中の事案（日本医療安全調査機構のセンター調査含む） ・ 日本医療安全調査機構へ相談、照会及び合議した事案（医療事故の該当を問わず） に関して、書面のやりとりでは確認できない病院の事案への対応や現場実務で困ったことなどについて説明、意見交換を実施することで、機構全体の医療事故等への対応力向上に繋げた。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：3／3

令和8年度の展望	令和7年度に続き、5病院でシートを用いたベストプラクティスの収集やフィードバックを行うとともに、医療安全ワーキング・グループにおいて機構横断的な事例共有、意見交換を行う。 医療事故等の区分レベル5の事案等についても、引き続き医療安全推進会議の定例議題とし、年度を越える長期的対応が必要な事案などにも機構として適正な対応が継続できるよう、遺漏なく情報共有を行う。
----------	--

アクションプラン 10 神奈川県立病院機構としての患者安全ポケットマニュアル整備

(提言番号⑩、①、⑩)

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 各病院ポケットマニュアルから共通事項の抽出	→								
2 未作成病院のポケットマニュアル作成		→							
3 調達に関する方向性確定			→	→					
4 オカレンス報告制度の標準化				→	→	→			
5 オカレンス報告制度のポケットマニュアルへの掲載							→	→	→

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 各病院ポケットマニュアルから共通事項の抽出	A	済
2 未作成病院のポケットマニュアル作成	A	済
3 調達に関する方向性確定	B	A
4 オカレンス報告制度の標準化	—	A
5 オカレンス報告制度のポケットマニュアルへの掲載	—	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	一括調達については、試算の結果、コストの増大や改版・増刷のタイミングが病院毎に異なること等を踏まえ、それぞれ積み上げてきたマニュアルの特色を生かしながら、引き続き個別に調達することとした。 なお、足柄上病院ではこれまで自院で改訂、印刷及び製本していたが、予算確保の上、印刷製本を外注化し、医療安全推進室職員の負担軽減、冊子の質向上を図った。 また、マニュアル掲載項目の過不足をフォローし、更新時の項目共通化など継続的な質向上を図るため、5病院のマニュアルの巻頭言、掲載項目、巻末及びページ数を一表化、病院と本部で共有し、適宜データ更新を行うこととした。 オカレンス（報告）については、医療安全ワーキング・グループにおいて、インシデント以外の合併症、有害事象、暴言・暴力等の報告すべき事項が5病院ともマニュアルに基づき報告されていることを確認した。 改めて、機構として合併症、有害事象をオカレンスとして定義するとともに、ポケットマニュアル更新にあわせて、報告事項や文言等の再整理を行い、順次収載することとした。 【こども医療センター】 全職員へ勤務中のポケットマニュアル携帯を働きかけるとともに、病院用スマートフォンからも閲覧ができるよう整備を行った。
-------------	---

課題事項等	精神医療センターのオカレンスの考え方について、病院と本部で連携し、医療安全ワーキング・グループの場も活用して検討を進める必要がある。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／5
令和8年度の展望	5病院で遺漏なくポケットマニュアルの更新を行うため、共有化した掲載項目を適切に活用する。 また、オカレンス報告については、順次ポケットマニュアル収載の取組を進め、更なる報告文化の醸成に努める。

アクションプラン 11 チームスキルトレーニングの導入（提言番号⑪、⑬、⑭）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 がんセンターのチームスキルトレーニング勉強会の機構内共有	→								
2 外部資源によるチームSTEPPSの研修実施			→	→	→	→			
3 チームSTEPPSの機構病院共通化						→	→	→	→
4 院内救命の質向上を図るワーキングについて、実施病院の取り組みを機構病院全体で共有	→								
5 院内救命の質向上を図るワーキング未設置病院設置			→	→	→	→			

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度 達成度	令和 7 年度 達成度
1 がんセンターのチームスキルトレーニング勉強会の機構内共有	A	済
2 外部資源によるチームSTEPPSの研修実施	B	A
3 チームSTEPPSの機構病院共通化	A	済
4 院内救命の質向上を図るワーキングについて、実施病院の取り組みを機構病院全体で共有	A	済
5 院内救命の質向上を図るワーキング未設置病院設置	B	B

【令和 7 年度 達成状況・評価等】

取組実績	プラン 2 に記載のとおり、本部においては「外部資源を活用した医療安全に係る研修の導入方針」に基づき、病院幹部職員、リスクマネージャー等に対し、チーム STEPPS 研修を実施した。 病院においては、医療安全研修にチーム STEPPS やノンテクニカルスキルに関する動画視聴を組み込み、広く学習の機会を設定した他、新入職員研修での説明やコミュニケーションツールに関する学習会、講演等を実施し、基本的知識の習得や共通認識の形成に努めた。 【こども医療センター】 令和 8 年度中に全職員が受講完了するよう、チーム STEPPS 研修を 13 回開催（1 回あたり 40 名程度）し、全職員の 30% 超が受講を完了した。 2 回チャレンジ、CUS、SBAR などチーム STEPPS に関連する用語を理解し、活用し始めるよう意識する職員が着実に増えている。 その他、土日におけるプロアクティブラウンドの開始、医師看護師以外の職種に対する BLS 研修の拡大などにより、院内救命の質向上に努めた。 院内救命の質向上を図るワーキング未設置病院について、足柄上病院においては、救命救急運営会議の構成員及び認定看護師を中心に RRS に係る検討を行うワーキングチームを設置するとともに、RRS の対応手順等の骨子を医療安全推進室で作成した。
課題事項等	院内救命の質向上を図るワーキングに関して、足柄上病院においては、設置したワーキングチームと医療安全推進室により、RRS の実動に向けた初期

	対応チームに関する具体的な検討が必要である。 循環器呼吸器病センターにおいては、急変対応体制の強化という観点から重要な取組であるとの認識はある一方、導入に向けた具体的検討に着手できておらず、速やかに課題の整理を行う必要がある。
プラン達成状況	A（達成）の数：4／5

令和8年度の展望	足柄上病院においては、RRSの実動に向けた初期対応チームに関する具体的な検討を行う。 循環器呼吸器病センターにおいては、速やかに課題の整理を行い、病院としての方向性を検討する。
----------	--

アクションプラン 12 医師セクションリスクマネージャーのリーダーシップ向上（提言番号⑳）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 外部資源を活用した研修会受講体制の推進	→			継続実施			継続実施		

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度 達成度	令和 7 年度 達成度
1 外部資源を活用した研修会受講体制の推進	A	—

【令和 7 年度 達成状況・評価等】

取組実績	プラン 2 に記載のとおり。
課題事項等	
プラン達成状況	A（達成）の数：1／1

令和 8 年度の展望	プラン 2 に記載のとおり。
------------	----------------

アクションプラン 13 看護師のフィジカル・アセスメント能力向上、臨床推論の習得等（提言番号③、④）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 看護師のフィジカル・アセスメント能力、急変時等の柔軟な対応力及びPNSIにおける先輩看護師の指導力向上等のための病院合同ワーキング・グループ設置									
2 既存の看護教育メニューについて、病院合同ワーキング・グループで情報共有									
3 看護師の段階的な臨床推論の習得も含めた能力向上について、外部資源活用も含めた研修メニュー等の立案									
4 先輩看護師の指導力向上について、外部資源活用も含めた研修等の立案									
5 多重課題シミュレーションについて、外部資源活用も含めた研修等の立案									

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 看護師のフィジカル・アセスメント能力、急変時等の柔軟な対応力及びPNSIにおける先輩看護師の指導力向上等のための病院合同ワーキング・グループ設置	A	済
2 既存の看護教育メニューについて、病院合同ワーキング・グループで情報共有	A	済
3 看護師の段階的な臨床推論の習得も含めた能力向上について、外部資源活用も含めた研修メニュー等の立案	A	済
4 先輩看護師の指導力向上について、外部資源活用も含めた研修等の立案	A	済
5 多重課題シミュレーションについて、外部資源活用も含めた研修等の立案	—	A

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	若手看護師の臨床判断力向上については、看護局長会議及び5病院の副看護局長によるプロジェクトチームにて目標達成に向けた検討を実施した。その中で、令和7年度より「看護職員役割研修：臨床推論」を実施し、研修受講者（38名）については、外部講師の講義、認定看護師による演習を修了した上で、セッションでの指導方法に関する取組を実施した。 なお、外部講師の講義では、受講者以外に117名の看護師がオンライン聴講を行うなど、本取組に対して積極的な姿勢を持つ者が多数いることが伺われた。 また、5病院の特性を踏まえ、フィジカル・アセスメントに重点を置いた研修を再構成し、上記プロジェクトチームで情報共有を行いながら集合研修と分散研修を組み合わせるなど、全体最適化に努めた結果、看護師の臨床推論に関する知識、技術及び指導をする上での思考発話の重要性などの学びが深まった。 多重課題シミュレーションに関する研修企画については、5病院の中堅以上の看護師を対象に、基本的な知識、技術について学習した上で、セッションでの教育研修へ活かす構成とし、適宜、外部資源を活用することとした。 具体的な内容については、令和8年度の看護局長会議で決定した後、予算
------	---

	化を行い、令和9年度からの実施を目指す。 【こども医療センター】 令和6年度に引き続き、新人、2～3年目看護師を対象にしたフィジカル・アセスメント研修と指導者育成研修を実施した。 また、院内急変対策会議が主催となり、ショックに関する勉強会を開催した。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：5／5

令和8年度の展望	専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を活用して臨床推論研修の運営・評価を行う。 多重課題シミュレーションについて、外部資源活用も含めた研修等の立案を行う。
----------	--

アクションプラン 14 安全文化調査の実施（提言番号⑭）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 各病院による日本医療機能評価機構による安全文化調査実施	→			継続実施			継続実施		
2 調査結果病院間比較、分析			→	継続実施			継続実施		
3 分析に基づき、アクションプラン、病院の施策に反映できる情報を抽出			→	継続実施			継続実施		

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度 達成度	令和 7 年度 達成度
1 各病院による日本医療機能評価機構による安全文化調査実施	A	—
2 調査結果病院間比較、分析	A	—
3 分析に基づき、アクションプラン、病院の施策に反映できる情報を抽出	C	C

※ 令和 7 年度調査実施なし

【令和 7 年度 達成状況・評価等】

取組実績	意見書において、2～3年の定期的な調査実施を推奨されたことも踏まえ、令和 7 年度は調査を見送ることとした。 しかしながら、医療安全文化調査については、医療安全改革の取組が緒に就いたばかりであり、取組の進捗による組織の変化、変革を適時に捉えて施策に反映させる必要があることから、令和 8 年度以降、当面の間は毎年調査を実施することとして、方針を決定した。 なお、調査実施間隔の見直しについては、適宜、医療安全推進会議で検討を行うこととした。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：2／3

令和 8 年度の展望	方針に基づき 5 病院一斉に調査を実施し、丁寧な周知と病院特性にあわせた回答方式（Web、調査票用紙、併用）により、職員負担の軽減も考慮しながら、回答率の確保に努める。 調査結果は 5 病院、本部で共有し、課題への対応や次年度以降の医療安全施策に関する方向性の検討を行う。
------------	---

アクションプラン 15 患者市民参画のあり方検討（提言番号㊼）

旧プラン5 患者の権利確保の委員会の設置 と統合

新プラン5 Patient-Centered Careに係る委員会の設置

アクションプラン 16 幹部、医療安全推進担当職員の定型的医療事故調査手法習得
(提言番号③⑥、⑪)

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 病院幹部、医療安全管理責任者、GRMの外部研修受講を推進	〃	〃	〃	継続実施			継続実施		
2 外部資源を活用した医療事故等に関する講習会の実施	〃	〃	〃	継続実施			継続実施		

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 病院幹部、医療安全管理責任者、GRMの外部研修受講を推進	A	—
2 外部資源を活用した医療事故等に関する講習会の実施	A	—

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	令和6年度から引き続き、病院の新任医療安全担当職員等が事故該当性の判断や調査に必要な準備に関する外部研修に参加し、研鑽を行った。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：2／2

令和8年度の展望	適宜、新任医療安全担当職員等の外部研修参加を検討する。
----------	-----------------------------

アクションプラン 17 医療事故及び再発防止策に関する機構内情報共有（提言番号④⑩）

機構全体

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 こども医療センターの医療事故について機構全体向け説明会の実施	→								
2 病院の医療事故について機構全体で共有化	随時実施			随時実施			随時実施		
3 事例説明会の実施	随時実施			随時実施			随時実施		

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度 達成度	令和 7 年度 達成度
1 こども医療センターの医療事故について機構全体向け説明会の実施	A	済
2 病院の医療事故について機構全体で共有化	随時実施	随時実施
3 事例説明会の実施	随時実施	随時実施

【令和 7 年度 達成状況・評価等】

取組実績	令和 7 年度に発生した医療事故については、医療安全推進会議等の既存の横断的の会議体を通じ、適時情報共有し、本部、病院の連携の基、適切な対応を行った（プラン 9 医療安全対策の標準化の推進）。 また、医療法に基づく医療事故調査が終了した事例については、適宜、機構ポータルサイト内のオンデマンド配信により、機構全体への情報共有を実施した。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：1／1

令和 8 年度の展望	引き続き、院内医療事故調査が終了した事案については、自院に限定しない機構全体向けの説明会の開催を検討、実施する。 実施にあたっては、オンデマンド配信を活用することで、時間や場所に制約されない柔軟な情報共有に努める。
------------	--

アクションプラン 18 医療安全推進規程等の見直し、重大事故発生時の情報共有のあり方検討
(提言番号④1、①9、④2、③0)

本部

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 関連規程等の見直し				随時実施			随時実施		
2 関連マニュアル等の見直し				随時実施			随時実施		
3 公表の取扱ルール等の見直し				随時実施			随時実施		

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 関連規程等の見直し	A	随時実施
2 関連マニュアル等の見直し	A	随時実施
3 公表の取扱ルール等の見直し	A	随時実施

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	規程やマニュアルについて、組織改正やより機動的な検討等を実施するための所要の改正を実施した。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：3／3

令和8年度の展望	本部のみならず5病院の規程類、マニュアルの整合性なども広い視野で継続的に相互にチェックするよう意識を高め、適時適切な見直し等を行う。
----------	--

アクションプラン 19 医療事故の説明に関する取組（提言番号②）

こども

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 事故の概要、院内医療事故調査委員会調査結果概要の院内説明	令和 5 年度実施済み								
2 院内医療事故調査委員会調査結果の院内説明	令和 5 年度実施済み								
3 院内医療事故調査委員会調査結果報告書の全文、全職員配布	令和 5 年度実施済み								

【達成状況・評価等】

取組実績	—
課題事項等	—
達成状況	令和 5 年度完了

令和 8 年度の展望	—
------------	---

アクションプラン 20 マイクロシステム、着任時小児診療研修及び全身管理に関する取組

(提言番号③)

こども

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 マイクロシステムの特定と診療体制の点検	■	■	■						
1-1 マイクロシステムの同定と現状把握	■	■	■						
1-2 小児科ガイダンス			■	■	■	■			
2 ローテートプログラムを導入する場合の体制確立				■	■	■			
3 全身管理不得手医療者サポートチーム構築							■	■	■
3-1 総合診療科による外科系診療科サポート実施									■
3-2 救急集中治療科による内科系診療科呼吸器管理サポート実施									■

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和6年度 達成度	令和7年度 達成度
1 マイクロシステムの特定と診療体制の点検	A	済
1-1 マイクロシステムの同定と現状把握	A	済
1-2 小児科ガイダンス	A	済
2 ローテートプログラムを導入する場合の体制確立	—	B
3 全身管理不得手医療者サポートチーム構築	A	済
3-1 総合診療科による外科系診療科サポート実施	A	済
3-2 救急集中治療科による内科系診療科呼吸器管理サポート実施	—	A

【令和7年度 達成状況・評価等】

取組実績	ローテートプログラムについては、医師の専属の教育担当の設置が困難ため、総合診療科によるガイダンスを実施している。 また、令和6年5月に設置した、気道呼吸器管理コンサルトチーム（救急・集中治療科、新生児科、総合診療科、耳鼻いんこう科、外科及び在宅審査会メンバーにより構成）により、長期的に呼吸管理や治療方針について相談したい患者や適切な気管切開及び呼吸器管理についてアドバイス希望する患者等への対応を開始した。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数： 6／7

令和8年度の展望	今後も、総合診療科による外科系診療科サポート体制として、外科系病棟の回診、外科系診療科医師からのコンサルト受付及び手術中の病棟患者対応を実施するとともに、総合診療科のプロアクティブラウンド参加による急変リスクを有する外科系患者の状態把握などの取組を継続する。 また、令和7年度より本格的に活動を開始した、気道呼吸器管理コンサル
----------	--

	タントチームによる呼吸器管理サポートを引き続き実施する。
--	------------------------------

アクションプラン 21 病棟再編に関する取組（提言番号⑤）

こども

【スケジュール】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 年齢別混合病棟廃止、診療科病棟へ再編									
1-1 外科系病棟の再編									

【タスク別達成度】

年次計画 (タスク)	令和 6 年度 達成度	令和 7 年度 達成度
1 年齢別混合病棟廃止、診療科病棟へ再編	A	済
1-1 外科系病棟の再編	A	済

【令和 7 年度 達成状況・評価等】

取組実績	病棟再編後、令和 6 年度に比べ病床利用率は上昇しているが、積極的な病棟間支援により業務負担の平準化を図り、柔軟な病床運営を行った。
課題事項等	特になし。
プラン達成状況	A（達成）の数：2／2

令和 8 年度の展望	引き続き、積極的な病棟間支援、柔軟な病床運営を行う。
------------	----------------------------

アクションプラン 22 リスクマネージャー会議に関する取組（提言番号⑧）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医師のリスクマネージャー会議出席率向上	継続実施			継続実施			継続実施		

【令和 7 年度 取組状況・振り返り等】

令和 7 年度実績

項目	足柄上病院	こども医療センター	精神医療センター	がんセンター	循環器呼吸器病センター
開催頻度	毎月第 2 木曜日	隔月 (奇数月第 3 週)	毎月 1 回 第 1 火曜日	毎月第 2 月曜日	第 2 金曜日
開催時間	16 : 30-17 : 15	16:00~17:00	30 分程度	15 : 00~ 概ね 60 分	16 : 30~17 : 15
実施形態	参集	参集	参集	参集	参集
職種別年間出席率					
医師	100% (77.8%)	74.0%	100.0%	100% (90.8%)	100% (77.1%)
前年度	70.0%	67.8%	94.0%	100% (79.9%)	87.0%
看護師	100% (94.4%)	99.0%	100% (97.3%)	100% (99.3%)	100% (90.2%)
前年度	80.0%	97.5%	95.0%	100% (97.8%)	100.0%
医師、看護師以外	100% (88.9%)	91.0%	100% (95.3%)	100% (92.5%)	100% (90.0%)
前年度	96.4%	96.3%	98.6%	100% (97.1%)	100.0%
合計	100% (85.0%)	86.0%	100% (97.1%)	100% (94.2%)	100% (87.4%)
前年度	93.0%	87.2%	95.8%	100% (91.4%)	95.0%

※ 括弧は当日出席率

「医師の出席率向上」、「リスクマネージャーの意識涵養」等に対する取組状況

会議開催曜日の設定見直しや年間会議日程の事前提示に加え、メール及びチャットツールを活用したリマインドを行うなど、粘り強い取組により医師の出席率は引き続き向上した。

緊急手術等によるやむを得ない欠席が生じた場合にも、資料回覧、議事録確認を丁寧に行うことで、確実な会議結果の共有に努めた。

また、インシデントレポートシステムの活用に関する説明や会議形式によらないチーム活動の設定など、医療安全推進室がセクションに寄り沿った様々な支援を継続的に行うことで、更なるリスクマネージャーの意識涵養や知識の拡大を図った。

事例分析においては、セクションの分析結果を共有するだけでなく、適宜、医療安全推進室が助言を行うなどの働きかけにより、多職種による検討を推進した。

こども医療センターでは、セクションリスクマネージャーが開催する全ての事例分析カンファレンスに医療安全推進部が参加し、十分な議論の実践を支援した。

令和８年度の展望等

医療安全推進室（こども医療センターは医療安全推進部）が積極的にセクションを支援する現行の取組を継続し、医師の出席率向上、リスクマネージャーの意識の向上及び事例分析に係る時間の確保等の取組を推進する。

アクションプラン 23 医療安全研修に関する取組（提言番号⑫）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 全職員対象医療安全研修 1 人 2 回受講	継続実施			継続実施			継続実施		

【令和 7 年度 取組状況・振り返り等】

「医師の出席率向上」、「受講管理」等に対する取組状況

メールや会議等を通じて研修の意義等の周知を行う他、研修開催方式に動画視聴を併用することで、医師も含めた研修受講率は概ね 100%であった。

また、勤務時間が短い職員が漏れなく受講できるよう、「資料配布＋テスト（確認）」の方式を用いるなど、柔軟な研修環境の設定に努めた。

令和 8 年度展望等

動画視聴等を併用して効率的、効果的に研修を実施し、引き続き、医師や勤務時間が短い職員を含めた出席率の維持、向上に努める。

また、職員の受講意欲が喚起されるよう、研修内容を院内事例や医療安全上の重点課題に結びつけるなど、より実践的な学びに繋げるための検討を行う。

アクションプラン 24 医療事故調査制度に関する取組（提言番号⑮、⑰）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和 6 年度			令和 7 年度			令和 8 年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療事故調査に関する判定過程の記録、責任部署の明確化									

【令和 7 年度 取組状況・振り返り等】

医療事故調査に関する取組状況

院内死亡事故発生時の基本フローチャートに基づき、医法連携も含めた病院と本部の緊密な連携により、医療事故調査・支援センターへの報告、患者家族対応、情報公開など、事故発生後の対応が統一的に行われている。

また、プラン 16 幹部、医療安全推進担当職員の定型的医療事故調査手法習得に記載のとおり、病院の新任医療安全担当職員が事故該当性の判断等に関する外部研修に参加した。

令和 8 年度以降も引き続き、医療事故調査制度に関する外部研修への参加や外部講師による研修の企画の検討等を行う。

アクションプラン 25 カルテ開示に関する取組（提言番号⑩）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 カルテ開示体制点検、機構横断的連携体制（担当者会議）設置									

【令和7年度 取組状況・振り返り等】

カルテ開示に関する取組状況

令和6年度末に「カルテ開示・病歴担当者意見交換会」を開催し、カルテ開示に係る共通の主要な課題について、本部と病院間で共通認識を形成することができた。

その上で、横断的会議については、常設化することの負担等から設置を見送ることとしているが、現状では病院本部間の連携に加え、医法連携＝弁護士相談体制を適宜活用し、カルテ開示に係る課題解決が適切に行われている。

アクションプラン 26 インシデント報告に関する取組（提言番号㉔、㉙）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 インシデント報告件数の向上（全職種を対象）	継続実施			継続実施			継続実施		

【令和7年度 取組状況・振り返り等】

提言・プランでの目標値

機構全体	インシデント報告総件数	10,900 件以上	医師報告件数	870 件以上	医師・看護師以外報告率	20%以上
こども医療センター	インシデント報告総件数	2,840 件以上	医師報告件数	230 件以上	医師・看護師以外報告件数	570 件以上

令和7年度実績（令和7年4月～12月の集計）

機構全体	インシデント報告総件数	13,267 件	医師報告件数	1,094 件	医師・看護師以外報告率	12.8%
こども医療センター	インシデント報告総件数	4,482 件	医師報告件数	277 件	医師・看護師以外報告件数	411 件

令和7年度病院別実績（令和7年4月～12月の集計）

	足柄上病院	こども医療センター	精神医療センター	がんセンター	循環器呼吸器病センター	合計
医師	185 件	277 件	87 件	383 件	162 件	1,094 件
看護師	1,167 件	3,794 件	1,665 件	2,723 件	1,128 件	10,477 件
上記以外	360 件	411 件	160 件	531 件	234 件	1,696 件
合計	1,712 件	4,482 件	1,912 件	3,637 件	1,524 件	13,267 件

令和7年度病院別実績割合

	足柄上病院	こども医療センター	精神医療センター	がんセンター	循環器呼吸器病センター	合計
医師	10.8%	6.2%	4.6%	10.5%	10.6%	8.2%
看護師	68.2%	84.6%	87.1%	74.9%	74.0%	79.0%
上記以外	21.0%	9.2%	8.4%	14.6%	15.4%	12.8%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

目標値に対する取組

継続的な働きかけにより、インシデント報告総件数、医師報告件数の目標を達成した。
 医師報告件数については、地道な協力依頼や周知啓発が奏功し、本報告時点で令和6年度総件数（833 件）を上回る実績となった。
 その他、病院職員以外の委託業者への協力依頼や報告内容を注意喚起に繋げるなど、報告文化醸成

に向けた取組を積極的に行った。

医師及び看護師以外の報告率については、目標に達してはいないが、院内会議等での継続的な働きかけにより、令和6年度実績の11.4%から12.8%と1.4ポイント上昇した。

特に、足柄上病院ではコメディカルセクションに対して、ミーティングでの意識付けや報告の具体例を提示することで、これまで報告されていなかったレベル0報告件数などを増やし、医師及び看護師以外の報告率が21.0%となった。

足柄上病院の取組詳細については、機構全体の医師及び看護師以外の報告を更に活性化させるため、医療安全ワーキング・グループにおいて具体的な情報共有と意見交換を実施した。

こども医療センターにおいては、インシデント報告総件数、医師報告件数の目標値を達成した。

目標値に対する課題

医師及び看護師以外の報告件数は増加しているが、同様に医師、看護師の報告件数も増加しており、比率は相対的な影響を受けるため、目標とする20%には届いていない。

このことについては、病院における職種の割合や、医師及び看護師以外の職種が患者に直接的に影響を及ぼす業務に従事する割合に差異があるなど、20%以上という目標到達には構造的な上限も想定される。

しかしながら、インシデント報告に関する取組は、透明性の確保や事例を把握し学習へと繋げる仕組みの根幹でもあることから、引き続き、セクションでの発生事象の傾向を分析し、実態に即した報告意識の醸成などの取組を推進する必要がある。

令和8年度の展望

現在の取組を継続して報告文化の更なる醸成を図る。

医療安全ワーキング・グループで5病院の取組状況を共有し、特に医師及び看護師以外の報告促進に関する分析や検討を行う。

※ 本プランでの「インシデント件数」は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構医療安全推進規程の「ヒヤリ・ハット事例（医療事故等のレベル区分0～3 a）」と「アクシデント（医療事故等のレベル区分3 b～5）」の総数

アクションプラン 27 医療事故に関連するモニタリングの取組（提言番号⑦）

各病院

【スケジュール】

年次計画	令和6年度			令和7年度			令和8年度		
	上期	中期	下期	上期	中期	下期	上期	中期	下期
1 医療事故、死亡件数等のモニタリング	継続実施			継続実施			継続実施		

【取組状況】（令和7年度は4月～12月の集計）

5 病院合計	令和2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	合計
年間死亡者数	857	633	767	926	819	698	4,700
医療事故該当性判断会議開催数	39	44	36	43	35	30	227
判定会議後の事案調査（※）件数	5	5	1	6	9	13	39
医療事故調査（医療法）件数	0	1	0	0	2	2	5
センター合議（相談）件数	0	0	0	3	3	2	8

足柄上病院	令和2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	合計
年間死亡者数	152	126	216	260	134	140	1,028
医療事故該当性判断会議開催数	0	0	3	0	0	0	3
判定会議後の事案調査（※）件数	0	0	0	0	0	0	0
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	0	0	0
センター合議（相談）件数	0	0	0	0	0	0	0

こども医療センター	令和2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	合計
年間死亡者数	84	87	74	86	73	53	457
医療事故該当性判断会議開催数	16	17	15	17	12	7	84
判定会議後の事案調査（※）件数	0	0	0	1	0	0	1
医療事故調査（医療法）件数	0	1	0	0	0	0	1
センター合議（相談）件数	0	0	0	1	0	0	1

精神医療センター	令和2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	合計
年間死亡者数	1	3	3	3	1	1	12
医療事故該当性判断会議開催数	1	2	0	2	2	1	8
判定会議後の事案調査（※）件数	0	0	0	0	0	0	0
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	1	1	2
センター合議（相談）件数	0	0	0	1	2	1	4

※ 医療法に基づく医療事故調査以外の調査

がんセンター	令和2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	合計
年間死亡者数	489	289	307	414	461	398	2,358
医療事故該当性判断会議開催数	16	17	13	18	21	22	107
判定会議後の事案調査（※）件数	4	5	1	5	9	13	37
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	1	1	2
センター合議（相談）件数	0	0	0	1	1	1	3

循環器呼吸器病センター	令和2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度	合計
年間死亡者数	131	128	167	163	150	106	845
医療事故該当性判断会議開催数	6	8	5	6	0	0	25
判定会議後の事案調査（※）件数	1	0	0	0	0	0	1
医療事故調査（医療法）件数	0	0	0	0	0	0	0
センター合議（相談）件数	0	0	0	0	0	0	0

※ 医療法に基づく医療事故調査以外の調査