

## 資料 6

ピアレビューについて

## 私立医科大学附属病院におけるピアレビューー東京慈恵医科大学付属病院の取組み

森山 寛 東京慈恵医科大学 名誉教授 前附属病院 院長

都内 11 私立大学の医療安全の担当者（医師、担当看護師、薬剤師、臨床工学士等々）があつまり、東京都の医療安全の協議会（事務・慈恵）が叩き台を作り、医大協でまとめた資料

資料 1 【東京慈恵医科大\_森山先生】相互ラウンド実施方法

資料 2 【東京慈恵医科大\_森山先生】平成 2 8 年度自己評価表（本院用）

資料 3 【東京慈恵医科大\_森山先生】平成 2 8 年度組み合わせ（本院）

平成 1 8 年度から行っている相互ラウンドとは、自己評価表（特定機能の承認要件を追加、内容は自由記載が多い、3～5 人が 1 日の訪問で感染対策も全部チェックする）を 2 週間前までに立ち入る大学に出して、立ち入る大学が現場確認し、どの医療現場を見るかは当日行ってから決め、現場を回るものである。

相互ラウンド組み合わせは、2 9 の私立大学の中で地区をまたいで行う。5、6 年前からは分院同士でも行っており（分院でも特定機能と同じくらいの規模がある）、相互ラウンドの費用は各大学負担である。

国立と一本化？私立の相互ラウンドを続けるか

現場負担が少なくなるよう、一本化するか、全国でするピアレビューーは半日でやりのこりは各自行うほうがいい（役割分担が大事・・・数年に一回厚労省立ち入り検査、病院機能評価、事務局が回らない）。

現実対応として、当初数年は、国立大学、私立大学の今のピアレビューーの事務機能を維持し相互に 1, 2 人参加させ一本化を目指す。

私大のピアレビューー事務局は医大協で行っているが、十分なマンパワーがないので全体報告書の作成などフォローアップが充分とはいえない（現状では各病院に任せ、自主的に来年のラウンドに生かす）。

私大の相互ラウンドで、感染対策を立ちあげたとき、名古屋大の専門の先生に支援いただいたことから、国立、公立が私大に入ってくるのはよいことであると考えます。

# 平成28年度医療安全・感染対策部門の相互ラウンドの実施概要

平成28年5月25日

一般社団法人 日本私立医科大学協会

## 1. 目的

- (1) 医療事故・院内感染の防止を図るため、第三者的視点から検証を実施し、それぞれの病院の医療安全・感染対策の強化、改善につなげる。
- (2) 私立医科大学附属病院間のコミュニケーションおよび情報の共有を図り、評価する側、受ける側の双方が医療事故・院内感染防止の創意工夫を学ぶ。

## 2. 実施時期・時間

- (1) 平成28年9月から平成29年3月までの期間のうちの1日。
- (2) 医療安全部門と感染対策部門の相互ラウンドは、原則、同一日に実施するが、病院間の相互の取り決めによって別々に実施してもよいこととする。
- (3) 医療安全部門と感染対策部門の評価(チェック)項目数が異なるため、訪問時間と相互ラウンドの所要時間は病院間で決定するが、一応の目安として、医療安全部門は13:00～17:00、感染対策部門は10:00～16:00とする。
- (4) 病院間の日程の調整・連絡等は各施設の事務連絡担当者が行う。

## 3. 実施方法

- (1) 医療安全部門・感染対策部門ともに、受け入れ側が、あらかじめ医療安全対策委員会及び感染対策協議会において定められたチェックリストに基づき自己評価を行い、訪問側がそのチェックリストに沿って現場確認を行う。
- (2) 平成28年度より、医療安全部門の「自己評価表」については、厚生労働省の特定機能病院の承認要件の見直しに伴い、本院と分院の「自己評価表」を区別することとした。
- (3) 訪問する人数は、3～5人を目安とし、受け入れ側の施設と相談のうえ調整する。
- (4) チェックリストとは別に質問事項、情報として収集したい事項、見学したい部署等がある場合は、訪問側が受け入れ施設にその内容を事前に申し入れ、ラウンドに臨む。
- (5) 受け入れ側は、点検項目に付随する資料等を準備、必要に応じ、ラウンドの際に各項目における補足説明を行う。
- (6) また、ラウンド時の説明に必要な現場視察に対応できる関連職種の対応者等の確保を行っておく。

#### 4. 報告

- (1) 医療安全部門相互ラウンドにおいては、これまで「自己評価表」のみを提出していたが、新たに、感染対策部門の書式に基づいた「実施報告書」を加え、作成することとする。
- (2) 医療安全部門の「自己評価表」「実施報告書」と感染対策部門の「ラウンド評価表」「実施報告書」をラウンド終了後、4週間以内に協会へ提出する。

#### 5. 経費

相互ラウンド実施に係る経費・交通費は、各大学病院の負担とする。

# 平成28年度 私立医科大学病院 医療安全相互ラウンド自己評価表

## 【本院用】

大学病院名：

記入者職種（医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士・事務員・その他） 役職（管理職・監督職・一般職・その他）

※職種・役職は該当するものに○印をご記入ください。

赤文字箇所は、追加または修正項目です。

【注1】受け入れた医療機関側が、相互ラウンド実施後、4週間以内に「自己評価表」と「実施報告書」を協会宛提出してください。

【注2】受け入れ側は、事前に自己評価表を訪問側へ提出してください。

【注3】自己評価表とは別に質問事項や見学したい部署等がある場合には、訪問側は、事前に具体的に申し入れてください。

※記載方法については以下に従ってください。

【注4】「その他」については、「いる」「いない」の判断が困難な場合とし、（自由記載）欄に詳細を記入してください。

【注5】（自由記載）欄には、設問以外の活動内容など、自由に活用してください。

【注6】（具体的に記載）とある設問では、実施している内容を具体的に記載してください。

【注7】全ての項目を「いる」「いない」「その他」で統一しています。

【注8】\*印は、ラウンド時に各部門にて情報収集・意見交換を行うための視点です。

【注9】\*印の設問の下の（ ）は、必要時に記載する事とし必須ではありません。当日、口頭での説明や別途資料準備など各施設の状況により活用してください。

### 1. 医療安全管理体制の整備・改善の効果

#### (1) 医療安全管理体制について

##### 1) 医療安全管理部署に配属されている人員について

医療安全管理責任者	<input type="checkbox"/> 専従 人	—	—
医師	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人
看護師	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人
薬剤師	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人
事務員	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人
臨床工学技士	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人
放射線技師	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人
臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人
その他( )	<input type="checkbox"/> 専従 人	<input type="checkbox"/> 専任 人	<input type="checkbox"/> 兼任 人

※ 職種を追加したい場合には、枠を増やして記載してください。

自己評価表における専従・専任等の定義は、下記のとおりとする。

医療安全管理責任者の専従は 100%その業務に従事していること。医師・看護師・薬剤師等の専従は 80%その業務に従事していること。専任とは 50%以上をその業務に従事していること、それ以外は兼任とします。

## 2) 医療安全管理責任者の配置

- ① 医療安全管理責任者は、医療安全担当副院長が担っている  いる  いない  その他
- ② 医療安全管理責任者は、常勤の医師を配置している  いる  いない  その他
- ③ 医療安全管理責任者は、医療安全管理部門、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を統括している  いる  いない  その他
- ④ 病院管理者は、定期的に医療安全に係る研修を受講している  いる  いない  その他
- ⑤ 医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者は、定期的に医療安全に係る研修を受講している  いる  いない  その他

## 3) 安全管理指針(医療法施行規則第 11 条第 1 号)について

### (1) 安全管理指針の考え方、組織規約、報告制度、マニュアル、事故発生時の対応等について

- ① 従業者(委託やアルバイト等を含む院内で働く全ての従業者)への周知方法  
 携帯版マニュアル  冊子等を常備  書面回覧  その他( )
- ② それらは、随時に改訂されている  いる  いない  その他  
最新の改訂日: [平成 年 月 日]
- ③ 改訂のポイント( )

### (2) 患者との情報の共有化について

- ① 安全管理指針に患者にとって有意義な情報共有化を謳っている  いる  いない  その他
- ② 患者への情報提供方法  
 ホームページ  院内掲示  パンフレット  その他( )

## 4) インシデント・アクシデントの報告制度と改善の実施

### (1) 報告制度について

- ① 前年度と本年度のインシデント・アクシデント報告件数推移や内容を分析検討している  いる  いない  その他
- ② 職種別に報告件数増加のための工夫を講じている  いる  いない  その他

\* どのような工夫をしているか

( )

- ③ 当事者以外からも報告は行われている  いる  いない  その他
- ④ 合併症の報告基準を定めている  いる  いない  その他

\* どのように定めているか

( )

- ⑤ 医療の質・安全の質向上のために、複数の診療科や医療者が参加する死亡事例カンファレンス(M&M)が開催されている  いる  いない  その他

- ⑥ インシデント・アクシデントに関する効果的な対策や工夫していることがあるか

(例:転倒転落防止 / 薬剤の誤投与対策 / ドレーン・チューブトラブル対策など)

(具体的に記載)

[ ]

#### 5)ガバナンスの確保における報告の実施

- ①全死亡事例を医療安全管理部門へ報告するシステムが確立されており、医療安全管理部門は、その内容を管理者に速やかに報告している いる いない その他
- ②法令違反等の不正やインシデント・アクシデント報告について匿名通報が可能な内部通報窓口を設置している いる いない その他

#### 6)医療安全の監視体制

- ①医療現場(診療内容等)のモニタリングシステムがある いる いない その他
- \*どのように行っているか(具体的に記載)

[ ]

- ②医療安全の認識の浸透度を確認するシステムがある
- \*どのように行っているか(具体的に記載)

[ ]

#### 7)医療安全管理委員会について

- ①医療安全委員会の議事録に基づいた議論内容の状況を確認している いる いない その他

#### 8)内部通報窓口について

- ①内部通報窓口を設置している いる いない その他
- ②活動内容について(具体的に記載)

[ ]

#### 9)高難度新規医療技術の導入について

- ①高難度新規医療技術の実施の適否を確認する部門を設置している いる いない その他
- ②高難度新規医療技術の遵守事項、確認事項等が規程で定められている いる いない その他
- ③規程に定められた事項の遵守状況を定期的に確認している いる いない その他
- ④電子カルテに移行後、紙媒体の保管状況はルール化されている いる いない その他
- ⑤電子カルテにスキャンされた文書を保管している いる いない その他

⑥侵襲的処置の具体的な定義が決定されている  
具体的な内容

いる いない その他

[ ]

⑦口頭指示の具体的な手順が明確になっている

いる いない その他

⑧勤務交代時(看護師のシフト交代や当直医師への伝達)の伝達のルールが明確になっている

いる いない その他

⑨検査のパニック値は、依頼医へ報告されている

いる いない その他

⑩パニック値の依頼医への報告のルールが明確になっている

いる いない その他

⑪クラウドの利用ルールが明確になっている

いる いない その他

#### 10)外部監査について

①監査委員会を設置している

いる いない その他

監査委員会の構成員

[ ]

②年に2回の外部監査で、適切な医療安全管理ができているか評価している

いる いない その他

#### 11)職員のキャリアパスへの医療安全管理業務の組み込みについて

(1)実施方法や評価方法を具体的に記載

[ ]

(2)報告や事故等の分析から決定された改善策について

①従業者へ対応策をフィードバックする方法

書面 メール 掲示物 その他( )

②改善策の実施状況の確認について

a) 院内の医療安全ラウンドはどのように行っているか

(ラウンド方法・視点、ラウンドに参加する職種・場所などを具体的に記載)

[ ]

b) 現場のリスクマネージャーは定期的にチェックを行っている

いる いない その他

c) 周知徹底状況の検証はどのように行っているか (具体的に記載)

[ ]

d) 改善策の効果を検証しているか

いる いない その他

\* どのように行っているか(具体的に記載)

( )

**(3) 死亡事例について**

① 全死亡事例の報告の方法はどのように行っているか(具体的に記載)

( )

② 全死亡事例で報告される内容はどのような内容か(具体的に記載)

( )

③ 全例報告されている事の確認を行っているか(全死亡事例の把握方法等)

いる いない その他

④ 報告された死亡事例については、どのような検証がされているか

( )

⑤ 全死産事例の報告制度とその仕組み(死産の範囲(月齢))

( )

(自由記載)

**2. 患者の個人情報の取扱いについて**

1) 個人情報漏出防止の具体的な対策について

① 個人情報を取扱う部門・部署を設置している

いる いない その他

② USB メモリー等の外部記録媒体に対する安全対策を義務付けているか

いる いない その他

\* どのような対応か(具体的に記載)

( )

③患者情報に外部からアクセスできない環境が整備されている いる いない その他

④パソコンの盗難防止対策がされている いる いない その他

\* 上記以外に具体的に工夫していること

( )

⑤電子カルテの場合、不正アクセスの対策を講じている いる いない その他 電子カルテ未導入

⑥SNS(ツイッター・フェイスブック等の総称)利用に係るガイドラインやルールが設けられている いる いない その他

⑦クラウド(ネット上の保存場所)利用についてルール化されている いる いない その他

(自由記載)

### 3. 医療安全に関わる教育・研修

①中途採用の従業者に対して安全管理教育が実施されている いる いない その他

②従業者(委託やアルバイト等を含む院内で働く全ての従業者)の教育・研修を行っている いる いない その他

③従業者(委託やアルバイト等を含む院内で働く全ての従業者)の教育・研修の参加状況を把握している いる いない その他

④リスクマネージャーを対象とした研修を計画的に行っている いる いない その他

⑤研修医を対象とした研修を実施している いる いない その他

⑥eラーニングを研修に採用している いる いない その他

\* ④、⑤、⑥に対する具体的な研修内容について

( )

⑦年度一人当たり2回以上の研修会出席率を得るために何らかの工夫をしている いる いない その他

⑧恒常的に出席しない従業者には、何らかの対策を講じている いる いない その他

\* 教育・研修の効果を高めるために工夫していること

\* 受講率向上のための具体的な方策や恒常的欠席者への対応の工夫について

( )

\* 研修後の学習効果をどのように測定しているか

( )

⑨管理者および医療安全管理者に対する研修の受講および具体的な研修の内容

( )

(自由記載)

#### 4. アクシデントの診療録記載

①発生したアクシデントの内容を、診療記録へ記載する指導・教育がなされている

いる いない その他

②アクシデントの発生時に診療録記載内容の確認を行っている

いる いない その他

③診療録管理責任者が明確になっている

いる いない その他

(自由記載)

#### 5. インフォームド・コンセント

①インフォームド・コンセントに係る責任者を配置している

いる いない その他

②インフォームド・コンセントの説明時の同席者及び標準的な説明内容その他必要な実施の方法に係る規程を作成している

いる いない その他

③インフォームド・コンセントや説明・同意書に関して検討する委員会またはそれに準ずるものが設置されている

いる いない その他

④インフォームド・コンセントに関する方針・手順が定められている

いる いない その他

⑤インフォームド・コンセント(説明・同意書を含む)の書式を定めている

いる いない その他

⑥インフォームド・コンセント(説明・同意書を含む)の書式を見直している

いる いない その他

⑦同意書を取得すべき侵襲的治療・処置を定めている

いる いない その他

⑧インフォームド・コンセントが適正に実施、記載されているかの監査を行う責任者が各部署に配置されている

いる いない その他

⑨インフォームド・コンセントが患者に適切に実施されている(監査している)

いる いない その他

インフォームド・コンセントの実施状況の具体的確認方法

( )

- ⑩高度医療や新たな医療行為を行う場合、倫理委員会の承認や患者への説明を行っている いる いない その他
- ⑪インフォームド・コンセントが診療録に適切に記載されている（監査している） いる いない その他
- ⑫インフォームド・コンセントの際、患者に質問の機会を与えている いる いない その他
- ⑬患者に対して、説明した事実が記録として残されている いる いない その他
- ⑭定期的に診療録等の記載内容の確認を行っている いる いない その他
- ⑮必要に応じて診療録等の記載方法や内容の指導を行っている いる いない その他

(自由記載)

## 6. チーム医療について

- ① チーム医療が円滑に遂行できるようにチームトレーニングをしている いる いない その他

\* チーム医療推進のための具体的な取り組み・工夫について

( )

- ②パニック値への対応についてルール化されている いる いない その他

(自由記載)

## 7. 重大医療事故が発生した場合の対応

### 1) 院内の報告体制

- ①病院長への報告ルートが確立されている いる いない その他
- ②開設者(法人の長または準ずる者)への報告ルートが確立されている いる いない その他
- ③重大医療事故が発生した場合、速やかに病院長・開設者へ報告されている(複数回答有り)
- 1時間以内 3時間以内 当日中 翌日以降
- 複数の設定をしている場合は、どのような内容で分けているか( )
- ④夜間・休日にも病院長(不在時代理)に確実に報告している いる いない その他

### 2) 重大医療事故発生時の対応について

- ①速やかに事故調査委員会が設置される体制が整っている いる いない その他

②速やかに患者・家族に対応する体制が整っている いる いない その他

\* どのような体制か

( )

③患者・家族および当事者から事実の検証を行い、事故調査委員会に反映させている

いる いない その他

④事故調査委員会開催に際して、外部委員の選択基準がある

いる いない その他

⑤Ai(オートプシーイメージング)に関して規定やマニュアルが整備されている

いる いない その他

⑥3B以上の事例報告と検討がなされている

いる いない その他

⑦同一診療科・同一医療従事者・同一術式で事象が起きていないかについて、医療安全管理部で把握し、  
を行っている

いる いない その他

⑧医療費免除の判断に関する院内ルールが整備されている

いる いない その他

### 3) 行政機関への報告

①行政機関への報告基準がある

いる いない その他

②行政機関への報告は速やかに行っている

いる いない その他

③異状死届出に迷う際、判断する組織や基準が院内に設けられている

いる いない その他

\* ③について周知のために工夫していること

( )

### 4) 従業者への情報公開

①速やかに周知されている

いる いない その他

②情報公開の方法はどのようにしているか(複数回答可)

部署長に報告 参集発表 書類回覧 しない その他( )

### 5) 医療事故公表基準

①医療事故の公表基準が設けられている

いる いない その他

### 6) 当事者のサポート

①医療事故当事者をサポートする体制が整っている

いる いない その他

\* どのような体制か

( )

②医療事故当事者へのサポート体制が職員へ周知されている

いる いない その他

\* どのように周知しているか

( )

7)平成27年10月から施行された「医療事故調査制度」について

- ①医療事故報告制度発足に伴い、院内システムが整備されている いる いない その他  
②支援団体による自院への支援はどのようなになっているか

( )

③これまでに事故発生の報告をした件数(平成27年10月から自己評価表作成時点まで) \_\_\_\_\_件

④これまでに院内事故調査結果の報告をした件数(平成27年10月から自己評価表作成時点まで) \_\_\_\_\_件

⑤これまでに医療事故該当性の有無を判断するにあたり、院内で判定会議を開いた件数  
(平成27年10月から自己評価表作成時点まで) \_\_\_\_\_件

⑥全死亡症例を監査している いる いない その他

⑦どのような体制で監査しているか(具体的に記載)

( )

⑧監査結果を委員会で報告している いる いない その他

⑨予期せぬ死亡か否かの把握・報告基準・判断方法について(具体的に記載)

( )

(自由記載)

8. 患者の安全確保について

①患者・部位・検体などの誤認防止についての手順がある いる いない その他

②指示・伝達エラー防止のための手順が整備されている いる いない その他

③院内で緊急事態が発生した際、患者に対する対応手順が明確になっている いる いない その他

④院内で非常用カートや蘇生器材の整備がされ、いつでも使用可能となっている いる いない その他

⑤緊急時の対応に関する教育・研修と定期的な訓練が実施されている いる いない その他

⑥医療安全を高めるために必要な患者・家族の協力を求める取り組みがある いる いない その他

⑦患者が疾患について理解を深めるための手段を提供している(説明文書・患者図書室・インターネットなど) いる いない その他

⑧患者の無断離院に対する対応マニュアルが整備されている いる いない その他

⑨入院患者の自殺防止のための取り組みがされている いる いない その他

\*①～⑨の取り組みに対する成功例(具体的に記載)

( )

⑩タイムアウトを実施している いる いない その他

⑪タイムアウトはどのような場面で実施しているか

\* 具体的に記載

( )

⑫手術場面だけではなく、侵襲的処置などタイムアウトを行うルールが整備されている

いる いない その他

⑬患者のアレルギーへの対応(電子カルテでのアラートなど)がなされている いる いない その他

(自由記載)

## 9. 院内暴力について

①院内暴力に対する対応マニュアルが整備されている いる いない その他

②凶器を所持した者に対する防御手段(防御資器材の装備)がある いる いない その他

③従業員の相談窓口が設置されている いる いない その他

④施設内のセキュリティの整備がされている いる いない その他

⑤院内暴力に対する病院の姿勢を患者へ示している(ポスター・入院案内) いる いない その他

⑥院内暴力対策や従業員へのサポート体制についてどのような方法で周知しているか(具体的に記載)

( )

⑦院内暴力対策についてどのような工夫がされているか(具体的に記載)

( )

⑧警察への通報に関する判断基準が明文化されている いる いない その他  
(具体的に記載)

( )

(自由記載)

## 10. 医薬品の安全管理体制について

### 1) 医薬品の安全管理体制

① 医薬品安全管理責任者が定められている

\* 職種について

医師  歯科医師  薬剤師  看護師

② 病棟に薬剤師を配置している

いる ( \_\_\_\_ 病棟中 \_\_\_\_ 病棟配置)  いない  その他

③ 医薬品の安全使用のための手順書があり定期的に更新している

いる  いない  その他

\* 更新時期や頻度について [

]

\* 更新内容について

[ ]

\* 手順書の実施状況の確認方法およびその頻度とその記録について

[ ]

④ 医薬品の安全管理に関する教育や研修が定期的に行われている

いる  いない  その他

\* 開催時期や頻度について [

]

\* 最近の研修内容について

[ ]

⑤ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集を行い、活用している

いる  いない  その他

\* どのように情報を収集しているか [

]

\* どのように院内へ情報提供を行っているか

[ ]

⑥ 医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を立てている

いる  いない  その他

\* どのような改善を行っているか

[ ]

⑦ 未承認・適応外・禁忌等に該当する処方を把握し、必要に応じて、処方医に対して確認や指導を行う手順が整備されている

いる  いない  その他

**\* どのように処方把握しているか**

[ ]

**\* 処方医に対して確認や指導を行う手順について**

[ ]

⑧ 医薬品の安全管理体制として安全管理部門との連携が図られている  いる  いない  その他

**\* どのように連携が図られているか(医療安全管理者と薬剤部との連携など)**

[ ]

⑨ 抗がん剤、糖尿病薬、ワーファリン、ジギタリス製剤、高濃度注射用カリウム製剤、筋弛緩剤、インスリン製剤等ハイリスク製剤の安全使用手順が整備されている  いる  いない  その他

**\* ハイリスク製剤の選定基準について**

[ ]

**\* ハイリスク製剤の管理、周知方法について**

[ ]

⑩ 院内(特に薬剤部以外)における医薬品の管理体制が整備されている  いる  いない  その他

**\* 使用期限、在庫保管状況等の点検方法について**

[ ]

**\* 配置薬品の選定基準や見直し方法について**

[ ]

**\* 救急カートの管理体制について(薬剤師の関り、薬剤の選択・点検・補充方法等)**

[ ]

⑪ 持参薬の取扱い手順がある  ある  ない  その他

**\* 時間外はどのように行っているか**

[ ]

⑫院内製剤の調製および使用に関する指針に伴う管理体制が整備されている

いる いない その他

⑬放射性医薬品管理者が定められている

いる いない その他

⑭放射性医薬品取り扱いガイドラインに伴う管理体制が整備されている

いる いない その他

\* どのような管理体制か（購入・保管・使用状況の管理方法など）

[ ]

⑮添付文書の警告欄に定期的な検査に関する記載がある医薬品の安全管理体制が整備されている

いる いない その他

⑯院内で発生した副作用情報を医薬品情報管理室で一元管理する手順が整備されている

いる いない その他

⑰先発医薬品から後発医薬品への採用切り替えに関する情報の院内周知をどのように行っているか。

[ ]

(自由記載)

## 11. 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制について

①保守計画書を作成し、保守点検を実施している機器はどのようなものがあるか

[ ]

②医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検を定期的に行い記録している

いる いない その他

③医療機器の安全使用のために必要となる情報収集を行っている

いる いない その他

\* どのように情報を収集しているか

\* どのように院内へ情報提供を行っているか

[ ]

④医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策を立てている

いる いない その他

\* どのような改善を行っているか

[ ]

⑤安全管理部門、施設関連部門等、各部門との連携が体制としてできている  いる  いない  その他

\* どのように連携が図られているか

[ ]

⑥医療機器の使用に対する規定が整備されている  いる  いない  その他

⑦医療機器の使用者全員に対して医療機器の安全使用に対する研修を行っている

いる  いない  その他

\* 開催回数( ) 回 / 年

\* 対象者全員履修のためにどのような工夫を行っているか

[ ]

⑧医療機器が新規購入される際、機種選定などを審議する委員会を設置している

いる  いない  その他

⑨病院において使用した経験のない、新しい医療機器の導入時の使用予定者への研修を行っている

いる  いない  その他

⑩夜間、休日も含め使用中の医療機器のトラブル発生時にすぐに対応できる体制が整っているか

いる  いない  その他

\* どのような体制か

[ ]

⑪医療機器のメーカー立会いの際に「立会い実施確認書」を把握している  いる  いない  その他

(自由記載)

平成28年度医療安全・感染対策相互ラウンド組み合わせ  
(本院)

平成28年3月29日

一般社団法人 日本私立医科大学協会

No.	病院名	病院名
1	岩手医科大学附属病院	日本大学医学部附属板橋病院
2	日本大学医学部附属板橋病院	岩手医科大学附属病院
3	日本医科大学付属病院	帝京大学医学部附属病院
4	東邦大学医療センター大森病院	久留米大学病院
5	東京医科大学病院	金沢医科大学病院
6	東京女子医科大学病院	大阪医科大学附属病院
7	東京慈恵会医科大学附属病院	福岡大学病院
8	慶應義塾大学病院	獨協医科大学病院
9	昭和大学病院	順天堂大学医学部附属順天堂医院
		自治医科大学附属病院
10	順天堂大学医学部附属順天堂医院	昭和大学病院
11	関西医科大学附属枚方病院	杏林大学医学部付属病院
12	大阪医科大学附属病院	東京女子医科大学病院
13	久留米大学病院	東邦大学医療センター大森病院
14	北里大学病院	埼玉医科大学病院
15	杏林大学医学部付属病院	関西医科大学附属枚方病院
16	川崎医科大学附属病院	近畿大学医学部附属病院
17	聖マリアンナ医科大学病院	愛知医科大学病院
18	帝京大学医学部附属病院	日本医科大学付属病院
19	藤田保健衛生大学病院	産業医科大学病院
20	兵庫医科大学病院	東海大学医学部付属病院
21	愛知医科大学病院	聖マリアンナ医科大学病院
22	福岡大学病院	東京慈恵会医科大学附属病院
23	自治医科大学附属病院	昭和大学病院
24	埼玉医科大学病院	北里大学病院
25	金沢医科大学病院	東京医科大学病院
26	獨協医科大学病院	慶應義塾大学病院
27	近畿大学医学部附属病院	川崎医科大学附属病院
28	東海大学医学部付属病院	兵庫医科大学病院
29	産業医科大学病院	藤田保健衛生大学病院

## 国立大学附属病院におけるピアレビューに対する取り組み

山本 修一 千葉大学医学部附属病院 病院長

国立大学附属病院会議常置委員会では「医療安全・質向上のための相互チェック」を実施している。従前は毎年度1回実施していたが、平成25年度から相互チェック自体は隔年度実施とし、翌年度を指摘事項の改善期間としている。ピアレビューの組み合わせは、完全にランダムとなっている。また、国立大学附属病院感染対策協議会が感染対策に関する相互チェックを毎年度実施している。

国立大学附属病院が行う「医療安全・質向上のための相互チェック」の事務局は、現在、大阪大学が担っており、中央クオリティマネジメント部と医事課の医療安全係を中心に、スタッフ8人（うち医師3人）、事務職員4人が配置されている。国立大学附属病院長会議から、事務局に対して、予算措置が行われている。相互チェックのテーマは国立大学附属病院長会議常置委員会で決定し、結果報告を受ける。

特定機能病院の承認要件見直しに伴い実施するピアレビューの事務局機能をどこが担うかについては、これまでの「医療安全・質向上のための相互チェック」における経験を踏まえ、大阪大学に対して予算措置を講じて、強化したほうが効率的であると考え、国立大学の中では「医療安全では大阪大学」と認識されている。

ピアレビューを行うことについては、国立大学は、自分自身の質を高めるために行っているが、今後は、事務負担が増えないような方策をとっていくことが重要となる。また、組み合わせをランダムに決める場合、事務局の果たす役割の範囲についても決める必要がある。

他大学への訪問調査は各大学4名から10名のチームで構成される。例えば、国公立大学附属病院感染対策協議会が行う相互チェックの場合、専任GRM、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、放射線技師等8名の構成となっている。ピアレビューにおける調査体制は、病院の規模などの事情も勘案して決定すべきである。

「医療安全・質向上のための相互チェック」の内容に関しては、網羅的な事項とはせず、重点項目を定めて実施している。このほか、好事例の共有も行っている。

特定機能病院間相互のピアレビューの実施にあたっては、今回の特定機能病院の承認要件の見直し内容について、各大学における優れた取組について意見交換する場とすることが意義があると思われる。例えばインシデント・アクシデントの報告の状況、それに対するリアクション、院内の死亡事例の収集・分析・検討などが考えられる。

## 公立大学附属病院におけるピアレビューー横浜市立大学附属病院の取組み

菊地龍明 横浜市立大学附属病院 病院長補佐

### ピアレビューー

これまではピアレビューーに該当するものはなかったが、他の大学病院との情報交換の機会として、神奈川県4大学医療安全連絡会議が、北里大学・東海大学・聖マリアンナ医科大学・本学の4附属病院で、年4回持ち回りで開催されている。医療安全管理者を中心とした会議であり、事前に「困っている点、他施設の状況を聞きたい点」を伝えて、資料を持ち寄る。

外部評価は日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審している。

今年度の予定としては、名古屋市立大学附属病院と相互チェックを実施予定(9月)している。お互いに相互チェックの経験がないので手探りの状態である。内容は、①国立大学附属病院で各施設での自己チェックに用いられる「医療安全・質向上のための相互チェック、自己チェックシート」に沿った事前の自己チェック、②厚生労働省令で定める「技術的助言」に該当する項目のヒアリングと書類審査、③これ以外に、指摘してほしい・助言してほしい個所をそれぞれが設定しラウンドを行う。

平成 28 年4月時点での動きは、大学病院のうち、国立大学、私立大学は医療安全相互チェックを既に実施しているが、公立大学は未実施である。感染対策のほうは国立大学と何年か前からピアレビューーを行っているが、医療安全のほうは、横浜市立大学から全国公立大学病院長会議に「国立大学附属病院相互チェックへの公立大学の参加依頼」を提案している。公立8大学のうち5大学は参加希望、3大学は態度保留の状態である。非公式に国立大学病院長会議の事務局である大阪大学に打診を行っている。国立大学病院相互チェック自体が特定機能病院ピアレビューーの方向性を出されるのを待っている状態で議論は中断している。

## 横浜市立大学附属病院の準備状況

菊地龍明 横浜市立大学附属病院 病院長補佐

## ピアレビュー

### これまでの取り組み

ピアレビューに該当するものは無し

神奈川4大学医療安全連絡会議

北里大学・東海大学・聖マリアンナ医科大学・本学の4附属病院

年4回持ち回りで開催

医療安全管理者を中心とした会議

事前に「困っている点、他施設の状況を聞きたい点」を伝えて、資料を持ち寄る

外部評価は日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審

### 今年度の予定

名古屋市立大学附属病院と相互チェックを実施予定(9月)

お互いに相互チェックの経験がないので手探りの状態

予定している内容

国立大学附属病院で各施設での自己チェックに用いられる「医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート」に沿った事前の自己チェック

厚生労働省令で定める「技術的助言」に該当する項目のヒアリングと書類審査

上記以外に、指摘してほしい・助言してほしい個所をそれぞれが設定しラウンドを行う

### 4月時点での動き

大学病院のうち、国立大学、私立大学は医療安全相互チェックを既に実施しているが、公立大学は未実施

横浜市立大学から全国公立大学病院長会議に「国立大学附属病院相互チェックへの公立大学の参加依頼」を提案

公立8大学のうち5大学は参加希望、3大学は態度保留

非公式に国立大学病院長会議の事務局である大阪大学に打診を行っている

国立大学病院相互チェック自体が特定機能病院ピアレビューの方向性を出されるのを待っている状態で議論は中断