

本事案後に市立甲府病院が行った教育・職場環境改善内容

内容	事件背景にあった課題	現在までに進められた改善内容
検査の管理 と指導	<ul style="list-style-type: none"> ・技師長補佐の指導の下、検査が管理されていた。指導方法はメモを取らず、検査や操作を体感させることで業務を覚えさせようとした。 ・指導は、自らの知識の更新をしないで、本人の思い込みの押しつけであった。 ・下の者からの意見に傾聴せず、抑圧的であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導者の育成 ・指導者と同等の知識を持つ人材の育成 ・ローテータ技師の知識向上 ・施設管理責任者、放射性医薬品管理者による記録のチェック。 ・放射線部のコミュニケーションの向上と目的価値観の統一。
職場内での 教育・訓練	<p>当時の核医学検査室内では技師長補佐が絶対権限をもっており、その考えに押さえつけられていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現在は成人のみの為プロトコルに大きな変更は無い。 ・教育訓練は、学会・研修会などへの参加を中心に、院内においてもR Iの勉強会を行っている ・小児の検査は行っていないが小児科より依頼がある為将来的には実施すると思われる。 ・小児の検査方法、プロトコルについては他施設への研修と当院での十分な検討・検証が大切と考える。
検査技術・ 知識の更新	<p>学会や研究会に参加することが少なく、強要された内容に対する知識の更新ができず、異常な状態への感度が極めて低かった。</p>	<p>参加できるものにはなるべく参加している。ローテータ技師も甲府開催の研究会などに参加している。メーカーの協力を得て放射線部勉強会も数回開催している。</p>
職場内の 対人環境	<p>技師のミーティングで若手が発言できる機会が少なかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ある技師長補佐や他部署の主任から圧力的に発言を抑えられることが多く、解決に至らないと組織を諦め、技師長の統率力不足を感じる技師もいた。その後、ミーティングの回数 	<p>各検査の知識、経験を技師間で共有して共通の問題意識を持つこと、部以外とのチーム医療の強化のための「放射線部組織改善チーム」の発足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早朝ミーティングの開催（毎日） ・医師、技師、薬剤師、看護師による部門会議の開催（毎月）

	<p>も減り、人間関係が荒廃し、技師の中で壁を作っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・技師室ミーティングの復活
<p>医療安全への意識</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線部からのインシデント報告数が少ない。 ・リスクマネージャーが、当該者から相談を受けたとき、独断的判断をして上司や医療安全部に報告していない。 ・現存する解決すべき課題を解決せず隠蔽していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全管理体制の強化 ・各部門リスクマネージャーの選任と横断的な医療安全管理業務の遂行（計画とその評価） ・「医療安全対策ミーティング」の開催 ・インシデント報告の推進