

愛知県がんセンター 医療安全改革実行プラン

～高度で先進的ながん医療を行う上での、最高水準の医療安全の確立～

令和元(2019)年5月現在

愛知県がんセンター



目次

「高度で先進的ながん医療を行う上での、最高水準の医療安全の確立」

当院は「患者さんの立場にたって、最先端の研究成果と根拠に基づいた最良のがん医療を提供」することを基本理念とし、高度で先進的な医療を患者さんに提供することを心掛けてまいりましたが、がんを克服するためには新しい診断技術や治療法を求め続けていく必要があります。私どもは「令和」という新しい元号のもと、がんゲノム医療、新規の薬物療法、新しい低侵襲治療、優れた放射線治療、あるいは集学的な治療を研究所とともに開発し、患者さんに提供し、がんを克服しようとする決意を新たにいたしました。しかしながら、高度で複雑な医療現場では良い成果を求めるなかで、予期しない出来事が起こる可能性は否定できず、そのためには最高水準の医療安全が必要であると考えております。

私どもはこれまでも医療安全に関する体制整備に取り組んでまいりましたが、医療安全の確立は継続的に行われるべきものであり、医療安全なくして先進医療なしと認識しており、この取り組みをたゆみなく実践していくために、病院における院長のガバナンスの確立、医療安全の実践につながる体制の構築と、職員一人ひとりの更なる意識喚起を行うべく、「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン」を策定いたしました。

本プランは、「高度で先進的ながん医療を行う上での、最高水準の医療安全の確立」を基本方針として掲げ、その達成のための具体的な取り組みを13の方向性、それらを束ねる4つの柱の下に整理しております。

本プランに則り、病院長である私自身が先頭に立ち、職員一人ひとりが主体となって医療安全の深化への取り組みを進めてまいります。

2019年5月
愛知県がんセンター
病院長 丹羽康正

1 実施計画の概要	… p3
2 取組内容及び工程表	… p5
3 計画の推進体制と進捗管理（PDCA サイクル）	… p14

1 実施計画の概要

概要

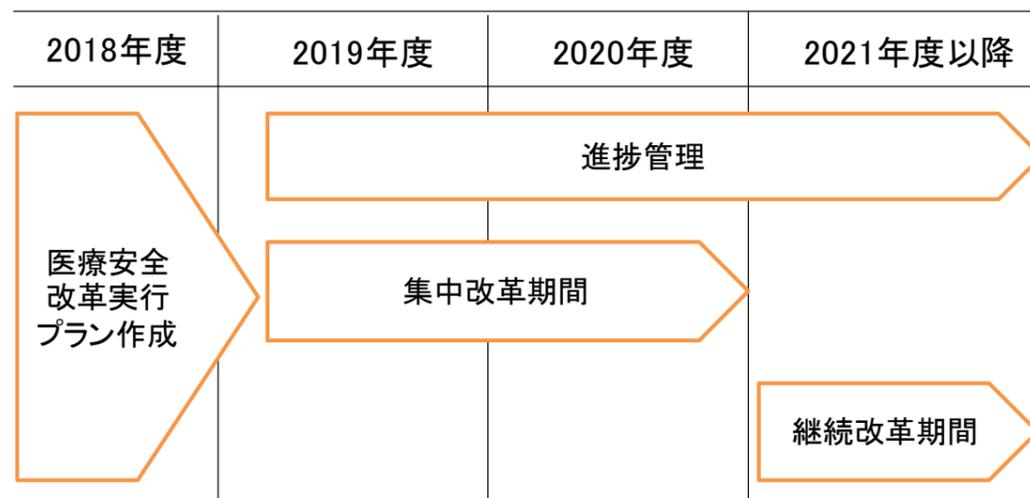
- 当院は、患者さんの立場にたつて、最先端の研究成果と根拠に基づいた最良のがん医療を提供することを基本理念としている。
- 基本理念を踏まえた、高度で先進的ながん医療を提供するためには、その前提として患者さんに安心、安全な医療を受けていただくための「最高水準の医療安全」を十分に確立することが不可欠であり、これまでも医療安全に関する様々な取組を実施してきたところである。
- しかしながら、医療安全の確立に終わりではなく、職員一人ひとりが更に安全意識を高め、これを実践できる体制を構築し、医療安全のさらなる深化への取り組みを、丁寧に、かつ、たゆみなく実践していくことが重要である。
- 当院における医療安全のさらなる深化を目指すため、病院長が定めた改革計画の根幹となる「基本方針」のもとに「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン」を定め、病院一丸となって医療安全改革に取り組んでいく。

基本方針：

『高度で先進的ながん医療を行う上での、最高水準の医療安全の確立』

計画のスケジュール

- 本プランの対象期間は、2020年度までを「集中改革期間」として各種取組を集中的に進めていくとともに、項目によっては2021年度以降についても引き続き進捗管理を行い、継続的な改革・改善に取り組んでいく。



取組の体系

- 病院長が定めた基本方針のもと、重点的な取組を行う大きな分野として「4つの柱」を掲げる。
- さらに「4つの柱」の中に、柱ごとに取り組むべき事項として「13の方向性」を定めるとともに、各方向性の達成に向けて具体的に「48の取組」を展開し、医療安全改革を行っていく。

取組の柱Ⅰ ガバナンス改革

■方向性1 医療安全体制の外部による監査・確認体制の充実

- 取組 1-1-1 医療安全監査委員会の充実
- 取組 1-1-2 特定機能病院への視察及び相互立入の実施
- 取組 1-1-3 病院機能評価（一般病院3）の受審

■方向性2 コンプライアンス体制の充実

- 取組 1-2-1 内部通報窓口の機能拡充
- 取組 1-2-2 コンプライアンスに関する研修の強化

■方向性3 病院長の権限の明確化・強化

- 取組 1-3-1 病院長の権限の明確化・強化

■方向性4 各種指標の見える化

- 取組 1-4-1 クリニカル・インディケーターの充実
- 取組 1-4-2 医療安全に関する各種取組の状況及び目標値の公表

取組の柱Ⅱ「安心・安全・良質な医療提供体制の充実」

■方向性1 医療安全に係る人員体制の充実

- 取組 2-1-1 医療安全管理室の体制充実
- 取組 2-1-2 感染対策室の体制充実
- 取組 2-1-3 医療機器管理室の体制充実
- 取組 2-1-4 医療情報管理室の体制充実
- 取組 2-1-5 病棟薬剤師の充実

■方向性2 医療安全管理体制の充実

- 取組 2-2-1 医療安全ラウンドの計画的な実施・定着
- 取組 2-2-2 医療事故等収集事業への報告・定着
- 取組 2-2-3 医療安全管理室執務室の拡充
- 取組 2-2-4 事例分析の強化・充実
- 取組 2-2-5 事例分析結果の現場へのフィードバックの徹底
- 取組 2-2-6 感染対策に関する病院長主導の取組の実施
- 取組 2-2-7 専従薬剤師による病棟全体の薬剤業務の改善
- 取組 2-2-8 プレアボイド報告の充実
- 取組 2-2-9 画像診断の誤読への対策
- 取組 2-2-10 院内検討体制の見直し
- 取組 2-2-11 災害時における医療安全体制の整備
- 取組 2-2-12 医療安全ポケットマニュアルの充実

取組の柱Ⅳ 意識改革、教育・労務環境整備

■方向性1 インシデント・アクシデントの報告が行いやすい風土作り

- 取組 4-1-1 意識付け・風土改革による報告件数の増加
- 取組 4-1-2 医師からの報告割合の増加
- 取組 4-1-3 報告基準の具体化・明確化

■方向性2 職員研修の充実

- 取組 4-2-1 職員必須の医療安全研修会の強化
- 取組 4-2-2 中途採用者への研修体制の強化
- 取組 4-2-3 e-ラーニングシステムの導入
- 取組 4-2-4 医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施
- 取組 4-2-5 医療機器に関する研修の強化
- 取組 4-2-6 病院長説明会による啓発の実施

■方向性3 適切な労務管理の実施

- 取組 4-3-1 医師の過重労働の抑制
- 取組 4-3-2 病院長による院内訪問・ヒアリング
- 取組 4-3-3 全職員への健康診断の実施

取組の柱Ⅲ 診療体制の強化

■方向性1 ICU管理体制の充実・強化

- 取組 3-1-1 専任の責任者の配置
- 取組 3-1-2 入退室基準の整備と適切な運用
- 取組 3-1-3 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準の充足

■方向性2 インフォームドコンセント（IC）の充実・強化

- 取組 3-2-1 様式の標準化
- 取組 3-2-2 電子カルテへの記載方法の標準化
- 取組 3-2-3 質的監査の実施
- 取組 3-2-4 IC実施時の看護師の同席
- 取組 3-2-5 実効性のあるIC教育研修の実施

■方向性3 他院との連携体制の強化

- 取組 3-3-1 他院との連携に関するマニュアルの作成
- 取組 3-3-2 他院との連携に関する情報の一元管理の実施

■方向性4 相談支援体制の充実

- 取組 3-4-1 メールによる相談受付体制の整備

2 取組内容及び工程表

◎基本方針 「高度で先進的ながん医療を行う上での、最高水準の医療安全の確立」

項目	現状・課題	課題解消に向けた具体的な取組	主な目標	達成期限	工程表						
○取組の柱Ⅰ ガバナンス改革											
◆方向性1 医療安全体制の外部による監査・確認体制の充実						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～		
取組 1-1-1	医療安全監査委員会の充実	<p><現状> ・開設者である病院事業庁が外部委員に委嘱し、年2回実施している。(原則、各管理者からの報告に基づく質疑応答)</p> <p><課題> ・書類上の監査が主であるため、実際に書類や規程が病院として運用されているかを確認することが求められる。</p>	<p>院内巡視の実施</p>	2019年9月	<p>■開催(書面)</p>	<p>■開催(書面)</p> <p>■開催(書面+院内巡視)</p>	<p>■開催(書面+院内巡視)</p>	<p>■開催(書面)</p>	<p>継続実施</p>		
取組 1-1-2	特定機能病院への視察及び相互立入の実施	<p><現状> ・医療安全地域連携加算に伴う立入調査を愛知県精神医療センター、あいち肝胆膵ホスピタルと行っているが、他特定機能病院への視察や相互立ち入りは実施していない。</p> <p><課題> ・当院の中だけでなく、他特定機能病院への視察を行うことで、医療安全に関する取組の情報収集をするとともに、特定機能病院の視線からチェックを受けることで、当院に求められる医療安全体制を明確に認識することが求められる。</p>	<p>相互立入調査の開始</p>	2020年3月	<p>他病院視察</p>	<p>相互立入の実施</p>	<p>相互立入の継続実施</p>				
取組 1-1-3	病院機能評価(一般病院3)の受審	<p><現状> ・公益財団法人日本医療機能評価機構による一般病院2の認定(機能種別版評価項目3rdG:Ver1.0)を受けている。(認定期間:平成26年9月27日～平成31年9月26日)</p> <p><課題> ・病院の質を高めることを目的に特定機能病院を目指している以上、第三者評価についても、同様に特定機能病院を対象とした「一般病院3」で受審し、認定を受けることが求められる。</p>	<p>一般病院3の受審</p>	2020年2月	<p>■受審申込</p>	<p>■受審</p>	<p>受審時指摘事項への対応、継続的見直しの実施</p>				
◆方向性2 コンプライアンス体制の充実						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～		
取組 1-2-1	内部通報窓口の機能拡充	<p><現状> ・愛知県庁の内部通報制度を利用しており、内部窓口(県人事課)、外部窓口(弁護士)の2つの窓口を有する。</p> <p>・外部窓口(弁護士)への通報は書面・メールのみであり、電話や面談は行っていない。</p> <p><課題> ・外部窓口においては書面・メールのみでありハードルが高いと思われることに加え、認知度も低く、利用が進んでいない。</p> <p>・また、管理者である病院長が把握・対策を行うにも時間を要することから、病院独自の内部通報制度の創設が求められる。</p>	<p>新規内部通報窓口の設置</p>	2019年9月	<p>制度の更なる周知</p> <p>新規制度検討</p>	<p>新規制度設置準備</p>	<p>新規制度運用</p>				
取組 1-2-2	コンプライアンスに関する研修の強化	<p><現状> ・新規採用時の研修において電子カルテの個人情報保護に関する内容を行っているが、全職員を対象とした研修は毎年度実施はしていない。</p> <p><課題> ・情報セキュリティが重要視される近年においては、個人情報の管理に関するコンプライアンスを全職員が必ず理解しておくことが求められる。</p>	<p>全職員の年1回の受講</p>	2020年3月	<p>■研修会の開催</p>	<p>■研修会の開催</p> <p>■研修会の開催</p> <p>■研修会の開催</p>	<p>継続実施</p>				

◆方向性3 病院長の権限の明確化・強化						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 1-3-1	病院長の権限の明確化・強化	<p><現状> ・県立病院であるため、病院長が人事・予算についてすべて決定できる体制ではなく、一定の制約がある。</p> <p>・各種規程(病院事業規程、事務決裁規程、事務委任規程等)において、病院長の権限は記載されているが、客観的に分かりにくい現状がある。</p> <p><課題> ・病院長によるガバナンス体制を説明するうえで、病院長の権限を明確に示すことが求められる。</p>	<p>・新たに、病院長の権限を明確に記載した内部規程を制定する。</p> <p>・医療安全や感染防止対策等緊急を要する事案について、主体となって行動を起こしやすくするため、緊急時に際しては従来にも増して病院長判断で予算執行等が行えるように権限を付与する。</p>	権限の明確化・強化	2020年3月	<p>内容検討・協議・権限強化</p> <p>内容検討・協議・権限の明確化</p>			
◆方向性4 各種指標の見える化						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 1-4-1	クリニカル・インディケーターの充実	<p><現状> ・当院ホームページにおいて、「クリニカル・インディケーター」として医療安全に関する指標(IA件数、転倒転落等件数、手術部位感染率)を公開している。</p> <p><課題> ・医療安全に関する指標を更に公表していくことで、客観的に当院の現状を見える化していくことが望ましい。</p>	<p>・2019年9月までに、クリニカル・インディケーターに追加する医療安全・感染等に関する指標(手洗い遵守率等)を検討し、ホームページに掲載を行う。</p>	指標の追加	2019年9月	<p>掲載項目の検討・掲載</p> <p>新規項目追加・見直しの継続的実施</p>			
取組 1-4-2	医療安全に関する各種取組の状況及び目標値の公表	<p><現状> ・特段の取組は実施していない。</p> <p><課題> ・医療安全に関する各種取組の状況や、当院が目指す目標値、現状とのギャップをどのように改善していくかを対外的に公開していくことで、現状分析や更なる課題の発見につなげていくことが求められる。</p>	<p>・医療安全等に関する各種取組について、ホームページ等を用いて発信し、併せて現在の取組状況と病院が目指す目標値を提示し、現状とのギャップをどのように改善していくかを記載することで、対外的にも医療安全改革に積極的に取り組んでいる姿勢を示す。</p> <p>・2020年4月までに、インシデントレポート件数の目標値に対する達成状況や、医師のレポート提出割合について、ホームページに掲載していく。</p>	各種取組状況と目標値の公表	2020年4月	<p>HPを用いた医療安全への取組状況、目標等の発信</p>			

○取組の柱Ⅱ 安心・安全・良質な医療提供体制の充実

◆方向性1 医療安全に係る人員体制の充実						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 2-1-1	医療安全管理室の体制充実	<p><現状> ・医師1名、看護師2名、薬剤師1名、事務1名</p> <p><課題> ・現在は、人手不足もあり、医療安全の問題点の発見、改善に必要な膨大なインシデント・アクシデントレポート等のデータを解析が十分に行われていない。</p> <p>・また、医療安全への取組に終わりではなく、今後もますます多くの業務が発生していくこと想定されるため、過重労働の懸念も示されており、長期的・継続的に医療安全の取組が行える人員体制を整備することが必要である。</p>	<p>・2019年度中に医療安全管理室の所管業務の一部見直しを行う。</p> <p>・2021年4月までに正規職員の事務を1名、2020年4月までにデータ解析を行うことができる非常勤職員を2名増員することにより院内の医療安全の充実を図る。</p> <p>(増員理由) ・医療安全研修会、救急蘇生普及委員会事務局、研修補助事業の管理等の事務作業を行うため、時間外においても勤務が発生するため正規職員でないと対応が出来ない。そのため、正規の事務職員1名の増員が必要である。</p> <p>・インシデント・アクシデントレポートの蓄積が進んでおり、その解析を行い、現場にフィードバックしていく必要が生じるため、正規職員が望ましいが、当面は非常勤職員2名で対応する。</p>	事務正規1名 事務補助2名 増員	2021年4月	<p>人員要求</p> <p>定数要求業務</p>	<p>採用試験・公募の実施⇒採用</p> <p>■データ解析用非常勤職員2名配置</p> <p>データの分析・解析、フィードバックの実施</p>	<p>■事務職員 正規職員1名配置</p>	
取組 2-1-2	感染対策室の体制充実	<p><現状> ・兼任医師1名、専従看護師1名、専任看護師1名、嘱託職員1名、アルバイト職員1名</p> <p><課題> ・現在は専従看護師も1名でほとんどの事務を実施しており、感染症に関する緊急事態発生時に迅速な対応を行える体制とはいいがたい。</p> <p>・また、医師も診療科部長兼任が1名であり、難治症発生時のコンサル体制や多くの目線からの検討・評価体制が十分ではない。</p>	<p>・2019年4月より院内感染専従看護師を1名増員、及び、名古屋大学医学部附属病院の感染症専門医を毎週1回招聘し院内の感染対策(ICT、AST)の充実を図る。</p> <p>(増員理由) ・現在の専従看護師1名体制では、急な事態に迅速に対応することが困難であるほか、抗菌薬の適正使用につき、薬剤師、検査技師とともに病院の管理体制の改善を図るために、少なくとも2名体制とする必要がある。</p> <p>・難治感染発生時にコンサルが行える体制を整備するとともに、院内感染対策を第三者の目線から評価していく必要がある。</p>	看護師正規1名 医師非常勤1名 増員	2019年4月 【達成済】	<p>■専従看護師1名配置(計2名)</p> <p>■感染症内科医(非常勤)の配置(4月)</p>		<p>移行される側の業務量精査及び人員確保</p>	

取組 2-1-3	医療機器管理室の体制 充実	<p><現状> ・臨床工学技士(ME)3名(うち1名は現在育休中)</p> <p><課題> ・病床規模に対してMEの人数が特定機能病院に比べて少なく、病院全体(病棟や手術室)のME機器の管理をMEが十分にできていないことから、体制の充実が求められる。</p>	<p>・2019年6月に採用試験を実施し、中心となる臨床工学士を可能な限り早期に1名採用する。 ・2020年4月までに臨床工学技士を1ないし2名増員する。 ・2021年4月までに臨床工学技士を2ないし1名増員する。 →2021年4月までに臨床工学技士を4名増員し、7名体制にすることにより医療機器管理体制の充実を図る。</p> <p>(増員理由) 以下の業務に対応するため、4名の増員が必要である。 ・手術室、ICU、病棟等院内の医療機器の管理が不十分であるため、中央管理、各種書類の整理、研修等の企画のための人員1名 ・手術室専従として1名 ・ICU専従として1名 ・病棟・外来機器専従として1名</p> <p>(他病院の臨床工学技士の人数)</p> <table border="1"> <tr> <td>・がん研究会有明 11名(686床)</td> <td>・国がん東 4名(425床)</td> </tr> <tr> <td>・大阪がんセンター 8名(500床)</td> <td>・静岡がんセンター 13名(615床)</td> </tr> </table>	・がん研究会有明 11名(686床)	・国がん東 4名(425床)	・大阪がんセンター 8名(500床)	・静岡がんセンター 13名(615床)	ME 4名 (形態問わず) 増員	2021年4月	<p>採用試験・公募の実施⇒随時採用</p> <p>MEの業務内容、分担、業務遂行方法を精査</p> <p>各所属による人員要求</p> <p>各所属による人員要求</p> <p>■MEの配置(1名)</p> <p>■MEの配置(1名ないし2名)</p> <p>■MEの配置</p>
・がん研究会有明 11名(686床)	・国がん東 4名(425床)									
・大阪がんセンター 8名(500床)	・静岡がんセンター 13名(615床)									
取組 2-1-4	医療情報管理室の体制 充実	<p><現状> ・診療情報管理を行う部門である医療情報管理室には3名在籍(うち1名が診療情報管理士)</p> <p>・診療録管理体制加算2を加算中。</p> <p><課題> ・現状では、診療情報管理士による診療録の監査体制のみであり、医師、看護師等による監査体制が人員的制限により行っていない。</p> <p>・また、診療情報監査要綱や診療記録の質的・量的点検のチェックリストなどの各種規程や監査体制が十分に整備されておらず、早急に整備することが求められる。</p>	<p>・2020年4月までに診療情報管理士を2名増員する。 ・2021年4月までに診療情報管理士を1名増員する。 →医療情報管理室を6名体制(兼任含む)として、診療情報管理士及び医師、看護師、コメディカルによる質的及び量的カルテ監査の充実を図る。</p> <p>(増員理由) 以下の業務に対応するため、3名の増員が必要である。なお、正規職員が必須ではないが、個人情報を取り扱う観点から正規職員が望ましい。 ・インシデント・アクシデントレポートシステムであるファイルメーカーの運営・管理に1名 ・ICマニュアル・画像診断・B型肝炎対策等、決められた対策が実際に行われているかカルテ情報から確認し、対応がなされていなければ医師にフィードバックを行う人員として2名</p> <p>・上記理由に加え、診療情報管理士及び、医師、看護師、コメディカルによる質的及び量的カルテ監査の充実を図り、カルテ監査指摘事項の改善状況の確認を実施する等の業務内容が見込まれる。</p> <p>・またデータ分析業務として院内がん登録、DPC、疾病統計などの病院の機能強化業務についても業務拡大が見込まれる。</p> <p><参考> 「診療録管理体制加算1」では、人員配置の基準として年間の退院患者数2,000人ごとに、1名以上の専任の常勤診療記録管理者(資格を問わない)が配置されており、うち1名以上が専従であることが求められていることから、当該基準の充足を目指す。 ※当院の退院患者数 10,616人(H29)/2,000≒6人(端数切り上げ)</p> <p>(他病院の診療情報を管理する部門の人数)</p> <table border="1"> <tr> <td>・がん研究会有明 15名(686床)</td> <td>・国がん東 7名(425床)</td> </tr> </table>	・がん研究会有明 15名(686床)	・国がん東 7名(425床)	診療情報管理士 3名 (形態問わず) 増員	2021年4月	<p>人員要求</p> <p>■診療情報管理士2名配置</p> <p>■診療情報管理士1名配置</p> <p>■採用試験・公募の実施⇒随時採用</p>		
・がん研究会有明 15名(686床)	・国がん東 7名(425床)									
取組 2-1-5	病棟薬剤師の充実	<p><現状> ・12病棟に対し8名の病棟薬剤師を配置。</p> <p><課題> ・1病棟1名体制でないため、病棟薬剤業務以外の業務を行うことが困難な状況であり、病棟薬剤業務中に入手した患者情報の有効活用や効果的な服薬指導が実施できていないという課題がある。</p>	<p>・2021年4月までに1病棟1病棟薬剤師常駐体制となるよう人員配置を行い、薬物療法の有効性、安全性に資する業務を十分に行える体制を整備する。 (各病棟1名ずつ配置し、科長は全病棟を統括してバックアップ体制を構築するため、5名増員する。)</p> <p>(増員理由) 現在の薬剤師の人員体制では、病棟薬剤業務実施加算を算定することができる最低限の業務しかできず、本来の加算の目的とする病棟において薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資する業務が十分に果たせていない状況であり、病棟等の期待にも十分にこたえることができていない。 ・他の特定機能病院では、1病棟ごとに1人以上の専従薬剤師を配置し、本来の業務に集中できる環境が整えられていることから、当院においても同等数の専従薬剤師を確保する必要があり、正規職員として5名の増員が必要となる。</p> <p>(他病院の薬剤師の人数)当院33名+非常勤5名</p> <table border="1"> <tr> <td>・がん研究会有明 61名(686床)</td> <td>・国がん東 33名(425床)+レジデント19名</td> </tr> <tr> <td>・大阪がんセンター 36名(500床)+非常勤6名</td> <td>・静岡がんセンター 42名(615床)</td> </tr> </table>	・がん研究会有明 61名(686床)	・国がん東 33名(425床)+レジデント19名	・大阪がんセンター 36名(500床)+非常勤6名	・静岡がんセンター 42名(615床)	正規5名 増員	2021年4月	<p>人員要求</p> <p>■病棟薬剤師4名配置 ⇒全病棟での専従薬剤師の配置完了</p> <p>採用試験・公募の実施</p>
・がん研究会有明 61名(686床)	・国がん東 33名(425床)+レジデント19名									
・大阪がんセンター 36名(500床)+非常勤6名	・静岡がんセンター 42名(615床)									

◆方向性2 医療安全管理体制の充実

						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 2-2-1	医療安全ラウンドの計 画的な実施・定着	<p><現状> ・2018年11月までは、定期的な医療安全ラウンドは行っていなかったが、2018年12月から毎週金曜日に医療安全ラウンドを行っている。</p> <p><課題> ・年度途中から開始したこともあり、計画を策定しないまま実施しており、組織として実施体制の定着化が不十分であるため、計画に基づく医療安全ラウンドの実施が求められる。</p>	<p>・2019年度からは年間計画に沿って医療安全ラウンドが行えるよう、2019年3月までに年間計画を策定する。</p> <p>・年間計画に基づき計画的なラウンドを行い、組織として医療安全ラウンドが定着するようことを目指す。また、計画については、時宜を得たトピックスをその都度追加するなど、柔軟なものとする。</p>	計画実施率 100%	2020年3月	<p>計画検討</p> <p>計画策定</p> <p>計画の実施、モニタリング</p> <p>計画策定</p> <p>計画内容の見直し・検討</p> <p>計画策定</p> <p>計画内容の見直し・検討</p> <p>継続実施</p>			
取組 2-2-2	医療事故収集等事業へ の報告・定着	<p><現状> ・医療事故収集等事業を平成30年12月に登録開始した。</p> <p>・2019年3月までに4件の報告実績があり、すべて2週間以内に報告を行っている。</p> <p><課題> ・登録を開始したばかりであり、報告体制や手続きの流れ等の手順化の実施や体制としての十分な定着化ができていない。</p>	<p>・医療事故収集等事業への報告体制を整え、2週間以内に適切な報告を行うよう厳守する。 (実施率数値目標:100%)</p> <p>・併せて、体制整備・定着化を図るため、報告方法・手順のマニュアル化による作業の標準化を実施する。</p>	2週間以内 報告率 100%	2019年9月	<p>登録開始</p> <p>2週間以内の登録体制の遵守</p> <p>報告方法・手順のマニュアル化の実施</p>			

取組 2-2-3	医療安全管理室執務室の拡充	<p><現状> ・執務室内に打ち合わせスペースがなく、また、病棟や病院長室からも少し距離を有する状況である。</p> <p>・医療安全カンファレンス等の検討では副院長室などを使用している。</p> <p><課題> ・緊急時に会議を開催するにスペースが執務室内にないことから、会議開催への機動性に欠ける部分がある。また、現場への駆けつけや病院長への至急の報告等に際し、若干の時間を要する課題がある。</p>	<p>・2019年9月までに現行の執務室から打ち合わせスペースを確保できる、より大きな執務室へ移転し、医療安全に関する緊急事象発生時により機動的な対応ができる環境の整備を行う。</p>	執務室 移転完了	2019年9月	<p>移転先の検討</p> <p>移転準備</p> <p>移転完了</p>			
取組 2-2-4	事例分析の強化・充実	<p><現状> ・インシデント・アクシデントレポートの集積は実施しているが、そのデータを部署ごとの解析や、全体傾向の数値化等を実施できていない。</p> <p><課題> ・インシデント・アクシデントレポートを解析する人員が不足しており、十分な分析を行えていないことから、データを十分に活用できていない。</p> <p>・また、死亡例の傾向や外来患者の一定期間以内の死亡の把握等、医療安全に係る分析についても不十分である。</p>	<p>・院内の死亡事例については、従来から全事例のチェック等を行っているが、2019年1月からは外来患者の死亡事例について、医療安全専従医師が電子カルテのステータスが死亡に切り替わった患者を確認し、入院患者の死亡リストと見比べることにより実施することとしている。なお、2019年1月から3月までで、拾い上げのできた外来患者の死亡数は97件で問題となる事例はなかった。</p> <p>・2020年3月までに病棟ごとのインシデント報告の分析、各部課室に発生するインシデント事例の特徴等についてデータ解析を行う体制を構築する。</p> <p>・体制の構築に伴い、2020年4月から、重点的に改善を講じた方が良いインシデント事例の洗い出しを行い検討・改善を行う。</p>	データ解析体制の 整備	2020年4月	<p>外来死亡事例の把握、分析</p> <p>各種データの解析体制の整備</p> <p>収集方法・解析方法の検討</p> <p>重点的改善事例の洗い出し、報告</p>			
取組 2-2-5	事例分析結果の現場へのフィードバックの徹底	<p><現状> ・事例分析結果の職員・現場へのフィードバックについては、リスクマネージャーや医療安全だよりの配布等により実施している。</p> <p><課題> ・配布だけでなく、確認したかどうかのチェック体制、および、フィードバック結果により実際に業務が改善できているかどうかの確認体制が不十分である。</p>	<p>・2020年4月から開始する事例洗い出しにより分析を行ったデータについて、半期ごとに医療安全管理委員会を通じ各部署に周知し、業務改善の一助としてもらう。その後、実際に改善が出来ているかどうか、インシデントの動向を踏まえ追跡調査を行う。</p> <p>・フィードバックしたデータを基に、各所属で改善策を策定し、実行することによりどの程度の効果があったのかを再度分析することにより、PDCAサイクルを回す。</p> <p>・分析結果をフィードバックした結果、業務改善が出来た事例については、事例の共有のため、医療安全管理室が開催している「医療安全大作戦！実践報告会」で発表を行ってもらい、他部署での取り組みの参考にしてもらう。</p> <p>・併せて、医療安全だよりの内容確認後の回収とその定着を行う。</p>	分析結果をもとにしたPDCA サイクルの実践 医療安全だよりの 回収率100%	2020年4月	<p>医療安全だよりの確認徹底</p> <p>分析結果の周知、業務改善</p> <p>追跡調査、改善策の効果分析の実施</p> <p>医療安全大作戦！での情報共有、横への展開の実施</p>			
取組 2-2-6	感染対策に関する病院長主導の取組の実施	<p><現状> ・院内感染対策について、病院長の関わりが見えにくい。</p> <p><課題> ・院内の感染対策に関しては、これまで、病院長のリーダーシップのもとにテーマを決定し、職員一丸となって目標設定・進捗管理をするなどの取組は行っておらず、病院全体での積極的な取り組みができていない。</p>	<p>・院内感染防止を徹底するため、病院長が毎年4月までに年間テーマ、感染対策に関わる指標を定め、病院長主導のもと職員が一丸となって感染防止対策に取り組むようにする。</p> <p>・取組については、院内感染防止委員会等で適宜進捗管理を行い、病院長から医局会あるいは全体研修会などで現状に関する職員への報告を実施する。</p>	病院長決定 テーマの達成	2020年3月	<p>テーマ検討</p> <p>決定</p> <p>達成状況のモニタリング</p> <p>結果報告・分析</p> <p>達成状況のモニタリング</p> <p>テーマ検討</p> <p>決定</p> <p>継続実施</p> <p>■病院長による職員への周知</p> <p>■病院長による職員への周知</p>			
取組 2-2-7	専従薬剤師による病棟全体の薬剤業務の改善	<p><現状> ・医療安全専従薬剤師として、薬剤関係のインシデントに関わっているが、マニュアルや病棟の薬剤業務の改善等に積極的に関与できていない。</p> <p><課題> ・医療安全専従薬剤師ならではの役割として、薬剤関係の病棟全体のインシデント事例の改善や、病棟薬剤師と協力して事例の改善に努めていくことが求められる。</p>	<p>・2021年3月までに専従薬剤師が主導したマニュアル作成や薬剤関連インシデント全てに対してコミットし、ターゲットを絞った介入を行うなど、病院全体の薬剤の流れに関する改善活動へ関与できるようにする。</p> <p>・また、医薬品安全管理責任者が専従薬剤師に一定の権限を与え、薬剤部だけの業務にとどまらず、病院全体の薬剤運用に関するインシデントを改善できるような指示を出す体制整備を行う。</p>	専従薬剤師主導による 改善の実施	2021年3月	<p>薬剤関連インシデントへのコミット・介入の実施</p> <p>専従薬剤師によるマニュアルの策定</p> <p>■専従薬剤師への権限付与</p> <p>■専従薬剤師への権限付与</p>			
取組 2-2-8	ブレアボイド報告の充実	<p><現状> ・ブレアボイド報告は現在行っていない。</p> <p><課題> ・医療安全のためには、患者ごとに処方監査時に禁忌のみの指摘だけでなく具体的な処方提案を行い、患者の不利益を回避するとともに、その情報を集積し、改善につなげていく取組が重要である。</p>	<p>・2020年3月までに、ブレアボイドに関する報告手順を整備し、遅滞なく情報収集や周知を行うなど、患者の不利益を回避・軽減する取組を充実させる。</p> <p>・2020年度までに、病棟薬剤師を中心として年間20件程度報告することを目標とする。</p>	2019年度 10件 2020年度 20件	2020年3月	<p>報告手順書の作成</p> <p>報告手順書の見直し</p> <p>報告手順書の見直し</p> <p>継続実施</p> <p>ブレアボイド報告(年間10件目標)</p> <p>ブレアボイド報告(年間20件目標)</p>			
取組 2-2-9	画像診断の誤読への対策	<p><現状> ・既読管理システム(CITA)を導入し、未読レポートの一元管理を開始することとしている。</p> <p><課題> ・システムの導入で医師がレポートを閲覧したかどうかは判別可能となるが、レポート記載内容に見落としがないか、レポートの結果を受け、実際に対応がなされたかどうかの確認までは出来ないため対策を講じる必要がある。</p>	<p>・2019年3月から既読管理システムを導入し、レポートの既読・未読については、医療安全管理室で一元管理し、未読による見落とし事例を系統的に把握・対策を行う。</p> <p>・上記のみではレポート記載内容に見落としがないか、レポートの結果を受け、実際に対応がなされたかどうかの確認までは困難なため、2019年4月から、原疾患と違う、又は再発を疑う所見にはアラートを出す体制を整備する。</p> <p>・加えて、レポート確認後の対応漏れを防止するため、医療安全専従医師が適切な対応を実施したかどうかについて確認を行う体制を整える。</p>	画像診断の誤読の 防止	2019年4月 【達成済】	<p>既読管理システム導入による既読・未読の把握</p> <p>原疾患と違う、または再発を疑う所見へのアラートの導入</p> <p>医療安全専従医師によるレポート対応漏れの確認</p>			

取組 2-2-10	院内検討体制の見直し	<p><現状> ・オカレンス検討会、M&Mカンファランス、臨時医療安全管理委員会等、各種検討会の区分けが明確ではない部分がある。</p> <p><課題> ・合併症と判断した事例についても積極的にインシデント・アクシデントレポートを提出するよう促したことからレベル3b以上の報告件数が増加している。そのため、各種検討会を開催する頻度が増加していることから、各種検討会を分かりやすく一本化するなど、医療安全に関する体制全体の流れ等を一度整理する必要がある。</p>	<p>・医療安全に関連して特に検討が必要な事例が発生した場合の会議や報告の流れ、仕組みを見直し、各種指針や要綱を改訂する。</p> <p>・2019年5月までに、オカレンス検討会、M&Mカンファランスを廃止し、医療安全事例検討会を新たに立ち上げ、原因が不明確な事例や院内の体制整備が必要となる可能性のある事例等について検討を行うこととする。</p>	医療安全体制の見直し	2019年5月	<p>体制の見直し 指針等の改訂</p> <p>運用開始</p> <p>状況確認・見直し</p>
取組 2-2-11	災害時における医療安全体制の整備	<p><現状> ・愛知県がんセンター業務継続計画に基づき、防災教育訓練と巨大地震を想定した総合防災訓練を1回ずつ実施している。</p> <p><課題> ・通常の訓練に加え、長時間の停電になった場合に、電子カルテではなく紙カルテでの運用も余儀なくされる可能性があることから、それに対するマニュアルや運用訓練が求められる。</p>	<p>・防災教育訓練に加え、電子カルテの停止に伴う紙カルテの運用訓練（災害対応訓練）を実施するとともに、訓練結果を踏まえて紙カルテ運用マニュアルを見直し及び関係職員への周知を行う。</p>	災害対応訓練の実施	2020年3月	<p>■災害対応訓練実施</p> <p>訓練評価 マニュアルの見直し</p> <p>訓練内容の検討</p> <p>■災害対応訓練実施</p> <p>訓練評価 マニュアル見直し</p> <p>訓練内容の検討</p> <p>■災害対応訓練実施</p> <p>訓練評価 マニュアル見直し</p> <p>継続実施</p>
取組 2-2-12	医療安全ポケットマニュアルの充実	<p><現状> ・医療安全ポケットマニュアルを毎年度改定し、全職員に配布、携帯の上、有事の際の指針としている。</p> <p><課題> ・他の先進医療機関と比べると内容充実の余地がある。</p>	<p>・がん研究会有明病院を始めとした他の先進医療機関のマニュアルを参考とし、さらなる内容の充実を図る。</p>	マニュアルの内容充実	2020年4月	<p>他病院視察</p> <p>マニュアル改定作業</p> <p>改定後マニュアルの配布、携帯</p>

○取組の柱Ⅲ 診療体制の強化

◆方向性1 ICU管理体制の充実・強化

						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 3-1-1	専任の責任者の配置	<p><現状> ・現在、診療科と兼任の専任医師1名がいるのみであり、高度の医療を行う医療機関としての集中治療体制として不十分な体制である。</p> <p><課題> ・高度の医療を行う医療機関として重傷者の治療を十分に行うには不十分な状況であるため、常時専任医師がいる体制整備が必要である。</p>	<p>・2020年4月までに集中治療部専任医師を2名配置し、集中治療部の体制を強化する。</p> <p>・2020年度に、特定集中治療室管理料の算定に向けた検討・体制整備を進める。</p>	専任2名配置	2020年4月		<p>人員要求</p>	<p>■専任医師2名配置</p> <p>特定集中治療室管理料の算定に向けた検討・体制整備</p>	
取組 3-1-2	入退室基準の整備と適切な運用	<p><現状> ・マニュアルには、退室基準は主治医が許可を出すと記載されているが、退室時の患者コントロールが医師の指示なく行われている場合がある。</p> <p><課題> ・入退室基準に関する具体的な基準がなく、また、入退室権限も不十分・不明確であり、十分な入退室コントロールができていないため、規程の見直し・整備や権限の明確化が必要である。また、基準を踏まえ、患者情報を常に把握・共有しておくことが求められる。</p>	<p>・2019年2月から毎朝、集中治療部長と集中治療室看護師長を中心にカンファランスを行い、入室患者の状況等について情報共有を行い、入退室等の今後の方針について議論を行っている。</p> <p>・2020年3月までに入退室に関する具体的な基準や責任者の権限等について精査し、マニュアルに改定して運用の徹底を図る。</p>	入退室基準・権限の整理・明確化	2020年3月	<p>他病院視察</p> <p>基準の検討</p>	<p>策定</p>	<p>運用開始</p> <p>基準見直し</p>	
取組 3-1-3	ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準の充足	<p><現状> ・現在、人員体制や看護必要度の不足などから、特定集中治療室(ICU)管理料やハイケアユニット(HCU)入院医療管理料ともに算定できていない状況である。</p> <p><課題> ・先進医療等高度な医療を実施していくうえで、重症者を治療する体制を十分に整備することは極めて重要であり、そのことを客観的に示すことができる施設基準を満たすことが求められる。</p>	<p>・ICU関係の施設基準については、2019年度はハイケアユニット入院医療管理料の届出をし、2020年度に特定集中治療室管理料の算定に向けた検討・体制整備を進めることを、2019年4月までに検討した。</p> <p>・2019年11月までに、ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準を満たすよう体制整備(人員・施設・運用)を図り、2019年12月頃に、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行う。</p>	HCU加算の取得	2020年3月	<p>方向性の検討</p> <p>HCU施設基準の充足取組</p>	<p>HCU加算申請</p>	<p>■算定開始</p>	

◆方向性2 インフォームドコンセント(IC)の充実・強化

						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 3-2-1	様式の標準化	<p><現状> ・診療科部に様式は委ねていたが、2018年10月にインフォームドコンセントマニュアルを作成し、統一様式を作成した。また、2019年1月に各診療科に様式の順次変更を依頼している。</p> <p><課題> ・統一様式を用いて、各診療科で説明・同意書を改正・見直す必要がある。</p>	<p>・各診療科における様式の変更について、2019年5月末を目途にインフォームドコンセント委員会で作業の進行状況を確認するとともに、以後、進捗確認と変更の呼びかけを繰り返し行う。</p> <p>・2020年3月末までに統一様式化を完了する。</p>	統一様式化率100%	2020年3月	<p>様式の策定</p> <p>各診療科へ様式の変更依頼</p>	<p>変更作業</p> <p>統一完了</p> <p>IC委員会での承認・進捗確認</p>	<p>マニュアル・様式の適宜見直し</p>	

取組 3-2-2	電子カルテへの記載方法の標準化	<p><現状> ・記載場所、方法ともに統一化されていない。</p> <p><課題> ・新たにテンプレートを作成して記載項目・記載場所を統一し、周知徹底する必要がある。</p>	<p>・記載場所、記載方法の統一化を図るため、インフォームドコンセント委員会において協議を行い、2019年4月までにテンプレート化、標準記載内容の検討し、対策方針を立てる。</p> <p>・検討結果について、2019年9月までに職員に周知を行い、2019年10月までには統一した方法での記載を開始する。</p>	標準化の実施	2019年10月	<p>テンプレート化、標準記載内容の検討</p> <p>変更作業</p> <p>記載の周知</p> <p>記載状況の確認・指導の実施</p>
取組 3-2-3	質的監査の実施	<p><現状> ・インフォームドコンセントの質的監査が行われていない。</p> <p><課題> ・誰がどのように監査するか、そのための人員整備や契約変更など、インフォームドコンセントの質的監査を行うための体制・仕組みを整える必要がある。</p>	<p>・2020年4月から診療情報管理士が定期的にインフォームドコンセントに関する質的監査を行い、診療録委員会及びインフォームドコンセント委員会を通じて病院長に報告を行う。</p>	質的監査の実施	2020年4月	<p>質的監査の病院体制・運用方法の検討</p> <p>質的監査の実施</p>
取組 3-2-4	IC実施時の看護師の同席	<p><現状> ・看護師が同席するように推奨しているが、同席率は把握していない。</p> <p><課題> ・ICに関するテンプレートを導入して適切に運用することで、看護師の同席率を把握し、目標を定めて継続的に向上に取り組む必要がある。</p>	<p>・IC実施時の看護師の同席率(特に高難度手術や治験・臨床試験など)の把握を行えるように2019年10月までに電子カルテ上にICに関するテンプレートを搭載する。</p> <p>・テンプレートの導入に伴い把握できた数値を踏まえ、目標値を定めて同席率に向けた改善策の検討・実施を2020年3月までに実施する。</p>	同席率の把握・向上	2020年3月	<p>テンプレート化、把握方法の検討</p> <p>変更作業</p> <p>同席に関する事項の周知徹底</p> <p>同席状況の確認、改善策の検討・実施</p>
取組 3-2-5	実効性のあるIC教育研修の実施	<p><現状> ・ICや診療録管理に関する定例的な研修会は開催していない。</p> <p><課題> ・ICや診療録管理に関する病院の体制や仕組みについて説明・周知するため、特に新規採用者に対して研修を実施する必要がある。</p>	<p>・電子カルテや診療録に関する研修とあわせて、毎年4月に新規採用者に対する研修を行うこととした。</p>	研修の実施	2019年4月 【達成済】	<p>研修の実施</p> <p>研修の実施</p> <p>継続実施</p>

◆方向性3 他院との連携体制の強化

						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 3-3-1	他院との連携に関するマニュアルの作成	<p><現状> ・手術室での緊急時においては、近隣の施設との協定書に基づき連携を行っているが、その他の疾患(腎不全等)については、連携に関するマニュアルが整備されていない。</p> <p><課題> ・緊急事態発生時に、連携における対応をあらかじめ検討・決定し、誰もが同様かつ迅速に対処できるようにするためにも他院との連携に関するマニュアルが求められる。</p>	<p>・2019年4月までに現状の正確な把握を行ったうえで、連携に関するマニュアルの作成を2019年9月までに整備する。</p>	連携マニュアルの整備	2019年9月	<p>マニュアル作成・検討</p> <p>■マニュアルの決定</p> <p>マニュアルの周知徹底</p>			
取組 3-3-2	他院との連携に関する情報の一元管理の実施	<p><現状> ・緊急等で他院へ搬送された際に、当該情報は各所属のみで把握されており一元化がされていない。</p> <p><課題> ・他院との連携に関する情報を一元管理し、当院がいつ、どこで、だれが、どこに連携を行ったかをいつでも把握できることが迅速な連携体制の構築に資すると考えられることから、一元管理に向けた体制整備が求められる。</p>	<p>・2019年7月までに、上記マニュアルの作成と合わせて、他院との連携に関する情報を各部署から医療連携室へ集約し一元管理(リスト化)できる体制を整える。</p>	連携に関する情報の一元管理	2019年7月	<p>現状の把握</p> <p>一元管理体制の検討</p> <p>■一元管理体制の確立</p> <p>連携情報の一元管理の実施</p>			

◆方向性4 相談支援体制の充実

						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 3-4-1	メールによる相談受付体制の整備	<p><現状> ・現在は時間内の電話及び面談が基本であり、時間外での対応は原則実施していない。</p> <p><課題> ・当院は都道府県がん診療連携拠点病院でもあり、地域の相談支援を支える役割を担っていること、また、就労しながらがん治療を行う方も増え、平日の時間内で相談することが困難なことも増加傾向にあることから、メール等による時間外対応を検討する必要がある。</p>	<p>・2019年4月にメール等を用いた新規相談の受付を開始し、就労者など時間内での相談が困難な方に対する相談体制を充たせた。</p>	メール相談の導入	2019年4月 【達成済】	<p>受付体制の検討</p> <p>運用開始</p>			

○取組の柱Ⅳ 意識改革、教育・労務環境整備

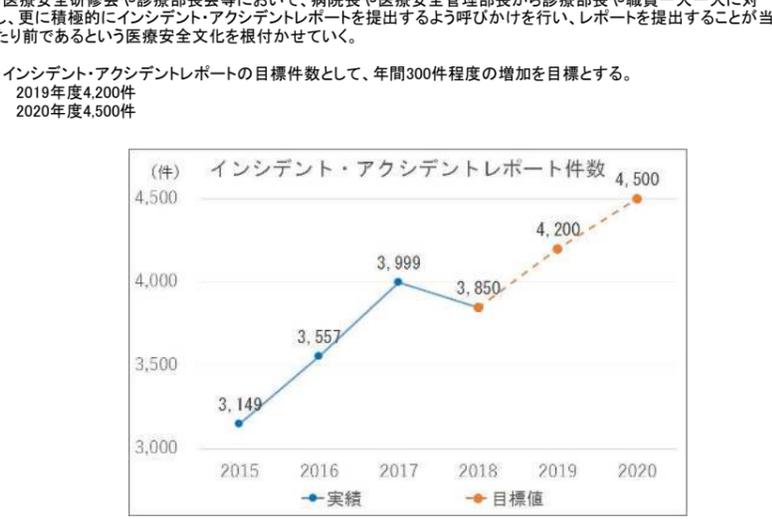
◆方向性1 インシデント・アクシデントの報告が行いやすい風土作り

		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 4-1-1	意識付け・風土改革による報告件数の増加	<p>院長、医療安全副院長によるレポート提出の周知徹底</p> <p>医療安全管理委員会での報告件数等の進捗管理</p> <p>目標値の設定、周知</p> <p>報告データを分析・対策の検討</p>	<p>目標値の設定、周知</p>	<p>目標値の設定、周知</p>	<p>目標値の設定、周知</p>
取組 4-1-2	医師からの報告割合の増加	<p>医師からの報告割合は2019年度7%、2020年度10%を目標とする。</p> <p>継続的なモニタリング、報告周知徹底、報告基準の見直しの適宜実施</p>	<p>目標値の設定、周知</p>	<p>目標値の設定、周知</p>	<p>目標値の設定、周知</p>
取組 4-1-3	報告基準の具体化・明確化	<p>報告対象の整理</p> <p>周知徹底・モニタリングの実施</p> <p>報告対象の適時見直し</p>	<p>報告基準の具体化・明確化の実施</p>	<p>【達成済】</p>	

<現状>
医療安全に関する研修会の実施や報告の周知徹底により近年増加傾向にあるが、病床規模に比べてやや少ない。
平成29年度実績 3,999件
平成28年度実績 3,557件
平成27年度実績 3,149件

<参考(HP等)>
静岡がんセンター(615床) 6,200～6,300件程度
がん研究会有明(686床) 6,000件程度

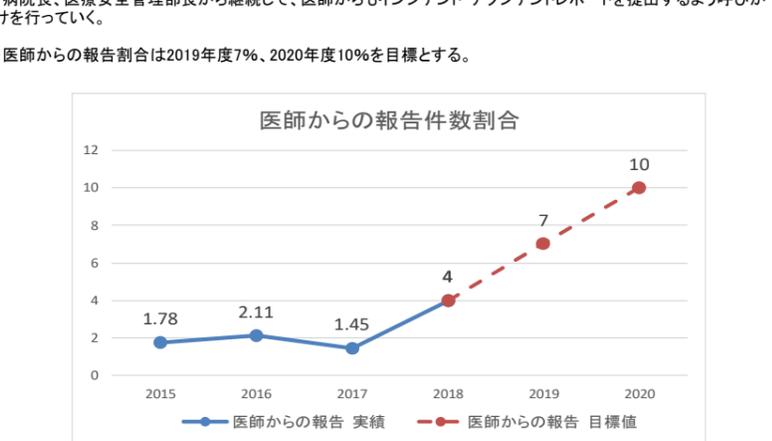
<課題>
当院は、特定機能病院と比較するとレポート件数が少ない。レポート件数は、その組織の医療安全への意識・文化を示すひとつの指標であり、報告体制を充実させ、報告件数の増加を目指すことは、当院の医療安全に対する風土を根付かせていくには必要不可欠である。



<現状>
医師からの報告件数の割合は
2017年度は1.45%(58件/3999件)、
2016年度は2.11%(75件/3557件)、
2015年度は1.78%(54件/3194件)とこれまで低い割合であった。
しかしながら、2018年度においては、病院長や医療安全管理部長から医師への積極的呼びかけを実施したこともあり、2019年度は212件と4%を超える勢いで増加している。

<課題>
近年増加傾向にはあるが、特定機能病院と比べてまだまだ低い現状である。有害事象の正確な把握には医師の積極的な報告行動が不可欠であるため、さらなる増加に向けて取り組んでいく必要がある。

<参考>他特定機能病院の状況
がん研究会有明(686床) 7～10%
国がん東(425床) 9%



<現状>
合併症等の報告対象を明示したが、定着していない。

<課題>
報告基準の具体化・明確化は、インシデント・アクシデントレポートの報告件数増加につながる重要な事項であり、報告に際し、報告者が迷うことのないような基準・体制整備が必要である。

・目安となる基準を定め、それを参考に積極的にレポートを提出するよう継続して呼びかけを行うとともに、継続的な見直しを行う。

・インシデント・アクシデントレポートを用い、対象となる合併症も報告するよう、診療部長会等で継続的に周知徹底を行い、報告基準の職員への浸透を図ることにより、インシデント・アクシデントレベル3b以上のレポートについても積極的に提出がなされるようにする。

	インシデント	アクシデント	合併症	
原因	比較的はっきりしている	比較的はっきりしている	医療行為	
治療行為の起因性	問わない	問わない	あり	問わない
医療行為の予期性	問わない	問わない	あり	問わない
認知の有無	問わない	問わない	明らかな認知はなし	明らかな認知はなし
結果の重大性(レベル)	3bまで	3b以上	3b以上に相当(各都道府県に設定)	3b以上に相当(共通項目)
員体例	平常業務で採り得ないような事象(例えば手術中の誤切)	平常業務で採り得ないような事象(例えば手術中の誤切)	手術室での誤切	手術室での誤切

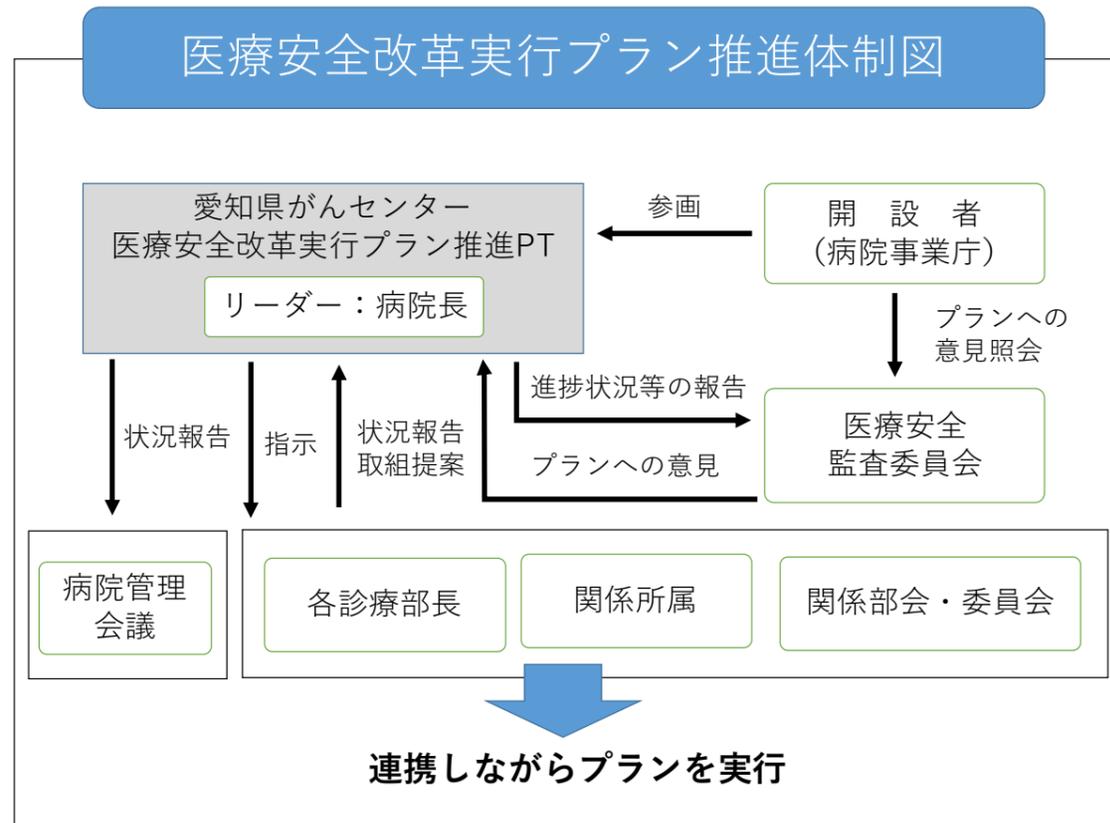
◆方向性2 職員研修の充実						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 4-2-1	職員必須の医療安全研修会の強化	<p><現状></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回、医療安全・感染対策の職員必須の研修会を実施し、出席率は病院職員については100%であるが委託職員等については任意参加としていることもあり把握していない。 ・紙媒体による小テストを実施している。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・正規職員については、出席率100%であるが、委託職員等については100%ではない。 ・患者に接する可能性がある職員については、任用形態を問わず研修を受講する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と接する可能性がある委託職員等については、名簿も遅滞なく管理するとともに、医療安全研修会等への出席を委託契約仕様書に盛り込み、2019年度契約から義務付けることとする。 ・正確な名簿管理を実施するため、職員ごとにIDを割り振ったeラーニングを導入し、新規採用職員、退職職員、産休・育休職員等の情報を確実に名簿に反映できるよう体制整備を行う。 ・出席を義務付ける委託職員等も含めて出席率100%を目標とする。 	関係する委託職員等も含めた出席率 100%	2020年3月		<p>研修の実施</p> <p>→</p> <p>研修の実施</p> <p>→</p> <p>研修の実施</p> <p>→</p> <p>研修の実施</p> <p>→</p> <p>継続実施</p>		
取組 4-2-2	中途採用者への研修体制の強化	<p><現状></p> <ul style="list-style-type: none"> ・中途採用者への研修体制が明確になっていない。 ・そのため、2018年12月から中途採用者については、入職した都度、運用部職員が医療安全管理室に連絡し、その都度、個別に医療安全管理室でポケットマニュアルを渡すときに当院の医療安全、感染対策、医療機器体制、薬剤体制について資料を用いて説明を行っている。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・中途採用者については、前病院での規則や習慣に則って業務を行っている可能性もあるとともに、新規採用者と異なり採用直後の医療安全研修もないことから、個別での早期に研修の実施が求められる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後も、中途採用者への入職時のレクチャーを継続していくとともに、理解度の確認を行うため、レクチャー後およそ1か月を目途に医療安全管理室から中途採用者へ理解度のフォローアップを行い、書面で記録を残すこととしている。 ・レクチャー及びフォローアップを含めた実施率について100%（各年度）を目指す。 <p>【研修対象者数】</p> <p>2018年12月：3名</p> <p>2019年1月：3名</p> <p>2019年2月：8名</p>	実施率100%	2020年3月	<p>入職レク、フォローアップの実施</p> <p>→</p> <p>実施率の確認、レク資料の見直し</p> <p>→</p> <p>実施率の確認、レク資料の見直し</p> <p>→</p>			
取組 4-2-3	eラーニングシステムの導入	<p><現状></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修受講対象者については、各部署が個別に名簿を作成して管理しており、効果測定については、研修会終了後に紙ベースの簡易な小テストを実施している。 ・受講確認についても、紙名簿により実施している。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務の効率性・正確性の観点からも名簿の一括管理や受講管理については、体系的な管理が求められる。 ・また、システムの導入による受講時間の把握やテストの正答率、傾向を確認できることは研修会を評価・改善するうえで大きく役立つものであり、早期の導入が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2019年7月までにeラーニングの業者を決定し、システムの運用、管理の詳細を決定する。 ・2019年10月までにeラーニングを導入し、中途採用者も含め、必ず年2回以上の研修受講を徹底するとともに、各研修における効果測定の効果的・効率的な実施を行う。 	eラーニングの導入	2019年10月	<p>仕様・運用方法の検討 業者決定・試行</p> <p>→</p> <p>各所属で運用開始</p> <p>→</p>			
取組 4-2-4	医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施	<p><現状></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の安全使用のための研修会について、病棟別の勉強会が主体である。また、年度計画等は策定していない。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・全職員を対象とした医薬品安全管理研修会や病棟別の勉強会を計画的に実施することで、病院全体の医薬品の適正使用などの遵守体制を確保することが求められる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品安全管理に関する研修会について、全職員を対象として、部門・職種横断的な内容で実施する（年1回） ・薬剤師による職員や各部署を対象とした研修会や勉強会について、毎年度年間スケジュールを作成して職員へ周知・実施することとする。 	全職員対象研修会年1回実施 年間スケジュールの策定	2019年5月	<p>■研修実施</p> <p>→</p> <p>評価・見直し</p> <p>→</p> <p>■研修実施</p> <p>→</p> <p>評価・見直し</p> <p>→</p> <p>■研修実施</p> <p>→</p> <p>評価・見直し</p> <p>→</p> <p>継続実施</p>	<p>年間スケジュールの作成</p> <p>→</p> <p>年間スケジュールの作成</p> <p>→</p> <p>年間スケジュールの作成</p> <p>→</p>		
取組 4-2-5	医療機器に関する研修の強化	<p><現状></p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院に求められている研修会の開催数が求められる回数に達しておらず、また、実施した研修会についても、開催結果の記録・把握体制について不十分である。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院に求められる研修会を必ず実施するとともに、研修の開催を把握し、記録を確実に残せるよう体制を改める必要がある。 ・また、MEが少ないことから、看護師への医療機器に関する必要な知識習得のための研修会を実施し、安全に管理できる体制の構築が求められる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2019年3月までに看護師等に対して医療機器の安全に関する必要な知識習得のために、全体研修、特定8機種に関する研修の実施計画を策定し、計画的に研修を実施（最低各年2回以上）することで、MEが不足している中でも安全に管理できる体制を構築する。 ・研修実施報告書による報告・管理とその定着を行う。 	研修実施計画の策定・実施	2020年3月	<p>研修実施計画策定</p> <p>→</p> <p>研修の計画的実施、モニタリング</p> <p>→</p> <p>様式整備</p> <p>→</p> <p>運用開始</p> <p>→</p>			
取組 4-2-6	病院長説明会による啓発の実施	<p><現状></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回、病院長から病院の経営・運営に関する説明会を実施している。 <p><課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全に関する取組を深化させ、職員一人一人にその意識を根付かせるには、トップからの定期的・継続的な発信が求められる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院に求められる医療安全水準やその他水準に関し、病院長自らが全職員を対象とした説明会を実施し、職員の理解度向上や医療安全への意識向上・文化醸成を行う。 ・開催目標として、四半期ごとの年4回を目標とする。 	病院長説明会年4回開催	2020年3月	<p>■説明会実施</p> <p>→</p> <p>■説明会実施</p> <p>→</p> <p>■説明会実施</p> <p>→</p> <p>■説明会実施</p> <p>→</p> <p>■説明会実施</p> <p>→</p> <p>継続実施</p>			

◆方向性3 適切な労務管理の実施						2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
取組 4-3-1	医師の過重労働の抑制	<p><現状> ・36協定を締結済みだが、依然として残業は多い状況である。</p> <p><課題> ・医師の過重労働の抑制は、医療安全の確保に重要であり、対応が求められる。</p>	<p>・病院長による各診療科の勤務状況の把握を行う。</p> <p>・各診療部長による適切な超過勤務命令(36協定の範囲)及び労務管理の徹底を図る。</p>	36協定の範囲での超過勤務命令	2020年3月	<p>時間外状況の把握・分析の実施</p> <p>対策の検討・実施</p> <p>目標値の設定・周知</p> <p>各診療部長による適切な超過勤務命令及び労務管理の徹底</p>	<p>対策の検討・実施</p> <p>目標値の設定・周知</p>	<p>継続実施</p>	
取組 4-3-2	病院長による院内訪問・ヒアリング	<p><現状> ・病院長による各診療部長に対するヒアリングは年2回実施しているが、スタッフへのヒアリング等は定期的に行われていない。</p> <p><課題> ・風通しのよく、働きやすい環境の構築や、現場で問題となっている医療安全等に関する事例を適切に把握するためには、トップである病院長自らが現場で働くスタッフから話を聞くことも有効である。</p>	<p>・風通しのよい院内環境構築のため、病院長による院内各部門への訪問及びスタッフへのヒアリングを実施し、日頃感じていることや改善すべき事項・要望などの拾い上げを行う。拾い上げた意見は、関係部会・委員会において検討を行い、改善・実施を目指す。</p>	年2回	2020年3月	<p>院長による適時訪問の実施(年2回)、意見の拾い上げ</p> <p>意見をもとに、関係部会・委員会において対策を検討、実施</p> <p>産業医等からの受診依頼</p>	<p>産業医等からの受診依頼</p>		
取組 4-3-3	全職員への健康診断の実施	<p><状況> ・平成30年度健康診断実施率:100%</p> <p><課題> ・管理者等が職員の健康管理を十分にすることは、円滑かつ安全な業務遂行をするうえで重要な点であり、管理者等による監督が求められる。</p>	<p>・全職員が健康診断を受診することを引き続き徹底していく。</p> <p>・医師看護師等が漏れなく受診できるよう実施日に配慮するとともに、本人のみならず所属長への複数回の案内を行う。</p>	受診率100%	2020年3月	<p>未受講者への対策</p> <p>受診状況の確認</p>	<p>未受講者への対策</p> <p>受診状況の確認</p>	<p>継続実施</p>	

3 計画の推進体制と進捗管理（PDCA サイクル）

愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン推進プロジェクトチームの設置

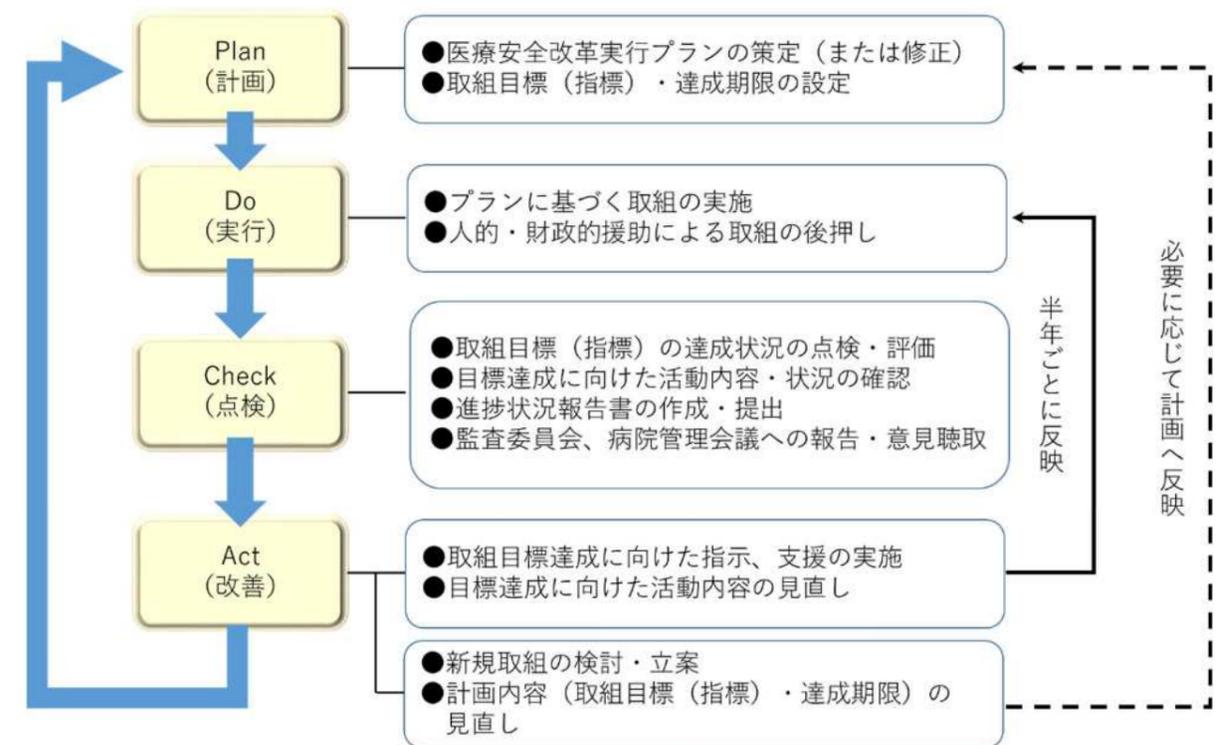
- 医療安全改革実行プランの取組の推進に当たり、実効性を担保するため、病院長をリーダーとする「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン推進プロジェクトチーム（以下「PT」）」を設置する。
- プランの目標の達成に向け、随時、①進捗を管理し、成果と課題を整理しながら、②さらなる取組の具体化・充実を図っていく。
- また、PT構成員には、院内のみならず、最終的な人事権限・予算権限を有する開設者側が加わることで、計画の推進をより強固に進めるようにしていく。また、プランに関しては、病院の管理及び運営を行うための合議体である「病院管理会議」にも適宜報告し、意見を求める。
- さらに、開設者が設置している、「愛知県がんセンター医療安全監査委員会」において、プランの進捗状況を報告するとともに、意見を求めることで、医療安全の専門的見地から評価・助言を受け、より実効性のあるプランとする。



PDCA サイクルの確保に向けた体制

- 本プランを実行性のあるものとしていくためには、計画に記載されている取組項目の達成状況を定期的に点検・評価し、その内容や成果を踏まえ、次の取組へフィードバックさせていくことが重要である。
- そのため、本プランでは、「Plan（計画）⇒Do（実行）⇒Check（点検）⇒Act（改善）」というPDCAサイクルに基づき、半年ごとにPTによる取組目標の進捗状況の点検・評価や、取組に向けた活動内容の確認を実施する。
- 更に、点検・評価の結果を「進捗状況報告書」としてとりまとめ、愛知県がんセンター医療安全監査委員会や病院管理会議へ報告し意見聴取を行うとともに、監査委員会の評価を受けた後、愛知県がんセンターのホームページなどを通して広く公表する。

（図 PDCA サイクルの確保の考え方）



高度で先進的ながん医療を行う上での、
最高水準の医療安全を確立