

愛知県がんセンター 医療安全改革実行プラン 進捗状況報告書

令和3（2021）年2月

愛知県がんセンター



目 次

取組	項目	ページ
1-1-1	医療安全監査委員会の充実	1
1-1-2	特定機能病院への視察及び相互立ち入りの実施	2
1-1-3	病院機能評価（一般病院3）の受審	3
1-2-1	内部通報窓口の機能拡充	4
1-2-2	コンプライアンスに関する研修の強化	6
1-3-1	病院長の権限の明確化・強化	7
1-4-1	クリニカル・インディケーターの充実	8
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	9
2-1-1	医療安全管理室の体制充実	11
2-1-2	感染対策室の体制充実	12
2-1-3	医療機器管理室の体制充実	14
2-1-4	医療情報管理室の体制充実	16
2-1-5	病棟薬剤師の充実	17
2-2-1	医療安全ラウンドの計画的な実施・定着	18
2-2-2	医療事故収集等事業への報告・定着	20
2-2-3	医療安全管理室執務室の拡充	21
2-2-4	事例分析の強化・充実	22
2-2-5	事例分析結果の現場へのフィードバックの徹底	24
2-2-6	感染対策に関する病院長主導の取組の実施	26
2-2-7	専従薬剤師による病棟全体の薬剤業務の改善	29
2-2-8	プレアボイド報告の充実	30
2-2-9	画像診断の誤読への対策	32
2-2-10	院内検討体制の見直し	34
2-2-11	災害時における医療安全体制の整備	36
2-2-12	医療安全ポケットマニュアルの充実	37
3-1-1	ICUの専任の責任者の配置	38
3-1-2	ICUの入退室基準の整備と適切な運用	39
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	40
3-2-1	ICの様式の標準化	41
3-2-2	ICの電子カルテへの記載方法の標準化	43
3-2-3	ICの質的監査の実施	44
3-2-4	IC実施時の看護師の同席	45
3-2-5	実効性のあるIC教育研修の実施	46

3-3-1	他院との連携に関するマニュアルの作成	47
3-3-2	他院との連携に関する情報の一元管理の実施	49
3-4-1	メールによる相談受付体制の整備	50
4-1-1	意識付け・風土改革によるインシデント・アクシデントレポート報告件数の増加	51
4-1-2	医師からのインシデント・アクシデントレポート報告割合の増加	53
4-1-3	インシデント・アクシデント報告基準の具体化・明確化	55
4-2-1	職員必須の医療安全研修会の強化	57
4-2-2	中途採用者への研修体制の強化	59
4-2-3	e-ラーニングシステムの導入	60
4-2-4	医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施	62
4-2-5	医療機器に関する研修の強化	63
4-2-6	病院長説明会による啓発の実施	65
4-3-1	医師の過重労働の抑制	66
4-3-2	病院長による院内訪問・ヒアリング	67
4-3-3	全職員への健康診断の実施	68

愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン進捗状況報告書に関する説明

当院では医療安全の更なる深化のため、「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン」を策定し、病院長を中心に、病院一丸となって医療安全への取組を進めてまいりました。

本プランは実効性を担保するため、取組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今後フィードバックする、PDCA サイクルに基づく進捗確認を行うこととしており、医療安全改革実行プラン進捗状況報告書はプランに定める「48 の取組」について、実施状況を取りまとめたものです。※

2020 年度は 2019 年度とともに集中改革期間として位置付けており、「ガバナンス改革」、「安心・安全・良質な医療安全体制の充実」、「診療体制の強化」、「意識改革、教育・労務環境整備」という 4 つの柱その全てにおいて大きく前進させるべく取り組んでおります。

当院は今後も、最高水準の医療安全の確立のため、本プランに基づいたゆまぬ取組を続けてまいります。

※進捗評価は S（目標を大きく上回り達成）、A（目標を達成）、B（目標をほぼ達成又は期限までに達成見込み）、C（期限までの達成が見込めない）の 4 段階評価です。

取組 1-1-1 医療安全監査委員会の充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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）

●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。

●具体的な取組

- ・2018年度は1月、3月に実施し、監査委員会の指摘に基づいて医療安全管理を中心に改善に取り組んだ。
- ・2019年度は9月、3月に予定しており、各管理者からの書類による報告に加え、医療安全に係る部署への院内巡視を行い、現場での運用体制や職員への医療安全に関する事項の認識度合いについて監査し、更なる医療安全体制の確保を目指す。

●主な目標及び達成期限

- ・院内巡視の実施（2019年9月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年度は9月、1月に開催し、9月は院内巡視を行った。
- ・2020年度は第1回を9月11日に、委員長と当院職員は対面、他の委員はリモートによるハイブリッド方式で開催し、第2回を2月5日にリモートにより開催する。

●課題

- ・年2回の開催は実施できているが、開催するタイミングが年度によって異なり、定期的な検証という点では改善の余地がある。

●今後の具体的な取組

- ・委員会でのご指摘を踏まえ速やかに対策を検討し、改善を図る。
- ・6月、12月に開催というように毎年度の開催タイミングを固定化する。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
開催（1月）	開催（9月、巡視実施）	→	
開催（3月）	開催（1月）	1回の巡視含む年2回の定期的実施	

●進捗評価

B（年間2回開催しており、定期開催、一層の内容充実といった更なる改善に向けた取組を行っている。）

取組 1-1-2 特定機能病院への視察及び相互立入の実施

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・相互訪問に先立ち、2019年3月までに、他特定機能病院（がん研究会有明病院、名古屋大学医学部附属病院）の視察を実施し、院内安全管理体制の見直し・検討を行った。
- ・名古屋大学医学部附属病院や国立がん研究センター東病院と連携し、医療安全の取り組みに関する情報収集を行うとともに2019年度前半に相互立入（ピアレビュー）に準じた調査を開始する。

●主な目標及び達成期限

- ・相互立入調査の開始（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年7月12日に国立がん研究センター東病院と連携し、当院の医療安全管理体制について調査いただいた。
- ・2020年度は複数の特定機能病院にピアレビューの実施について相談したが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり困難として、実施の目途はたっていない。このため、代替として自己チェックの実施を目的に、私立医科大学協会へチェックリストの提供を相談したが、いただくことができなかった。

●課題

- ・当院は特定機能病院ではないため他の特定機能病院へ調査に赴くことが困難である。

●今後の具体的な取組

- ・特定機能病院承認までは、当院への立入調査を特定機能病院へ個別に相談する。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
特定機能病院視察	立入調査開催（7月）	特定機能病院等へピアレビュー実施に関する相談	—————▶ 特定機能病院承認後にピアレビューを実施

●進捗評価

- C（特定機能病院承認前段階でのピアレビューの実施は困難であり、他施設からの助言をもとに改善を進める。）

取組 1-1-3 病院機能評価（一般病院3）の受審

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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）

●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。

●具体的な取組

- ・2020年2月に特定機能病院を対象とした「一般病院3」での受審を行い、特定機能病院相当の体制が整備されていることを第三者から証明してもらうことを目指す。

●主な目標及び達成期限

- ・一般病院3の受審（2020年2月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2020年2月に受審したのち、中間的な評価で、C項目として3件指摘があった。対応策を講じ書面による補充的な審査を受審した結果、一般病院3として認定された。

●課題

- ・機能評価を経て上がったレベルを維持し、さらに向上させていく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・評価機構からのコメントを踏まえ、更なる医療安全の深化に取り組む。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
受審申込	機能評価受審	一般病院3認定	

●進捗評価

- A（当院の取り組みが評価され、1回の書類等による補充的な審査により認定を得た。）



取組 1-2-1 内部通報窓口の機能拡充

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。
- ・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。

●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。
- ・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。

●具体的な取組

- ・現行制度（愛知県庁の内部通報制度）の更なる周知を図る。
- ・2019年9月までに、現行制度に加え、当院が独自に外部機関と契約し、通報者保護、利用しやすさを両立する制度を整備し、職員に周知していく。

●主な目標及び達成期限

- ・新規内部通報窓口の設置（2019年9月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・病院の外部に窓口を設け、2020年1月から運用を開始した。病院事業庁が弁護士事務所と契約を結び、電話や面談も含め対応できる制度とした。（概略は次ページ）
- ・周知方法については院内へのメール、文書その他、院内ポータルへの掲載、医療安全ポケットマニュアルへ掲載した。

●課題

- ・2019年度は1件、2020年度は12月末時点で1件と少なく、継続的な周知が必要である。

●今後の具体的な取組

- ・全対象者へのメールや文書等で引き続き周知を図る。

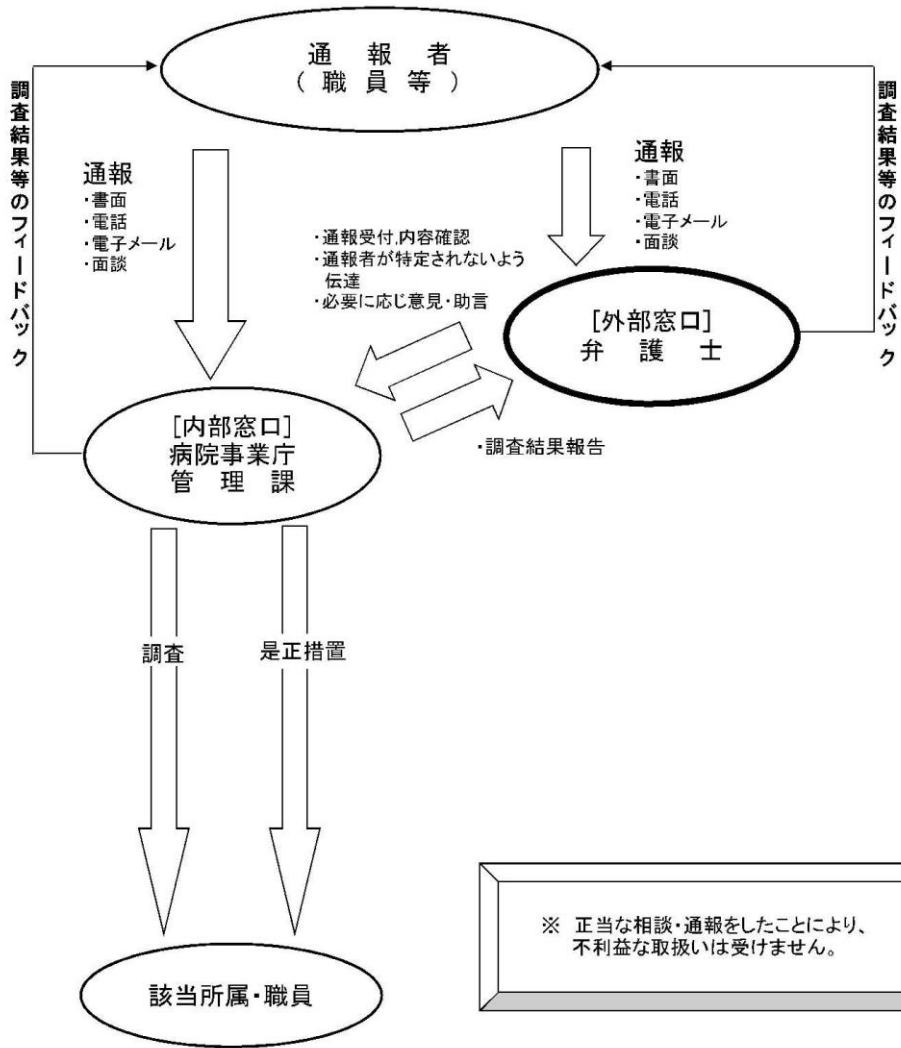
●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
新制度検討	契約締結・新制度運用	→	→

●進捗評価

A（外部窓口を設けた。引き続き周知していく。）

制度の流れ



取組 1-2-2 コンプライアンスに関する研修の強化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・電子カルテでの不正閲覧や個人情報保護等に関するコンプライアンス研修を年2回程度開催し、年1回は全職員が受講することを目標とする。

●主な目標及び達成期限

- ・全職員の年1回の受講（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年12月に個人情報保護に関する全体研修を実施し、e-ラーニングによる研修とDVDによるビデオ研修を12月から1月にかけて行い、全職員を受講させた。
- ・さらに、2019年7月に導入したID配布済みのe-ラーニング基盤を2020年度も引き続き利用し、2020年度も漏れなく研修を受講させる予定である。
- ・新規採用職員に対しては、2020年4月当初に個人情報保護に関する研修を実施済み。本研修を含めた新採職員研修は録画し院内職員が視聴できるようにしており、年度途中採用職員に視聴・報告させることとしている。
- ・2020年度の全職員向け個人情報保護研修を11月30日より開始し、12月18日までに全職員受講するよう繰り返し呼び掛けている。

●課題

- ・全体研修の研修状況を把握し、未受講の者を受講させるようにしなければならない。

●今後の具体的な取組

- ・受講状況チェック、受講指示。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	開催(e-ラーニング、12月)	年1回定期開催	→

●進捗評価

A（2019年度は目標を達成した。2020年度は目標に向けて進行中である。）

取組 1-3-1 病院長の権限の明確化・強化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。
- ・ 各種規程（病院事業庁組規程、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。

●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。

●具体的な取組

- ・ 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。
- ・ 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。

●主な目標及び達成期限

- ・ 権限の明確化・強化（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・ 人事や予算において、従来以上に病院長の意見が尊重される運用とした。今年度は、診療放射線技師や診療情報管理士の追加配置、院内 PCR 検査設備導入、サーモグラフィー設置、プレハブ陰圧室設置、病理検査室の自動印字システム導入の予算措置などを行った。
- ・ 病院長の権限を明確に示す「愛知県がんセンター病院運用規程」を制定した。

●課題

- ・ 規程を制定しただけとならないよう、引き続き運用していく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・ 病院長の強力なリーダーシップのもと、医療安全・感染対策などに継続的、弾力的に取り組んでいく。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	権限の強化	内部規程の制定・運用	→

●進捗評価

- A（病院長の権限の強化となる運用を図るとともに、権限を明確にする規程を整備した。）

取組 1-4-1 クリニカル・インディケータの充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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」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。

●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。

●具体的な取組

- ・2019年9月までに、クリニカル・インディケータ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。

●主な目標及び達成期限

- ・指標の追加（2019年9月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年度に手洗い遵守率を指標に追加し、ホームページへの掲載を行った。
- ・2020年8月に、病院機能評価の指摘を踏まえた新しい指標を追加した。

	27年度	28年度	29年度	30年度	元年度
外来延患者数	138,798人	139,270人	144,006人	145,559人	145,131人
二次医療圏外からの外来患者の割合	59.1%	59.4%	59.3%	59.4%	58.7%
医師主導治験件数	5件	6件	8件	12件	20件
手術技術度 D と E の手術件数	—	—	—	2,444件	2,491件

（追加項目抜粋、医療安全に関する追加項目は取組 1-4-2 を参照のこと）

●課題

- ・特になし。

●今後の具体的な取組

- ・新たに見直した指標を適切に公開していく。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
指標の検討	指標の追加・HPで公開		→
	指標の見直し		→

●進捗評価

A（予定していた指標は追加、掲載し、今後更なる検討をしていく。）

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

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・特段の取組は実施していない。

●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。

●具体的な取組

- ・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の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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・各種取組状況と目標値の公表（2020年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2020年3月に医療安全に関する臨床的・インディケータールを見直し、継続的にチェックしていく項目を追加した。

	27年度	28年度	29年度	30年度	元年度
入院患者の転倒・転落発生率 (‰：パーミル)	2.42‰	2.60‰	2.74‰	2.49‰	2.45‰
入院患者の転倒・転落発生率 (65歳以上) (‰：パーミル)	2.95‰	3.21‰	3.41‰	3.12‰	3.02‰
入院患者の転倒・転落損傷発生率 (レベル3b以上) (‰：パーミル)	0.01‰	0.03‰	0.00‰	0.01‰	0.02‰
インシデント・アクシデント 報告件数	3,194件	3,557件	3,999件	3,773件	4,625件
インシデント・アクシデント 発生件数	3,145件	3,462件	3,884件	3,648件	4,292件
全報告中医師による報告の占 める割合 (%：パーセント)	1.69%	2.11%	1.45%	5.62%	7.72%

●課題

- ・目標の達成に向け、確実に取り組む必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・医療安全研修会等でインシデント・アクシデントレポート提出の重要性を定期的に発信していく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	ホームページに目標値を掲載	インシデントレポート件数等の達成状況掲載	→

●進捗評価

A（ホームページに掲載している「インシデント・アクシデント報告について」に目標値を記載し、掲載を行った。）

取組 2-1-1 医療安全管理室の体制充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・医師 1 名、看護師 2 名、薬剤師 1 名、事務 1 名

●課題

- ・現在は、人手不足もあり、医療安全の問題点の発見、改善に必要となる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。
- ・また、医療安全への取組に終わりはなく、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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・事務正規 1 名、事務補助 2 名増員（2021 年 4 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・非常勤事務 1 名が増員されたが、引き続きプラン内容が実現出来るよう、病院事業庁等と調整を進めている。

●課題

- ・現状は病床数に見合った人員体制となっておらず、現場に負荷がかかっている。

●今後の具体的な取組

- ・増員要求を進めると同時に所管業務を見直し、移管できる業務は移管する。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
		非常勤事務 1 名の配置	正規事務 1 名、非常勤事務 1 名の配置

●進捗評価

- B（事務職員の増員は医療職に比べハードルが一層高いが、現在の業務量と他施設の状況等を踏まえ、確保に努めている。）

取組 2-1-2 感染対策室の体制充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・2018年度時点で兼任医師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

●課題

- ・2018年度時点では専従看護師も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。
- ・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。

●具体的な取組

- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・看護師正規1名、医師非常勤1名増員（2019年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年4月より、感染症内科専門医（1回/週）を配置し、抗菌薬の適正使用などコンサルタントの充実を図っている。また、アウトブレイク対策に対し、助言も受けている。その他、抗菌薬適正使用活動として各科の抗菌薬使用状況の確認に提言、院内採用薬の見直しに対しても助言等を受けている。
- ・2019年4月より、専従看護師1名増員により、院内巡視率の向上、感染症例発生時の迅速な介入、各部門への教育指導機会の増加を図ることができている。
- ・2020年4月より、常勤の感染症内科専門医を配置し、同年6月より感染対策部を発足し、感染症コンサルタントの充実や迅速なアウトブレイク対策の実施を図っている。また、専従薬剤師1名の配置により、AST活動の充実として、課題となっていた特定抗菌薬や他抗菌薬の使用状況の調査、適正使用への支援も充実してきている。採用抗菌薬の見直しも随時行っている。
- ・年2回全職員向けの研修会を実施しており、2020年度は7月～8月、12月に実施した。



●課題

- ・専従医師、専従薬剤師等の配置により体制は強化されたが、院内感染対策の充実には他部門との連携が不可欠である。

●今後の具体的な取組

- ・リンクスタッフはじめ各職種、所属のスタッフと連携をさらに強化し、院内感染対策体制の充実を図る。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	専従看護師、非常勤医師 配置	手指衛生遵守率調査、 データ解析等 常勤感染症専門医配置 AST 設置	→

●進捗評価

S（プランを上回る人員配置ができ、今後は業務拡充や、細部への関与の更なる強化に取り組む。）

取組 2-1-3 医療機器管理室の体制充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・臨床工学技士（ME）3名（うち1名は現在育休中）

●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。

●具体的な取組

- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・ME4名（形態問わず）増員（2021年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・プランを前倒しして4名増員し、2020年度から7名体制とした。
- ・人員体制の強化等に伴い、以下の取組を強化した。
 - ⇒手術室や内視鏡室にMEを配置し、処置中のエラーに素早く対処
 - ⇒手術中ラウンドを実施し、手術中の安全性を向上
 - ⇒術後の機材チェック体制の強化、中材業者用マニュアルの策定
 - ⇒内視鏡関連機器や周辺機器の使用前点検を実施し、機器の安全性を向上
 - ⇒医療機器インシデントに対し、各種測定器を用い医療機器側からの分析を実施

手術室業務

ロボット手術準備



ロボット手術機器操作



術中ラウンド点検



内視鏡業務

カンファレンス

スコープ・機器定期点検



定期カンファレンス



●課題

- ・医療器械の中央管理化を強化している段階である。
- ・手術室や内視鏡室スタッフに対する、医療機器に関する更なる教育が必要である。

●今後の具体的な取組

- ・中央管理化を更に進めていく。
- ・手術室内に ME 関連チームを立ち上げ、指導や教育を看護師と連携しながら行っていく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	1 名復帰、2 名途中採用 医療機器の中央管理化	2 名配置	→
		スタッフへの教育	→

●進捗評価

A (プランを前倒して 4 名増員の目標を達成し、各種取組を進めている。)

取組 2-1-4 医療情報管理室の体制充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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）
- ・診療録管理体制加算2を加算中。

●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えていない。
- ・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。

●具体的な取組

- ・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人体制（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。

●主な目標及び達成期限

- ・診療情報管理士3名（形態問わず）増員（2021年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・定数として診療情報管理士（正規職員）3名の増員を確保した。
- ・3名の採用手続きが進み、1名は2020年12月採用した。ほか2名は2021年4月採用予定である。



●課題

- ・他職種によるカルテ監査の体制整備については医師、看護師と調整済みであり、その他コメディカルに関しては今後検討が必要である。

●今後の具体的な取組

- ・カルテ監査へのコメディカル参加のための調整を進める。
- ・監査項目の充実については、12月より看護記録の確認を始めており、4月の人員の増にあわせ、IC、同意書の記載など項目を拡大していく。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
		1名配置	2名配置

●進捗評価

A（採用手続きが進んでおり、目標の人員は確保される見込みである。）

取組 2-1-5 病棟薬剤師の充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・ 12 病棟に対し 8 名の病棟薬剤師を配置。

●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。

●具体的な取組

- ・ 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。）

●主な目標及び達成期限

- ・ 正規 5 名増員（2021 年 4 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・ 当初の計画を前倒し、2020 年 4 月に 5 名増員された。
- ・ 病棟薬剤師を臨床薬剤部として薬務・調剤を担う薬剤部から独立させ、機動性を図ることとした。

●課題

- ・ 増員の中にはマネジメントも担うスタッフが含まれており、今後の増員によって服薬指導等をさらに充実させる余地がある。



●今後の具体的な取組

- ・ 専従の病棟薬剤師を増員できるよう努める。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
		正規 5 名配置 服薬指導等の充実 →	

●進捗評価

- A（前倒し採用が難しい職種であるが、必要数を確保することができた。）

取組 2-2-1 医療安全ラウンドの計画的な実施・定着

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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、柔軟なものにする。

●主な目標及び達成期限

- ・計画実施率 100%（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年4月から、年間計画に基づきチェックリストを作成し、計画に基づき医療安全ラウンドを実施し、その結果を周知している。

	4月	5～7月	8～9月	10～11月	12月～3月
重点項目	機能評価関係ラウンド ・ベッドネーム ・口頭指示 ・病理	患者確認①	転倒転落予防・環境整備	情報伝達・周知（定期調査項目）	患者確認②

その他旬のトピックス

（改正等の周知状況、改善策や手順の遵守状況の確認等）

●課題

- ・医療安全ラウンドの結果を受け、出来ていない事項について、更なる対策を立て、再度ラウンドを行い改善しているか確認していく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き年間計画に基づき医療安全ラウンドを行っていく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
年間計画の策定	週1回ラウンド実施	→	→

●進捗評価

B（目標である計画実施率 100%を達成しており、引き続き PDCA サイクルを意識したラウンド計画、実施を行う。）

取組 2-2-2 医療事故収集等事業への報告・定着

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。
- ・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。

●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。

●具体的な取組

- ・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%)
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・2 週間以内報告率 100%（2019 年 9 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019 年度は 10 件報告しており、いずれも 2 週間以内に報告できている。
- ・2020 年度は 12 月現在で 15 件報告しており、いずれも 2 週間以内に報告できている。

●課題

- ・報告体制を確立し、定期的に報告ができるようにする。

●今後の具体的な取組

- ・報告事例が発生した場合、引き続き遅滞なく報告を行う。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
登録、報告開始	報告体制の確立		→

●進捗評価

A（目標である 2 週間以内の報告を達成できている。）

取組 2-2-3 医療安全管理室執務室の拡充

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。
- ・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。

●課題

- ・緊急時等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。

●具体的な取組

- ・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案発生時により機動的な対応ができる環境の整備を行う。

●主な目標及び達成期限

- ・執務室移転完了（2019年9月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・3階レジデント室を改修して医療安全管理室の執務室を移転させることとし、2019年7月に3階レジデント16名を移転させ、2019年9月に執務室移転が完了した。
- ・執務室の広さは従前の約27㎡から移転後約63㎡へと2倍以上に拡充し、打合せスペースを備え、緊急事案発生時により機動的な対応ができる環境で業務が行えるようになった。



●課題

- ・特になし。

●今後の具体的な取組

- ・特になし。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
移転候補先の調整	8月改修工事 9月執務室移転完了		

●進捗評価

- A（カンファレンスに必要なスペースを備えた、病院長室や病棟等に近い部屋を整備し、計画通りに移転が完了した。）

取組 2-2-4 事例分析の強化・充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。
- ・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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・データ解析体制の整備（2020年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・院内全体で取り組む必要があると考えられるインシデント・アクシデント事例についてはリスクマネジメント部会で検討し、リスクマネジメント部会で結論がでない場合はワーキンググループを立ち上げ、問題解決を図っている。
- ・2019年度に把握した院外患者の死亡数は500件、2020年度は12月現在421件で、問題となる事例はなかった。引き続き院外患者の死亡についても把握するよう努める。

●課題

- ・集積されたインシデント事例をどのように活かし解析していくか探る必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・人員がつき次第データ解析を順次始めていく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
外来患者の死亡事例把握	人員要求 制度の構築	データ解析	→

●進捗評価

B（目標であるデータ解析体制は人員増を前提としており、現在は増員され次第運用できるよう、準備を進めている段階である。）

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

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・分析結果をもとにしたPDCAサイクルの実践、医療安全だより回収率100%（2020年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・医療安全管理室だより、リスクマネージャー連絡会議、診療部長会、病院管理会議等を通じ、事例や対策について周知し、医療安全ラウンドで確認を行っている。
- ・事例分析を行う職員の人員要求を行っている。

(改善事例)

- ・TS-1を4週投与2週休薬とするはずが6週連続で患者が服用した。
→服用期間・休薬期間を院外薬局でも分かるよう、記載することとし、記載を忘れることが無いよう、処方時にポップアップが出るようにした。
- ・尿管ステント交換の管理について
→尿管ステント及び腎瘻カテーテルを入れた際に、その時の主科の医師が電子カルテ掲示板右上の患者治療方針の欄に「右尿管ステント留置中」等記載する。
- ・同意書が電子カルテ内に未スキャンのまま化学療法が実施されていた
→薬剤部でレジメン変更を含む初回化学療法施行予定の患者について、電子カルテ内に同意書の取り込みがあるか確認し、取り込みがない場合は電子カルテ掲示板に「化学療法の同意書が取り込みされていません」と記載する。

- ・ワーファリン内服中の患者の禁止食（納豆禁）の誤配防止について
→職種を問わず掲示板に「納豆禁」と記載し、看護師は記載を確認して食事入力を行う。
- ・インスリン製剤の持参薬処方取り扱いについて
→インスリン製剤の持参薬報告は他の薬と別だてで行い、また、インスリン製剤は持参薬処方を行わず、指示簿で実施する。

●課題

- ・医療安全だよりの内容がきちんと理解されているかチェックしていく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・医療安全ラウンドを通じ、医療安全だよりの理解度を測っていく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	人員要求・体制の構築	分析結果の現場への フィードバック	→

●進捗評価

B（医療安全だよりは100%回収できている。PDCA サイクルの実践は人員増を前提とし、現在は人員が配置され次第運用できるよう、準備を進めている。）

取組 2-2-6 感染対策に関する病院長主導の取組の実施

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・病院長決定テーマの達成（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・病院長主導の取組みとして、「①病院職員の手指衛生遵守率80%以上、②抗菌薬適正使用支援への取組み」を掲げ対策を実施。①ICTメンバー、各病棟リンクナースを中心に各病棟で直接観察を実施。②常勤感染症内科専門医監修のもと、院内採用薬、クリニカルパスの見直し、マニュアル改訂、診療における抗菌薬使用の確認、助言を行っている。
- ・各診療科との問題点をより密に共有するため、感染制御リンクスタッフを配置した。
- ・改定した抗菌薬適正使用ガイドラインの周知徹底、届出抗菌薬以外の抗菌薬使用状況の確認を行っている。
- ・COVID-19についても、病院長主導で積極的な対策を行っている。（次ページ参照）

●課題

- ・手指衛生遵守率は12月末時点で75.8%と、向上しているが想定よりも緩やかである。

●今後の具体的な取組

- ・手指衛生キャンペーン等啓発の継続。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
テーマ検討、決定	周知、モニタリング		▶
	テーマ検討、決定		▶
		AST設置	

●進捗評価

- B（テーマの周知は病院長から職員へ直接行っている。感染対策委員会等で進捗確認、注意喚起を行い、年度目標の達成に向け各部署で取組が進んでいる。）

COVID-19 への対応について

当院は免疫力の低下しているがん患者の専門病院として、COVID-19 への対策に積極的に取り組んでいます。

日	当院の主な取組	国・県の動き
2020年 1月25日		(ダイヤモンド・プリンセス号で感染拡大)
1月27日	新型コロナウイルス感染症対応マニュアル策定、以降順次改定	
2月19日	感染防止に関する感染専門医講演会	
3月3日～ 3月22日	休校による勤務困難職員を考慮し1病棟を閉鎖	
3月13日	全ての入院患者の面会禁止	
3月19日	専従の感染症専門医を前倒し採用	
3月30日	疑い患者受け入れを5病棟に限定	
4月1日	病院出入口を2か所に制限し、発熱スクリーニングを実施	
4月7日		国：緊急事態宣言
4月10日	入院患者の外泊、外出を禁止	県：緊急事態宣言
4月16日		国：緊急事態宣言を全国へ拡大
5月1日	疑い患者受け入れを1病棟へ変更 PCR検査委託契約締結（名古屋医療C）	
5月8日	入院患者の面会制限等を一部緩和	
5月14日		国：（愛知県が緊急事態宣言の対象外となる）
5月25日		国：緊急事態宣言解除 県：緊急事態宣言解除
7月18日	入院患者の面会制限等を再開	
7月31日	外来化学療法C職員の陽性が判明。患者等2名、職員37名にPCR検査を実施、全員陰性（以降の陽性者は割愛、累計は次ページ参照）	
8月3日	PCR検査委託契約締結（第二日赤病院）	
8月6日		(県) 緊急事態宣言
8月10日	外来化学療法Cを消毒、翌日から再開	
8月24日		(県) 緊急事態宣言解除

9月1日	院内感染対策マニュアル改定施行	
9月4日～ 19日	全国知事会の要請を受け看護師2名を 沖縄県へ派遣	
10月1日	コロナ専門病院の県立愛知病院へ看護 師2名が異動	
10月15日		県：愛知病院を開設
10月19日	院内PCR検査運用開始	
12月1日	サーモグラフィーによる発熱スクリー ニング開始	
12月17日	プレハブ診察室完成	
1月4日	37.5℃以上の入院患者へ抗原検査開始	
1月8日		国：1都3県 緊急事態宣言
1月14日		国：愛知県含む11都府県に 緊急事態宣言を拡大
2月上旬	愛知病院へ看護師約5名を追加派遣	

このほか、感染対策委員会等で速やかに対応を協議し、病院長へ報告しています。
累計で患者等4名、職員7名が陽性となっておりますが、院内感染は1例のみです。

【患者への対応】

- ・面会、入院患者の外出・外泊、小児（小学生以下）の入館を原則禁止
- ・来院患者の付き添いは原則1名（セカンドオピニオン・初診時、手術の立ち合いは2名）まで
- ・電話診療による薬の処方
- ・病院出入口を2か所に制限（入口・出口を分け、職員通用口と分離）
- ・サーモグラフィーを用いた発熱スクリーニング

【職員への対応】

- ・病院長から全職員へ注意喚起メール
- ・体調不良職員は職免による療養（又は可能な職員は在宅勤務）による出勤停止
- ・復職基準は「解熱剤なく解熱後72時間以上」かつ「発症から8日以上経過」
- ・手指消毒、朝の検温の励行、COCOAインストールの呼びかけ、共有電話等の消毒励行、3人以上の会食の制限、3密回避、新しい生活様式順守の呼びかけ、行楽目的の移動自粛、WEB会議・カンファレンスの励行

上記のとおり、病院長主導で、専従の感染症専門医をはじめ ICT を中心に感染状況、国や県の動向を踏まえながら対応しています。

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

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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出来ていない。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・専従薬剤師主導による改善の実施（2021年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・専従薬剤師として薬剤業務の改善等に積極的に関与するため、2019年11月から定期的な薬剤ラウンドを実施している。2020年度は5月、9月から10月の2回実施しており、いずれも結果を医療安全管理委員会に報告している。また今年度から病棟薬剤師に対するラウンドも開始し、9月から10月にかけて実施し、結果を医療安全管理委員会に報告している。

●課題

- ・薬剤ラウンドだけでなく病院全体の薬剤に関する改善に寄与する必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・薬剤ラウンドを通じて、実情を把握し、マニュアルの改訂等、業務改善に資する働きかけを行っていく。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	計画 薬剤ラウンドによる改善		→

●進捗評価

B（薬剤ラウンド実施規程を作成し、2019年11月から薬剤ラウンドを実施している。）

取組 2-2-8 プレアボイド報告の充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・プレアボイド報告は現在行っていない。

●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。

●具体的な取組

- ・2020年3月までに、プ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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・2019年度 10件、2020年度 20件（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・プレアボイド報告を開始するため、2019年5月にWGを立ち上げ、報告手順を策定した。
- ・プレアボイド報告実績は、2019年度は21件、2020年度は12月までで16件である。
- ・情報フィードバック体制として、報告事例を部内に周知し、DIニュースに掲載している。

令和2年度7-9月のプレアボイド報告について

プレアボイドとは、日本病院薬剤師会（以下、「日病薬」という。）が提唱し収集している薬学的患者ケアの実践であり、実践結果に基づく成果報告の呼称です。

日病薬では特に、薬剤師が薬物療法に直接関与し、薬学的患者ケアを実践して患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分など）を回避あるいは軽減した事例をプレアボイド報告として収集しております。

当院からは令和2年度7-9月の期間中に以下のとおりプレアボイド報告を行いました。

- ・未然回避報告：3件
- ・重篤化回避報告：1件
- ・薬物治療効果の向上：2件

詳細については、添付ファイルをご確認ください。

●課題

- ・プレアボイド報告件数及び報告内容のレベルの維持。
- ・情報フィードバック体制の拡充。

●今後の具体的な取組

- ・報告事例の部内回覧及びDI ニュースへの掲載を行い、そこでの意見を集約し、プレアボイド報告件数及び報告内容のレベルの維持を図る。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	報告手順策定 年 21 件報告	年 20 件報告	年 20 件報告

●進捗評価

A (プレアボイド報告を恒常的に行える体制を構築できた。)

取組 2-2-9 画像診断の誤読への対策

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・画像診断の誤読の防止（2019年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●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行い、さらに医療安全専従医師が、対応がなされているか確認している。注意所見のあるレポートで未読のものは2019年度に5件あったが、医療安全管理室で追跡し、診療部長会で周知徹底したことにより、2020年12月現在まで注意所見のあるレポートについて未読のものはなくなった。また、注意所見のあるレポートを受け取った医師が、きちんと対応しているか医療安全管理室専従医師が全例確認し、カルテの記載から対応状況が分からない場合はオーダー医に注意喚起の文書を送り、対応状況について文書で医療安全管理室まで回答するようにしている。（2019年度は20件、2020年度は12月現在で15件注意喚起をしており、全例対応状況の回答をえている。）さらに当院からPETやCT検査を依頼する隣接画像施設にも同様のシステムを導入した。

●課題

- ・一定数未読レポートがあるため、レポートの確認漏れがないよう引き続き働きかけていく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・現状以上のシステムの構築は難しいため、引き続き現体制で確認を行っていく。
- ・画像診断検査依頼医が、レポートの所見・指摘に対して、どう対応したのか記録するよう周知していく。

重要

注意レポートの対応の有無の確認

医療安全管理部 塚本名里子 ()

mail: _____

2021 年 月 日

科 先生

お忙しいところ失礼致します。

別添の患者様におきまして画像検査で注意喚起がされているかと思いま
す。

電子カルテ上では対応がなされていないようにお見受けします。

電子カルテへ方針を記載後、下の項目のチェックもお願い致します。

配布後7日以内(月 日まで) に医局内のBOX(塚本名里子)も
しくは医療安全管理室へお戻しください。

お手数をおかけしますが、御協力の程よろしくお願い申し上げます。

チェックしてください

- 経過観察
- 他科依頼をオーダー
- 次回受診時に対応予定

コメント

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
システムの導入			→
運用開始	システムによる一元管理		

●進捗評価

A (画像診断の誤読の防止の取組は達成済。今後は確認主体である医療安全専従医師の負担軽減や対応の記録などを整備していく。)

取組 2-2-10 院内検討体制の見直し

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・2018年度まではオカーレンス検討会、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。

●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った。

●具体的な取組

- ・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した。
- ・2019年5月までに、オカーレンス検討会、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った。

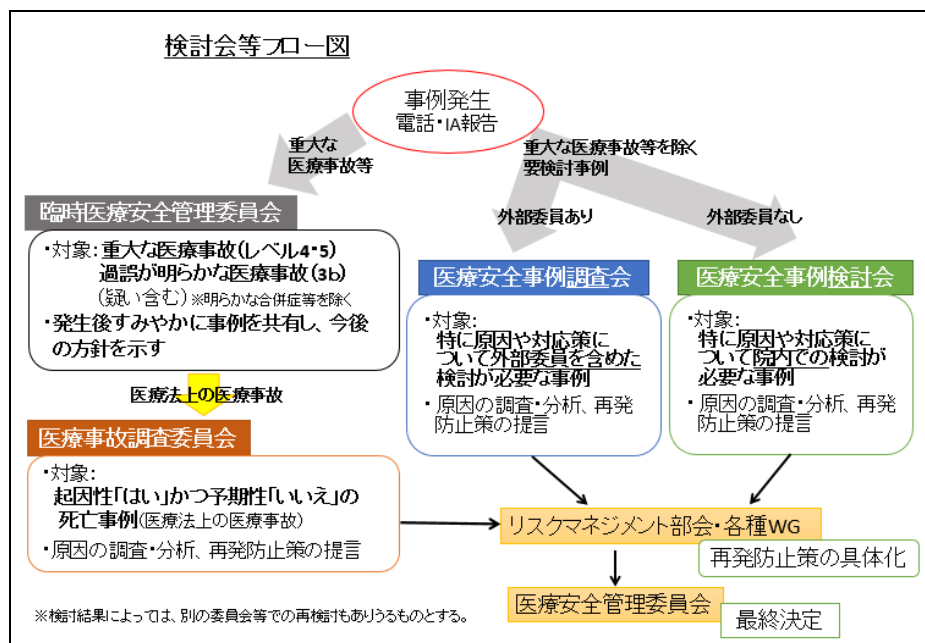
●主な目標及び達成期限

- ・医療安全体制の見直し（2019年5月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年5月に内部検討会を医療安全事例検討会、外部委員を含めた検討会を医療安全事例調査会とし、分かりやすい体制へと再構築した。
- ・2019年度は医療安全事例検討会を3回、医療安全事例調査会を4回開催している。



●課題

- ・現体制が機能し続けられるよう努めていき、情勢の変化に伴い、柔軟に制度を変更していく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・医療安全事例検討会、医療安全事例調査会へと体制変更後、大きなトラブルなく動いており、不具合が生じた場合は速やかに改善していく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
体制の再構築	体制整備	体制に不備あれば修正	→

●進捗評価

- A（医療安全管理体制の見直しは実施済。今後は新しい体制が上手く機能するかのチェック、改良を重ねていく。）

取組 2-2-11 災害時における医療安全体制の整備

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・災害対応訓練の実施（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2018年度に災害対応訓練としての紙カルテ運用訓練を防災委員会と医療情報管理部が共同で事務局となって開催（右図）し、その結果を踏まえ改定したマニュアルに基づく訓練を2020年1月に実施した。



●課題

- ・訓練は毎年度実施する必要があるため、今年度も2月18日に予定しており、特に課題はなし。

●今後の具体的な取組

- ・災害対応訓練の計画策定及び実施、マニュアルの見直し及び周知。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
災害対応訓練	マニュアル改訂 災害対応訓練計画・立案 災害対応訓練	前年度の結果を元に問題点を修正し、毎年度災害訓練を実施	→

●進捗評価

- A（目標を達成し、今後も継続的な訓練の実施を行っていく。）

取組 2-2-12 医療安全ポケットマニュアルの充実

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・マニュアルの内容充実（2020年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・がん研究会有明病院、名古屋大学医学部附属病院、国立がん研究センター東病院のポケットマニュアルを入手し、それらを参考に更なる内容の充実に向け検討している。
- ・2020年度版では化学療法に伴うB型肝炎ウイルス再活性化対策、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）について、個人情報の保護について、公益通報制度（医療安全に関する内部通報窓口）等、新たに必要と思われる項目を追加し、より充実した内容とした。



●課題

- ・内容の充実においては携帯性との両立を意識する必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・ポケットマニュアルの更なる充実を図るため、内容について再度協議を行い、必要な事項については追加していき、2021年度は更に充実した内容のポケットマニュアルとするよう準備を進めている。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
情報収集	情報収集 内容の吟味	マニュアル改定	→

●進捗評価

B（期限までのマニュアル改定に向け、作業は順調に進んでいる。）

取組 3-1-1 ICU の専任の責任者の配置

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・専任 2 名配置（2020 年 4 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2020 年 4 月に集中治療部専任医師 2 名を配置した。
- ・2020 年 7 月に HCU 加算を届け出て受理され、8 月から算定を開始した。
- ・2020 年 12 月より 1 日/週、麻酔医が ICU に常駐する体制とした。

●課題

- ・救急等の経験を有する麻酔医の専従配置が望ましい。

●今後の具体的な取組

- ・2021 年 4 月に特定集中治療室（ICU）管理料を届出できるよう準備を進めていく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	人員要求 体制整備	専任の責任者による管 理・運営 HCU 加算の算定開始	ICU 加算の算定開始

●進捗評価

- A（計画どおり専任医師を配置することができた。）

取組 3-1-2 ICUの入退室基準の整備と適切な運用

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・マニュアルには、退出基準は主治医が許可を出すと記載されているが、退出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。

●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。

●具体的な取組

- ・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レンスを行い、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。
- ・2020年3月までに入退出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。

●主な目標及び達成期限

- ・入退室基準・権限の整理・明確化（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・入退室基準、専任医師の役割権限を整備するようマニュアルを改定した。

●課題

- ・新規採用、中途採用職員等にもマニュアルに則った運用を徹底する必要がある。
- ・入退室基準を厳格化したことにより、まだ調整が必要な病棟もある。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き、マニュアルの徹底した運用を図る。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
体制検討	体制整備	マニュアルに従った運用 の徹底	→

●進捗評価

- A（マニュアルの整備は完了し、運用の徹底を周知している。）

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

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。

●主な目標及び達成期限

- ・HCU 加算の取得（2020 年 3 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・4 階東病棟を HCU 病棟として 2020 年 7 月に届け出て、8 月から算定を開始した。

●課題

- ・改定したマニュアルの運用を徹底していく必要がある。
- ・ICU 加算取得に向け、施設基準充足のための工事等を要する。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き、改定したマニュアルの運用を徹底していく。
- ・2021 年 4 月に特定集中治療室（ICU）管理料を届出できるよう準備を進めていく。
(2021 年 1 月より段階的に入室患者数を制限、HEPA フィルターの設置など)

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
ICU、HCU に関する検討	→	加算届出 関連工事	ICU 加算届出 関連工事

●進捗評価

- A（専任医師の確保等のため予定よりずれ込んだが、2020 年 8 月から HCU 加算の算定を開始した。）

取組 3-2-1 ICの様式の標準化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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た。

●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。

●具体的な取組

- ・各診療科における様式の変更について、2019年5月末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したとともに、以後、進捗確認と変更の呼びかけを繰り返している。
- ・2020年3月末までに統一様式化を完了する。

●主な目標及び達成期限

- ・統一様式化率 100%（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2020年3月に様式の統一化を完了した。
(統一様式)

●課題

- ・新たに作成される様式がマニュアルに沿った内容であるか審査し続ける必要があり、審査などに労力が必要である。

●今後の具体的な取組

- ・様式の統一化は完了することが出来た。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
マニュアルの作成	様式の統一化	統一した様式による IC の実施	→

●進捗評価

A (様式を統一することが出来た。)

取組 3-2-2 IC の電子カルテへの記載方法の標準化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・記載場所、記載項目ともに統一化されていない。

●課題

- ・新たにテンプレートを作成して記載場所・記載項目を統一し、周知徹底する必要がある。

●具体的な取組

- ・記載場所、記載項目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月末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た。
- ・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。

●目標及び達成期限

- ・標準化の実施（2019年10月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・インフォームドコンセント委員会にてテンプレートについて検討し、2019年4月に電子カルテに実装。記載場所・記載項目を統一し、周知を行った。
- ・テンプレートの利用の促進や、ICに関する情報を確認しやすくするため、同年6月にナビゲートツリーにICの項目を追加するシステム変更を行った。

●課題

- ・テンプレートに不備や不足等がないか引き続き確認・修正を行うとともに、テンプレートの使用件数の向上や、必要な記載を徹底するための周知・取組が必要。

●今後の具体的な取組

- ・インフォームドコンセント委員会でテンプレートの使用状況について定期的に報告を行い、より一層の改善に取り組む。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
テンプレート検討	テンプレートの作成 周知	テンプレートを使用した 記載の徹底	→

●進捗評価

- A（標準化は達成済。今後は様式の更なる改善や周知に取り組んでいく。）

取組 3-2-3 ICの質的監査の実施

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・質的監査の実施（2020年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・インフォームドコンセントを含めた診療記録監査要綱・質的点検チェックリストを作成し、2019年11月から医師、診療情報管理士による質的監査を開始した。
- ・2020年8月より医師、診療情報管理に看護師が加わり質的監査を実施している。

●課題

- ・質的点検項目内容を見直す余地がある。
- ・医師、看護師に加え他職種も質的監査に加わる体制がより望ましい。

●今後の具体的な取組

- ・質的点検項目内容の見直し。
- ・多職種による質的監査体制の検討。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
質的監査の病院体制・運用 方法の検討	質的監査の実施		→

●進捗評価

- A（質的監査の実施を開始した。今後は更なる内容の充実を図っていく。）

取組 3-2-4 IC実施時の看護師の同席

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。

●目標及び達成期限

- ・同席率の把握・向上（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年4月にICテンプレートを電子カルテに実装し、5月より看護師の同席数等の把握を開始。
- ・インフォームドコンセント委員会にて、目標値、看護師の同席が必要な場合や、その把握方法、看護師同席のための実施の流れといった運用面についても検討、整備を行った。
- ・2019年3月の同席率は85.4%、2020年12月の同席率は87.7%。

●課題

- ・同席率が90%以上となるよう引き続き周知していく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・繰り返し周知徹底を呼び掛けるなど、目標達成に向けて継続的に取り組む。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
把握方法の検討	同席率の把握 運用の検討		→

●進捗評価

B（同席率の把握を開始し、向上についても達成する見込みである。）

取組 3-2-5 実効性のある I C 教育研修の実施

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・ I C 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。

●課題

- ・ I C 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。

●具体的な取組

- ・ 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。

●目標及び達成期限

- ・ 研修の実施（2019 年 4 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・ 2020 年 4 月の新規採用者に対する研修で I C や診療録管理に関する研修会を開催した。

改正愛知県がんセンター個人情報保護に関するガイドライン
(診療個人情報の管理)

(1) 基本的な管理

ア 取扱者は、個人情報保護担当者の指揮・命令を受け、この「ガイドライン」を遵守し、保管・管理を行わなければならない。

イ 取扱者は、診療個人情報を施設外に持ち出し、提供してはならない。ただし、許可された提供を除く。

●課題

- ・ 特になし。

●今後の具体的な取組

- ・ 継続的に毎年 4 月の新規採用者に対する研修で I C や診療録管理に関する研修会を開催。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	研修の実施	→	

●進捗評価

A (研修の実施は達成済。今後も継続して新規採用者に対する研修を実施していく。)

取組 3-3-1 他院との連携に関するマニュアルの作成

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・連携マニュアルの整備（2019年9月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・他院への救急搬送時の受け入れ先やながれを分かりやすく明記したチャートを作成し、2019年8月から運用を開始した。（次ページ参照）

●課題

- ・周知徹底し確実に運用を行なう。

●今後の具体的な取組

- ・病院全体への運用開始アナウンスを行い、運用状況の確認を行なう。
- ・救急搬送チャートをラミネートし、各病棟や外来へ配布。運用時に使用しやすい体制を図る。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	搬送チャート作成（7月） 運用開始（8月）		→

●進捗評価

- A（連携マニュアルとしてのチャートを作成済。今後は周知徹底を図りチャートが確実に運用されるよう取り組む。）

愛知県がんセンター救急搬送チャート

① 心臓・血管または脳の救急疾患は循環器科または脳神経外科スタッフに救急搬送の必要性和搬送先医療機関について相談

② 院内で他院への救急搬送が必要な患者（外来or入院）が発生

【事前準備事項】・診療情報提供書（宛先は「ご担当医」）・検査結果等

③ 主治医もしくは当該科医師、当直医が受け入れ先を選定し連絡

心臓・血管疾患

★名古屋ハートセンター

【平日時間内9時～17時】FAX：719-0811

- ① 719-0805（医療連携室）
- ② 719-0810（代表）

【時間外、土・日曜日、祝日】FAX：719-0811

- ① 719-0810（代表）

★名古屋市立東部医療センター

【24時間対応（平日休日問わず）】FAX：723-7356

- 連絡先：心臓血管センター
- ・循環器内科：070-1183-5245
- ・心臓血管外科：080-9407-6309 or 080-4408-8416

★愛知医科大学病院

【平日時間内8時30分～17時】FAX：0561-65-0225

- ① 0561-65-0221（医療連携室）

【時間外、土・日曜日、祝日】FAX：0561-65-0225

- ① 070-6957-5105（循環器内科当番医ダイレクト）

その他の救急疾患

★名古屋第二赤十字病院

- ① 832-1121（代表） FAX：834-2581

腎疾患（透析等）

★名古屋第二赤十字病院

【平日9時～17時】FAX：832-5389

- ① 832-5874（武田腎臓内科部長ダイレクト）
- ② 832-1121（代表）→「腎内当番医」へ繋いでもらい、救急の受け入れを依頼

【時間外、土・日曜日、祝日】FAX：834-2581

- ① 832-1121（代表）→「救急外来受付」から「腎内当番医」へ繋いでもらい、救急の受け入れを依頼

脳疾患

★名古屋第二赤十字病院

【平日休日問わず】FAX：834-2581

- ① 832-1121（代表）
- ・脳外科疾患→「脳神経外科当番医」へ繋いでもらう
- ・神経内科疾患→「脳神経内科当番医」へ繋いでもらう

★名古屋市立東部医療センター

【24時間対応（平日休日問わず）】FAX：723-7356

- 連絡先：脳血管センター
- ① 080-4452-6663

※但し現場での判断を優先するため、搬送先は上記の限りではない

④ 診療情報提供書をFAX、転院搬送申し送り票を作成

★時間内【平日：午前8時45分～午後5時30分】

医療連携室（PHS：6126 or 6244）より診療情報提供書を受け入れ先の病院へFAXする。主治医は転院搬送申し送り票を作成する。

★時間外【平日：午後5時30分～翌日午前8時45分、土・日曜日、祝日：午前8時45分～翌日午前8時45分】

主治医もしくは事務当直（6128）が医局または1階事務前から診療情報提供書を受け入れ先の病院へFAXする。主治医は転院搬送申し送り票を作成する。

転院搬送申し送り票は医事G（2501）or 事務当直（6128）より取り寄せ、救急搬送後に複写を医療連携室へ提出してください。

⑤ 救急車の要請（0119）、到着後救急搬送

1. 救急車の要請（0119）、その後に防災センターへ連絡する（2221 or 2222）。
2. 救急車へ同乗する医師が、診療情報提供書等を持参する。
3. 転院搬送申し送り票を救急隊に提出。救急隊から複写を受け取り、医療連携室へ提出する*。

*名古屋市転院搬送ガイドラインに準ずる

医療連携室 内線3366

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

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・連携に関する情報の一元管理（2019年7月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・救急搬送時のチャートを作成し、2019年8月に運用開始した。
- ・開始から2020年12月末までの連携件数は、33件となっている。

●課題

- ・一元管理のため、転院搬送申し送り表の医療連携室への提出の徹底。

●今後の具体的な取組

- ・転院搬送申し送り表の保存ファイル作成、データ管理。院内へのアナウンス。
- ・転院搬送申し送り表のデータ管理をし、搬送状況の把握を行う。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	搬送チャート開始（8月） 搬送時の一元管理開始（8月）		→

●進捗評価

- A（情報を集約する体制は構築済。今後は周知徹底を図っていく。）

取組 3-4-1 メールによる相談受付体制の整備

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・2018年度まで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かった。

●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場合も増加傾向にあることから、メール相談による24時間対応を検討する必要があった。

●具体的な取組

- ・2019年4月まで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実させた。

●主な目標及び達成期限

- ・メール相談の導入（2019年4月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年4月からメール相談を導入し、実績は2019年度31件、2020年度12月末現在で27件（「がん一般」18件、「受診方法」4件、「その他」5件）である。相談への回答はおおむね1週間以内に行っている。
- ・メール相談の特性上、相談ニーズの把握が難しいため、回答の正確性を担保するためカンファレンス及びコンサルテーションを実施している。

がんメール相談 (H3103114) 申込

STEP 1 手続き検索 | STEP 2 手続き一覧 | STEP 3 手続き内容 | STEP 4 メールアドレス入力 | STEP 5 確認メール送信完了 | STEP 6 申込 | STEP 7 申込確認 | STEP 8 申込完了

申込

がんメール相談 (H3103114) 申込

問い合わせ先 愛知県がんセンター地域医療連携・相談支援センター

電話番号 052-762-6111

FAX番号

メールアドレス

※印があるものは必須です。
▲印は選択の結果によって入力条件が変わります。

相談者※ 氏: [] 姓: []

相談者のメールアドレス※ []

相談者の性別※ 男性 女性

相談者の年代※ 年代を選んでください▼

相談者の住居※ 下記からお選びください▼

対象者の性別※ 男性 女性

●課題

- ・メール相談件数は増加傾向であるが、伸びが緩やかである。

●今後の具体的な取組

- ・メール相談を行っていることをホームページ等でPRしていく。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
メール相談の開始			▶

●進捗評価

- A（メール相談の受付を実施済。よりよい運用方法や周知方法を検討している。）

取組 4-1-1 意識付け・風土改革によるインシデント・アクシデントレポート報告件数の増加

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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

●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していくことは、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。

●具体的な取組

- ・医療安全研究会や診療部長会等において、病院長や医療安全管理部長から診療部長や職員一人一人に対し、更に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呼びかけを行い、レポートを提出することが当たり前であるという医療安全文化を根付かせていく。
- ・インシデント・アクシデントレポートの目標件数として、年間 300 件程度の増加を目標とする。

2019 年度 4,200 件

2020 年度 4,500 件

●目標及び達成期限

- ・2019 年度 4,200 件、2020 年度 4,500 件（2021 年 3 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

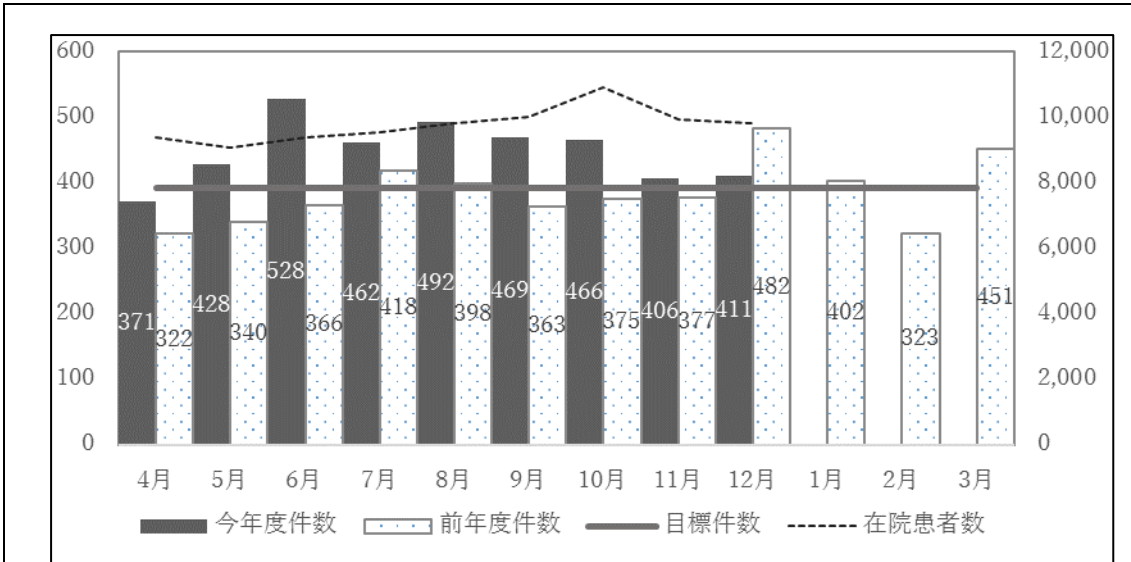
- ・2019 年度の報告件数は 4,625 件と 4,500 件を超えたため、2020 年度は目標を 4,700 件と上方修正し、より高い目標を掲げ取り組んでいる。
- ・2020 年 11 月までの報告件数は 3,622 件と、上方修正した目標値である 4,700 件を達成できるペースで提出がなされている。

●課題

- ・目標を大幅に達成出来たため、インシデント・アクシデントレポート報告件数をより提出する文化を醸成し、幅広い職種からのレポートが提出されるようにしていく。

●今後の具体的な取組

- ・目標達成に向け、多職種からの提出がなされるよう、更なる周知徹底を行う。



●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	報告数の目標設定	→	→
	周知		

●進捗評価

B（上方修正した目標を達成できる見込みである。）

取組 4-1-2 医師からのインシデント・アクシデントレポート報告割合の増加

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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、2018年度は5.62%（212件/3773件）であった。

●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。

●具体的な取組

- ・ 病院長、医療安全管理部長から継続して、医師からもインシデント・アクシデントレポートを提出するよう呼びかけを行っていく。
- ・ 医師からの報告割合は2019年度7%、2020年度10%を目標とする。

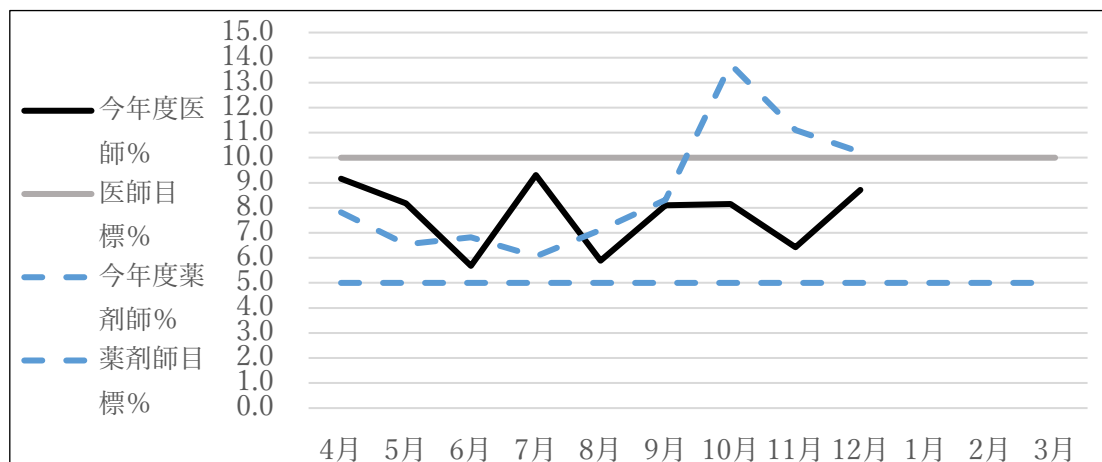
●目標及び達成期限

- ・ 2019年度 7%、2020年度 10%（2021年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・ 2019年度の報告割合は7.7%（358件/4,625件）と目標を達成することが出来た。
- ・ 2020年12月までの報告割合は7.6%（274件/3,622件）と、目標を下回っているため、リスクマネージャー連絡会議等を通じ、医師からの報告を促している。



●課題

- ・2020年度は報告割合10%と高い目標を掲げているため、医師から積極的にレポートを提出するよう促していく。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き周知徹底を図り、提出率の向上を図る。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	目標値の設定 周知	→	

●進捗評価

B（目標値を達成できるよう、引き続き周知していく。）

取組 4-1-3 インシデント・アクシデント報告基準の具体化・明確化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・2018年度時点では、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った。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・報告基準の具体化・明確化の実施（2019年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・インシデント・アクシデント報告を行う合併症について、ポケットマニュアルに掲載し周知している。（右図参照）
- ・2019年度はレベル 3b が 81 件、レベル 4 が 2 件、レベル 5 が 19 件と大幅に報告件数が増加している。2020年度は12月までにレベル 3b が 65 件、レベル 4 が 6 件、レベル 5 が 8 件報告されている。

(2)合併症・偶発症。

以下のような 3b 以上の合併症・偶発症が発生した場合にも、インシデント・アクシデント報告を行う。

- 1.脳梗塞あるいは脳出血：症候性で画像検査上明らかな病変を認めるもの。
- 2.DVT・肺塞栓・動脈血栓：ヘパリン投与等治療を要したものの、他院へ搬送したもの。
- 3.神経障害：歩行障害や麻痺、その他想定外の持続する神経障害を生じたもの。
- 4.心停止あるいは心室細動：心肺蘇生を必要としたもの。
- 5.心臓梗塞：新たな Q 波の出現及び CPEK の上昇（≧1000u）。
- 6.急性腎不全：血液透析を必要としたもの（転院例も含む）。
- 7.呼吸不全：想定外の気管内挿管や人工呼吸器装着を必要としたもの。
- 8.術後の重篤な感染症（SSD：縫合不全、膿瘍、縦隔炎、肺胸、難治性の創感染などで再手術を必要としたもの。
- 9.敗血症ショック：ICUに入室が必要となったもの。
- 10.重篤な免疫関連有害事象。
- 11.多量出血（3000ml 以上）をきたしたもの。
- 12.内視鏡検査や処置中の消化管穿孔・出血で外科的治療が必要となったもの。
- 13.造影剤や薬剤によるアレルギー、アナフィラキシーショックなど。
- 14.IVR 後の輸血や手術が必要となった血腫形成。
- 15.中心静脈穿刺に関連した合併症：動脈穿刺、気胸など。
- 16.院内急変（EMR コール）例。
- 17.外来治療中の死亡事例。
- 18.通常予想されない、または不明の原因による死亡や ICU への入室。
- 19.予定手術症例における 30 日以内の術後死。
- 20.治療室（術後 7 日以内）の化学療法・放射線療法による死亡。
- 21.手術室における死亡、心停止、予定していない臓器の切除や修復。
- 22.その他院長が必要と判断した事例。

※但し、原疾患の悪化によると思われるものについては、レベルなしで報告すること。

●課題

- ・合併症の報告基準について更に周知する必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・診療部長会等を通じ合併症報告の基準を周知し、積極的にレポートを提出するよう働きかける。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
報告事例の検討	ポケットマニュアル記載 周知		→

●進捗評価

A（報告基準の具体化・明確化は実施済。今後は更なる周知徹底を図っていく。）

取組 4-2-1 職員必須の医療安全研修会の強化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・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。

●課題

- ・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性がある。

●具体的な取組

- ・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。

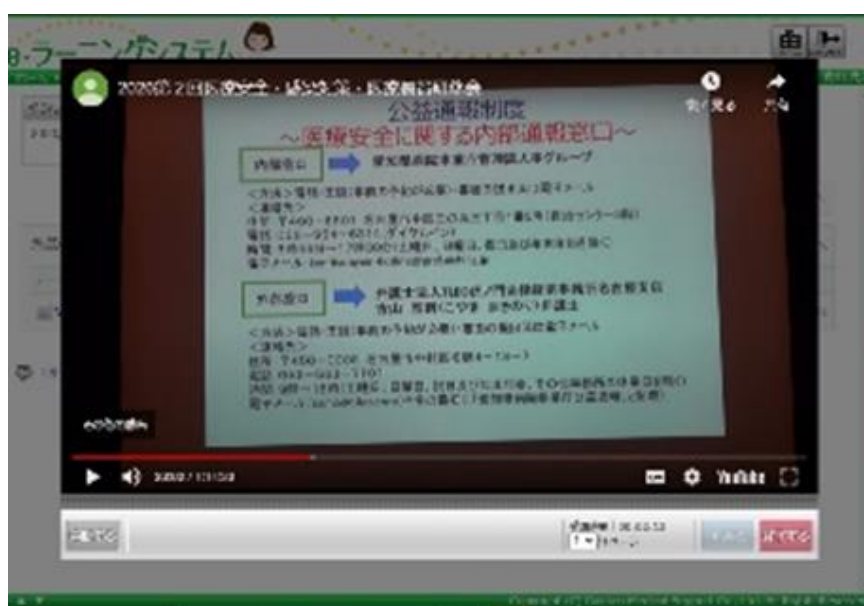
●目標及び達成期限

- ・関係する委託職員等も含めた出席率 100%（2020 年 3 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・7 月～8 月に e-ラーニングを活用し、今年度第 1 回研修会を実施し、委託職員等も含め 100%の受講を達成した。第 2 回は 12 月 21 日から実施中。



●課題

・繰り返し周知を行い、また、病院長から直接連絡を行うことにより 100%を達成している状況であるため、研修を受講することが当たり前となるようにしていく必要がある。

●今後の具体的な取組

・2020年12月21日から第2回医療安全研修会をeラーニングを活用して実施しており、受講率100%となるよう受講を促していく。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	eラーニング導入	→	→

●進捗評価

B（研修出席率100%とすることが出来る見込みである。）

取組 4-2-2 中途採用者への研修体制の強化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・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。

●課題

- ・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。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・実施率100%（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・運用部との連携により、採用の月初めに、中途採用者に対しまれなく研修を実施できている。（2019年度 35人 2020年12月現在 21人）

●課題

- ・効果的なフォローアップ内容の検討。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き中途採用者に対しまれなく研修を実施していく。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
研修の実施	→	→	→

●進捗評価

B（現時点では実施率100%を達成できており、今後とも維持していく。）

取組 4-2-3 e-ラーニングシステムの導入

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・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。

●課題

- ・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、システム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。

●具体的な取組

- ・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。

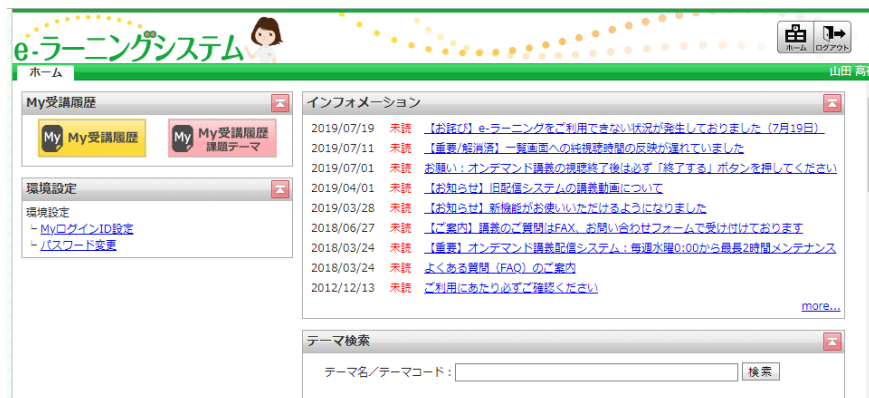
●目標及び達成期限

- ・e-ラーニングの導入（2019年10月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年7月に調達済み。



- ・IDの配布（2019年10月）。
- ・看護師のe-ラーニング受講環境のための無線LANを整備（2019年12月）。
- ・看護師のe-ラーニング受講のためのタブレット接続（2020年1月）。
- ・医療安全研修、複数研修（虐待対応、法令順守、ハラスメント防止）を実施（同上）。
- ・個人情報保護研修を実施（同上）。

●課題

特になし。

●今後の具体的な取組

- ・ 職員の採用退職に伴う ID の管理。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	e-ラーニング調達 ID 配付 看護師 e-ラーニング受講 環境整備 e-ラーニング全体研修実 施		

●進捗評価

A (e-ラーニングの導入及び利用は開始され、取り組みは達成した。)

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

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・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ない。

●課題

- ・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。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・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）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・病棟等部署ごとに実施する医薬品適正使用研修会として、麻薬の適正使用の講習会を全病棟で開催すると共に、eラーニングを用いた受講システムを2020年8月に構築した。
- ・病棟開催とeラーニングを併せてすべての看護師が麻薬の適正使用講習会を受講した。

●課題

- ・コロナ禍で多人数参加型の集合研修の開催が困難な状況となっていることから、eラーニングシステムの導入や部署ごとの個別講習の積極的な実施を図る。

●今後の具体的な取組

- ・eラーニングシステムを用いた医薬品安全管理研修会を1月に開催予定である。
- ・部署ごとの個別講習を年2回（半期に1回）以上開催することとしている。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
医薬品安全管理研修1回	医薬品安全管理研修会 1回（11月） 医薬品適正使用研修会 4回（6, 7, 10, 12月）	医薬品安全管理研修会 1回（eラーニング） 医薬品適正使用研修会 各部署2回（個別講習）	医薬品安全管理研修会 1回（eラーニング） 医薬品適正使用研修会 各部署2回（個別講習）

●進捗評価

A（全体講習会及び個別講習のスケジュールを策定した。）

取組 4-2-5 医療機器に関する研修の強化

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・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。

●課題

- ・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。

●具体的な取組

- ・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した。
- ・研修実施報告書による報告・管理とその定着を行う。

●目標及び達成期限

- ・研修実施計画の策定・実施（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・年2回全職員向けの研修会を実施している。2020年度は7月～8月に第1回を実施し、12月21日からeラーニングにより第2回を実施している。
- ・特定8機種に関する研修も計画的に実施出来ている。
- ・特定8種以外の機器に関しては、現場レベルでの各種医療機器の教育を行っている。



●課題

- ・医療機器に関する必要な知識を現場で、より積極的に発信していく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・全職員対象の研修会及び特定 8 機種に関する研修を継続して実施していく。
- ・医療機器教育動画等を作成し、WEB 配信教育を行えるようにしていく。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
研修の実施			→
実施した研修会の把握			

●進捗評価

B（計画的に研修を行い、目標を達成できる見込みである。）

取組 4-2-6 病院長説明会による啓発の実施

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・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。

●課題

- ・医療安全や経営に関して、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。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・病院長説明会 年4回開催（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年度は4月9日、7月26日、11月27日、2020年1月9日に開催した。
- ・2020年度は5月12日、7月26日、10月8日、2021年1月4日に開催した。

●課題

- ・四半期毎という定期的な開催になっていない。

●今後の具体的な取組

- ・プランどおり年4回の説明会を実施し、医療安全への意識向上を図る。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
年2回開催	年4回の継続的实施	—	→

●進捗評価

- A（年4回開催した。今後、開催時期の定期化を図っていく。）

取組 4-3-1 医師の過重労働の抑制

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●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。

●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。

●具体的な取組

- ・ 病院長による各診療科の勤務状況の把握を行う。
- ・ 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。

●目標及び達成期限

- ・ 36 協定の範囲での超過勤務命令（2020 年 3 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・ 2018 年度より新ルールでの 36 協定を締結済み。遵守継続中。（3 月で 300 時間以内）
- ・ 時間外勤務について、毎月、職員衛生委員会にて適切な指標による状況把握と指標を超過した診療科への注意喚起を実施。
- ・ 年休 5 日取得義務に向けた周知・調査及び指導を継続中。
- ・ 2020 年 7 月 13 日から 19 日の 1 週間に 7 診療科 4 名ずつ計 28 名に対し勤務実態調査を実施。

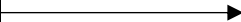
●課題

- ・ 医師の過重労働の抑制は、医療安全の確保に重要であり、継続的に対応が求められる。

●今後の具体的な取組

- ・ 適切な指標による各診療科の勤務状況の把握を行う。
- ・ 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。
- ・ 年休 5 日以上取得に向け、各診療部長から関係医師に面談・指示を行う。
- ・ 県立病院内における出勤退勤時間記録機器の整備を 2020 年度中に行い、2021 年度に管理システムの導入・展開を実施していく予定。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 36 協定順守 ・ 年休 5 日遵守 	36 協定遵守、年休 5 日遵守、医師の働き方改革施行対応準備 	

●進捗評価

- A（医師の 2019 年度の 36 協定遵守及び年休 5 日遵守は達成した。2020 年度も引き続き取り組みが必要である。）

取組 4-3-2 病院長による院内訪問・ヒアリング

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・病院長による各診療部長に対してのヒアリングは年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。

●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。

●具体的な取組

- ・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。

●目標及び達成期限

- ・年2回（2020年3月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019年度は全病棟へのラウンド・ヒアリングのほか、各診療科のカンファレンスに参加しヒアリングを行った。
- ・2020年度のヒアリングについて、9月7日、14日、28日に看護部長とともに1回目の院内ラウンドを実施した。

●課題

- ・多職種スタッフの意見を聴く機会を設けることが望ましい。

●今後の具体的な取組

- ・効果的なヒアリングを実施するとともに、拾い上げた意見等を検討していく。
- ・年度内に2回目の院内ラウンドを予定している。

●工程表

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度～
	ヒアリングの実施		→

●進捗評価

B（年2回のヒアリングは実施予定であり、目標を達成見込みである。）

取組 4-3-3 全職員への健康診断の実施

<プラン策定時（2019.5 現在）>

●現状

- ・平成 30 年度健康診断実施率：100%

●課題

- ・管理者等が職員の健康管理を十分に行うことは、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。

●具体的な取組

- ・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。
- ・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。

●目標及び達成期限

- ・受診率 100%（2020 年 3 月）

<中間報告（2021.1 現在）>

●現状

- ・2019 年度 健康診断全員受診。
- ・2020 年度 正規職員及び非常勤職員は 1 名を除き全員受診済み。1 名は 1 月に受診予定。アルバイトうち現在受診対象者は全員受診済み。今後、受診対象者となった者は随時受診を案内する。

●課題

- ・継続的に健康診断全員受診のための取り組みが必要である。

●今後の具体的な取組

- ・当院での健康診断実施日前に繰り返し健康診断の案内を実施する。
- ・全員が予約通りに受診したかどうかを確認し、受診しなければ所属長を通し直接受診を指示する。

●工程表

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度～
	健康診断実施 非受診者への受診徹底		▶

●進捗評価

B（2019 年度は目標を達成した。2020 年度も目標に向けて取り組み中である。）