

愛知県がんセンター
医療安全改革実行プラン2023
進捗状況報告書

令和4（2022）年12月

愛知県がんセンター



目 次

取組	項目	ページ
1	医療安全監査委員会の充実	1
2	内部通報窓口の周知	2
3	病院機能評価（一般病院3）の受審	3
4	病院長説明会による啓発の実施	4
5	病院長による院内訪問・ヒアリング	5
6	働き方改革の推進	6
7	諸記録の管理方法の見直し	7
8	情報セキュリティ対策の見直し	8
9	クリニカル・インディケータの活用	9
10	医療安全ラウンドの計画的な実施・定着	10
11	医療事故収集等事業への報告・定着	11
12	事例分析の強化、現場へのフィードバックの徹底	12
13	感染対策に関する病院長主導の取組の実施	13
14	専従薬剤師による病棟全体の薬剤業務の改善	14
15	プレアボイド報告の充実	15
16	医療安全ポケットマニュアルの充実	16
17	特定集中治療室の充実	17
18	I Cの質的監査の実施	18
19	I C実施時の看護師の同席	19
20	インシデント・アクシデントレポートの件数の増加	20
21	インシデント・アクシデントレポートの職種別割合の増加	21
22	職員必須の医療安全研修会による知識の定着	22
23	新規・中途採用者への研修体制の強化	23
24	医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施	24
25	医療機器に関する研修の強化	25

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

当院は、医療安全の体制整備のため「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た結果、公益財団法人日本病院機能評価機構「病院機能評価（一般病院3）」の認定等、一定の評価をいただくことができました。

そこで新たに「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン 2023」を定め、医療安全の更なる深化のために、当該プランに基づきたゆまぬ取組を続けてまいります。

当該プランの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ます。この医療安全改革実行プラン進捗状況報告書は当該プランに定める「25 の取組」について、実施状況[※]を取りまとめたものです。

※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 医療安全監査委員会の充実

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・2019年度は9月と1月に開催し、9月の開催時は院内巡視を行った。
- ・2020年度は第1回を9月に、第2回を2月に開催した。

●課題

- ・委員会における意見等に対し、対応状況を次回の委員会で必ずしも報告していない。
- ・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改善の余地がある。

●具体的な取組

- ・委員会での指摘を踏まえて検討・改善した内容を、次回の委員会で漏れなく報告する。
- ・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極力固定化する。

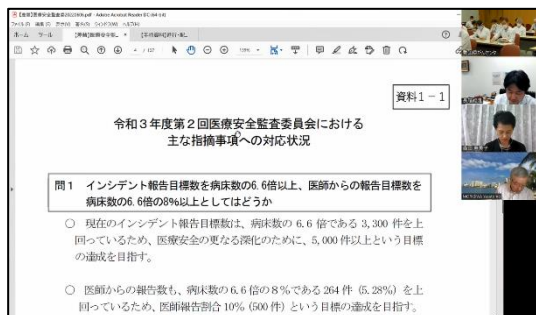
●主な目標及び達成期限

- ・年2回の定期的な開催（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・プラン策定以降、指摘事項に対する検討・改善内容を漏れなく報告している。
- ・プラン策定以降、6カ月周期で委員会を開催している。



●課題

- ・6カ月周期での開催により、定期的な検証という目標を達成できてはいるが、次年度以降の定期的な開催については、実現できていない。

●今後の具体的な取組

- ・次年度以降も開催タイミングを固定化する。

●工程表

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
定期的な開催	→	→	→	→
遺漏なき報告	→	→	→	→

●進捗評価

B（前回委員会での指摘事項に対する検討・改善内容を漏れなく報告している。）
（6カ月周期で開催している。）

取組 2 内部通報窓口の周知

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・病院事業庁が弁護士事務所と契約を結び、書面・メールのみでなく電話や面談でも相談可能な窓口を病院外部に設け、2020年1月から運用を開始している。
- ・周知方法については院内のメール、文書の他、院内ポータルサイトへの掲載、医療安全ポケットマニュアルへ掲載した。

●課題

- ・相談実績は2019年度に1件、2020年度に1件であり、継続的な周知が必要である。

●具体的な取組

- ・院内ポータルサイトへの掲載、医療安全ポケットマニュアルへの掲載により、引き続き制度周知を図る。
- ・また、職員の異動がある年度初めには、制度周知のメールを全職員あてに発信する。

●主な目標及び達成期限

- ・年度初めのメールを始めとした継続的な周知（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・プラン策定以降、院内ポータルサイトへのトップページにリンクを作成し、年に1回、メールでの案内を行っている。



●課題

- ・ポータルサイトへの掲載やメール案内により、認知度は上がっていると推測されるが、利用は進んでいない（年に1件程度）。

●今後の具体的な取組

- ・継続してメールによる周知を行い、必要に応じて頻度を増やす。

●工程表

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
メールによる周知	→	→	→	→

●進捗評価

B（毎年、メールによる周知を行っている。）

取組3 病院機能評価（一般病院3）の受審

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・2020年2月に病院機能評価を受審し、中間的な評価でC項目として3件指摘があった。対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。（認定期間：2019年9月27日～2024年9月26日）

●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。
- ・2020年度はコロナ禍ということもあり、特定機能病院への視察や相互立ち入りが実施できていない。

●具体的な取組

- ・評価機構からのコメント等を踏まえ、更なる医療安全の対策に取り組む。
- ・更に、その他の第三者評価の指標も参考にし、取り入れることができる項目がないか検討する。
- ・特定機能病院への視察や相互立ち入りについて、可能な範囲で取り組む。

●主な目標及び達成期限

- ・第三者評価の受審に向けた取組（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・Ver3.0の評価項目に対する現状を把握した。

●課題

- ・Ver3.0の評価項目に対する課題の抽出が完了していない。
- ・コロナ禍につき、特定機能病院への視察や相互立ち入りが実施できていない。

●今後の具体的な取組

- ・抽出された課題に対して、改善に向けた取組を進める。
- ・特定機能病院への視察や相互立ち入りについて、可能な範囲で取り組む。



●工程表

2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
	■「期中の確認」 の受審		本受審の準備 →
医療安全対策の 更なる検討と実践	→		

●進捗評価

B（現状把握、課題抽出及び改善への取組を行っている。）

取組 4 病院長説明会による啓発の実施

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・2018 年度までは年 2 回の開催であったが、2019 年度からは年 4 回の開催とした。

●課題

- ・全職員を対象とし、開催後にウェブやメールでも配信しているが、出席率（閲覧率）を把握したことがない。

●具体的な取組

- ・引き続き年 4 回説明会を開催する。
- ・2021 年度中に出席率（閲覧率）を把握し、出席率が低かった場合は、内容や開催方法のあり方等を再検討する。

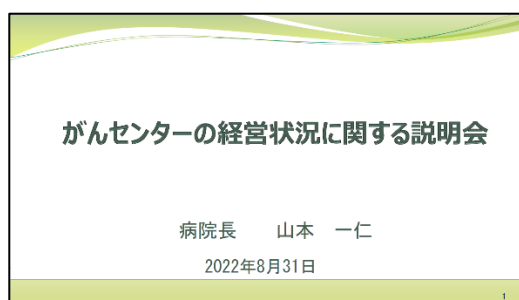
●主な目標及び達成期限

- ・年 4 回開催（毎年度末）
- ・出席率の把握（2021 年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・2021 年度は 4 回、2022 年度は 10 月末で 3 回実施しており、オンデマンドで実施した分については、閲覧数を把握している。



●課題

- ・コロナ禍につき、会場で全員が視聴することができない。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き、出席率が正確に把握できるオンデマンド（例えば e-learning）の活用等を検討する。

●工程表

2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
	出席率の把握 →	開催方法のあり方等の検討 →	
年 4 回の説明会開催			

●進捗評価

- B（2021 年度は年 4 回開催した。オンデマンド閲覧数は把握している。）

取組5 病院長による院内訪問・ヒアリング

<プラン策定時（2021.7現在）>

●現状

- ・2020年度は全病棟へのラウンド・ヒアリングの他、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年度は2回、看護部長と各病棟等のラウンドを行った。

●課題

- ・多職種スタッフの意見を聴く機会を充実させることが望ましい。

●具体的な取組

- ・意見聴取を実施した職種以外のスタッフからも効果的なヒアリングを実施するとともに、拾い上げた意見を検討していく。

●主な目標及び達成期限

- ・年2回の実施（毎年度末）

<中間報告（2022.10現在）>

●現状

- ・5月から6月にかけて、看護部長と全病棟・手術室・外来・化学療法センターへのラウンドを行い、師長へのヒアリングを行った。
- ・特定機能病院のサイトビジットに関連する部署を訪問した。
- ・ヒアリングで得た改善すべき内容に関係部署にフィードバックした。

●課題

- ・多職種スタッフからのヒアリングは実現にいたっていない。

●今後の具体的な取組

- ・拾い上げた意見等を検討していく。
- ・多職種スタッフからのヒアリングを検討する。

●工程表

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
病院長による 適時訪問の実施 (年2回)、意見の 拾い上げ				→
意見をもとに、 関係部会・委員会 において対策を 検討、実施				→

●進捗評価

B（全病棟へのラウンド・ヒアリングを実施した。）

取組6 働き方改革の推進

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・時間外勤務の縮減について、職員衛生委員会で状況把握を行い、改善に向けた注意喚起を行っている。
- ・2020年度は業務の見直し等について、職員から意見・提案を募集した。

●課題

- ・病院全体の働き方改革の推進に向け抜本的に対応する必要がある。

●具体的な取組

- ・長時間勤務者の減を始め、働きやすく、働きがいのある職場づくりに取り組む。
- ・病院事業庁、病院にそれぞれ設置する働き方改革推進PTにおいて取組を進めていく。一例として、出勤退勤時間記録機器の整備、管理システムの導入等を行う。

●主な目標及び達成期限

- ・長時間勤務者数の減（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・抜本的な改革を実行するために、今年度は外部コンサルタントを通じて外来枠の見直し、メディカルクラークの業務見直しに着手している。
- ・病院現場に即した客観的な勤怠管理ができるシステムの導入を2022年5月から試行、10月から本格的に導入・移行した。
- ・会議録等の作成時間短縮のため、2022年1月より文字起こし支援アプリケーションの試行を開始したが、費用対効果が疑問視され、6月末で中止となった。

●課題

- ・全体的な実態の把握にはもう少しばかり時間がかかり、時短計画に向けてのロードマップを職員に示せるような取組を進めることができていない。

●今後の具体的な取組

- ・勤務管理システムの導入により、時間外勤務の増大及び特定の診療科での偏りが判明したため、その原因を分析すると共に改善に向けての環境の整備を進める。
- ・医師の時間外業務と自己研鑽との線引きについて、より明確化するよう調整を進める。

●工程表

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
長時間勤務者の把握、縮減への注意喚起				→
働き方改革推進PTにおける取組				→

●進捗評価

- B（今年度の取り組みは進めているものの、時間外勤務の内容分析、時短計画策定及び体制固めに時間を要するため、効果が表れるのは2024年度からと考える。）

取組 7 諸記録の管理方法の見直し

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・個人情報保護ガイドラインを策定し、年1回の全職員研修及び監査を行ってきた。

●課題

- ・個人情報の取り扱いに次のような不適切なところがあり、不正アクセスの際に個人情報の漏えいのおそれが生じた。
- ・個人情報の内部共有にメールを使用した例があった。
- ・個人情報の外部送信の際に必要な手続きがなされていなかった。

●具体的な取組

- ・病院長を委員長とする拡大個人情報保護委員会にて外部の専門家を招き、改善策の策定を行う。
- ・外部の専門家を招聘し、緊急の特別研修を実施する。
- ・改善策を全職員に届くよう周知し、改善策が行われているかどうか監視（定期モニタリング）及び監査をする。

●主な目標及び達成期限

- ・改善策の策定、改善策の周知徹底、監査の実施（可能な限り早く（遅くとも2021年度中））

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・拡大個人情報保護委員会を2回開催し、改善策の策定を行った。
- ・外部の専門家を招請し、緊急の特別研修を実施した。
- ・改善策の周知を行い、監査及び監視を開始した。

●課題

- ・個人情報保護法の地方公共団体適用に合わせた対応の実施。

●今後の具体的な取組

- ・個人情報保護のためのPDCAサイクルを実施する。
- ・個人情報保護に関する法令等の動向を把握し、対応する。

●工程表

2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
	<ul style="list-style-type: none">■対象特定・発表■改善方法検討■改善案審議・決定■実施方法審議・決定■改善策周知■監査・研修■改善実施状況評価	定期研修・監視・監査の実施、問題点の抽出、規定への反映を繰り返し実施	

●進捗評価

B（改善策の策定・周知徹底、監査の実施は完了しており、PDCAサイクルを回している。）

取組 8 情報セキュリティ対策の見直し

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・Office365 不正アクセスが発生。多要素認証の導入及びファイヤウォールの設定を強化した。

●課題

- ・対応済の内容以外にも対策すべき事項があるか、洗い出す必要がある。
- ・外部環境の変化に対応すべく、当センターの情報セキュリティ対策を常に更新し、強化する必要がある。

●具体的な取組

- ・情報セキュリティコンサルティングを実施し、情報セキュリティ上の課題を洗い出し対策案を提示させる。
- ・情報ネットワーク委員会にて外部の専門家を招き、対策案の判定及び対策スケジュールを策定する。
- ・費用が発生する対策は予算要求し調達する。（一時的な対策が取れないものはすぐ調達する。）

●主な目標及び達成期限

- ・対策案の決定
- ・短期並びに中長期スケジュール策定
（2021 年度までにコンサル実施、2022 年度までに短～中期的対策実施、2023 年度までに長期的対策実施）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・令和 4 年 3 月に外部コンサルタントを実施して課題を抽出し、リスクが高い課題への対策は令和 4 年 4 月、中～低リスクの課題への対策は令和 4 年 9 月までに対応した。

●課題

- ・高度化する不正攻撃への対応。

●今後の具体的な取組

- ・情報セキュリティに関する情報の継続的収集。
- ・情報セキュリティ対策を見直し、PDCA サイクルを実施する。

●工程表

2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
	<ul style="list-style-type: none"> ■問題特定・発表 ■コンサル情報収集・内容検討 ■コンサル内容決定 ■コンサル調達・実施 	<ul style="list-style-type: none"> ■高リスク対策 ■中～低リスク対策計画 ■中～低リスク対策実施 	<ul style="list-style-type: none"> ■情報セキュリティ対策の更新・強化の継続

●進捗評価

B（情報セキュリティ対策の継続的实施が必要。）

取組9 クリニカル・インディケータの活用

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・2019年度に手指衛生遵守率を指標に追加し、ホームページに掲載した。
- ・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。

●課題

- ・クリニカルインディケータの充実・公表は出来ているが、クリニカルインディケータを活用した取り組みに不十分なところがある。

●具体的な取組

- ・クリニカルインディケータを活用した各種目標設定等を行う。

●主な目標及び達成期限

- ・設定目標の達成（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・クリニカルインディケータの結果を踏まえ、転倒転落に関するレベル3b以上の事例を0にするとの目標を掲げ、2022年10月までレベル3b以上の事例は発生していない。
- ・クリニカルインディケータの結果を踏まえ、手指衛生遵守率を80%にするとの目標を掲げ、2022年10月の遵守率は82.1%であった。

●課題

- ・転倒転落に関するレベル3b以上の事例は発生していないが、引き続き外来患者の転倒転落防止対策等を行い評価していく必要がある。
- ・手指衛生キャンペーン等を実施し、啓発を行っているが手指衛生遵守率80%台で推移している。

●今後の具体的な取組

- ・転倒転落についてのデータ分析を速やかに行い、データを踏まえた転倒転落防止対策を行っていく。
- ・引き続き手指衛生キャンペーン等を実施し、職員の意識改革に努めていく。

●工程表

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
目標設定の検討・周知			
新規項目追加・見直しの継続的实施	—————→		

●進捗評価

B（クリニカルインディケータの結果を踏まえた目標設定を行い、進捗管理を行っている。）

取組 10 医療安全ラウンドの計画的な実施・定着

<プラン策定時（2021.7 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

- ・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。

●具体的な取組

- ・医療安全ラウンドの結果を受け、改善すべき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する必要がある。

●主な目標及び達成期限

- ・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。
- ・ラウンド結果をフィードバックし、改善状況を定期的に確認する。
(毎年度末)

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・年間計画に基づき、計画的にラウンドを実施し、その結果を医療安全管理委員会、リスクマネージャー連絡会議等で周知している。

●課題

- ・医療安全ラウンドの結果を受け、周知が不十分な事項に関しては医療安全研修会等も活用し、職員に周知徹底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

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
計画内容の見直し・検討			
計画策定	→		
計画の実施・モニタリング			

●進捗評価

- B（年間計画に基づき、計画的にラウンドを行い、その結果をフィードバック出来ている。）

取組 11 医療事故収集等事業への報告・定着

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・2019年度は10件、2020年度は19件を、いずれも2週間以内に報告している。

●課題

- ・定期的な報告ができるような体制は確立されていない。

●具体的な取組

- ・報告事例が発生した場合、引き続き2週間以内に報告を行う。
- ・事象の発生時のみならず、定期的な報告ができるような体制を確立する。

●主な目標及び達成期限

- ・2週間以内報告率100%（毎年度末）
- ・定期報告体制の確立（2021年9月）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・2021年度は18件報告しており、いずれも2週間以内に報告できている。
- ・2022年度は10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

- ・報告事例が発生した場合、引き続き2週間以内に報告が出来るよう、体制を強化する。

●今後の具体的な取組

- ・定期的な報告の体制確立に向けて、取組を進める。
- ・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

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
2週間以内の登録体制の遵守 報告方法・手順のマニュアル化の実施			→

●進捗評価

- B（目標である2週間以内の報告を達成できている。）

取組 12 事例分析の強化、現場へのフィードバックの徹底

<プラン策定時（2021.7 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、結論が出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。
- ・把握している院外患者の死亡者数は 2019 年度 500 件、2020 年度 589 件であり、問題となる事例はなかった。
- ・フィードバックについて、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、病院管理会議等で事例や対策を周知し、ラウンドで確認している。

●課題

- ・集積されたインシデント事例を解析・活用するための十分な体制が整備されていない。
- ・医療安全だよりの内容の理解度をチェックする必要がある。

●具体的な取組

- ・各種データの解析体制を整備し、解析結果の活用を図っていく。
- ・医療安全だよりの理解度が低かった場合は、医療安全ラウンドを通じた理解度の向上を図る。

●主な目標及び達成期限

- ・データ解析体制の整備
- ・医療安全だよりの理解度チェック（2021 年度末）

<中間報告（2022.10 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。

●課題

- ・事例や対策について周知を行っており、理解度チェックも行っているが、きちんと理解がされていない可能性がある。

●今後の具体的な取組

- ・理解度向上のために、医療安全ラウンド、医療安全研修会を通じ、事例や対策の周知徹底を図っていく。

●工程表

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
外来死亡事例の把握、分析 各種データの解析体制の整備 医療安全管理室だよりの理解度チェック	外来死亡事例の把握、分析 重点的改善事例の洗い出し、報告 医療安全ラウンドを通じた理解度の向上		→

●進捗評価

B（医療安全だよりは 100%回収できており、ラウンド等を通じ理解度の確認を行っている）

取組 13 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（2021.7 現在）>

●現状

- ・病院職員の手指衛生遵守率を 80%以上とし、キャンペーン等により遵守率向上に努めた結果、遵守率は向上しているものの、目標達成には至っていない。また、新型コロナウイルス感染拡大の影響で、アルコール使用量による監査が実施出来なかった。

●課題

- ・手指衛生遵守率は 2021 年 3 月時点で 75.5%と向上しているが、目標に届いていない。
- ・直接観察だけでなく、アルコール使用量の確認による精度の高い監査が必要。

●具体的な取組

- ・ICT ニュースや手指衛生キャンペーン等啓発を継続していく。
- ・直接観察だけでなく、アルコール使用量による監査を実施する。

●主な目標及び達成期限

- ・手指衛生遵守率 80%以上（毎年度末）

<中間報告（2022.10 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」を掲げ対策を実施している。
- ・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ている。



●課題

- ・手指衛生遵守率は 10 月末時点で 82.1%と、目標値を達成できているが、さらに遵守率を向上させるため、啓発等を続けていく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・手指衛生キャンペーンの開催、ICT ニュース、手指衛生ニュースなどの広報活動を拡充し、手指衛生遵守率向上を目指す。

●工程表

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
テーマ検討			
達成状況のモニタリング	→		

●進捗評価

- B（引き続き目標を達成出来るよう啓発活動を行う。）

取組 14 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（2021.7 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2020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

- ・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。

●具体的な取組

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

●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（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・安全な医薬品管理・運用を図るため、病棟看護師を対象としたラウンド及び病棟薬剤師を対象としたラウンドを計3回実施し、その結果を医療安全管理委員会に報告している。
- ・インシデント事例から改善が必要と思われる事例について、薬剤部、看護部等での協議を主導している。

●課題

- ・ラウンドによる薬剤の安全管理の意識向上が見られるが、現場の実情をより詳細に把握していく必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・薬剤部・臨床薬剤部とより密接に連携し、業務改善に資する働きかけを行うべく、引き続きラウンドを継続していく。

●工程表

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
薬剤関連インシデントへの介入 マニュアルの策定	→		

●進捗評価

- B（薬剤ラウンドを通じて、実情を把握し、業務改善に資する働きかけを行う。）

取組 15 プレアボイド報告の充実

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・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。
- ・報告実績は2019年度21件、2020年度23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。

●課題

- ・プレアボイド報告件数及び内容のレベルの維持を図る必要がある。
- ・情報フィードバック体制の拡充が求められている。
- ・疑義照会の適切な運用が必要である。

●具体的な取組

- ・引き続き、プレアボイド報告事例の部内回覧及びDIニュースへの掲載を行い、定期的に周知することで意識を高め、件数及び内容のレベル維持を図る。
- ・現在の疑義照会の内容等を分析し、医療安全に効果的な運用について検討する。

●主な目標及び達成期限

- ・報告件数 20 件
- ・疑義照会内容の分析
(毎年度末)

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・プレアボイド報告を開始するため、2019年5月にワーキンググループを立ち上げ、報告手順を策定した。
- ・プレアボイド報告実績は、2020年度23件から2021年度51件に増加している。また、2022年度は10月までで35件である。
- ・情報フィードバック体制としては、報告事例の部内周知を実施し、DIニュースとして院内メールを利用して周知している。

●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。

●今後の具体的な取組

- ・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とともに、収集した事例を分析し、医薬品の安全使用に向けた具体的な取り組みについて検討を行う。

●工程表

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
プレアボイド報告・分析 報告手順書の見直し			→

●進捗評価

B（目標報告数を達成できる見込みである。）

取組 16 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

- ・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を図った。
- ・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。

●具体的な取組

- ・内容の更なる充実を図るため、定期的に協議を行い、必要な事項については追加していく。

●主な目標及び達成期限

- ・マニュアルの内容充実（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・定期的な協議を行い、他病院のポケットマニュアルを参考にするなどして、更なる内容の充実に向け検討し、令和 5 年度のポケットマニュアルの改定作業を行っている。

●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、内容について多職種で協議を行い、必要な事項については追加、必要性が低くなったものについては削除する等、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

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
マニュアル意見集約、改定			▶

●進捗評価

B（期限までのマニュアル改定に向け、作業している。）

取組 17 特定集中治療室の充実

<プラン策定時（2021.7 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、同年8月から算定を開始している。
- ・2021年5月からは、ICU加算取得を取得した。

●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。

●具体的な取組

- ・改定したマニュアルの運用を徹底していく。

●主な目標及び達成期限

- ・ICU加算の継続的な取得（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・2021年5月からは、ICU加算取得を取得し、マニュアルのとおり運用ができています。

●課題

- ・ICU専任医師の救急時における知識・技術の向上を図る必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・ICU専任医師を対象としたシミュレーション研修を行い、知識・技術の向上を図る。

●工程表

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
ICU加算の届出、算定開始	ICU運用規定・体制の整備・見直し		
ICU運用規定、体制整備			→

●進捗評価

B（引き続き体制整備・見直しを行う）

取組 18 ICの質的監査の実施

<プラン策定時（2021.7 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、診療情報管理士に看護師が加わり監査を実施している。

●課題

- ・質的点検項目を見直す余地がある。
- ・医師、看護師に加え他職種も監査に加わる体制が望ましい。

●具体的な取組

- ・質的点検項目の見直しを行う。
- ・多職種による質的監査体制の検討を行う。

●主な目標及び達成期限

- ・質的点検項目の改定
- ・多職種による質的監査の実施
(2021年度末)

<中間報告（2022.10 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

- ・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

- ・多職種による質的監査体制の検討。

●工程表

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
目標項目の改定			
多職種による質的監査の実施			→

●進捗評価

B（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 19 IC実施時の看護師の同席

<プラン策定時（2021.7 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した。
- ・IC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、同席のための運用面についても検討、整備を行った。
- ・2019年度末の同席率は85.4%、2020年度末は80.2%である。

●課題

- ・入院患者の同席率が90%以上となるよう取り組む必要がある。

●具体的な取組

- ・入院患者への同席について繰り返し周知徹底を呼び掛ける。
- ・新規採用職員に研修を行う。

●主な目標及び達成期限

- ・同席率90%以上（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・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。
(2022年10月時点での同席率80.7%)

●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

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
同席に関する事項の周知徹底			
同席状況の確認、改善策の検討・実勢			▶

●進捗評価

B（同席率を向上させ、目標を達成するよう働きかける。）

取組 20 インシデント・アクシデントレポートの件数の増加

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・2019年度の報告件数は4,625件と当初目標である4,500件を超えたため、2020年度は目標を4,700件と上方修正するなど、より高い目標を掲げ取り組んでいる。
- ・2020年度の報告件数は5,332件と目標を上回ることが出来た。

●課題

- ・インシデント・アクシデントレポート報告の件数を維持することで、医療安全活動の透明性担保を継続し、医療安全文化をより一層醸成していく必要がある。

●具体的な取組

- ・報告件数が5,000件以上を維持出来るよう、進捗管理を行っていく。
- ・インシデント・アクシデントレポートの内容や改善策の共有を図り、医療安全ファーストの風土をつくる。

●主な目標及び達成期限

- ・報告件数5,000件以上（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・2022年度の報告件数目標を5,000件以上とし、毎月集計をとり、医療安全管理委員会で報告している。
- ・2022年10月までの報告件数は2,969件であり、目標値である5,000件を達成できる見込みである。

●課題

- ・インシデント報告が多職種からなされる文化を醸成する必要がある。

●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

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
レポート提出の周知徹底 進捗管理と全職員と情報共有			→

●進捗評価

B（目標を達成できる見込みである。）

取組 21 インシデント・アクシデントレポートの職種別割合の増加

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・2019年度の医師からの報告割合は7.7%（358件/4,625件）と目標である7%を上回った。
- ・2020年度は医師からの報告件数7.8%と目標である10%には届かなかった。

●課題

- ・医師、看護師のみならず、全職種にインシデント・アクシデントレポートの提出を意識付ける必要がある。

●具体的な取組

- ・医師からの報告割合を10%とすることを引き続き目標として、より多くの報告がなされるよう周知する。
- ・医師、看護師以外からの報告割合を20%とすることを目標とし、多職種からの報告が増加するよう周知する。
- ・全職種にインシデント・アクシデントレポートの内容や改善策の共有を図り、医療安全ファーストの風土をつくる。

●主な目標及び達成期限

- ・報告割合（医師）10%
- ・報告割合（医師、看護師以外）20%
（2021年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・2022年度の目標を医師からの報告割合10%、医師・看護師以外からの報告割合20%とした。
- ・2022年10月までの医師からの報告割合6.5%、医師・看護師以外からの報告割合15.6%と目標を下回っている。

●課題

- ・高い目標を掲げ、医師及び医師、看護師以外からのインシデント・アクシデントレポートの提出を促しているが、目標達成には至っていない。

●今後の具体的な取組

- ・研修会や会議を通じて、インシデント・アクシデントレポートの提出を促し、また、どのような事例についてレポートを提出すべきなのかを繰り返し周知することにより、報告件数の増加を図る。

●工程表

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
目標の設定・周知			
報告内容・改善点の共有			→

●進捗評価

B（更なる周知徹底を図り、目標を達成できるようにする。）

取組 22 職員必須の医療安全研修会による知識の定着

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・e-ラーニングを活用し、2020 年度第 1 回研修会を 2020 年 7 月から 8 月に、第 2 回を 12 月から 1 月に実施し、委託職員等を含め、100%の受講率を達成した。

●課題

- ・繰り返し周知を行い、ときには病院長から直接連絡することにより 100%を達成しているが、委託職員等の出席率は把握していない。

●具体的な取組

- ・e-ラーニングを活用し、出席を義務付ける委託職員等も含めて出席率 100%となるようにし、研修を通じ、医療安全に関する職員の知識を底上げする。
- ・研修後に理解度を図るため、テストを行い、研修内容が理解出来ているか確認する。理解が不十分であった場合は、再度内容を確認し、テストを受けることにより、知識の定着を図る。
- ・当院の現状や目標を全職員が理解することにより、患者に対しより安全な医療を提供できるようにする。

●主な目標及び達成期限

- ・関係する委託職員等も含めた出席率 100%（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・e-ラーニングを活用し、第 1 回医療安全研修会を 8 月、9 月に開催し、委託職員等も含め 100%の受講率を達成し、効果測定も行った。第 2 回医療安全研修会を 12 月頃に開催する予定である。

●課題

- ・一部の職員が期限内に受講できていない状況にあるため、期限内に全職員が研修を受講するよう周知する必要がある。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き e-ラーニングを活用し、受講率を 100%とし、期限内に全職員が受講できるよう所属長等と連携し未受講者に受講を促すよう働きかけを行う。

●工程表

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
研修の実施			
評価・改善			→

●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 23 新規・中途採用者への研修体制の強化

<プラン策定時（2021.7 現在）>

●現状

- ・新規採用者研修を4月に実施出来ている。
- ・中途採用者にもれなく研修を実施している。（2019年度35人、2020年度17人）。

●課題

- ・中途採用者に対し、採用後速やかに研修が行えていなかったことがあった。

●具体的な取組

- ・当院の方針について理解してもらうため、新規・中途採用者にIC、コンプライアンスに関する研修を速やかに実施出来るよう、e-ラーニング等を活用した研修が行えるようにし、患者に安全な医療を提供出来るようにする。
- ・引き続き中途採用者にもれなく研修を実施していく。
- ・当院の現状や目標を職員が理解することにより、患者に対しより安全な医療を提供できるようにする。

●主な目標及び達成期限

- ・1か月以内の研修実施率100%（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・運用部との連携し、中途採用者にもれなく研修が実施できるよう、2021年11月からe-ラーニングを用いて研修を実施し、実施状況の確認を行っている。（2022年10月現在 16名）

●課題

- ・e-ラーニングを用いた研修を行っているが、受講方法について周知が充分にされていないことで、速やかに研修を行えない事例があった。

●今後の具体的な取組

- ・引き続き中途採用者に対しもれなく研修を実施していくと共に、受講方法を周知徹底する。

●工程表

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
入職レク、フォローアップの実施 実施率の確認、レク資料の見直し			→

●進捗評価

B（漏れなく研修が実施できている。）

取組 24 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（2021.7 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ともに、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ラーニングをあわせて全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ことから、eラーニングシステムの活用や部署ごとの個別研修の充実を図る必要がある。

●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開催し、当院で必要な知識やルールの周知を行い、患者により安全な医療を提供できるようにする。
- ・各病棟薬剤師がその病棟で必要と思われる事項をピックアップし、部署ごとの個別講習を年2回以上開催する。
- ・当院の現状や目標を職員が理解することにより、患者に対しより安全な医療を提供できるようにする。

●主な目標及び達成期限

- ・全職員対象研修会年1回実施
- ・個別研修会年2回実施（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・eラーニングシステムを用いた医薬品安全管理初期共通研修会（新任看護師及び薬剤師対象）を5月から6月に開催した。
- ・医薬品適正使用研修会は新規採用医薬品を中心にWebにより2022年度は10月までに10回開催した。
- ・病棟等部署ごとの個別研修会はインシデント事例等を参考に各病棟薬剤師と病棟看護師等が相談してテーマを決めて2022年度は10月までに27回実施した。

●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

●今後の具体的な取組

- ・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。
- ・eラーニングシステムを用いた医薬品安全管理研修会（全職員対象）を12月に開催する。
- ・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する。

●工程表

2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
年間スケジュールの作成 評価・見直し			→

●進捗評価

B（計画的な研修を行い、目標を達成できる見込みである。）

取組 25 医療機器に関する研修の強化

<プラン策定時（2021.7 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 月から 8 月に第 1 回、12 月に第 2 回を実施した。
- ・特定 8 機種に関する研修も計画的に実施できている。
- ・特定 8 機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。

●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、職員に対し必要な知識を主地・定着させることにより、安全な医療の提供できるようにする。
- ・医療機器教育動画等を作成し、WEB 配信教育の環境を整備する。
- ・当院の現状や目標を職員が理解することにより、患者に対しより安全な医療を提供できるようにする。

●主な目標及び達成期限

- ・研修実施計画の策定・実施（毎年度末）

<中間報告（2022.10 現在）>

●現状

- ・年 2 回全職員向けの研修会を実施している。また、特定 8 機種に関する研修も実施出来ている。
- ・救急蘇生シミュレーション研修に医療機器使用シナリオを追加していただき、臨床に即した研修が行えている。（医師・看護師・コメディカル合同参加）

●課題

- ・医療機器教育 WEB 配信教育の環境を整備できたが受講率が低い為、受講の必要性の周知が必要である。

●今後の具体的な取組

- ・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。
- ・医師・看護師・コメディカルが合同参加できる、救急蘇生シミュレーション研修（医療機器関連）を毎月開催できるようにしていく。

●工程表

2021 年度	2022 年度	2023 年度	2024 年度～
研修計画の策定			
研修の計画的実施、モニタリング	→		

●進捗評価

B（予定していた研修を行い、目標を達成できる見込みである。）