

愛知県がんセンター 医療安全改革実行プラン 2023

～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3 (2021)年 7 月

令和3 (2021)年 10 月 [一部改正]

愛知県がんセンター

「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」

目 次

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、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等の高度で先進的な医療を研究所とともに開発し、患者さんに提供してまいりました。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、この取組をたゆみなく実践していくために、病院における病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、2019年に「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン」を策定し、大胆な改革に取り組んでまいりました。

この改革実行プランにおける集中改革期間を経て、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、一段階上のステージに上がることができたと考えております。しかしながら医療安全の確立に終わりはありません。そこで、ここに「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン 2023」を定め、今後とも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更なる深化への取組を進めてまいります。

- | | | |
|---|----------------------|-------|
| 1 | 旧改革実行プランの取組結果 | … p3 |
| 2 | 改革実行プラン 2023 の体系・取組 | … p4 |
| 3 | 取組内容及び工程表 | … p5 |
| 4 | 推進体制と進捗管理（PDCA サイクル） | … p10 |

2021年7月
愛知県がんセンター
病院長 丹羽康正

1 旧改革実行プランの取組結果

- 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、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」を確立することが不可欠であり、2019年5月に「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン」（旧改革実行プラン）を定め、病院長を先頭に職員一丸となって医療安全の深化に取り組んできた。
- 特に、2019年度、2020年度を「集中改革期間」と位置づけ、強力に取組を推進した。その結果、2021年2月の医療安全監査委員会における外部委員からの評価は、48の取組のうち、S評価が1項目、A評価が30項目、B評価が16項目、C評価が1項目であり、かなりの項目において目標を達成した。人管理体制の充実を始めとした抜本的な改革を進めることができ、病院機能評価（一般病院3）においても一定の評価を得ることができたと判断する。一方、取組1-1-2のようにコロナ禍において達成が困難な取組や、たとえA評価であっても、今後も継続的に注力することが必要な取組もある。

旧改革実行プラン		評価	達成・継続の判断
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		
1-1-1	医療安全監査委員会の充実	B	継続
1-1-2	特定機能病院への視察及び相互立ち入りの実施	C	継続（1-1-3へ統合）
1-1-3	病院機能評価（一般病院3）の受賞	A	継続
方向性2	コンプライアンス体制の充実		
1-2-1	内部通報窓口の機能拡充	A	継続
1-2-2	コンプライアンスに関する研修の強化	A	継続（4-2-2へ統合）
方向性3	病院長の権限の明確化・強化		
1-3-1	病院長の権限の明確化・強化	A	達成
方向性4	各種指標の見える化		
1-4-1	クリニカル・インディケーターの充実	A	継続
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	A	達成
柱Ⅱ	安心・安全・良質な医療提供体制の充実		
方向性1	医療安全に係る人管理体制の充実		
2-1-1	医療安全管理室の体制充実	B	現体制で充実を図る
2-1-2	感染対策室の体制充実	S	達成
2-1-3	医療機器管理室の体制充実	A	達成
2-1-4	医療情報管理室の体制充実	A	達成
2-1-5	病棟薬剤師の充実	A	達成
方向性2	医療安全管理体制の充実		
2-2-1	医療安全ラウンドの計画的な実施・定着	B	継続
2-2-2	医療事故収集等事業への報告・定着	A	継続
2-2-3	医療安全管理室執務室の拡充	A	達成

2-2-4	事例分析の強化・充実	B	継続
2-2-5	事例分析結果の現場へのフィードバックの徹底	B	継続（2-2-4へ統合）
2-2-6	感染対策に関する病院長主導の取組の実施	B	継続
2-2-7	専従薬剤師による病棟全体の薬剤業務の改善	B	継続
2-2-8	ブレアボイド報告の充実	A	継続
2-2-9	画像診断の誤読への対策	A	達成
2-2-10	院内検討体制の見直し	A	達成
2-2-11	災害時における医療安全体制の整備	A	達成
2-2-12	医療安全ポケットマニュアルの整備	B	継続
柱Ⅲ	診療体制の強化		
方向性1	ICU管理体制の充実・強化		
3-1-1	専任の責任者の配置	A	達成
3-1-2	入退室基準の整備と適切な運用	A	達成
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	A	継続
方向性2	インフォームドコンセント（IC）の充実・強化		
3-2-1	様式の標準化	A	達成
3-2-2	電子カルテへの記載方法の標準化	A	達成
3-2-3	質的監査の実施	A	継続
3-2-4	IC実施時の看護師の同席	B	継続
3-2-5	実効性のあるIC教育研修の実施	A	継続（4-2-2へ統合）
方向性3	他院との連携体制の強化		
3-3-1	他院との連携に関するマニュアルの作成	A	達成
3-3-2	他院との連携に関する情報の一元管理の実施	A	達成
方向性4	相談支援体制の充実		
3-4-1	メールによる相談受付体制の整備	A	
柱Ⅳ	意識改革、教育・労働環境整備		
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		
4-1-1	意識付け・風土改革によるインシデント・アクシデント報告件数の増加	B	継続
4-1-2	医師からのインシデント・アクシデント報告割合の増加	B	継続
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	A	達成
方向性2	職員研修の充実		
4-2-1	職員必須の医療安全研修会の強化	B	継続
4-2-2	中途採用者への研修体制の強化	B	継続
4-2-3	eラーニングシステムの導入	A	達成
4-2-4	医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施	A	継続
4-2-5	医療機器に関する研修の強化	B	継続
4-2-6	病院長説明会による啓発の実施	A	継続
方向性3	適切な労働管理の実施		
4-3-1	医師の過重労働の抑制	A	継続
4-3-2	病院長による院内訪問・ヒアリング	B	継続
4-3-3	全職員への健康診断の実施	B	達成（3月時点）

※ 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今後達成見込み）、C（今後の達成が見込めない）の4段階とした。

- 上記の通り、48の取組のうちB評価以下は17項目ではあるが、今後も継続的に注力することが必要なA評価の項目の一部も含め、引き続き取り組んでいくこととする。

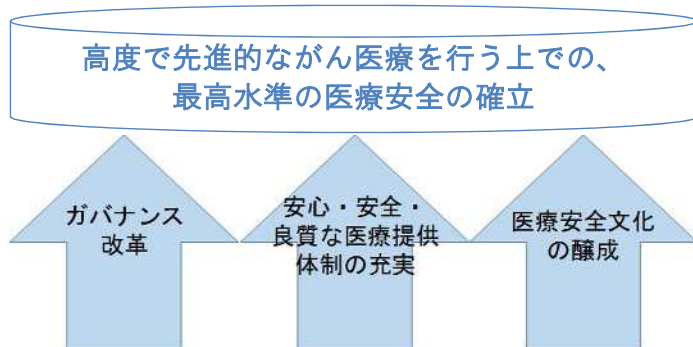
2 改革実行プラン 2023 の体系・取組

- さきに総括したとおり、旧改革実行プランにおいて集中改革期間と定めた 2019 年度、2020 年度の取組は、日本病院機能推進機構「病院機能評価（一般病院 3）」の認定等、一定の評価をいただいたものと考えている。しかしながら、医療安全の確立に終わりはなく、職員一人ひとりが更に安全意識を高め、医療安全の更なる深化への取組を、丁寧にたゆみなく実践していくことが重要である。
- 集中改革期間を経て進展した医療安全体制を更に推し進めるため、旧改革実行プランの総括を踏まえつつ、病院長が定めた「基本方針」のもとに、新たに「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン 2023」をここに定める。

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』

- 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「3つの柱」を掲げ、達成に向けて「23の取組」を展開し、医療安全改革を進めていく。



取組の柱Ⅰ ガバナンス改革

- 1 医療安全監査委員会の充実
- 2 内部通報窓口の周知
- 3 病院機能評価（一般病院 3）の受審
- 4 病院長説明会による啓発の実施
- 5 病院長による院内訪問・ヒアリング
- 6 働き方改革の推進
- 7 諸記録の管理方法の見直し
- 8 情報セキュリティ対策の見直し

取組の柱Ⅱ 安心・安全・良質な医療提供体制の充実

- 9 クリニカル・インディケーターの活用
- 10 医療安全ラウンドの計画的な実施・定着
- 11 医療事故収集等事業への報告・定着
- 12 事例分析の強化、現場へのフィードバックの徹底
- 13 感染対策に関する病院長主導の取組の実施
- 14 専従薬剤師による病棟全体の薬剤業務の改善
- 15 プレアボイド報告の充実
- 16 医療安全ポケットマニュアルの充実
- 17 特定集中治療室の充実
- 18 ICの質的監査の実施
- 19 IC実施時の看護師の同席

取組の柱Ⅲ 医療安全文化の醸成

- 20 インシデント・アクシデントレポートの件数の増加
- 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
- 22 職員必須の医療安全研修会による知識の定着
- 23 新規・中途採用者への研修体制の強化
- 24 医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施
- 25 医療機器に関する研修の強化

3 取組内容及び工程表

項目	現状・課題(2021年3月末現在)	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				
					2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
○取組の柱Ⅰ ガバナンス改革									
取組1	<p>医療安全監査委員会の充実</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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。</p>	<p>・年2回の定期的な開催</p>	・毎年度末	<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)</p> <p>■開催(書面)・院内巡視</p>	<p>■開催(書面)</p> <p>■開催(書面)・院内巡視</p>	<p>■開催(書面)</p> <p>■開催(書面)・院内巡視</p>
取組2	<p>内部通報窓口の周知</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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、職員の実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。</p>	<p>・年度初めのメールを始めとした継続的な周知</p>	・毎年度末	<p>■メール、ポケットマニュアルによる周知</p> <p>院内ポータルサイトへの掲載による周知</p>	<p>■メール、ポケットマニュアルによる周知</p>	<p>■メール、ポケットマニュアルによる周知</p>	<p>■メール、ポケットマニュアルによる周知</p>	<p>■メール、ポケットマニュアルによる周知</p>
取組3	<p>病院機能評価(一般病院3)の受審</p> <p><現状> ・2020年2月に病院機能評価を受審し、中間的な評価で0項目として3件指摘があった。対策を講じた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。</p> <p><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を実施できていない。</p>	<p>・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。</p>	<p>・第三者評価の受審に向けた取組</p>	・毎年度末	<p>■病院機能評価「期中の確認」の受審</p> <p>医療安全対策の更なる検討と実践</p>	<p>■病院機能評価「期中の確認」の受審</p>	<p>■病院機能評価「期中の確認」の受審</p>	<p>■病院機能評価「期中の確認」の受審</p>	<p>■病院機能評価「期中の確認」の受審</p> <p>病院機能評価本受審の準備</p>
取組4	<p>病院長説明会による啓発の実施</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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を再検討する。</p>	<p>・年4回開催</p>	<p>・毎年度末 ・2021年度末</p>	<p>■説明会開催</p> <p>年4回の説明会開催</p> <p>出席率(閲覧率)の把握</p> <p>開催方法のあり方等の検討</p>	<p>■説明会開催</p> <p>年4回の説明会開催</p>	<p>■説明会開催</p> <p>年4回の説明会開催</p>	<p>■説明会開催</p> <p>年4回の説明会開催</p>	
取組5	<p>病院長による院内訪問・ヒアリング</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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。</p>	<p>・年2回</p>	・毎年度末	<p>病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>病院長による適時訪問の実施(年2回)、意見の拾い上げ</p>	<p>病院長による適時訪問の実施(年2回)、意見の拾い上げ</p>	<p>病院長による適時訪問の実施(年2回)、意見の拾い上げ</p>	
取組6	<p>働き方改革の推進</p> <p><現状> ・長時間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。</p> <p><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。</p>	<p>・長時間勤務者の減を始め、働きやすい、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PTI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。</p>	<p>・長時間勤務者数の減</p>	・毎年度末	<p>長時間勤務者の把握、縮減への注意喚起</p> <p>働き方改革推進PTIにおける取組</p>	<p>長時間勤務者の把握、縮減への注意喚起</p>	<p>長時間勤務者の把握、縮減への注意喚起</p>	<p>長時間勤務者の把握、縮減への注意喚起</p>	

項目	現状・課題(2021年3月末現在)	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			
					2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
取組7 諸記録の管理方法の見直し	<p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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を監視(定期モニタリング)及び監査をする。</p>	<p>・改善策の策定 ・改善策の周知徹底 ・監査の実施</p>	<p>・可能な限り早く(遅くとも2021年度中)</p>	<p>2020年度</p>	<p>2021年度</p> <p>対象特定・発表 → 改善方法検討 → ■改善案審議・決定 ■改善案実施方法審議 ■改善案実施状況評価 ■改善策周知 ■監査・全職員向け研修</p>	<p>2022年度</p> <p>定期研修・監視・監査の実施、問題点の抽出、規定への反映</p>	<p>2023年度</p>
取組8 情報セキュリティ対策の見直し	<p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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。)</p>	<p>・対策案の決定 ・短期並びに中長期スケジュール策定</p>	<p>・2021年度までにコンサル実施 ・2022年度までに短～中期対策実施 ・2023年度までに長期的対策実施</p>	<p>2020年度</p>	<p>2021年度</p> <p>問題特定・対策・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</p>	<p>2022年度</p> <p>■対策案・スケジュール策定 調整不要な対策の実施 調整が必要な対策の実施 費用が発生する対策の予算要求 費用が発生する対策の導入 情報セキュリティ対策の更新・強化の継続</p>	<p>2023年度</p>

項目	現状・課題(2021年3月末現在)	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			
					2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
○取組の柱Ⅱ 安心・安全・良質な医療提供体制の充実								
取組9	クリニカル・インディケータの活用 <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どがある。	・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。	・設定目標の達成	・毎年度末	クリニカルインディケータを活用した各種目標設定の検討・周知			
取組10	医療安全ラウンドの計画的な実施・定着 <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。 <課題> ・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。	・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、改善状況を定期的確認する。	・計画実施率100%	・毎年度末	計画の実施 → モニタリング → 計画策定 → 計画内容の見直し・検討			
取組11	医療事故収集等事業への報告・定着 <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。	・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。	・2週間以内報告率100% ・定期報告体制の確立	・毎年度末 ・2021年9月	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			
取組12	事例分析の強化、現場へのフィードバックの徹底 <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。	・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。	・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	外来死亡事例の把握・分析 → 収集方法・解析方法の検討 → 各種データの解析体制の整備 → 医療安全だよりの理解度チェック		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	
取組13	感染対策に関する病院長主導の取組の実施 <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症拡大の影響で、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。	・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。	・手指衛生遵守率80%以上	・毎年度末	達成状況のモニタリング → 結果報告・分析 → 継続実施 → テーマ検討 → 決定 → 決定	■病院長による職員への周知		
取組14	専従薬剤師による病棟全体の薬剤業務の改善 <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。	・薬剤ラウンドを通して、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。	・専従薬剤師主導による改善の実施	・毎年度末	薬剤関連インシデントへのコミット・介入の実施 → ■専従薬剤師への権限付与			

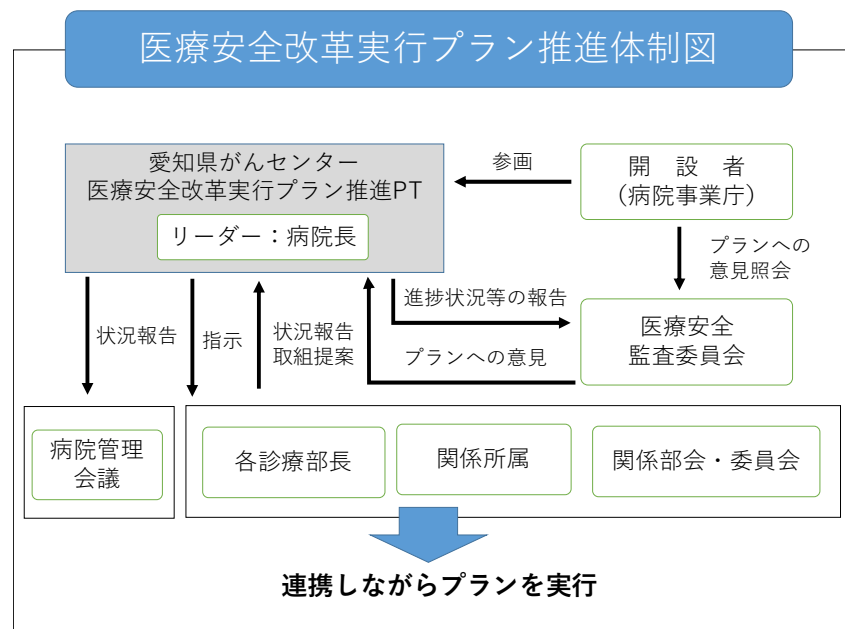
項目	現状・課題(2021年3月末現在)	課題解消に向けた具体的な取組	主な目標	達成期限	工程表					
					2020年度	2021年度		2022年度		2023年度
取組 15	<p>プレアポイド報告の充実</p> <p><現状> ・報告を開始するため、2019年5月にWGを立ち上げ報告手順を策定した。 ・報告実績は2019年度21件、2020年度23件である。 ・情報フィードバック体制として報告事例を部内に周知し、DIニュースに掲載。</p> <p><課題> ・プレアポイド報告件数及び内容のレベルの維持を図る必要がある。 ・情報フィードバック体制の拡充が求められている。 ・疑義照会の適切な運用が必要である。</p>	<p>・引き続き、プレアポ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。</p>	<p>・報告件数20件 ・疑義照会内容の分析</p>	・毎年度末	<p>プレアポイド報告・分析(年間20件目標)</p> <p>継続実施</p> <p>報告手順書の見直し</p>					
取組 16	<p>医療安全ポケットマニュアルの充実</p> <p><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棟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(ハイスルキヤ)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。</p> <p><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。</p>	<p>・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。</p>	<p>・マニュアルの内容充実</p>	・毎年度末	<p>マニュアル改定作業</p>					
取組 17	<p>特定集中治療室の充実</p> <p><現状> ・A職業病棟をHCU病棟として2020年7月に届けて、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。</p> <p><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。</p>	<p>・改定したマニュアルの運用を徹底していく。</p>	<p>・ICU加算の継続的な取得</p>	・毎年度末	<p>■HCU加算の届出、算定開始</p> <p>■ICU加算の届出、算定開始</p> <p>ICUの運用規程、体制の整備、見直しによる充実</p>					
取組 18	<p>ICの質的監査の実施</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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。</p>	<p>・質的点検項目の改定 ・多職種による質的監査の実施</p>	・2021年度末	<p>質的点検項目の改定、多職種による質的監査の実施</p>					
取組 19	<p>IC実施時の看護師の同席</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p>・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。</p>	<p>・同席率90%以上</p>	・毎年度末	<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>					

項目	現状・課題(2021年3月末現在)	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				
					2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
○取組の柱Ⅲ 医療安全文化の醸成									
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 <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。	・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。	・報告件数5,000件以上	・毎年度末	病院長、医療安全担当副院長によるレポート提出の周知徹底				
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 <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。	・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。	・報告割合(医師)10% ・報告割合(医師、看護師以外)20%	・2021年度末	目標値の設定、周知 報告内容や改善策の共有 目標値の設定、周知 報告内容や改善策の共有 目標値の設定、周知				
取組 22	職員必須の医療安全研修会による知識の定着 <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。	・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。	・関係する委託職員等も含めた出席率 100%	・毎年度末	研修の実施 評価・改善				
取組 23	新規・中途採用者への研修体制の強化 <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。	・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IG、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。	・1か月以内の研修実施率100%	・毎年度末	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 実施率の確認、レク資料の見直し 実施率の確認、レク資料の見直し				
取組 24	医薬品に関する部門・職種横断的な研修会の実施 <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。	・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、当院に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。	・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	■研修実施 評価・見直し 継続実施 年間スケジュールの作成				
取組 25	医療機器に関する研修の強化 <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。	・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。	・研修実施計画の策定・実施	・毎年度末	研修計画策定、研修の計画的実施 モニタリング				

4 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

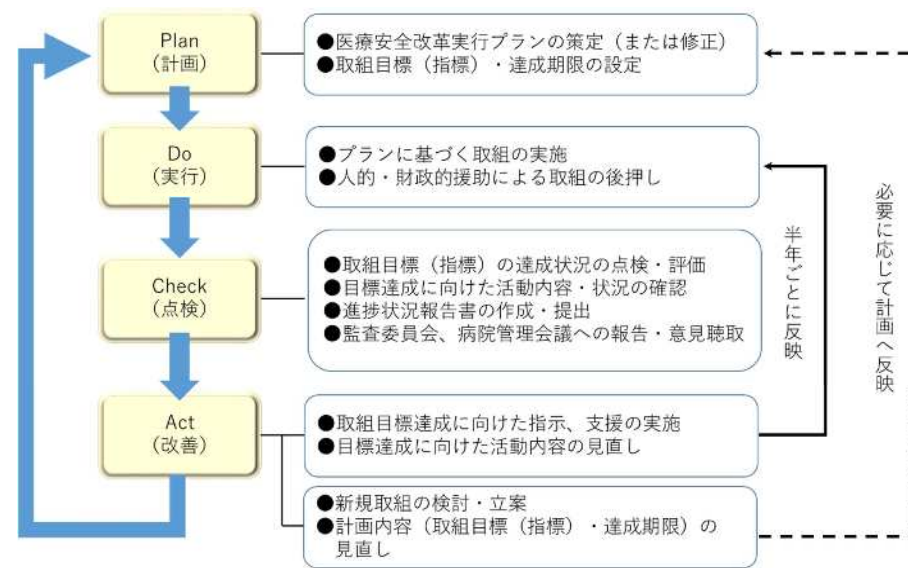
- 医療安全改革実行プランの取組の推進に当たり、実効性を担保するため、病院長をリーダーとする「愛知県がんセンター医療安全改革実行プラン推進プロジェクトチーム（以下「PT」）」を2018年度に設置した。
- 改革実行プランの目標の達成に向け、随時、①進捗を管理し、成果と課題を整理しながら、②さらなる取組の具体化・充実を図っていく。
- PT構成員には、院内のみならず、最終的な人事権限・予算権限を有する開設者側が加わることで、計画の推進をより強固に進めていく。また、改革実行プランに関しては、病院の管理及び運営を行うための合議体である「病院管理会議」にも適宜報告し、意見を求める。
- 更に、開設者が設置している、「愛知県がんセンター医療安全監査委員会」において、改革実行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

- 改革実行プランを実効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、医療安全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