

医療安全監査改善経過報告書（がんセンター）

1. 医療安全監査実施：2024年2月1日

◎対応及び管理まで完了、○対応完了、△一部対応、×未対応

提出：2025年3月6日

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取組み	備 考
6 感染対策の実施状況	感染管理委員会の変遷の目的などは、現在の社会情勢、病院の方針、千葉県病院局の指針と整合性が取れているか、感染管理室を中心に検討いただきたい	長期間改訂がなされていないかった	2024年度中に内容を再確認し、改訂する	実施済み	12月感染対策委員会で内容確認済み、センター会議での承認待ち	◎		病院局指針改訂にあわせて、院内指針を改訂する
6 感染対策の実施状況	SDGsの推進に対し、マニュアルやICTの理念などが	病院局指針の改訂後、院内指針を一致させるための改訂が行われていなかった	2024年度中に内容を再確認し、改訂する	3月感染対策委員会で審議予定	2025/3/28達成予定	◎		病院局指針改訂にあわせて、院内指針を改訂する
7 薬剤管理の実態	院内製剤に関するクラス分類がされておらず、試薬からの調整した製剤品が上市されている薬品同士の混合程度のクラスのものかが不明確であった。試薬からの調整したクラスⅠに分類される製剤品は同意書等の取得が必要であることから早急なクラス分類を行い、製剤品の見直しをすることが必要である	院内でclassⅠに相当する製剤品はMohs軟膏と、リドカインクリームのみである。これらは同意書取得が必要というメッセージをつけて払い出しを行っている。	すでに達成済み	不要	不要	◎	院内製剤に関するルールの院内周知と薬剤部内での定期的な教育が必要 払い出し時クラス分類を付記する	未実証医療としての管理を継続する
1 医療安全管理体制の確立	病院医療安全目標と部署目標の設定の仕方、運動について多くの職員が正しく理解できていない。目標の設定時期、ポケットマニュアルの発行時期、部署目標の設定時期をより明確にして、「ガバナンスの一直線化」をより効果的なものにする必要がある	「医療安全目標を各部署に立てさせる」ことのみが目的化しており、各部署と病院全体の連携について考えられてきていない。	2年後までに部署目標と病院全体目標との関連性をRMの80%以上が認識する	短期：医療安全管理目標設定、提出の簡素化を行う。業務改善計画書と名称を変更し、部署目標を全体目標と関連させて選択させる。 長期：医療安全管理部で全体への寄与を計測する。	業務改善計画書に書式変更を実施。部署掲示の簡素化を実施。部署目標はプルダウンから選択式にした。	○	医療安全目標の意味を最低でもRMが理解する仕組みを構築する必要がある RM研修1を6月から4月開催にする	
1 医療安全管理体制の確立	病院の医療安全目標についてヒアリングしたところ、58.3%の正答率にとどまった	病院全体の医療安全目標はポケットマニュアル内に掲載されていたが、周知を徹底できていなかった。	次回監査までに、院内職員全員が病院の医療安全目標をこたえられるようになる	短期：医療安全がかわる研修のすべてにおいて病院全体目標について触れる事で浸透を図る。	RM部会で毎回訴求する。 R6 年度医療安全関連研修で、医療安全目標について述べた	○	医療安全がかわる各委員会研修ごとに、病院全体の医療安全目標の訴求を継続する RM研修1を6月から4月開催にし、その中で病院全体の安全目標と部署目標の関連性について教育する	
1 医療安全管理体制の確立	部署の医療安全目標について、ヒアリングでは91.7%が正答できた。ただし各部署の尽力の結果、病院全体の目標が達成されようとしているかどうかについて、説明できる職員は少なかった	各部署に医療安全目標を作ことを求めているが、全体との関連は説明されてこなかった。	次回監査までに部署目標の達成による全体目標への貢献が数字で把握可能なものが少なくとも2項目存在するようにする	短期：業務改善計画書書式の変更により、各部署目標を全体目標と関連付ける。 医療安全側でレポートハッシュタグ分類を積極的に行い、できるだけ具体的に現状を把握する	業務改善計画書書式変更をR6より実施。 R6情報伝達エラーとしてコミュニケーションエラーの実態を積極的に把握した	○	医療安全文化調査でコミュニケーションの問題を指摘されている コミュニケーションに特化した目標を、具体的な評価軸含めて立てよう呼び掛けていく	医療安全文化調査結果報告のやり方を変えることを通じて、職員の意識に変容をおこることを期待している
1 医療安全管理体制の確立	パニック値のルールに関して、ヒアリングでは50.0%の正答率にとどまった	パニック値報告制度が報告者側のための制度となっており、何のために行う制度が浸透していない 無報告ルールが作られ定着している	次回監査までにパニック値運用の問題点を抽出し、パニック値報告制度があるべき姿で定着することを目指す	短期：院内医師にルールを周知し、現行ルールでの運用を徹底する。 中期：電子カルテでパニック値報告記録を標準化する	R6年度、全例報告を院内に周知し、2月より運用開始。	○	中長期的にはパニック値項目を減らし、口頭伝達情報の重要性を共有する仕組みとする	パニック値の項目、値は検査管理委員会で行う 運用ルールは医療の質・安全管理委員会で行う
2 医療安全管理活動	手術室における入室時確認の際、担当看護師は患者とともにマーキング部を確認しておらず、手順違反と認められた	手順は作られているが、監査時手順違反が認められた	監査報告書の共有により手順徹底する		手順徹底を呼び掛ける	○		確認手順実施状況確認方法を検討中
4 高難度新規医療技術等導入のプロセス	現場ラウンドで適応外使用に関して代表的な薬剤「デュロキセチン」、「ロベラスト」等について質問したところ、明確な回答が得られなかった。適切な運用・改善が望まれる	未実証医療制度は定着しているが、適応外使用について現場レベルの認識が薄い	未実証医療制度について次回監査までに全RMの60%が認識することを達成する。	短期：なし 中期：ポケットマニュアル改定時実証の目的をつける	なし	○	今後適応外使用について院内教育を継続的に行う必要がある	

医療安全監査改善経過報告書（がんセンター）

1、医療安全監査実施：2024年2月1日

◎対応及び管理まで完了、○対応完了、△一部対応、×未対応

提出：2025年3月6日

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備 考
6 感染対策の実施状況	患者エリアの掲示物は整理されたが、職員エリアの掲示物の管理がされていないため、見直しが必要	職員エリア（エレベーターホール）内の一般掲示物が院内案内・掲示物等管理規定に基づいて掲示されていなかった。	「院内案内・掲示物等管理規定」が廃止になり、新しく「院内掲示物等管理規程」が発行されたため規定に基づき令和6年度中に各掲示ボード等の管理者が整理を行う。	各掲示ボード等の管理者が整理を行う。	実施中	○		新規規遵守により日常管理まで達成可能と考えられる
1 医療安全管理体制の確立	2022年度リスクマネジメント部会の出席率は80パーセント以上であるが一部出席していない部署もあるため改善を図りたい	出席はとっているが、各部署ごとの出席状況についてフィードバックを行っていない。	1年以内に、原則として100%RM部会に出席する形を作る。	短期：出席表を個人の名前ではなく部署名のみに変更する。委任状を導入する。100%参加が必要であることを毎回伝える。 中期：前回出席、欠席部署をリスク部会で報告する。	RM部会は参加がマストということ呼びかける。3月RM部会で委任状導入を審議する。出席チェックを変更した。	△	RMの役割を認識する仕組みが必要。2025年度よりRMに業務、活動目的を付けたファイル配布を検討。 RM研修1を4月に変更し、その中で役割等を周知する	研修内容に100%出席が保健所からも求められていることを入れる
1 医療安全管理体制の確立	相談支援センターにおいて医療安全対策加算に規程する相談窓口と医療対話推進者の窓口が同一場所となっていることは問題ないが、各相談窓口の兼務状況や配置体制がわかりにくい	患者・家族がフリーアクセスで様々な相談に対応できる、がん相談支援センターの周知が十分でない。	令和7年度中に、各部門からの相談連携の体制について、院内スタッフが理解できるようにする。	短期：がん相談支援センターのマニュアルに各部門からの相談連携について明文化する。 中期：マニュアルの内容を部門内で検分、効果的な方法を検討する。	マニュアル内> X業務手順> 7）各部門からの連携 を作成した。	△		
1 医療安全管理体制の確立	ヒアリングにおいて、リスクマネジャー以下多くの職員が、日本医療安全調査機構が発出している再発防止の提言について認識していなかった。	SafeMasterに提言の一部を載せているが周知が行われていない。	次回監査までに、全RMの60%が掲載場所を知っている状況となる	短期：第20号の院内メール周知を行う。 中期：新入職員向け研修で情報提供を行う。ポケットマニュアルに有益な医療安全情報を得られる場所としてHPのURLを掲載する。	第20号掲載後、全職員に向けてメール周知を実施	△	ポケットマニュアル改訂時、院外の医療安全情報を参照できるサイトを紹介する デジタルサイネージによる周知を継続的に行う	院内デジタルサイネージに医療安全情報を掲載開始する（3月開始）
1 医療安全管理体制の確立	一般職員のヒアリングにおいて、平成30年度以降の医療事故調査報告書、医療安全調査報告書について質問したところ、ほとんど認識できていなかった。周知方法の工夫が必要である。	従来報告書の報告会の運営手法が構築されていなかった。報告会以外では特に事例が共有されていなかった。	次回監査までに、全職員の60%が過去の調査事例について認識することを達成する	短期：令和6年度より新入職員向けに病院長が過去事例を紹介する。 中期：調査報告会で報告書を読むことを周知する。包括公表、個別公表の際に事例を全職員向けに周知する。	令和6年度新入職員オリエンテーションで過去事例紹介を実施。 ロボット支援下手術中心停止事例報告会ポスターを作成し、院内各所に掲示。	△	新入職員研修での過去事例紹介を継続する。 すでに働いている職員に対しては、各調査報告会の時に他事例概要だけでも紹介を検討する	
1 医療安全管理体制の確立	病院の医療安全目標である「アクシデントを未然に防ぐ」が達成されたのかどうか、定量的に把握できていない。	過去の部署ごとの医療安全目標作成時、数値目標を求めている。医療の質・安全管理部は医療安全目標を作成していなかった。	医療の質・安全管理部で病院全体の医療安全目標に関する数値指標を作成し、定量的に評価する仕組みを構築する	医療の質・安全管理部の医療安全目標を数値化する	R 5年度から医療の質・安全管理部も医療安全妄評を立案した。 R 6年度は医療安全目標に即した数値目標を立案	△	数値目標を提示した場合、数値目標の達成のみが求められる場合がある。 良好なコミュニケーションという数値化が難しいものが目標であるため、指標を提示する必要がある	
1 医療安全管理体制の確立	患者誤認防止手順について、ヒアリングでは50.0%の正答率にとどまった	長年医療の質・安全管理部が積極的に患者確認を指導し、基本的な患者確認を指導していなかった。	次回監査までに患者確認の基本、確実に慣れ行く場面に院内外認識を改める	短期：患者誤認の実態を病院全体に周知する。患者確認と3点認証の違いについて再教育を行う。 中期：患者確認の場面をまとめ、患者がいる場合、いない場合、各場面における具体的な手元情報について文書化を行う。	R6年度、患者誤認の実態把握を行った。 患者確認に関する動画を作成し、院内に配信した。 監査直後に患者確認についての職員意識調査を実施、同様の調査を動画配信後再度実施した。	△	患者確認について定期的に動画による教育を行う。 バーコード認証の基本的な仕組みについて教育を実施する。 経験があるスタッフほど今後患者確認に関する意識が若手と乖離する可能性が高いことが課題である。 各委員会が策定する手順書内に「バーコードリーダーによる患者確認と実施」など記載されており、それぞれ改訂を行う必要がある。	患者確認教育を開始し、確認手段がバーコード認証とする職員の比率は変わらないが、「2点識別子と手元情報の照合」と回答する比率は19.6%から25.8%に増加傾向にある

医療安全監査改善経過報告書（がんセンター）

1. 医療安全監査実施：2024年2月1日

○対応及び管理まで完了、○対応完了、△一部対応、×未対応

提出：2025年3月6日

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取組み	備 考
2 医療安全管理活動	患者誤認防止の基本概念の教育・理解において重要かつ根本的な問題が存在する。本来医事算定行為であるバーコード実施入力を、患者誤認手順の二工程として完全に定着させてしまっていることから、最も重要な「①患者側からの2識別子の発信と、②医療者側の手元情報に付随した2識別子の突合」という基本行動が実践されていない。また「（目視による）突合」という言葉と「（バーコードによる）照合」という言葉が正しく使い分けられず、手順上の混乱を招いている	長年医療の質・安全管理部が積極的に患者確認として3点認証を指導し、基本的な患者確認を指導していなかった。	次回監査までに患者確認の基本、確実に行为习惯について院内認識を改める	短期：患者誤認の実態を病院全体に周知する。患者確認と3点認証の違いについて再教育を行う。 中期：患者確認の場面をまとめ、患者がいる場合、いない場合、各場面における手元情報について文書化を行う。	R6年度、患者誤認の実態把握を行った。 患者確認に関する動画を作成し、院内に配信した。 監査直後に患者確認についての職員意識調査を実施、同様の調査を動画配信後再度実施した。	△	患者確認に用いる手段としてバーコード認証をあけた職員は22.2%➡22.6%と大きな変化はない。 患者の発する2点識別子と手元情報の照合をあけた職員は19.6%➡25.8%と増加傾向にある。 バーコードの基本的な仕組みを教育する	患者確認教育を開始し、確認手段がバーコード認証とする職員の比率は変わらないが、「2点識別子と手元情報の照合」と回答する比率は19.6%から25.8%に増加傾向にある
2 医療安全管理活動	がん薬物療法センターにおいて、多くのバーコード照合作業を手順に織り込んでいる一方で、唯一重要な物(薬剤)と人(患者)の突合工程のみが欠落するという、極めて不適切な状況が発生している。千葉県病院局が通知した手順に沿って、一刻も早い改革が求められる	長年医療の質・安全管理部が積極的に患者確認として3点認証を指導し、基本的な患者確認を指導していなかった。患者誤認による誤投薬アクシデントも発生した。 (がん薬) 薬剤と患者との突合作業は従来より行なっていたが、スタッフという「人」が行う作業でありヒューマンエラーが起こりうる。したがって十分な手順書が必要であるが、2023年4月時点の「がん薬物療法看護手順」には該当する記載がなかった。	次回監査までに患者確認の基本、確実に行为习惯について院内認識を改める（がん薬）該当する手順を速やかに定め周知・実行する。	短期：患者誤認の実態を病院全体に周知する。患者確認と3点認証の違いについて再教育を行う。 中期：患者確認の場面をまとめ、患者がいる場合、いない場合、各場面における手元情報について文書化を行う。 (がん薬)「がん薬物療法看護手順」に該当する手順を追記し周知する。	R6年度、患者誤認の実態把握を行った。 患者確認に関する動画を作成し、院内に配信した。 監査直後に患者確認についての職員意識調査を実施、同様の調査を動画配信後再度実施した。 (がん薬) 当該文書の「6.3 治療開始時」に、該当する手順（⑤⑥）を追記。（2023年9月26日改訂）。	△	（がん薬）この問題は抗がん薬固有のものではなく、全ての薬剤に共通している。次年度以降の取り組みは医療の質・安全管理委員会と共同で行う。	
2 医療安全管理活動	パニック値報告に関しては、タイムリミットを設定し、達成状況を測定することが望ましい。また報告を受けた医師はそれを①メモに記載し、②読み返して、③承認を得るといった伝達確認の実践が求められる	パニック値報告制度が報告者側のための制度となっており、何のために行う制度が浸透していない 委員会に申請なく、無報告ルールが作られている	次回監査までにパニック値運用の問題点を抽出し、パニック値報告制度があるべき姿で定着することを達成する	短期：院内医師にルールを周知し、現行ルールでの運用を徹底する。 中期：電子カルテでパニック値報告記録を標準化する	R6年度、全例報告を院内に周知し、2月より運用開始。同時に再発防止の提言20号を院内共有した。	△	パニック値項目等の見直しを行う パニック値報告をしなくてよい場合のルールを策定する	パニック値の項目、値は検査管理委員会で行う 運用ルールは医療の質・安全管理委員会で行う
2 医療安全管理活動	ヒアリングにおいて、所属部長からの当事者サポート以外の体制を把握している職員がおらず、過去の医療事故が職員に影響を及ぼしていることへの不安や懸念の声が聞かれた。医療事故発生時の当該部署全体への支援のあり方について理解と周知が必要である	過去の事例調査において特定の部署のヒアリング内容が調査資料として適切に用いられず、離職に追い込まれた職員が発生していた。 院内全体に各インシデントに対する考え方に個人の責任と考える考え方が根強い。	次回監査までに、医療安全活動において当事者が守られることを実感している職員を増やす	短期：新入職員が医療事故発生時の基本について知ようになる。 長期：職員個人が責めを負うものではなく組織で再発防止を行うことを全職員が当たり前に理解しているようになる。	R6RM部会で個人の処罰を意図していないことを説明した。 RM向け研修でセカンドヴィクトイムというワードから当事者への考え方を扱い研修を行った。	△	2024年度から医療事故調査報告会、医療安全調査報告会で基本的に診療科情報を削除して事例共有を行っている。 事例検討が望ましいものはM&Mカンファレンスで検討を行っている	
3 患者の権利保障の取り組み	IC文書のひな型を病床数の約2倍承認できていることは高く評価できるが、外部の非医療者がこれらの審査に関与できていない。関与できるように改善されたい	特記なし。	2024年度からピアレビューに外部委員を必ず1名指名している。	達成済み。	達成済み。	△	外部委員の意見の意味について委員会に監査委員会での意見を共有する	2024年度のIC委員会会議資料を確認したところ、外部委員指名なしの審査が4月から12月において5件入っていない。
3 患者の権利保障の取り組み	ICにおける看護師の同席率36%、事後に看護師が患者の理解度確認したものを含めると73%との自己評価であった。外来でのICに関して、ヒアリングでは看護師が忙しそうに依頼しにくいという医師と、いつ説明が行われるかわからないので同席できないという看護師の声があった。また外来の看護師が患者からの電話対応業務を任せられており、同席困難の一因となっている可能性がある。外来看護師の業務の見直しや、人員配置を検討し、看護師を含む他職種と同席率の改善を望む	（外来運営部会より）外来でのICはどの患者でICが行われるかの情報共有が十分行われておらず、また、医師、看護師ともにICへの同席を互いに依頼しにくい環境（IC委員会からは回答なし）	（外来運営部会より）2024年度中に看護師の業務内容の整理を行い、また、どの患者がICを行うのか明確にわかるように予約枠の設定方法を周知し、ICを行う患者の明確化を促す。最終的に外来でのIC同席率100%を目指す	短期：外来診察予約の変更を外来看護師から地域医療連携室に変更し、外来予約枠の周知徹底を行う 中期：外来でのIC同席率を80%以上となるよう努力し、達成できない場合は問題点の洗い出しを行う 長期：外来でのIC同席率を100%とする	短期目標については、外来予約システムは変更済み。外来予約枠の周知は行っているが今後徹底していく	△	予約枠の使い方を周知徹底していく	
3 患者の権利保障の取り組み	同席率の調査はサンプル調査にとどまっているが、どのようなICに同席が必要なのか基準を作り、承認文書の使用率や患者の理解度等と併せ、モニタリングできる仕組みの構築を望む	特記なし。	要同席ICの基準作成、モニタリングの仕掛け構築は、2024年8月に達成済み。 要同席ICは以下の7種：手術、がん薬物療法、病状告知、方針説明、治療変更、緩和移行、DNAR。 モニタリングは、電子カルテの検索機能を利用した全数調査。	毎月同席率を一斉メール配信し、レコーディングダイエット効果を期待すると共に、外来運営部会の改善運動に期待。	達成済み。	△		同席率計測が行われているが、定められた7場面全てにおいて100%は達成していない。

医療安全監査改善経過報告書（がんセンター）

1. 医療安全監査実施：2024年2月1日

◎対応及び管理まで完了、○対応完了、△一部対応、×未対応

提出：2025年3月6日

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備 考
3 患者の権利保障の取り組み	患者の権利や倫理に関する教育体制が整備されることを望む		2024年度合同必須研修内で医療安全のテーマとして患者の権利を扱う	2024年合同必須研修で実施。中期的にはアーカイブ視聴を定期的に促す。	実施済み	△	長中期的取組としては課題が残っている。	
3 患者の権利保障の取り組み	複数科による合同手術におけるICのルールを定めることが望ましい	(IC)特記なし。	(IC)ICマニュアル2022年改訂の際に「手術に関して、複数診療科が合同で行う場合、関係する診療科がそれぞれの担当する手術について文書を用いて説明し、文書同意は主たる担当診療科が取得する」（4頁6.IC内容の基準）制定済み。	(IC)達成済み。	(IC)達成済み。	△	ルールが作られた中での遵守状況把握の仕組みが検討されていない	合同手術時の手術記録について医療安全で確認を行っている
5 事故防止策の実際	放射線画像診断報告書の未読チェックは2週目に医師に連絡するシステムとなっているが、記載された指示内容に対応されているかどうかのチェックはされていない。改善が望まれる	未読を残さないことは達成され、1か月後の未読はないが、未読管理を行っている目的が周知されておらず、未読管理システムで既読とすることが目的化している。	2年後の読影レポートシステム更新時、重要所見フラグ機能を導入し、重要所見対応追跡体制を構築する	短期：重要所見フラグ機能導入まで、診断エラーを院内に周知する。 中期：医師に各検査結果を患者に伝え忘れた場合インシデントレポートを提出するよう呼びかける	診断エラーのe-ラーニングを実施。 院内各所に診断エラー防止ポスターを掲示	△	読影レポートシステム更新時に、重要所見にフラグなどを立てる仕組みを導入する 診断エラーの考え方について継続的に院内教育を行う	対応チェックと同様に各医師が検査結果を伝える必要があることを理解する必要がある
6 感染対策の実施状況	感染防止対策向上加算1における専従の登録者が1名でICTとASTを担っていたので改善が必要である	感染管理部の人員不足：AST専従薬剤師の不在 感染管理認定看護師が1名のみ	ASTの専従職員がしかるべき職種として配置される	短期 職種を問わず人員配置を求める 長期 薬剤師の専従配置を要望する	感染管理認定看護師が県立他病院より1名異動となったため、その者を当座の専従職員として配置した。	△	引き続き薬剤師の専従配置を求める	薬剤師配置はR7年度ないが、認定看護師2名配置は変わらない
6 感染対策の実施状況	ICTの専従看護師は、臨床現場の感染対策指導やサーベイランスの実践における活動が行えるよう、業務改善が必要	「感染対策は専門的であり、感染管理部がすべてを担当すべき」との認識が院内に浸透しきざしている	タスクシフトの項目と重複 ワクチン接種業務を衛生委員会の所掌とする	規程に従い、感染管理部は医学的事項に専念できる体制を構築する	COVID-19ワクチン、HBVワクチンについて、事務局との共同作業として接種を完了した。	△	定型業務としての手順の確立が必要 情報ツールを利用した自動化・省力化が必要	特にCOVIDワクチンは初めての取り組みで、手探りでの業務遂行となった
1 医療安全管理体制の確立	病床当たりのインシデント報告において、医師・看護師以外の職能からの報告率が12.5%と低く、特に理学療法士、作業療法士からの報告が極めて乏しい	（リハ）インシデントが発生した際には必ず報告している。今回特定として理学療法士や作業療法士とされているが、職員全体に対しての人数割合としての検討がされていないと思われる。 （安全）医師・看護師以外に対してインシデントレポートの書き方を指導する仕組みがない。各職種においてレポート提出を呼びかける仕組みがない。	（リハ）事象1、2に当てはまるインシデントについても報告するよう心がける （安全）理学療法士・作業療法士からの報告を全報告における1%を2年以内に達成する	（リハ）訓練時に起こる事象1、2に当てはまる事項について科内で確認を行なっていく （安全）短期：R6年度中に医療安全文化調査結果説明をリハビリ部門に対して行う。中期：職種別レポートの書き方動画を作成する。長期：医師がRM、各技士がSRMという場合、SRMICRM部会に参加するよう仕組みを変える。	（リハ）リハビリカンファレンスでの声かけ確認	×	2024年度リスク部会において病院局他施設の職種別データを共有した。 リハビリスタッフが直接リスク部会に参加する仕組みを検討する	医療安全文化調査において、支援が必要とされている。
2 医療安全管理活動	内規上、ハイリスク薬が定義・分類されているが、職員に十分に浸透していない。抗がん剤、筋弛緩薬、インスリン、カリウム製剤など系統的に分類し、適切な保管・表示・注意喚起が求められる	2022年1月病院機能評価受審に向け、医薬品安全マニュアル内にハイリスク薬リストおよび分類が整備されているが周知不足となっている。上記整備後定期的な見直しが行われていない。	次年度以降周知及び定期的な見直しを行う	次年度以降、薬事委員会後にハイリスク薬リストを更新する。 院内への周知頻度を決定する。	なし	×	次年度以降、薬事委員会後にハイリスク薬リストを更新する。 院内への周知頻度を決定し、実行する。	ポケットマニュアル内に【ハイリスク薬】を入れる
2 医療安全管理活動	二次救命処置の教育が実施されておらず、改善を望む	ICLSは研修医に千葉県総合救急災害医療センターでの研修をR6年度から始めた。これをレジデント、新任医師にまでに広げる。	2025年の5月に計画する		参加型研修をR6年度2回行った	×	R7年度は3回参加型研修を予定	総合救急災害医療センターと連携強化検討中
5 事故防止策の実際	NSAIDsの処方時における上部消化管潰瘍の既往の確認をシステマティックに行われているが、PPI併用について積極的に介入する姿勢が薬剤部に乏しい(併用率2022年度48.9%)。調剤、監査、服薬指導と介入できる場面は複数あるにも関わらずチェック体制が機能していない	患者側のリスク因子や投薬上のリスク因子を勘案し、消化性潰瘍発症の可能性が考えられる場合は、PPIを中心とした抗潰瘍薬の予防投与が有効と報告されているため、チェックレベルの標準化が出来ていない。	次年度中にPPI予防投与推奨患者を拾えるチェックリストを作成する。	次年度中にPPI予防投与推奨患者を拾えるチェックリストを作成、チェック体制を整える。	なし	×	次年度中にPPI予防投与推奨患者を拾えるチェックリストを作成し、チェック体制を整える。	求められていることはチェック体制であることを担当部署と共有する。

医療安全監査改善経過報告書（がんセンター）

1. 医療安全監査実施：2024年2月1日

◎対応及び管理まで完了、○対応完了、△一部対応、×未対応

提出：2025年3月6日

大項目	医療安全監査 指摘事項	問題点の背景	目標（いつまでに何を達成するか）	計画（短期・中期・長期）	実施（Do）	評価（Check）	改善（Act）と次年度以降の課題・取り組み	備 考
6 感染対策の実施状況	外部委託者への感染管理に関する教育や研修は実績がみられないため、計画的に実施する必要がある	感染管理部の業務負担過大	患者接触のある業者を優先に実施を目指す	検討中		×	院内研修資料の供覧体制を作る	他施設において研修資料の配布、動画DVD配布などで対応している事例もあり今後検討する
6 感染対策の実施状況	手指衛生の調査や部署での目標などが設定された活動は確認できたが、HHSAFによる自施設の評価を行い、課題の明確化を図ったうえで目標を設定し、同じ方向に職員が取り組めるよう示す必要がある	・手指衛生推進活動を行う部署ごとのスタッフが病棟に限られている ・病院全体で取り組みにあたって、課題の抽出と明確化が十分ではない ・感染管理認定看護師の業務量過大	2025年度中に課題を抽出し、改善すべき点を明確化する	上半期 目標の設定 下半期 改善活動と指標の評価		×		アルコール消費量から考えると病棟の手指衛生率は高いとは言えない
6 感染対策の実施状況	病院規模から考えると感染対策室の人員配置が少なく、業務量を超過している。事務業務を事務職員にタスクシフトする必要があり、改善を求める	「感染対策は専門的であり、感染管理部がすべてを担当すべき」との認識が院内に浸透しすぎている	感染管理部以外への移管について、2024-25年度に委員会で審議する	感染対策委員会の定例議題とする 2月感染対策委員会で1項目の審議予定		×		人員配置含め、要望を病院幹部と共有する
7 薬剤管理の実態	毒物が施錠されておらず、現場視察時に常時開放されているため、適切に管理されたい	毒物の保管は無い 毒薬保管庫について、調剤室部分では必要時以外は施錠が徹底されている。抗がん剤に毒薬が多いことから注射薬は出し入れの多い業務時間中は未施錠となる時間帯が長い傾向にある。	開帳時間を少なくする運用の検討を始める。必要に応じて入出庫を管理するための機器の導入など考慮する	短期：次年度中に県内他施設（がんセンター、大学病院など）での毒薬保管庫の施錠ルールについて確認する 中期：注射オーダーの締め切り時間の院内周知は時々行っているが、引き続き定期的に行う	なし	×	毒薬保管庫の開閉時刻を調査し、毒薬の出し入れが比較的少ない時間帯は施錠することを検討する。	
7 薬剤管理の実態	内服薬品棚が50音順に並んでおり、配列に関する注意喚起も乏しいため、類似名称薬剤の取り間違いを防ぐための工夫が必要である	業務の一部（錠剤等のピッキング）を助手が行っており薬品分類ごとの配列を行っていない。名称を班別し易く表記するほか複数規格有りの表記などで取り間違いを予防する措置を徹底する。	次年度以降薬剤部内で各種注意喚起ルールを策定する		なし	×	薬剤クラークの意見も取り入れ、類似名称薬剤の取り間違いが生じにくい表記へ変更していく。	薬効別配置などを改めて要望する
7 薬剤管理の実態	抗がん剤調整に関し新人薬剤師や不慣れな薬剤師が萎縮したりしない教育プログラムの再検討が望まれる。抗がん剤調整の事故は大きなインシデントに繋がる可能性があり、他の県立病院の規範となる仕組み制度作りがされることを期待したい	プリセプター制を導入しているが、プリセプター教育は行っていない。異動者に対する教育プログラムがない。	次年度以降近隣他施設（がんセンター、大学病院）における教育体制にヒアリングを行う。3年以内に教育プログラム、教育体制の刷新を図る。	短期：次年度中に県内他施設での教育体制を調査する。 中期：異動者を含め教わる側の負担感が少ない教育を院内での役職者側が理解し、教育プログラムを作成する。 長期：教育プログラムを上級者、新人等の双方からの意見で定期的に見直す体制の定着。	なし	×		
7 薬剤管理の実態	ベンゾジアゼピン(BZP)系の適正処方化。転倒防止、せん妄リスク低減化の観点からも薬剤部が主体となってBZP系睡眠薬の適正化、減少に取り組む必要性がある	院内処方現状把握が行われていない	来年度中にBZP系薬剤処方現状把握を行う			×		現在データを医療の質・安全管理部で準備中
7 薬剤管理の実態	臨床試験、新薬使用の多い施設であることから、AE報告基準の明確化を望む	各種薬剤におけるAE報告先、報告基準がない	来年度医薬品安全管理部会での検討を依頼する			×		新年度体制で新たに要請を行う
5 事故防止策の実態	糖尿病等の管理について主治医によるプロブレムリスト記載がないものがあり、改善が望まれる	糖尿病チーム活動が行われている。 プロブレムリスト記載は呼びかけられているが定着していない	糖尿病に関する知識の標準化 血糖異常時の対応の標準化を行う		令和6年度低血糖対応フローチャートを糖尿病チームが作成し、運用を開始		高血糖、クトアンドーシスに対する対応標準化 血糖パニック値の見直し	頻用採血セットに血糖を入れ、糖尿病チームで異常値患者に介入を行っている