

大項目	医療安全監査 指摘事項	担当部署	令和6年度目標	令和6年度計画（短期・中期・長期）	令和6年度実施（Do）	令和6年度評価（Check）	改善（Act）と7年度以降の課題・取り組み	令和7年度目標修正	令和7年度計画修正	令和7年度実施状況	令和7年度評価	8年度以降課題・取り組み
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	医療の質・安全管理部 リスクマネジメント部会	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部会に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。	R8年度中に出席率100%を達成する		R7年度RM部会出席率は2月までで90%であった。 欠席が目立つ部署が決まっているため当初の中期計画では実効性が乏しい。 委任状ではなく代理出席の徹底により令和8年度中に100%出席を目指す。	△	令和8年4月の安全ラウンドは、『リスクマネジャーの手引き』の把握、管理状況についてリスク部会には代理参加が可能であることを周知する。 リスクマネジャーの手引内に代理出席方法を入れておく。
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	患者相談支援センター	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。	△	患者家族の連携方法について、病棟に案内を配布し師長を通じて周知する・セーフマスターでがん相談支援センターの業務内容を知るものを作成する、などする。	令和7年度中に相談連携の体制を理解するための方法について部門内で検討する。		上半期：業務マニュアル内『各部門からの相談連携』を作成する。 下半期：相談連携の実際を病棟・外来に周知する方法を検討する。	△	令和8年度中に、病棟・外来の看護スタッフに向けて患者家族を相談支援に繋げる方法を理解できるようにする。
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	医療の質・安全管理部 リハビリテーション科	(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に心がける (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、SRMにRM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。 リハピリス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	レベル1、2の報告件数を増やす		カンファレンスの際にインシデント事項について振り返りを行う	△	引き続きレベル1事項もインシデントとして認識するよう務める
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。	医療の質・安全管理委員会	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	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		修正なし	△	ポケットマニュアル配布後の効果を来年度末に行う
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、ほとんど認識されていなかった。周知方法の工夫が必要である。	医療の質・安全管理委員会	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	目標修正なし		計画修正なし	○	電子カルテのエントランス上に、院内事故調査、院内安全調査の過去の報告書をすべて掲載する。
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、定量的に把握されていない。	医療の質・安全管理部	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	R5年度から医療の質・安全管理部も医療安全目標を立案した。 R6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	「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、コミュニケーション不足が原因で起こるトラブルの減少を指標とする。 インシデント・アクシデント発生率：「情報伝達エラー」に起因するインシデント・アクシデントの減少。		中期) 医療安全目標に関連する業務改善を通じてコミュニケーションエラー関連事象の40%減少を目指す 長期) 医療安全目標関連日常管理を定着させる	△	4月のリスク部会で、病院全体の医療安全目標に関する数値指標を提示する。各部門が一年間取り組めるように働き掛ける。
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	医療の質・安全管理部	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。部署目標の簡素化を実施。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	医療安全目標の意味をRMが理解する仕組みを構築する		短期) R7年度RM活動参照資料内に項目を設ける。リスク部会への出席率100%にする	○	4月『リスクマネジャーの手引き』を配布した。合同必須研修Ⅰ・Ⅱで、当院の医療安全目標に触れ講義した。
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	医療の質・安全管理部 リスクマネジメント部会	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：医療安全がかわか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	○	医療安全がかわか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	目標継続		修正なし	○	取り組み継続
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	医療の質・安全管理部 リスクマネジメント部会	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	業務改善計画書所式変更を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、具体的な評価軸を立ててより呼び掛ける	目標継続		修正なし	○	取り組み継続

大項目	医療安全監査 指摘事項	担当部署	令和6年度目標	令和6年度計画（短期・中期・長期）	令和6年度実施（Do）	令和6年度評価（Check）	改善（Act）と7年度以降の課題・取り組み	令和7年度目標修正	令和7年度計画修正	令和7年度実施状況	令和7年度評価	8年度以降課題・取り組み
1 医療安全管理体制の確立	バ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	医療の質・安全管理委員会 臨床検査部	次回監査までにバニック値運用の問題点を抽出し、バ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；電子カルテでバ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。	○	100%の実施	バニック値運用の目的を「重篤患者への迅速対応」と再認識し、診療特性に応じた閾値・項目設定および報告体制の見直しを行い、適正かつ持続可能な運用として定着させる。	当初は現行ルールの周知徹底を中心とした改善計画であったが、制度理解不足の根本原因は「制度目的の不明確さ」と「報告者主体の運用構造」にあると分析した。 そのため計画を修正し、 ① バニック値の目的を「患者安全確保のための迅速な臨床対応」と改めて組織全体で再認識 ② バニック値運用における役割分担の明確化 ③ 診療科代表を含めた閾値・項目の再検討およびリスク評価の実施 ④ 報告後のカルテ標準記載の制度化を柱とする構造的改善計画へ変更した。	① 全例報告運用を導入しモニタリング実施 ② 3ヶ月間の運用データを分析 ③ 診療科代表を含むワーキンググループで報告項目および運用のリスクを再検討 ④ 運用変更を7月より実施 ⑤ 12月より報告後のカルテ記載を開始	○	バニック値運用の定期的モニタリングと年1回のリスク再評価を継続する。診療科へのアンケート調査により報告基準の妥当性を検証し、課題抽出時には個別調整や合同会議による迅速な見直しを行うことで、患者安全を担保する持続可能な運用体制を確立する。
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	医療の質・安全管理部	次回監査までに患者確認の基本、確実に実行すべき場面について院内認識を改める	短期；患者確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、患者確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。	目標継続	修正なし	患者確認の各場面における具体的な手元情報を示した、動画を作成した。「患者確認とバーコード認証の原則と実務」について、看護管理者対象に講義を実施。	△	患者確認の基本、確実に実行すべき場面についての周知活動を継続する  確認が必要なラベル、文書類において、バーコードのサイズに比して、内容、患者名表記が小さいものに関して見直す。
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、患者誤認手順の一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	医療の質・安全管理委員会 医療の質・安全管理部	次回監査までに患者確認の基本、確実に実行すべき場面について院内認識を改める	短期；患者確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、患者確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げた職員は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げた職員は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	目標継続	修正なし	患者確認の各場面における具体的な手元情報を示した、動画を作成した。「患者確認とバーコード認証の原則と実務」について、看護管理者対象に講義を実施。患者確認行動としてバーコード認証とされている文書を適宜修正	△	R7年に看護管理者向けに実施した「患者確認とバーコード認証の原則と実務」について、全職員向けに講義を実施する。
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	がん薬物療法センター 医療の質・安全管理部	次回監査までに患者確認の基本、確実に実行すべき場面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；患者確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、患者確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。	(がん薬) 修正なし	(がん薬) 修正なし	(がん薬) ・患者確認の場面(入室時、ベッド位置確認時)において、新たに突合するものを追記し周知した。当該文書「6.2患者入室②③、6.3治療開始時①」 ・薬剤投与時の確認方法とダブルチェック方法を追記し周知した。当該文書「6.3治療開始時②③④⑬」 ・確認方法に関する「セルフチェックシート」を作成し全スタッフがチェックを行った。当該文書9.3に追記	○	(がん薬) 「がん薬物療法看護手順」の周知・徹底

大項目	医療安全監査 指摘事項	担当部署	令和6年度目標	令和6年度計画（短期・中期・長期）	令和6年度実施（Do）	令和6年度評価（Check）	改善（Act）と7年度以降の課題・取り組み	令和7年度目標修正	令和7年度計画修正	令和7年度実施状況	令和7年度評価	8年度以降課題・取り組み
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	医療の質・安全管理委員会	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。	△	パニック値報告記録（臨床検査関連）の実施運用を開始。 他のパニック値に関する報告記録の横展開を行う。 パニック値報告対応Wordパレットを作成する	パニック値運用の目的を「重篤患者への迅速対応」と再認識し、診療特性に応じた閾値・項目設定および報告体制の見直しを行い、適正かつ持続可能な運用として定着させる。	当初は現行ルールの周知徹底を中心とした改善計画であったが、制度理解不足の根本原因は「制度目的の不明確さ」と「報告者主体の運用構造」にあると分析した。 そのため計画を修正し、 ① パニック値の目的を「患者安全確保のための迅速な臨床対応」と改めて組織全体で再認識 ② パニック値運用における役割分担の明確化 ③ 診療科代表を含めた閾値・項目の再検討およびリスク評価の実施 ④ 報告後のカルテ標準記載の制度化 を柱とする構造的改善計画へ変更した。	① 全例報告運用を導入しモニタリング実施 ② 3ヶ月間の運用データを分析 ③ 診療科代表を含むワーキンググループで報告項目および運用のリスクを再検討 ④ 運用変更を7月より実施 ⑤ 12月より報告後のカルテ記載を開始 ⑥ パニック値報告対象項目一部削除	○	パニック値運用の定期的モニタリングと年1回のリスク再評価を継続する。診療科へのアンケート調査により報告基準の妥当性を検証し、課題抽出時には個別調整や合同会議による迅速な見直しを行うことで、患者安全を担保する持続可能な運用体制を確立する。
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	薬剤部	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。			2025年9月ハイリスク薬マニュアルおよびハイリスク薬リストを改訂、文書管理システムへ登録した。	○	マニュアルは必要時に更新、リストは都度更新を目指す。
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	手術室・ICU運営部会	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	○		なし	なし	手術室基準手順の読み合わせを実施し、手順の再確認を行っている。	◎	なし
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	医療の質・安全管理部	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るようになる。 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ティムを扱った。	△	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く	目標継続	なし	ヒアリングを行う時には、個人が責めを負うものではなく組織で再発防止を行うためであることを研修内で周知	△	ヒアリング時の印象では医師の不安、懸念は減少しつつあるが、看護スタッフの不安、懸念が強い。来年度看護の中堅層をターゲットとしてアクシデント時の当事者保護について教育を行う
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	救急医療部会 教育研修委員会	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					取り組み継続
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	IC委員会	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。	△	達成済み。			達成済み。	○	引き続きピアレビューに外部委員を必ず1名指名する。
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されており、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の同席率の改善を望む	IC委員会 外来運営部会	（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	（外来運営部会）電話交換手の経験でつないできた外線について、電話対応一覧表を作成し、とるべき部署が外線対応を行う、また現在診療中に並行して行っている、翌日の来院患者の把握方法を検討することで、外来看護師がIC同席しやすい環境を整備し、IC同席率をまずは80%を目指す。診療棟については、地域連携室にて、予約枠を新患、再診、説明で設定し、ICが必要な患者は説明枠に予約するよう周知する。医師とのプリーフィングでIC同席すべき患者に共通認識を持つ。またPFMを整備する事で外来看護業務を整理する。	短期：IC全体数の把握については、医師がIC記録のひな型を使用する事で集計する体制整備 中期：電話対応一覧表を使用、翌日来院患者の把握方法の検討、医師とのプリーフィングの徹底により、IC同席率80%を目指す 長期：PFMを整備し、IC同席率100%を目指す			
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	IC委員会	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。	△	達成済み。			達成済み。	△	同席率の向上を図る
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	医療の質・安全管理部 教育研修委員会	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。	目標継続	2025年度医療安全に関する研修の中で、患者の権利を扱う	実施済み	△	
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	医療局 IC委員会	(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。	△	(IC)達成済み。			(IC)達成済み。	○	

大項目	医療安全監査 指摘事項	担当部署	令和6年度目標	令和6年度計画（短期・中期・長期）	令和6年度実施（Do）	令和6年度評価（Check）	改善（Act）と7年度以降の課題・取り組み	令和7年度目標修正	令和7年度計画修正	令和7年度実施状況	令和7年度評価	8年度以降課題・取り組み
4	高難度新規医療技術等導入のプロセス	薬剤部 医療の質・安全管理部 未実証医療委員会	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未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	目標継続	なし	ポケットマニュアルに、腹腔鏡手術を例に、当院における保険適応外医療提供体制の大きな問題を指摘され、未実証医療等提供体制の構築に取り組んだことを追加した。	○	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
5	事故防止策の実際	薬剤部	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。			未実施、次年度の課題とする。	×	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し、チェック体制を整える。
5	事故防止策の実際	医療局 診療記録管理委員会										
5	事故防止策の実際	医療の質検討部会 医療の質・安全管理委員会	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	目標継続			△	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
6	感染対策の実施状況	感染管理部	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	なし	薬剤師の専従配置を要望する	看護師2名を1名ずつ配置している	△	感染管理部に、感染管理看護師2名配置を継続
6	感染対策の実施状況	感染管理部	患者接触のある業者を優先に実施を目指す必要がある	検討中		×		業務委託仕様書の内容について確認できる	事務局管理課と連携し仕様書の	院内清掃の委託業者は感染対策に関する教育の実施について、委託業者が行うことが仕様書に記載されている。	△	今年度に契約が更新・変更となった業務委託について管理課と内容の確認を行った。担当者が変わった際に上記が確実に引き継がれるよう確認が必要
6	感染対策の実施状況	感染管理委員会	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	なし	なし	今年度よりMRワクチンの接種を再開した。	△	委員会での審議が十分でなく、感染管理部主導で業務の調整を行う必要があった。接種の体制や必要な資源について、病院として検討し直す
6	感染対策の実施状況	感染管理部	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		×				感染リンクナースを中	△	感染対策チームの下部組織の構成の見直し。 看護師の手指衛生遵守状況の改善は引き続き実施していく。
6	感染対策の実施状況	感染管理委員会	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	達成予定	○		なし（達成）	なし	達成済み	○	適宜見直していく
6	感染対策の実施状況	感染管理委員会	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		×		移管が可能な業務を再度洗い出す	洗い出した業務について、意思決定の場を選定する	職員ワクチン接種に	△	慣習で行っている業務の見直しと、職種ごとの役割、当院の特徴に基づく感染リスクの優先順位について、感染対策チーム内で意見交換しながら整理していく。
6	感染対策の実施状況	事務局	「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	○	一般掲示物について年1回などで点検を行うか検討をする。				○	
6	感染対策の実施状況	感染管理委員会	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	○		なし（達成）	なし	達成済み	○	適宜見直して行く
7	薬剤管理の実際	薬剤部	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設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設することを検討する。			筋弛緩薬の保管場所を移動。施設と鍵管理の徹底を行う。	△	抗がん剤などの毒薬の施設について対策をすすめる。
7	薬剤管理の実際	薬剤部	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。			未実施、次年度の継続課題	×	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。

大項目	医療安全監査 指摘事項	担当部署	令和6年度目標	令和6年度計画（短期・中期・長期）	令和6年度実施（Do）	令和6年度評価（Check）	改善（Act）と7年度以降の課題・取組み	令和7年度目標修正	令和7年度計画修正	令和7年度実施状況	令和7年度評価	8年度以降課題・取組み
7 薬剤管理の実際	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	薬剤部	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			実施済み。Class Iをオーダー時には同意書取得のポップアップ出るよう電子カルテを整備した。	○	定期的な周知と教育
7 薬剤管理の実際	抗がん剤調整に関し新人薬剤師や不慣れな薬剤師が委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	薬剤部	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	×				県立病院組織横断的に新人・転入者の教育体制を情報共有し、チェックリストを利用した見直しをすすめた。ハラスメントについては部内で重大な事象が生じたため、繰り返し指導を行っている。	△	ワーキンググループの検証をすすめる。
7 薬剤管理の実際	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がある	緩和医療科 薬剤部	来年度中にBZP系薬剤処方現状把握を行う			×				未実施、次年度の継続課題	×	現状把握をすすめる。
7 薬剤管理の実際	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	医薬品安全管理部会	来年度医薬品安全管理部会での検討を依頼する			×				部会で検討し、明文化した。2月開催の医薬品安全管理のための研修会で周知予定。	○	周知と啓蒙をすすめる。