

**福島県立医科大学附属病院**

**医療安全改革アクションプラン**



FUKUSHIMA  
MEDICAL  
UNIVERSITY

**令和元年9月**

**公立大学法人福島県立医科大学**

# 目次

<b>I</b>	<b>基本理念</b>	1
<b>II</b>	<b>【基本目標1】 アクシデント対応の強化</b>	2
	1 緊急対策会議によるガバナンス強化	3
	2 医療クオリティ審議委員会の適正化	5
	3 医療安全管理部の適正化	6
	4 再発防止策の確実な周知	7
<b>III</b>	<b>【基本目標2】 患者対応の充実</b>	8
	1 患者との信頼関係の構築 ～①患者・家族と接遇とコミュニケーション（情報伝達と共有）～	8
	2 患者との信頼関係の構築 ～②自己情報開示請求（診療記録開示請求）時の対応～	9
	3 手術等の実施体制の説明 ～①治療・手術の説明体制～	11
	4 手術等の実施体制の説明 ～②治療選択におけるICの対応～	12
<b>IV</b>	<b>【基本目標3】 医師の業務負担軽減への取り組み</b>	14
	1 複数主治医制（グループ診療制）の導入・定着	14
	2 タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み①～	15
	3 タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み②～	16
	4 タスク・シフティングの推進 ～薬剤師の取り組み～	17
	5 タスク・シフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み①～	18
	6 タスク・シフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み②～	19
	7 タスク・シフティングの推進 ～患者サポートセンターの取り組み～	20
	8 タスク・シフティングの推進 ～医療秘書の取り組み～	21
	9 女性医師支援のさらなる充実	22
	10 勤務環境の改善	23

<b>V</b>	<b>【基本目標4】 医療安全文化の醸成</b>	25
	1 インシデント報告の活性化	25
	2 アクシデントの適切な報告	27
	3 研修医の積極的参画	28
	4 診療録記載内容の充実	29
<b>VI</b>	<b>【基本目標5】 臨床研修医・学生のガバナンス強化</b>	30
	臨床研修医・学生のガバナンス強化	30
<b>VII</b>	<b>ロードマップ</b>	32
<b>VIII</b>	<b>推進体制</b>	33
	1 推進体制	33
	2 進捗の確認	34
	3 取り組みの総括	34

平成 28 年の特定機能病院の承認要件見直しにおいては、医療安全管理部門への専従医師等の配置、また監査委員会など医療安全管理体制について外部第三者により評価を受けることが義務化されるなど、病院の医療安全管理体制について人的・質的に拡充することが求められた。

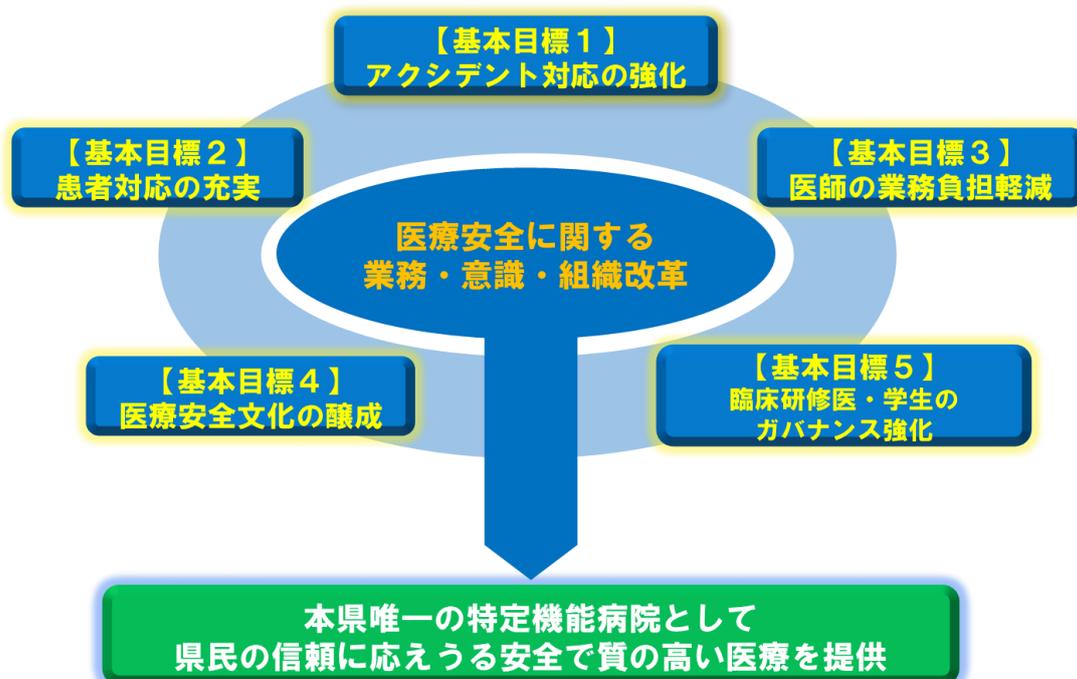
本院としてもこれら要件への対応を行ったところであるが、一方で、本院の医療安全体制はその中心となる医療安全管理部が平成 15 年に設置（設置当初の名称は「安全管理部」）されてから 15 年以上が経過しており、制度運用上の諸課題も認められる。

加えて、今般、外部有識者を交えて検討を行う医療安全検討委員会からは本院の医療安全管理体制について提言があったところである。

このため、大学病院として求められる医療の質や水準に照らして課題をあらためて洗い出し、改善策を実行して医療安全管理体制の再構築を行う。

基本目標として「アクシデント対応の強化」、「患者対応の充実」、「医師の業務負担軽減」、「医療安全文化の醸成」、「臨床研修医・医学生のガバナンス強化」の 5 つを掲げ、医療安全に関する業務改革、意識改革及び組織改革を着実に進める。

これらの取り組みにより、本県唯一の特定機能病院として今後も県民の信頼に応えうる安全で質の高い医療を提供できるよう目指す。



医療上の有害事象は多岐にわたるが、患者への影響度によって、レベル分類がなされる。すなわち、比較的、患者への影響が小さい“インシデント”と影響が大きい“アクシデント”である。

このうち、患者への影響が大きいアクシデント発生時の対応について、初期対応の迅速・適正化、事例分析における中立性の確保、附属病院の医療安全確保の中核となる医療安全管理部の適正化等を推進し、重大事故への対応を強化する。

◆ 本学が定める影響レベルとインシデント・アクシデント

	影響レベル	傷害の継続性	傷害の程度	様態	解説・具体例 他
インシデント	0	—		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未然に防げた事例</li> <li>※本来行うべき検査や投薬を行わなかった事例はレベル0ではない</li> </ul>
	1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エラーや不具合があり、患者に実施された</li> </ul>
	2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタ・センサー類の装着</li> <li>・観察回数を増やした</li> <li>・侵襲を伴わない検査（ECG、エコーなど）の実施</li> </ul>
	3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤等薬剤の投与など）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・侵襲を伴う検査（採血、血糖測定、CT、レントゲンなど）の実施</li> <li>・発生した事例に対して、何らかの薬剤を投与する必要が生じた</li> <li>・外来患者の予定外入院（経過観察のみで短期入院）</li> <li>・骨折の場合：保存的治療で、入院日数の短期延長または入院の必要がない</li> </ul>

ア ク シ デ ン ト	3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 予期していた合併症による治療・手術等</li> <li>※医療安全管理部で検討の結果、クオリティ審議依頼書の提出になる場合がある</li> <li>• 予期せぬ合併症による治療・手術等</li> <li>• 予期せぬ心肺停止（蘇生に成功）</li> <li>• バイタルサイン高度変化</li> <li>• 人工呼吸器装着</li> <li>• 予期せぬ手術または手術に匹敵する治療・処置</li> <li>• 外来患者の予定外入院（入院加療が必要）</li> <li>• 骨折の場合： <ul style="list-style-type: none"> <li>①手術又は手術が望ましいが患者の病状から保存的治療を選択</li> <li>②保存的治療であっても骨折で入院日数が大幅に延長</li> </ul> </li> </ul>
	4a	永続的	軽度 ～ 中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない	
	4b	永続的	中等度 ～ 高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う	
	5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）	
	その他				医療に関する患者からの苦情、施設上の問題、医療機器等の不具合・破損（重大な結果をもたらす恐れのある場合）、麻薬・劇薬・毒薬等の紛失

## 1

## 緊急対策会議によるガバナンス強化

### 1 課題となっている状況

影響レベル3b以上の事象（アクシデント）について原因究明や再発防止策等の検討を行う医療クオリティ審議委員会は、事象について広く情報共有し多様な意見を求めるため、病院長と全ての副病院長に加え、各診療科からも部長及び副部長を複数名招聘するなど大規模な構成となっている。一方で、このことは日程調整等に期間を要することにもつ

ながっており、事象発生から1～2か月後に委員会が開催されている。このため、この間、管理者（病院長）及び病院執行部は当該事象の重大性や患者・家族等の訴えを十分に把握できていないおそれがある。

このことから、アクシデントのうちでも特に重大なものについては管理者（必要に応じ設置者）がこれら事象発生を早期に把握し、初期対応を迅速かつ適切に実施できる体制の構築が求められる。

## 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

重大なアクシデントが発生した場合、病院長が病院執行部を基本とする会議体を緊急に開催し、すみやかに臨床経過や患者対応等の状況を把握する。また、学外有識者の意見を求める外部評価委員会の設置や医療クオリティ審議委員会の緊急開催、社会的な影響を考慮し公表の是非等について判断するなど、適切な初期対応と危機管理のための体制を構築する。

また、事故対応フローにおいて、重大事案とそれ以外の事案との対応の違いを明確化する。当該フローには報告を必要とする関係機関も記載する。

## 3 取り組みの実施により期待される成果

重大事例が発生した場合の的確な初期対応と危機管理が可能なくみが構築され、病院長及び病院執行部が状況を迅速に把握し判断することにより、的確な患者対応や関係機関への報告を行うことが期待できる。

## 4 担当所属

医療安全管理部, 医療連携・相談室

## 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1) 既存会議体などによる暫定的な運用				
(2) 関係規程の整備・改正等				
(3) 緊急会議体の本格運用				

## 1 課題となっている状況

前述のとおり、医療クオリティ委員会の構成委員は多数にのぼり、このことは委員会の早期開催にも影響しているものと考えられる。

また、同委員会に出席する病院長、副病院長（安全管理担当）、医療安全管理部長など中核となる委員が事例の当該科出身である場合、審議の中立性が確保されていないと指摘されるおそれがある。

また、審議する事例について患者から診療録の開示請求があったことなど、患者がもつ不満等を委員が把握できていない。

## 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

- (1) 会議の開催日程の調整を容易にするため、委員会規模を縮小する。（医療クオリティ審議委員会と医療事故防止対策委員会の委員はかなり重複している。）
- (2) 重大なアクシデントが発生した場合は、可能な限り速やかに医療クオリティ審議委員会を開催するしくみをつくる。
- (3) 審議の中立性を担保するため、審議に当該科関係の委員の意向が反映されない審議方法を検討する。
- (4) 審議する際には、診療録の開示請求に関する情報も周知する。

## 3 取り組みの実施により期待される成果

会議規模を縮小することにより、委員会開催日程の調整が容易になり、早期に開催することが期待できる。また当事者が多人数に囲まれる委員会の圧迫感や緊張感も軽減され、当事者との率直な聞き取りや意見交換も併せて期待できる。

当該科出身の委員の影響力を排し、審議の中立性を担保できる。

## 4 担当所属

医療安全管理部

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)見直し案の検討・調整				
(2)関係規程の改正等				
(3)医療クオリティ審議委員会(見直し後)による審議				

### 3

## 医療安全管理部の適正化

### 1 課題となっている状況

医療事故の原因究明や再発防止策の検討にあたっては、広い視野から中立・客観的に分析・判断する態度が求められる。本院の医療安全管理部においては、この数年間、医療安全管理部長には特定の診療科の出身者が就任しており、医療安全管理の中立性に関する疑念を招きかねない。

また、医療安全管理部における事例発生時の対応や啓発活動については、看護師がその大部分を担い、また負担も集中しているため、単一的な視点による機動性を欠いた医療安全管理体制となることが危惧される。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

- (1) 幅広い診療科から副部長を選任し、知識と経験を蓄積した上で部長に就任させる。
- (2) 負担の集中する看護師（専従職員）を適切に配置するとともに、多職種（医師、薬剤師、看護師、臨床工学技士等）による対応をより一層推進する。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

本院の医療安全に対して直接的な権限を有する部長職を幅広い診療科から選任することにより、特定の診療科出身者に偏ることなく、中立・客観的なリスク判断と対応を行える組織体制となることが期待できる。

看護師の業務負担を軽減することにより、医療安全管理部の機動性が増すとともに、より多角的で柔軟な視点から事例を観察する組織体制が期待できる。

### 4 担当所属

医療安全管理部

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)組織体制の検討・調整	→			
(2)新たな組織体制				→

## 4

### 再発防止策の確実な周知

#### 1 課題となっている状況

毎月開催されるリスクマネージャー会議においてアクシデント事例の周知を行っているが、スクリーンへ映写した文字情報をリスクマネージャーが閲覧するのみで全職員への周知効果が薄い。患者への影響が大きいアクシデント事例こそ、周知方法を見直すことにより、全職員への十分な浸透を図る必要がある。

#### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

アクシデント事例について、リスクマネージャー会議で映示するのみならず、さらに周知効果を増す方法を検討する。

#### 3 取り組みの実施により期待される成果

周知方法を工夫することにより、リスクマネージャーのみならず、院内各職員に周知効果が増すことが期待できる。

#### 4 担当所属

医療安全管理部

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)新たな周知方法の検討		→		
(2)関係会議での審議			→	
(3)新たな周知方法の実施				→

患者・家族との信頼関係は、日ごろからの誠意ある態度やコミュニケーションが基礎となる。また、医療を進めるにあたっては、必要な情報を十分に提供したうえで患者の意思を尊重する必要がある。

本院職員は、患者の訴えに対して常に耳を傾け、患者・家族とともに問題解決にあたる真摯で誠実な姿勢を心がけることで信頼関係の構築を図る。

また、関係部門の連携を強化し、組織として患者の対応を行う。

## 1

## 患者との信頼関係の構築

### ～①患者・家族と接遇とコミュニケーション（情報伝達と共有）～

#### 1 課題となっている状況

医療安全において患者・家族との信頼関係の構築は、日ごろから誠意ある丁寧な態度や患者・家族との対話・説明などのコミュニケーションを通して作り出されるものである。これまで、患者サービス向上委員会活動での朝の挨拶運動や職員への講演会開催などを通して全職員の接遇・コミュニケーションの向上に取り組んできている。患者・家族からの声に対しては、「聞いて下さい院長さん」への投書や苦情を受けることにより当該部署への改善を促し全職員へ周知を図るなど取り組みを行っている。

しかしながら、病院という多部門を横断して医療を受ける患者・家族にとっては、部門間・多職種間の情報共有や伝達の連携が信頼関係の構築に大きく影響し、これらの不備は、時に大きな不安や不信感を増大させる。そして、有害事象発生においては関係性の悪化を招く要因となっている。

そのため、患者・家族との信頼関係の構築を日頃から図るため、接遇やコミュニケーション能力の向上と、情報伝達・共有などへの取り組みを組織で行うことが課題である。

#### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

接遇の院内教育やコミュニケーションの能力向上（説明能力の向上）への取り組み等を行い、全職員が患者・家族へ誠意のある丁寧な対応が可能となるようにする。医療安全に関する投書や意見に関して、全職員が当事者意識を持ち、対応・対策を考え、浸透するような取り組みを行う。

また、部門・職種間での情報伝達・情報共有ができるように記録や伝達の仕組みを考え

実行することにより信頼関係を構築させる。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

職員一人一人の接遇やコミュニケーション能力が向上することで、患者満足度の向上・クレームの減少・紛争件数が減少する。また、患者からの反応や病院長への投書にお褒めの文書をいただく等により、職員のモチベーションの向上が期待される。

### 4 担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)関係所属での検討				
(2)関係会議での決定				
(3)運用				

## 2

### 患者との信頼関係の構築

#### ～②自己情報開示請求（診療記録開示請求）時の対応～

#### 1 課題となっている状況

診療録は、患者・家族へより質の高い医療の提供と多職種で情報を共有することで、さらなるチーム医療の提供につながる。また、医療安全においても、患者・家族への説明責任を果たすものとして大変重要である。

自己の診療記録の開示請求をすることは患者の権利である。福島県個人情報保護条例第12条により、開示請求された個人情報、例外的に不開示になるものを除いて開示しなければならないとされており、本学職員は、日々正確に診療録を記載し、自己情報開示請求にも誠実に対応してきた。

しかしながら現在は、有害事象が生じた患者等からの自己情報開示請求があったことを事務職員と関係診療科では情報共有しているが、関係する部署間、または多職種での連携が図られていないことにより、患者やその家族への対応の遅れや信頼関係の構築に影響が生じている。

そのため、有害事象が生じた患者等からの自己情報開示請求について、関係する職員がすみやかに情報を共有するための方法を構築し、多職種で連携して患者やその家族へ対応をす

ることで信頼関係を築いていくことが求められている。

## 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

- (1) 医師、看護師、医療技師等が診療記録を作成する際は、引き続き正確かつ詳細な記録をする。
- (2) 有害事象が生じた患者等から自己情報開示請求（自己の診療録の開示請求）があった場合は、多職種で構成する会議を活用するなどして附属病院内の関係部署ですみやかに情報を共有し、患者やその家族に対応する方法を検討する。

### 【参考】個人情報保護条例第7条第2項

「…（略）…実施機関は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、利用目的以外の目的のために保有個人情報を自ら利用し、又は提供することができる。…（略）…（4）同一機関内で利用し、…（中略）…正当な理由があるとき」

## 3 取り組みの実施により期待される成果

情報を共有することで、迅速かつ適切な対応ができ、有害事象が生じた患者やその家族との信頼関係の構築につなげる。

## 4 担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)関係部署での検討				
(2)関係会議での決定				
(3)運 用				

## 1 課題となっている状況

医療従事者が手術等を受ける患者へ対して説明責任を果たすことは、法的にも責務となっており、手術等の説明書・承諾書については、医療事故防止マニュアルで内容や手順が明確化されている。各科が作成した説明・承諾書は医療安全管理部で確認され、それを使用し患者・家族へ説明を行っている。

しかし、各部署で検討した手術適応や方法、執刀医などの手術実施体制や、患者・家族に治療（手術や化学療法等）・検査のメリット・デメリットについて適切に説明がなされていない、または記録から確認できない場合がある。

手術記録の記載内容については医療法や本院の「診療録作成指針」に定められている。また、医療情報部で行っている手術所見の量的監査においても不備率が7.2%であり、術中・術後における記載内容については記載項目が不十分であったり、患者等の第三者が理解しやすい内容になっていない場合がある。また、有害事象が発生した場合、迅速な多職種間の連携の対応に関する説明や体制についての説明がなされているか記録から確認できない場合があり、患者・家族との信頼関係に影響を及ぼす可能性がある。

手術内容や実施体制について十分な説明を行い、患者・家族への説明責任が果たされるよう改善が求められている。

## 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

各診療科で使用している手術等の説明書・承諾書について、手術体制等も含めて説明責任を果たせる内容であるか見直しを行う。

## 3 取り組みの実施により期待される成果

手術等の説明書・承諾書において、手術体制等も含めて説明責任を果たせる内容であるか手術説明文書の見直しを行い周知徹底することで、患者・家族への説明責任を果たすことになるとともに、患者・家族が納得し、安心して医療を受けられることにつながる。

## 4 担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1) 部署内で検討				
(2) 関係会議で決定				
(3) 運用				

### 4

## 手術等の実施の説明

### ～②治療選択における IC の対応～

#### 1 課題となっている状況

インフォームド・コンセント（IC）については「医療事故防止マニュアル」に IC の意義、説明の内容・手順が明記されて、IC 同席についての取り組みについて研修等を通して全職員へ周知し推進している。また、看護部は「看護師が IC に同席する手順」を整備し、患者・家族の IC の同席を行い、意思決定支援に取り組んでいる。

しかし現状では、合併症など患者の状況や個別性に合った説明が不足している場合もある。また、説明する時期が入院後の治療前日などに行われており、治療選択を十分に熟考できる期間を確保できない場合がある。また、医師のみで説明し、看護師などの多職種が同席していない状況も多く見られる。

このため、患者・家族の反応やどのように理解したのかを十分に把握できず、また記録も不足していることから情報共有が困難となり、合併症や有害事象発生の際に患者・家族との信頼関係に影響を及ぼす結果となっている。このため、全職員が IC の意義や IC 同席の重要性を理解し、患者・家族の思いに沿った治療の選択や意思決定ができるように改善を行い、患者・家族との信頼関係を構築することが求められている。

#### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

治療選択における IC については、患者・家族が医療者との信頼関係のもと安心して治療が受けられるよう、病院としての IC の考え方や手順を明確化し、全職員が IC の重要性と手順等の内容を理解でき、実行できるようにしていく。また、IC 同席において患者・家族の反応やどのように受け止め理解したか等を確認し看護記録に残すことによって、多職種での情報共有につなげる。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

病院としての IC の考え方や手順を明確化し、患者の個別性を反映した IC が実施され、看護師や多職種の IC 同席率が向上することで、患者・家族が治療選択を納得し、安心して治療を受けることができる。また、IC 同席時の記録が充実し多職種で情報共有できることにより、継続的な医療の提供ができ、信頼関係の構築につながる。

### 4 担当所属

病院管理課、患者サポートセンター、看護部、医療安全管理部

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)WG 検討と試験運用				
(2)手順書等の関係会議での決定				
(3)手順書の周知と実施				

本院においても医師の恒常的な長時間労働が認められており、医師の業務負担軽減は喫緊の課題である。医師も医師である前に一人の人間であり、健康への影響や過労死さえ懸念される現状を変えて、健康で充実して働き続けることのできる環境づくりが求められる。医師の長時間労働は医療安全にも影響を及ぼすものである。国も 2024 年以降、時間外労働の上限規制を勤務医に適用することを定めた。

既に本院としては平成 24 年 5 月より『医師の負担軽減及び処遇の改善に関する検討会』を立ち上げ取り組んできたところであるが、更なる業務負担軽減に向けて、本院としては複数主治医制、タスク・シフティング、女性医師の支援など、組織として意識改革と業務改革を推進して医師の勤務環境改善を図り、県民の健康をまもる大学病院として、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の質を両立させるための取り組みを着実に進めていく。

## 1

**複数主治医制（グループ診療制）の導入・定着****1 課題となっている状況**

厚生労働省が設置した「医師の働き方改革に関する検討会」で取りまとめられた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」において、医療機関・診療科の特性を踏まえ積極的に検討・導入に努める取組の一つとして「複数主治医制」が挙げられている。

本院においては、昨年度、実施状況の調査を行い、多数の診療科で実施されていることを確認したが、その実態把握には至っていない状況である。

**2 取り組みの概要（課題解決の方向性）**

各診療科の実施状況について実態調査を行い、メリットやデメリット等を把握し改善策を検討するとともに、先行事例等を参考により適切な実施方法を検討する。

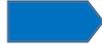
**3 取り組みの実施により期待される成果**

適切な実施方法を取りまとめ、各診療科にフィードバックするとともに、未実施の診療科への導入を推進する。

**4 担当所属**

病院管理課

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)実態調査の設計				
(2)実態調査				
(3)調査内容の分析				
(4)各診療科へフィードバック等の実施				

## 2

### タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み①～

#### 1 課題となっている状況

現在、抗菌薬の初回投与は、医師が実施している。以前、医師の負担軽減に向けて看護師が実施することを検討したが、担当医師の不在など緊急時の体制や患者のアナフィラキシーショック発生時の看護師等の対応が未調整となっていたことから検討が中断していた。昨年度より、アナフィラキシーショックへの対応については院内で決定されポケットマニュアルにも記載されている。今後、緊急時の体制整備、緊急時の対応方法を含む投与手順の作成、及び抗菌薬を実施する看護師への教育等の取り組みが求められる。

#### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

看護部、医療安全管理部、薬剤部、感染制御部など医師を含むワーキンググループを作り、看護師が抗菌剤の初回投与時の緊急時の対応方法を含む手順を作成する。看護師に実施手順や緊急時の対応等について教育・研修を行い、抗菌剤の初回投与を開始する。

#### 3 取り組みの実施により期待される成果

看護師による抗菌薬の初回投与の際に生じた緊急時の対応方法を含む手順を作成し、教育を行い開始することで患者に安全に投与ができる。さらに、看護師が抗菌薬の初回投与を実施することにより、医師の負担軽減が図れる。

#### 4 担当所属

看護部、医療安全管理部、薬剤部、感染制御部

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)ワーキンググループの結成 緊急時の対応方法を含む投与手順の 検討				
(2)投与手順・緊急時の対応に関する 教育・研修				
(3)初回投与の実施（試験運用による手順 の見直し後に本格運用）				

### 3

## タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み②～

### 1 課題となっている状況

特定行為研修を修了した看護師（以下「特定行為看護師」とする）は、医師からの手順書に従い、研修修了区分の診療補助行為（特定行為）を実践することができる。特定行為看護師が患者に対し、手順書にもとづいてタイムリーに診療の補助行為を提供することは、医師の指示をまたずにより早く対応・処置が行えるようになり、患者の早期回復や医師の診療の負担軽減につなげることができる。特定行為看護師は平成 29 年度から病院の中期計画に年 2 名の養成計画を掲げ育成している。平成 29 年度には人工呼吸器関連区分 2 名、平成 30 年度は人工呼吸器関連区分 1 名、創傷管理関連区分 1 名を育成した。また、活動方法や権限付与等については「看護師特定行為検討会」で検討され、「病院経営企画会議」で決定する組織体制となっている。現在、平成 29 年度研修修了者は特定行為看護師として権限等が付与され、特定行為を実施しているが配置部署内での活動で留まっている。また、平成 30 年度研修修了者は活動方法の検討や権限付与はされておらず、活動に至っていない。今後、さらに病院として効果的な特定行為看護師の部署配置や活動方法を検討し、特定行為を実施することで、患者の早期回復や医師の診療の負担軽減につながるような取り組みが求められる。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

既存の「看護師特定行為検討会（看護部、関連診療科、医療安全管理部等）」で効果的な特定行為看護師の部署配置や活動方法等を検討し、活動範囲を拡大していく。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

特定行為看護師が院内で横断的に活動するなど活動範囲を拡大することで、患者にタイムリーに特定行為が実施され、患者の早期回復につなげることができる。さらに、特定行為看護師が診療の補助行為を実施することにより医師の負担軽減が図れる。

### 4 担当所属

看護部

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1) 看護師特定行為検討会での検討				
(2) 特定行為の実施				

## 4

## タスク・シフティングの推進 ～薬剤師の取り組み～

### 1 課題となっている状況

以前は、外来での抗がん剤の服薬指導は医師が中心となって実施していた。現在は、医師の負担軽減を図るため薬剤師が実施しているが、担当者が不在の場合は薬剤師による服薬指導が実施できていない。また、レジメン初回導入患者への指導が主で、継続的な服薬指導が必要な患者にまでは実施できていない。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

外来で抗がん剤の服薬指導を行う薬剤師の担当者2名を育成し、常に1名は外来での抗がん剤服薬指導をできるようにする。また、レジメン初回導入および継続指導の必要性の高い患者への指導も行えるようにする。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

外来での抗がん剤の服薬指導を薬剤師が常に実施することにより、医師の負担軽減が期待できる。また、患者にとっては、服薬指導を受けることにより、治療内容の理解を深めることができ、薬物療法における安全性の向上が期待できる。また、薬剤師による服薬指導を実施できない日がなくなる。

#### 4 担当所属

薬剤部

#### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)外来での抗がん剤の服薬指導担当者の育成				
(2)外来での抗がん剤の服薬指導の拡大				

### 5

## タスク・シフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み①～

#### 1 課題となっている状況

透析患者への穿刺・抜針は、現在医師が行っている。医師が1名しか対応できないこともあり、また外来等と兼任しているため透析の開始・回収で患者を待たせることがある。それに伴い透析終了時間の遅延が発生している。

#### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

穿刺・抜針について、時間的な効率を高めるため、医師だけでなく臨床工学技士も穿刺・抜針を行っていく。そのためには、臨床工学技士に対し教育が必要となるため、指導者によるバスキュラーアクセス（血液の抜き出しと戻し入れをする出入口）の説明会やシミュレーター等を用いたトレーニングを行う。

#### 3 取り組みの実施により期待される成果

医師だけによる穿刺・抜針だけでは数的要因により患者を待たせることとなり、透析終了時間がそれに伴い遅くなるが、医師の他に臨床工学技士も穿刺・抜針を行うことで、効率よく開始・回収が出来るようになる。このことにより患者の待ち時間の短縮や時間外実施の軽減を図ることができる。また医師は透析治療や除水等の指示に集中できるため、透析室の運用を効率化できる。

#### 4 担当所属

人工透析センター、腎臓高血圧内科、臨床工学センター

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)臨床工学技士への教育				
(2)臨床工学技士による実施				

6

## タスク・シフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み②～

### 1 課題となっている状況

体外循環や人工呼吸管理を行っている患者の採血は、すべて医師が早朝に行っており、医師の負担が大きい。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

医師の指示のもと、臨床工学技士が体外循環や人工呼吸管理を行っている動脈ラインが挿入されている患者に対し、朝のルーチン業務として採血の一部を代行する。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

臨床工学技士が朝のルーチンとして採血を行うことにより、医師の業務負担軽減につながる。

### 4 担当所属

臨床工学センター、集中治療部、救急科、循環器内科、心臓血管外科

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)各診療科との調整				
(2)臨床工学技士による実施				

## タスク・シフティングの推進 ～患者サポートセンターの取り組み～

### 1 課題となっている状況

特定機能病院としての役割を果たすため、逆紹介率については医療法施行規則において60%以上の成果が求められており、本院においても目標を80%以上と定めているが、現在逆紹介率は低迷している。

これまで、再診料や投薬のみ等の逆紹介対象候補患者について、各診療科へ情報提供する等の取り組みを行ってきたが、逆紹介のためには医師から患者に逆紹介の説明をする必要があり、患者が納得されない場合等、制度説明に係る医師負担が課題となっている。

また、逆紹介にあたり受入れ医療機関の理解が得られない場合もあり、逆紹介先医療機関の確保についても課題となっている。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

患者サポートセンターにおいて、逆転紹介について納得されない患者に対し「二人主治医制」等の制度説明を医師に代わって行い、医師の負担軽減とともに逆紹介を推進する。

また、地域医療機関を訪問し、特定機能病院の役割について理解をいただくとともに、連携強化を図り、医療機関間の紹介・逆紹介をスムーズに行う。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

「二人主治医制」の説明を患者サポートセンター職員が代行することにより、医師の負担を軽減できる。さらに、逆紹介が進むことにより、外来患者数が減少し、医師の負担軽減が図られるとともに高度な治療へ特化することができる。

### 4 担当所属

患者サポートセンター

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)二人主治医制の説明代行				
(2)病院訪問				

### 1 課題となっている状況

医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境におかれているが、その要因として、医師でなくても対応可能な業務まで医師が行っている現状があるとの指摘がなされているところである。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

本院では、平成23年8月より各病棟に医療秘書を配置し、医師に代わり代行入力並びに診断書等作成業務を行い医師の負担軽減を行ってきたところである。例年実施しているアンケート調査において、外来への医療秘書の配置について要望が多いことから、その導入を進める。具体的には、病理診断管理加算の代行入力、返書作成の代行、救命救急センター外来に係る代行入力、内視鏡診療部に係る代行入力を進めていく。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

医師の負担軽減を推進することにより、診療、研究、教育など、医師としての専門性が求められる業務により従事することができるようになる。

### 4 担当所属

医事課

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)病理診断管理加算の代行入力				
(2)返書作成の代行				
(3)救命救急センター外来に係る代行入力				
(4)内視鏡診療部に係る代行入力				

## 1 課題となっている状況

これまで女性医師支援については、主に男女共同参画支援室や総務課において、託児所・病児病後児保育所の整備、病児病後児保育助成、育児サポート（ベビーシッター）助成及び斡旋、育児や介護などのライフイベント中の研究者に対する研究支援員の配置、各種短時間勤務制度や産休・育休に伴う欠員補充制度の整備、ワークライフバランスに係る講演会の実施、研究者のスキルアップ・キャリアアップのセミナー等の開催、女性休養室の整備や所属訪問によるこれらの制度の説明等を行ってきたところであるが、その中で、女性医師から就業継続や復職支援に関して「復職支援の制度がわからず復職がしにくい」、「女性医師が退職してしまいロールモデルが少なくライフイベントに関する相談相手や情報共有の場がない」などの意見が寄せられており、より充実した支援が必要である。

## 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

### (1) 復職支援について

各所属での実態や復職に係る研修についての情報収集を行った後、効果的な事例について周知を図る。

### (2) 医師ロールモデルについて

ロールモデルとなる医師の事例を収集し、取りまとめた事例の周知を図る。また、男女共同参画支援室で実施しているFMUカフェ等の枠組みを活用してロールモデルとなった医師の経験や個人のライフイベントについての情報共有を行える場を設定する。

### (3) ニーズ調査について

就業継続・復職支援について、上記のほか更なるニーズを把握するため、全医師に向けたアンケート調査を行う。なお、女性医師の支援には性別問わず同僚の医師の協力が不可欠であるため、アンケートは全医師を対象とする。

## 3 取り組みの実施により期待される成果

効果的な復職支援の事例を周知することにより、女性医師の活躍を推進できる。

また、医師のロールモデルを設定することにより、働き方の指針ができ、自らのキャリアパスを明確にすることができる。

さらに、アンケート調査により、就業継続・復職支援の要望を詳細に把握できる。

## 4 担当所属

総務課、病院管理課、男女共同参画支援室

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)調査・情報収集の準備				
(2)調査・情報収集の実施				
(3)調査・事例の取りまとめ、周知				

### 10

## 勤務環境の改善

### 1 課題となっている状況

「医師の働き方改革に関する検討会報告書」において、長時間労働の改善が強く求められており、その中でも、医師の健康確保のため、連続勤務時間制限、勤務間インターバル確保等による睡眠時間の確保が重要視されている。

本院においては、タイムレコーダーを設置し、医師の在院時間の把握を行っているが、医師の労働時間については、診療のための時間と自己研鑽等労働に該当しない時間の判断が難しい状況にあり、医師の在院・在学時間中等の実態把握が困難な状況となっている。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

本院における医師の在院・在学時間中等の従業務の全体像を把握し、その問題点を検討するため調査を行う。

全医師について、1週間程度、在院・在学時間中（病院・大学双方）及び外勤等の実態調査を行い、実労働時間等について分析を行う。（令和元年7月1日付 基発0701第9号「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」を参考に分析を行う。）

### 3 取り組みの実施により期待される成果

上記調査により、本院の医師の在院・在学時間中等の実態を把握することができ、勤務間インターバルや完全休日の設定のための問題点解消に向けた検討を行うことができる。

### 4 担当所属

病院管理課、総務課

## 5 工 程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)実態調査の設計				
(2)実態調査				
(3)調査内容分析				
(4)ワーキンググループでの検討				

患者の安心・安全を強化することは、患者の尊厳を尊重するという医療倫理に忠実な医療を展開するにあたり極めて当然のことである。

インシデント（いわゆるヒヤリハット事例）を認識して改善策を講じることは、将来起こりうるより重大な事故（アクシデント）を抑止するという極めて重要な意義を有する。また、アクシデントの報告についても、その事実や改善策を共有することで同様の事例の再発を防ぐことができる。インシデント・アクシデント報告の意義を認識し、またその報告を習慣化することは医療者にとって必須である。

また、将来の本学・本県の医療を担う臨床研修医が高いリスク感性を有することは、今後も質の高い医療を確保する上で必要である。

さらに、チーム医療を推進する観点や患者への説明責任の観点からも、診療録の記載内容が標準化され、充実していることが重要である。

本院は、リスク感性と安全意識の高い人材を育成することでし、現在の医療安全の確保のみならず、将来の医療安全を充実させるため、その基礎となる医療安全文化の醸成を図る。

## 1

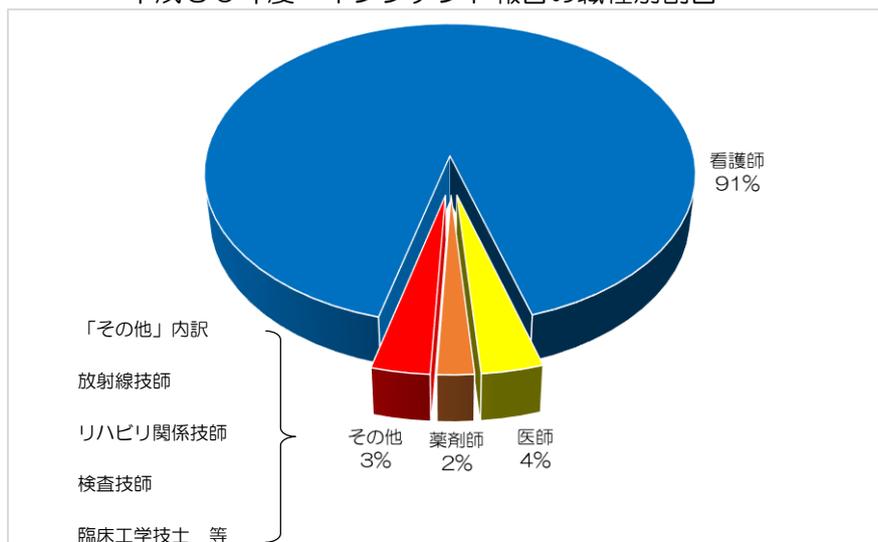
## インシデント報告の活性化

### 1 課題となっている状況

インシデントについては、以前より看護師以外の職種からのインシデント報告件数が少ないことが課題となっており、報告を行うよう繰り返し啓発活動を継続してきたところであるが、著明な効果は得られていない。

将来の医療安全の基礎となるインシデント報告をさらに励行し、全職種からの報告行動を活性化する必要がある。

平成30年度 インシデント報告の職種別割合



## 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

看護師以外の職種からの報告件数が少ない理由について、所属（職種）ごとの現状及び課題を把握する。課題解決のため、所属（職種）ごとに人数や業務の性質等を踏まえて目標値を設定するなど報告件数増加のための具体的方策を検討する（例：リスク感性の高い職員の育成、報告すべき具体的事例のとりまとめ、目標値の設定等）。

上記方策について院内各所属へ周知して実践するとともに、達成状況について継続的に確認を行っていく。

## 3 取り組みの実施により期待される成果

全職種からのインシデント報告が増加することにより、本院職員のリスク感性が高まり、より重大な有害事象の発生を防ぐことができる。

## 4 担当所属

医療安全管理部、看護部、薬剤部、放射線部、検査部、臨床工学センター、リハビリテーションセンター

## 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)現状把握、課題共有、改善策の検討		▶		
(2)改善策の周知・実践				▶

### 1 課題となっている状況

本院では、平成31年3月のアクシデント報告基準の改正により、合併症についても一定の条件を満たすものはインシデントレポートシステムを活用して報告するなど、報告しやすい仕組みづくりを進めてきた。

このため、あらかじめ説明した有害事象であっても、レベルに合わせた報告を行う必要がある。

また、報告すべき事象が発生しても報告されないケースが見受けられる。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

- (1) 合併症に関する報告基準の周知を徹底し、適切な影響レベルにより報告するよう促す。
- (2) 報告すべき事象が報告されない理由について現状及び課題を把握するとともに、具体的方策を検討し、実施する。
- (3) アクシデントの報告状況を踏まえ、所属長、リスクマネージャー等へ個別の説明、報告が少ない理由の聞き取り等を行う。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

合併症や報告すべき事象についても適切な基準により報告がなされ、職員のリスク感性の向上が期待できる。

### 4 担当所属

医療安全管理部, 看護部

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)現状把握、課題共有、改善策の検討		▶		
(2)改善策の周知・実践				▶

### 1 課題となっている状況

臨床研修医（以下「研修医」という。）からのインシデント報告件数は少ない。  
このため、これまでもインシデント分析会議に臨床研修医を出席させるなどしていたが、医療安全活動にかかわる機会はまだ限られている。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

- (1) 研修医を対象としてインシデント報告の意義や報告方法についての講習を実施する。
- (2) 研修医が院内巡視等に参加し、臨床現場での医療安全活動への理解を推進する。
- (3) 研修医をリスクマネージャー会議等に参加（見学）させ、病院としての医療安全に係る課題や取り組みに触れさせる。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

研修医を継続的に医療安全活動に関わる仕組みが構築されることにより、本院の研修医のリスク感性が向上し、インシデント報告件数の増加が期待できる。  
また、長期的な観点から将来の医療安全確保につなげることができる。

### 4 担当所属

医療安全管理部, 教育研修支援課

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1) 取り組み内容の検討・調整				
(2) 取り組み内容の決定				
(3) 取り組みの開始				

### 1 課題となっている状況

診療録は、医療従事者により作成される診療に関する唯一の公的記録であり、診療報酬請求の根拠となるとともに、訴訟や開示対応の上でも、その記載内容が医療従事者・医療機関として説明責任を果たせるものでなければならない。

また、質の良い医療を行う上で、チーム医療の推進や医療安全の確保からも、診療録の記載内容が標準化され、かつ充実していることが重要である。

このため、本院では、診療録について診療の都度、遅滞なく、読みやすく丁寧に記載するとともに、カンファレンス等を行った際はその内容を経過記録に記載するなど、平成29年1月に診療録の記載方法の標準化を図るための指針を作成したところであるが、当該内容について院内への周知徹底が求められる。

また、診療録の記載内容について、記載すべき内容が記載されているかを確認する量的点検に加え、平成29年度の病院機能評価における指摘を踏まえ、平成30年度に質的監査を実施したところであるが、その継続的な対応・充実が求められる。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

平成29年1月に策定した診療録作成指針について再度周知を図る。また、平成30年度から開始した診療録の質的監査について、今後、監査を実施した際にフィードバックした結果への意見を伺うなど、監査の継続・充実を図る。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

診療録記載内容の充実により、医療の質の向上や医療安全の確保が図られるとともに、患者や家族等へ対する説明責任を果たすための記録としての活用が期待できる。

### 4 担当所属

医療情報部、医療安全管理部

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1) 診療録作成指針の周知	▶			
(2) 質的監査の継続・充実		▶		

医学生に対する倫理教育、コンプライアンス教育は、附属病院組織との十分な連携のもと実施され、特に患者と直に接する臨床実習においては、医療者としての確固としたプロフェッショナリズムをもって臨む必要がある。

また、臨床研修医は病院長による明確なガバナンスのもとで活動を展開し、医療安全教育についても入職時から継続的に実施され、安全意識を確かなものとして涵養されなければならない。

このため、医学生については、臨床実習における患者の不利益を防止するために医療安全教育の改善を行い、臨床研修医についても医療安全教育を充実させるとともに、附属病院内に管理・支援する組織を設置し、病院長による明確なガバナンスのもとで研修・教育を実施するための環境づくりを行う。

## 臨床研修医・学生のガバナンス強化

### 1 課題となっている状況

卒後臨床研修医（以下、研修医）に対する医療安全に関する教育は、主に病院職員と同じ内容で実施されているが、その参加状況についてはこれまで十分に確認されていなかった。また、研修医のみを対象とした医療安全教育は入職時のオリエンテーションで実施されているが、勤務開始後の定期的なものは実施されておらず、その実施体制の改善が求められる。

医学生に対する倫理教育、コンプライアンス教育は医学部のカリキュラムの中で実施されているが、現状では附属病院組織との連携が不十分であり、病院で求められる水準の内容となっているかの確認はなされていない。また、実際に臨床実習中に生じた医療事故や学生のアンプロフェッショナルな行動についての情報が十分に共有されていない。医学部臨床実習に伴う医療事故、患者の不利益を防止するために医療安全教育の実施体制の改善が求められる。

### 2 取り組みの概要（課題解決の方向性）

- (1) 研修医の医療安全教育に関しては、附属病院の卒後臨床研修管理委員会と医療人育成・

支援センターが連携して、研修医の医療安全に関する講習会等の参加状況を把握する体制を整備する。また、定期的に研修医を対象とした医療安全に関する講習会等を開催する。

- (2) 医学生、看護学生の医療安全教育に関しては附属病院医療安全管理部と医療情報部、医学部教務委員会、看護学部教務委員会が医学生、看護学生の医療安全教育に関するカリキュラムの検討、学生等による電子カルテシステムの不適切な利用等を含む学生の問題行動の情報を共有するための合同委員会を開催する。
- (3) 医学部及び看護学部学生に係る入学前活動、卒前教育等並びに医師及び看護職者に係る卒後研修、生涯教育等を企画・調整し、地域医療に貢献する医療人の育成・支援を行うことを目的に、医学部と附属病院が強固に連携した本学の横断的組織として、平成20年度に「医療人育成・支援センター」が大学に組織され、当初、事務部門は、附属病院に属していたが、教育、研修を主に行う組織として平成26年度より大学側の組織に位置付けられている。こうしたことから、研修医に対する病院長のガバナンスをより明確化するため、医療人育成・支援センターをはじめとした研修医に関する組織体制の見直しを実施する。

### 3 取り組みの実施により期待される成果

医学生、看護学生、研修医に対する医療安全教育を計画的に実施することによって医療安全に対する意識が涵養される。医療安全管理部、医療情報部と医療人育成・支援センター、医学部教務委員会、看護学部教務委員会が情報を共有することによってガバナンスの強化を図り、医学生、看護学生による医療事故、患者の不利益を未然に防止できる可能性が高まる。

また、組織体制を見直すことにより、研修医に対するガバナンスが明確化する。

### 4 担当所属

教育研修支援課、医療人育成・支援センター、病院管理課、医療安全管理部、医療情報部、総務課

### 5 工程

	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
(1)ワーキンググループでの検討				
(2)関係会議での決定・法規改正				
(3)医療安全教育の実施				
(4)ガバナンス強化に向けた組織の見直し				

# VII

# ロードマップ

調整・検討

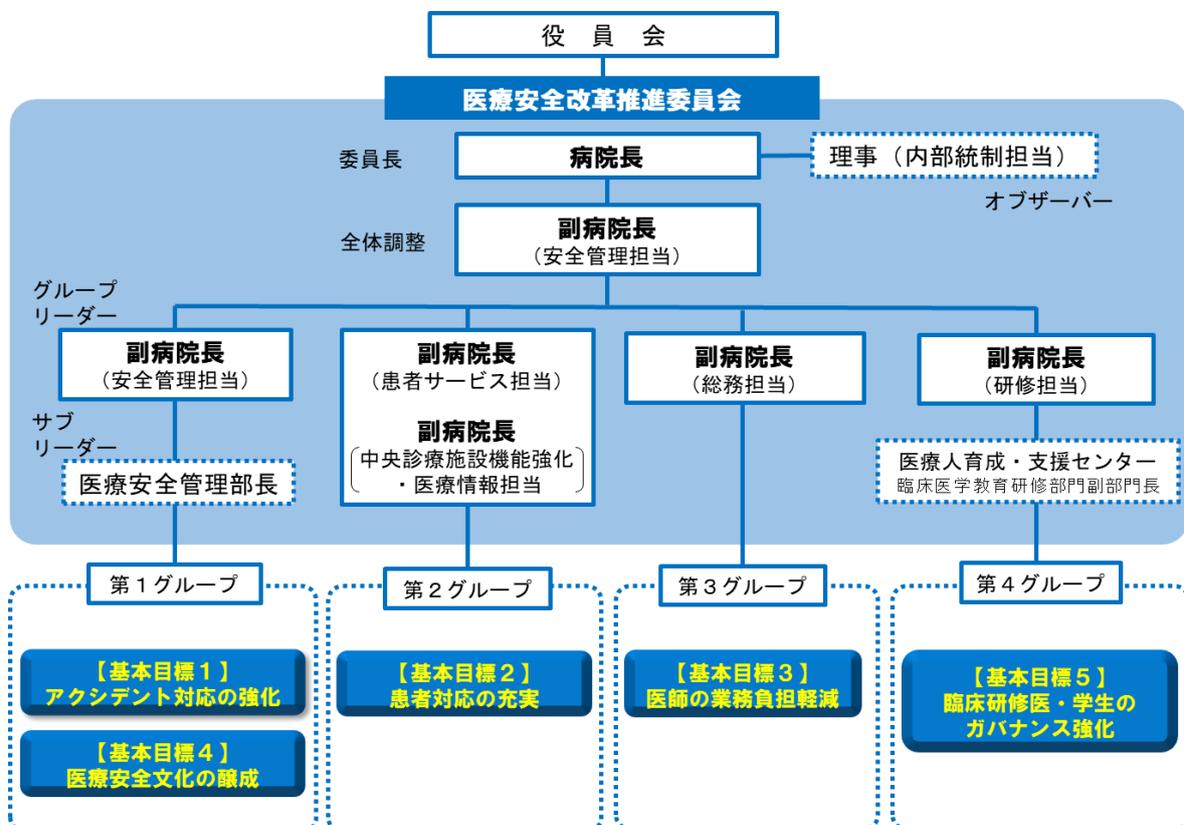
実施・運用

取り組み	令和元年度			令和2年度～
	7～9月	10～12月	1～3月	
<b>【基本目標1】 アクシデント対応の強化</b>				
1 緊急対策会議によるガバナンスの強化				
2 医療クオリティ審議委員会の適正化				
3 医療安全管理部の適正化				
4 再発防止策の確実な周知				
<b>【基本目標2】 患者対応の充実</b>				
1 患者との信頼関係の構築 ～①患者・家族と接遇とコミュニケーション（情報伝達と共有）～				
2 患者との信頼関係の構築 ～②自己情報開示請求（診療記録開示請求）時の対応～				
3 手術等の実施体制の説明 ～①治療・手術の説明体制～				
4 手術等の実施体制の説明 ～②治療選択におけるICの対応～				
<b>【基本目標3】 医師の業務負担軽減への取り組み</b>				
1 複数主治医制（グループ診療制）の導入・定着				
2 タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み①～				
3 タスク・シフティングの推進 ～看護師の取り組み②～				
4 タスク・シフティングの推進 ～薬剤師の取り組み～				
5 タスクシフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み①～				
6 タスクシフティングの推進 ～臨床工学技士の取り組み②～				
7 タスクシフティングの推進 ～患者サポートセンターの取り組み～	説明代行			
	病院訪問			
8 タスクシフティングの推進 ～医療秘書の取り組み～				
9 女性医師支援のさらなる充実				
10 勤務環境の改善				
<b>【基本目標4】 医療安全文化の醸成</b>				
1 インシデント報告の活性化				
2 アクシデントの適切な報告				
3 研修医の積極的参画				
4 診療録記載内容の充実				
<b>【基本目標5】 臨床研修医・学生のガバナンス強化</b>				
臨床研修医・学生のガバナンス強化	教育			
	組織見直し			

## 1

## 推進体制

- 病院長のリーダーシップのもと、附属病院に「医療安全改革推進委員会」（以下「推進委員会」という。）を設置し、本プロジェクトの総括及び進捗管理を行う。
- 推進委員会のメンバーである副病院長が基本目標ごとに組織したグループのリーダーとなり、その責任の下で各取り組みの担当所属が具体案をとりまとめる。
- 取り組み内容が複数の所属に関わる場合は、関係所属間で調整を行う。（必要に応じてワーキンググループ等を設置して広く意見交換を行う。）
- 担当部署が各取り組みの具体案をとりまとめた場合、グループリーダーは推進委員会に諮り、協議・決定する。



## 2

### 進捗の確認

---

推進委員会は、3か月に1回程度、各取り組みの進捗状況の確認を行う。

## 3

### 取り組みの総括

---

推進委員会は、令和2年度末を目途に本プランの達成度を検証し、事業の総括を行う。

#### 【事務局】

公立大学法人福島県立医科大学 附属病院 医療安全管理部

〒960-1295 福島市光が丘1

TEL 024-547-1813 Fax 024-547-1992

e-mail anzen@fmu.ac.jp