

## 豊橋市民病院 がん診療 PDCA サイクル運用規約

豊橋市民病院 がん診療委員会

### 1 方針

豊橋市民病院におけるがん診療は、PDCA サイクルを適切に運用することにより、質の向上、効果的な安全活動の推進及び継続的な改善を図る。

- (1) リスクアセスメントを活用し、リスクの低減を積極的に実行する。
- (2) Plan（計画）－Do（実行）－Check（評価）－Action（改善）の PDCA サイクルを繰り返すことにより、継続的な改善を図る。
- (3) がん診療委員会（以下「委員会」という。）の下部組織である化学療法部会、がん教育部会、緩和ケアチーム検討会を始めとして、がん診療に携わる全ての関係部局を部門として PDCA サイクルに取り組み、がん診療の質の向上を図る。
- (4) がん診療に関する安全活動を認識し、コミュニケーションを図りながら遂行する。

### 2 医療従事者の意見の反映

- (1) がん診療に従事する全ての医療従事者は、意見を述べることができ、その意見は、部門の代表者が別紙に定めた、リスクアセスメント実施一覧表（様式1）（以下「実施一覧表」という。）に記入し、委員会へ提出する。
- (2) 医療従事者の意見については、各部門の代表者が参加する委員会において反映をさせる。

### 3 体制の整備

- (1) 委員会で討議、承認を行う。
- (2) 必要に応じて、委員会委員長及び医師、看護師、薬剤師それぞれの専門的知識を持った医療従事者がサポートに当たる。
- (3) 各部門又はサポートメンバーが実施一覧表を元にリスクアセスメントを行う。
- (4) 緊急に対応した事態、事項、事務手続き等については、次に開催される委員会で報告する。

### 4 規約の明文化

- (1) 運用規約は明文化し、必要に応じて修正するものとする。ただし、修正に当たっては、委員会の承認を得て行うものとする。
- (2) 文書管理、マネジメントシステムに関する書類は、委員会事務局で管理、保存するものとする。

## 5 記録

リスク管理については、別紙に定めた、リスク管理表（様式2）（以下「管理表」という。）を作成するものとする。

## 6 リスクアセスメント

### （1）リスクアセスメントの実施

リスクアセスメントは、実施一覧表に従って行う。

### （2）リスク低減措置の決定及び実施

委員会において、リスクアセスメントによるリスク低減措置の妥当性を検討して実施の承認を行う。承認されたリスクは、管理表に登録する。

### （3）リスク低減措置の効果の確認

リスク低減措置を行った場合は、その効果を検証するためにリスクの再評価を行い、管理表に記載する。

### （4）残留リスクの周知

リスクに登録されているリスクのうち、リスク低減後のリスク（以下「残留リスク」という。）のレベルが高い場合は、その残留リスク及び対処法を周知する。

### （5）新しい治療・設備

新しい治療・設備など導入した場合は、その周知を図り、新たなリスクが生じる場合は、委員会に提出して対応策を講ずる。

## 7 緊急事態への対応

緊急事態が発生した場合は、関係部門、委員会委員長及び専門的知識を持ったサポートメンバーが対応に当たる。対応策がある場合は、委員会に提出する。

## 8 点検及び改善

委員会は、適宜、管理表を確認して改善状況把握する。

## 9 監査

内部監査は、行わない。

## 10 システムの見直し

安全水準の向上の状況、社会情勢の変化などを考慮して、委員会においてシステムの妥当性及び有効性を評価し、その結果を踏まえて必要な改善を行う。

## 豊橋市民病院 がん診療 PDCA サイクル手順書

- 1 本手順書は、運用規約に基づく手順を定めるものとする。
- 2 化学療法部会、がん教育部会、緩和ケアチーム検討会やがん治療を行う関係部局を部門として PDCA サイクルに取り組む。
- 3 それぞれの部門の代表者は、取り組みが必要と思われる業務を実施一覧表（様式1）に記載する。
- 4 記載された実施一覧表は、委員会の事務局医事課に提出する。
- 5 提出された実施一覧表に記載される業務が他職種に渡るものであったり、有害事象に至る可能性があるものについては、部門の代表者が委員会にて説明して討議、承認を受ける。  
また、有害事象には至らない業務にあっても、委員会にて報告を行うものとする。
- 6 委員会にて討議、承認された業務は、リスク管理表（様式2）に登録し、事務局にて管理する。
- 7 軽微な業務については、適宜、部門の代表者と話し合ってメーリングリストなどで院内周知を図る。