

# 愛知県がん診療連携拠点病院協議会の PDCAサイクルの取り組み

～地域が医療安全を担保するPDCAサイクルの構築～

愛知県PDCAサイクル推進検討部会事務局長  
藤田医科大学臨床腫瘍科教授  
河田健司

# 愛知県がん診療連携協議会 PDCAサイクル推進検討部会

---

- ・共通の基盤:規約・リスクアセスメント表・リスク管理表
- ・医師・看護師・薬剤師・事務の4職種:各病院担当者
- ・医師・看護師・薬剤師の分科会⇒各職種の視点で、愛知県全体のがん診療レベルの向上(均てん化)になる共通の取り組み
- ・アドバイザー:医療の質安全の専門家
- ・年2回の開催

# 2009年 名古屋第一赤十字病院 化学療法センターでPDCAサイクルの運用開始

---

- 「労働安全衛生マネジメントシステム」を化学療法に応用
- リスクアセスメント
- Plan–Do–Check–Act サイクル



## ASCO Meeting Library

Chemotherapeutic safety management system (CSMS) for the safe use of cancer chemotherapy (CTx).

### Authors:

K. Kawada, N. Hamajima, M. Amano, J. Ueda, K. Oji, M. Maeda, T. Kushihara, N. Mukoyama, H. Kushihara, Y. Ikeda, F. Nomura; Japanese Red Cross Nagoya First Hospital, Nagoya, Japan

### Abstract Disclosures

# 規約

## 藤田保健衛生大学 がん診療PDCAサイクルの運用規約 ver. 1

### 方針

PDCAサイクルを適切に運用することにより、効果的に安全活動を推進し、継続的な改善を図る。

### 記

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。

Plan(計画)-Do(実行)-Check(評価)-Act(改善):(PDCA)サイクルを繰り返すことにより、継続的な改善を図る。

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。

### 以上

#### 医療従事者の意見の反映

2-1 がん診療に関わる全ての医療従事者は、意見を述べることができる。その意見は、その部門の代表者が「リスクアセスメント実施一覧表」を記入・提出し、キャンサーボードで述べる。

2-2 キャンサーボードにおいて医療従事者の意見を反映させる。

#### 体制の整備

3-1 キャンサーBOARDで、討議・承認を行う。

3-1 キャンサーBOARD室長、副室長および各職種の専門家がサポートにあたる。

3-2 キャンサーBOARDにおいてリスクアセスメントを行う。

3-3 緊急に対応した事態・事項・事務手続きについては次回のキャンサーBOARDで報告する。

#### 明文化

4-1 規約は明文化され、必要に応じ修正される。

4-2 文書の管理、マネジメントシステムに関する書類は、室長あるいはその代理者が保存する。

#### 記録

5-1 リスク管理表を作成する。

#### リスクアセスメント

6-1 リスクアセスメントは「リスクアセスメント実施一覧表」に従って実施する。

6-2 リスク低減措置の決定および実施

キャンサーBOARD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、実施の承認を行う。承認されたリスクは「リスク管理表」に登録される。

6-3 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、改めてリスクの評価を行い、リスク管理表に記載する。

# リスクアセスメント表

		有害事象の程度			
		致命的	重大	中程度	軽度
有害事象に至る可能性	確実である	5	5	4	3
	可能性が高い	5	4	3	2
	可能性がある	4	3	2	1
	可能性はほとんどない	4	3	2	1

リスク	優先度	
4-5	高	直ちにリスク低減措置を講ずる必要がある 措置を講ずるまで使用しないことが望ましい
2-3	中	速やかにリスク低減措置を講ずる必要がある 措置を講ずるまで使用しないことが望ましい
1	低	必要に応じて作業低減措置を実施する

# PDCAサイクル リスク管理表

No	リスク名	対策実施日	Plan 計画	Do 実行	Check 評価	Act 改善	再評価
1	初回治療多職種 キャンサーボード	2012年12月	○	○	○		リスク分類 前3→後2 効果ありなし 改善措置ありなし
2	臓器障害時の用量基準作成	2013年4月	○	○			リスク分類 前3→後 効果ありなし 改善措置ありなし
3	ランマーク投与時のカルシウム 製剤処方	2013年6月	○	○	○		リスク分類 前3→後1 効果ありなし 改善措置ありなし
4	B型肝炎抗原・ 抗体のチェック	2013年8月	○	○	○		リスク分類 前3→後 効果ありなし 改善措置ありなし
5	特定の曜日の患者数超過	2013年12月	○	○			リスク分類 前3→後 効果ありなし 改善措置ありなし
6	外来薬物療法センターにおける 看護師の有害事象スクリーニン グ	2014年3月	○	○			リスク分類 前3→後 効果ありなし 改善措置ありなし
7	働く世代のがん対策	2014年4月	○	○			リスク分類 前3→後 効果ありなし 改善措置ありなし

# 日本内科学会雑誌12

## Dec 10, 2012 特集 医療安全と診療の質

特集 医療安全と診療の質

Editorial

### EBMからPDCAサイクルへ

福井 次矢

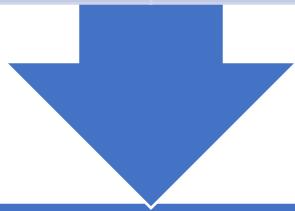
Key words プロセス指標, Evidence-practice gap, PDCAサイクル

# パラダイムシフト

## Evidence-Based Medicine

望ましいアウトカムをもたらす可能性の高い医療

専門知識に合致した医療



## Plan-Do-Check-Act(PDCA)

安全で質の高い医療の保障を  
組織が責任を持って行う

フィードバック、改善

# がん薬物療法の質・安全研究会 ～がん診療の多職種の連携・PDCAサイクルの実践を地域で推進～

第1回2013年4月	第2回2013年10月
トヨタ記念病院	刈谷豊田総合病院
名古屋第一赤十字病院	社会保険中京病院
名古屋第二赤十字病院	トヨタ記念病院
藤田保健衛生大学病院	豊田厚生病院
	名古屋記念病院
	名古屋第一赤十字病院
	名古屋第二赤十字病院
	名大病院
	藤田保健衛生大学病院



# 新たながん診療提供体制の概要

## 【課題と対応策】

### ①拠点病院間の格差の存在

→人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化

### ②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在

→緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「地域がん診療病院」の新設。

### ③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在

→特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的役割を果たす「特定領域がん診療連携拠点病院」の新設。

### ④がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築

→国立がん研究センター、都道府県拠点病院による各拠点病院への実地調査等。

→各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保(患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等)



# 第3回がん薬物療法の質・安全研究会

## 2014年4月18日

愛知県がんセンター 中央病院	豊橋市民病院
名古屋第一赤十字病院	藤田保健性大学病院
名古屋第二赤十字病院	名古屋掖済会病院
名大病院	中部労災病院
名古屋市立大学病院	名古屋記念病院
中京病院	愛知医科大学病院
陶生病院	春日井市民病院
一宮市民病院	半田市民病院
小牧市民病院	トヨタ記念病院
豊田厚生病院	刈谷豊田総合病院
安城厚生病院	名古屋市立緑市民病院
海南病院	※名古屋医療センター



# 愛知県がん診療連携拠点病院PDCAサイクル推進部会

## 2014年10月17日



## 愛知県がん診療連携拠点病院/県指定がん拠点病院 PDCAサイクル推進部会 2015年5月

---

25病院のPDCAサイクル総数 中央値	133 4(1-15)
B型肝炎再活性化対策	19
多職種キャンサーボード・ カンファレンス	8
緩和スクリーニング	6
内服抗がん剤の指導・ 有害事象評価	6
化学療法の有害事象 スクリーニング	5

# A病院

PDCA	「ベバシズマブの投与前のバイタルサインチェック」 背景：調整後、血圧が高く廃棄することが時折発生 ベバシズマブは高額な薬剤
P	・血圧に関する指針を作成
D	・主治医・外来看護師が血圧を確認 ・160/100mmHg以上の時は1-2時間安静で回復なければ中止
C	・廃棄はないとは言えないが、かなり減少
A	・尿蛋白による廃棄の取り組みも行いたい

## アドバイザーのコメント

---

- ・本来のPDCAとは違うまたは足りない
- ・廃棄の金額を減らすためにはどの業務行程が何%達成されるとよいのか目標を定めるのがPlanであり、**業務を視覚化(明文化)**するとよい
- ・血圧のチェック率とそれを共有し調整にストップをかける共有率を出し目標を立てる。
- ・現在共有率が30%のものが80%に上がれば、共有できなかつた事例の数が減り、廃棄率が減少したというように示せる

## B病院

PDCA	「抗がん剤中止後中止となる事例について」 背景：主治医が実施確定後、外来化学療法室で治療中止となる事例があるため、この事例を減らすことを目的
P	•外来化学療法室で患者の状態を確認してから化学療法の実施を確定し調整開始
D	•2014年9月開始
C	•数字は示せないが現状では中止件数は減少していない •現行のまましばらく取り組みを継続
A	

## 専門家のコメント

---

- PDCAの体をなしていない
- 医師はなぜチェックリストを使わないので
- 測定のない改善はない
- 何を測定するかを明確にしないとこの取り組みは改善されない

# PDCAサイクルで重要なこと

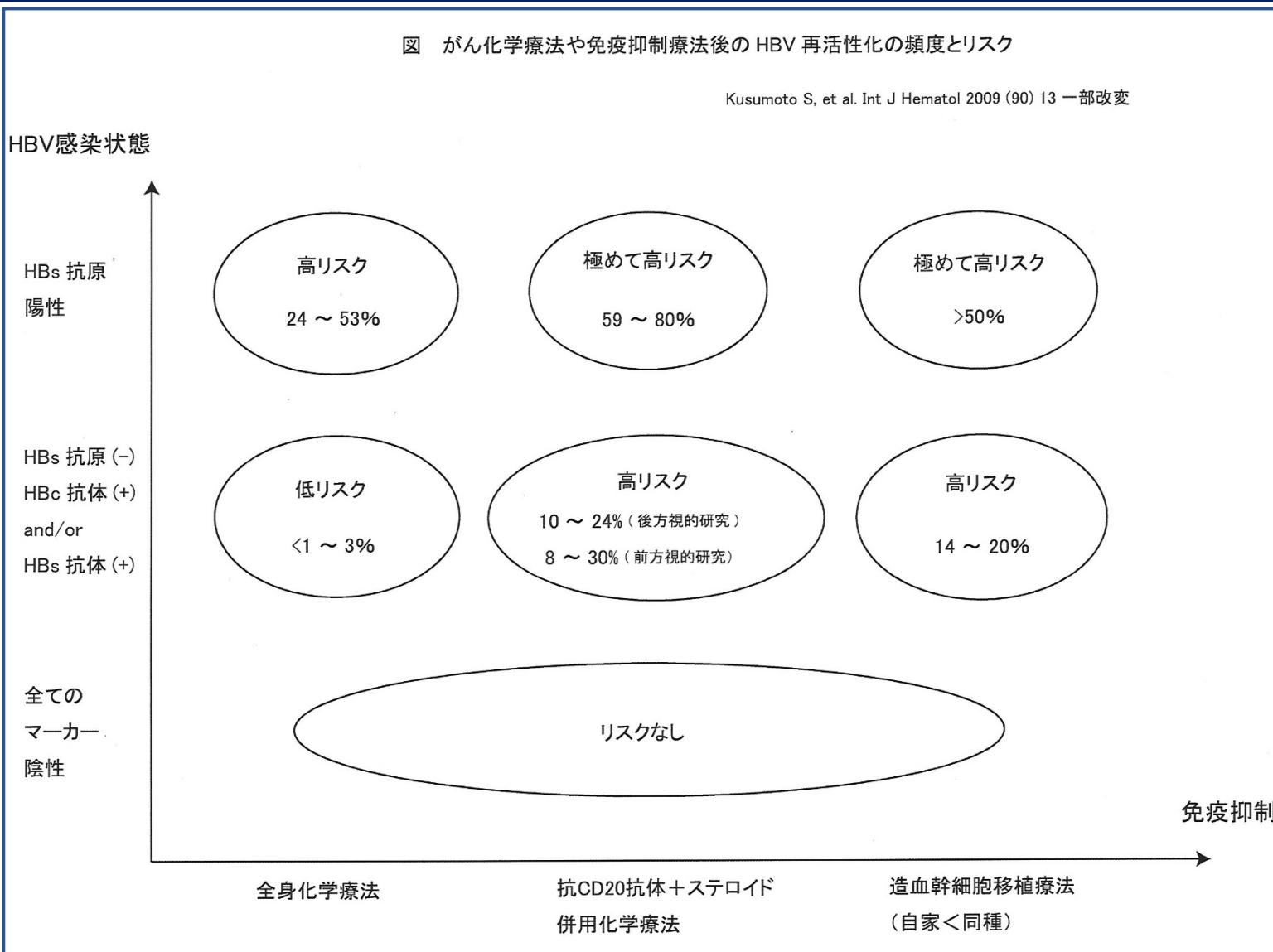
---

- ・視覚化⇒明文化
- ・測定：測定のない改善はない⇒分子/分母

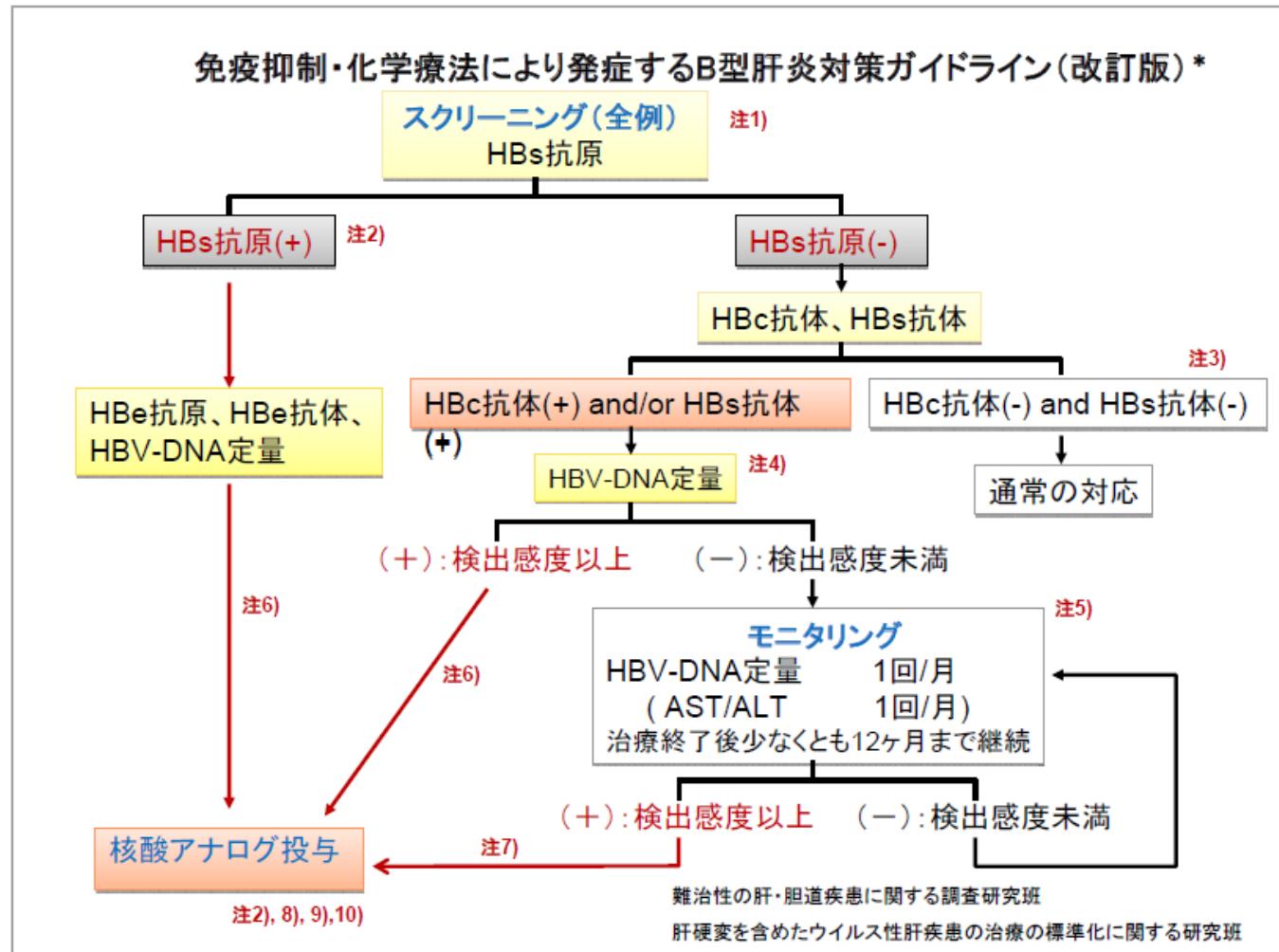
# 愛知県がん拠点病院全体の取り組み B型肝炎再活性化対策

図 がん化学療法や免疫抑制療法後の HBV 再活性化の頻度とリスク

Kusumoto S, et al. Int J Hematol 2009 (90) 13 一部改変



# B型肝炎抗原・抗体のチェック



# チームSTEPPS

## 改革を成功に導く8ステップ

---

### 1 変革の準備と現状の打破

- (1) 真の危機感(切迫感)・問題意識を高め、そして十分な数の人々と共有する。
- (2) 改革推進のために使命感を持って取り組むメンバーでチームを結成する。

### 2 実施すべきことの決定

- (3) 目指すべき目標、変革のビジョンと戦略を明確にする。

### 3 新たな取り組みの導入・変革の実施

- (4) ビジョンを浸透させ普及、周知徹底、共有する。
- (5) ビジョンを実行に移す人々に権限を付与する、変革しやすい環境を整える。
- (6) 短期的な成果を計画的に生み出し、認知・評価(祝福)する。
- (7) 元の状態に後退したり、改革が停滞したりしないように継続してさらなる変革を生み出す。

### 4 改革の定着

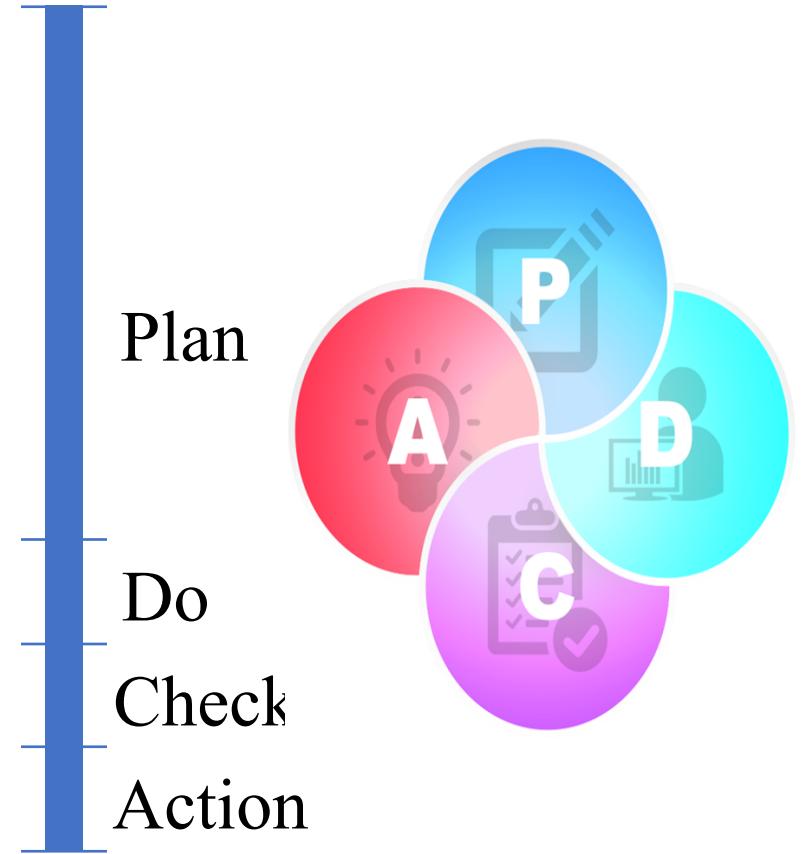
- (8) 新たな仕組み・制度を定着させ、習慣化される新たな文化を醸成する。

# B型肝炎再活性化対策

レベル	チームSTEPPS	目標	明文化	測定 分子・分母
1	1-4 ・問題意識の共有 ・チームを作る ・明確な目標 ・ビジョンの周知	•HBs抗原、HBs抗体、HBc抗体の化学療法施行患者の病院全体の検査率の把握 •周知	•チーム内の役割の明文化 •目標ビジョンの明文化	•検査施行患者数 /化学療法施行患者数
2	5-6 ・短期的な成果を計画的に生み出す	•診療科毎の検査率の把握⇒検査率の低い診療科の理由 •システムとの連携 •さらなる周知：医療者の責任が問われる医療過誤の事例になる	•システムと何を連携するか明文化（検査結果の表示法、病院全体の抗体検査実施リストなど）	•各診療科検査数 /各診療科の患者数
3	7 ・取り組みの推進・継続	•抗体陽性患者：3か月毎のフォロー •診療科毎のデータ	•方法（リストの作成法・保管法・3か月毎のチェック・連絡の仕方）の明文化	•できている患者数/抗体陽性患者数
4	8 ・新たな取り組み	•患者に結果を知らせる +カルテ記載	•方法の明文化	•できている患者数 /抗体陽性患者数

# 問題解決8ステップ

1	問題の明確化(背景・目的・問題)
2	現状把握
3	目標設定
4	要因解析
5	対策立案
6	実施
7	成果・効果の確認
8	今後の取り組み・標準化



# 愛知県全体の取り組み：均てん化を実感

---

#1 がん化学療法によるB型肝炎再活性化対策

#2 抗がん剤曝露対策

#3 免疫チェックポイント阻害薬の有害事象対策

2016年3月6日(日)  
(第3会場: 歯科安全/医療安全) 医学部2号館本館1階講堂

14:30~16:00 (PSP11:医療安全パネル討論会) 地域が医療安全を担保するPDCAサイクルの構築  
～愛知県がん診療連携拠点病院協議会PDCAサイクル推進検討部会の取り組み～  
オルガナイザー: 河田 健司 (藤田保健衛生大学医学部臨床腫瘍科)  
長尾 能雅 (名古屋大学付属病院医療の質・安全管理部教授、同副院長)

(PSP11-1) 愛知県がん診療連携拠点病院協議会PDCAサイクル推進検討部会の取り組み  
河田 健司 (藤田保健衛生大学医学部臨床腫瘍科)

(PSP11-2) PDCAサイクルを活用したがん化学療法における安全対策への取り組み  
抗がん剤の職業曝露防止について  
松浦 美聰 (名古屋第二赤十字病院 看護部)

(PSP11-3) HBV再活性化対策を通したがん診療の均てん化の推進～愛知県薬剤師分科会の取り組み～  
黒田 純子 (名古屋市立大学病院 薬剤部)

討論: チーム作りの実際、職種毎の分科会、および地域が均てん化を担保するシステムについて

# 愛知県がん拠点病院のPDCAサイクル取り組み数の推移

	2015年 5月 24病院	2015年 10月 26病院	2016年 6月 27病院	2017年 2月 27病院	2017年 9月 28病院	2018年 2月 28病院	2018年 7月 28病院
取り組の 総数 <b>中央値</b> (幅)	133 <b>4</b> (1-15)	166 <b>5</b> (1-15)	187 <b>6</b> (1-15)	210 <b>7</b> (2-19)	220 <b>8</b> (2-18)	203 <b>6</b> (2-18)	222 <b>8</b> (2-19)



# 愛知県がん拠点病院(28施設) PDCAサイクル取り組み数の推移: 均てん化の傾向

