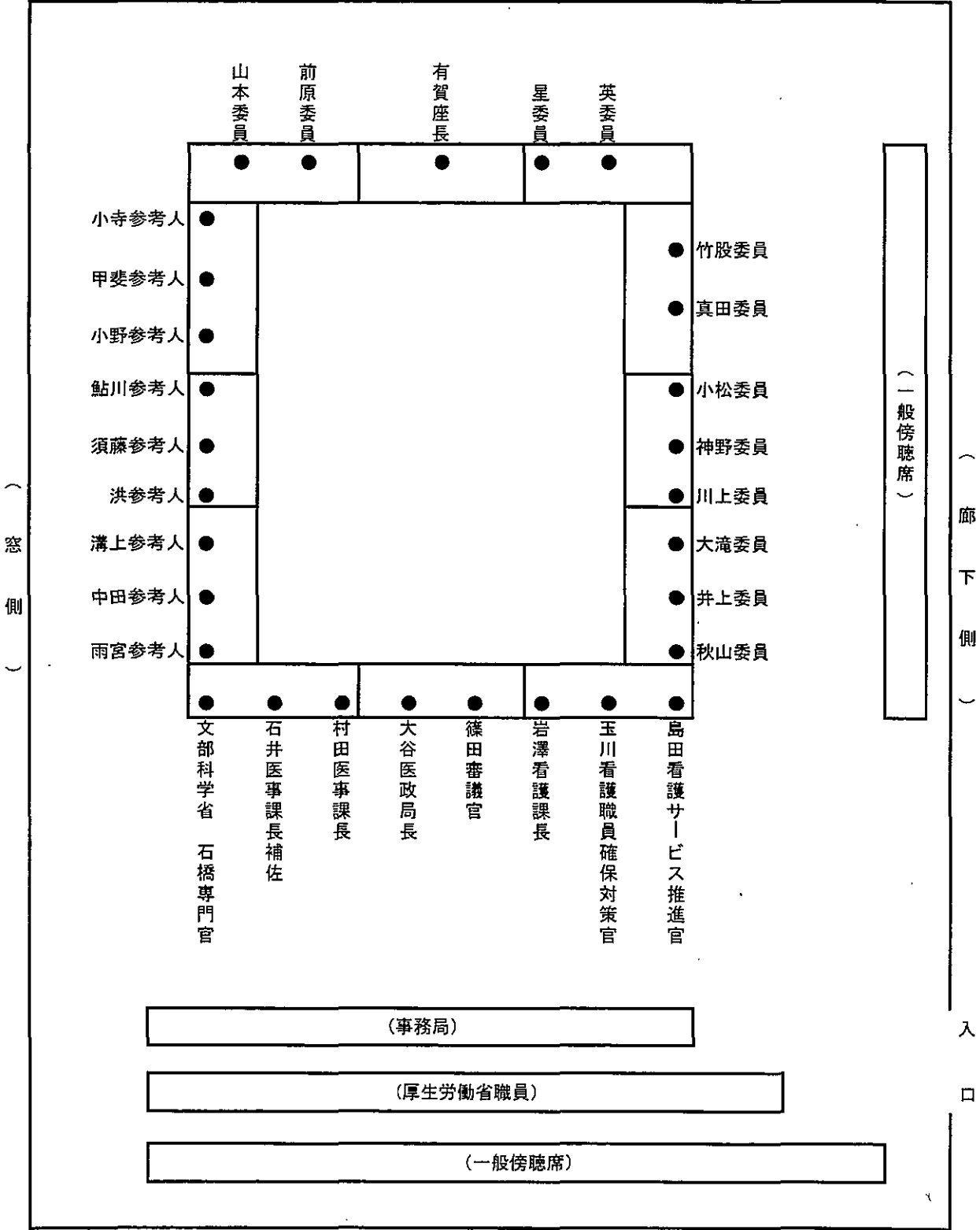


第12回 チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ
配置図

平成23年4月13日(水)
10時00分～12時00分
厚生労働省専用第23会議室(19階)



平成 23 年度 特定看護師（仮称）業務試行事業 申請施設一覧

(3 月 30 日現在)

申請施設名（都道府県）	事業対象の看護師の養成課程名
医療法人小寺会 佐伯中央病院（大分県）	大分県立看護科学大学大学院（老年）
医療法人小寺会 介護老人保健施設 鶴見の太陽（大分県）	大分県立看護科学大学大学院（老年）
飯塚病院（福岡県）	日本看護協会 看護研修学校（救急）
独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター（北海道）	日本看護協会 看護研修学校（感染管理）

平成 23 年度 厚生労働省
特定看護師（仮称）業務試行事業 申請書

平成 23 年 3 月 28 日

厚生労働省 チーム医療推進会議

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ 御中

申請施設名： 医療法人小寺会 佐伯中央病院

管理責任者： XXXXXXXXXX

所在地：大分県佐伯市常盤東町 6 番 30 号

連絡先：Tel. : 0972-22-8846

E-mail: XXXXXXXXXX

担当者： XXXXXXXXXX

以下について、特定看護師（仮称）業務試行事業に申請いたします。

I) 実施施設について

施設名	
医療法人小寺会 佐伯中央病院	
施設の概要	
代表者名	小寺 隆
病床数	(149) 床
診療科目	内科・糖尿病内科・循環器内科・消化器内科・呼吸器内科・心療内科 緩和ケア内科・整形外科・形成外科・リハビリテーション科
医師数	(14) 名 (非常勤含む)
看護職員数	(111) 名 (非常勤含む)

管理責任者について	
氏名	XXXXXXXXXX
職種	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
役職	病院長

安全に係る管理体制について						
安全管理体制に係わる組織の有無	有 無 添付資料 1 佐伯中央病院組織図 添付資料 2 医療安全管理指針 添付資料 3 佐伯中央病院医療安全推進委員会規約 添付資料 4 佐伯中央病院医療安全管理委員会規約					
安全管理体制に係る組織の構成員の人数	医師 (2) 名、看護師 (7) 名 薬剤師 (1) 名、その他 (8) 名					
安全管理体制に係る組織の主な構成員（最低医師 1 名を含み、主な構成員 3 名まで記入）	職種	名前			職位	
	医師	[REDACTED]			病院長	
	看護師	[REDACTED]			副院長兼看護局長	
	病院事務	[REDACTED]			事務長	
本事業に係わる担当医の人数	(5) 名					
本事業に係わる担当医	名前	診療科	臨床経験年数	専門医取得の有無	臨床研修指導医資格の有無	安全管理体制に関わる組織構成員
	[REDACTED]	内科	4 1	有 無	有 無	○
	[REDACTED]	内科	1 1	有 無	有 無	○
	[REDACTED]	整形外科 形成外科	3 8	有 無	有 無	
	[REDACTED]	内科 産婦人科	3 7	有 無	有 無	○
	[REDACTED]	内科	2 3	有 無	有 無	
安全管理に係る緊急時の対応手順（※院内での既存のものを添付書類とすることも可）	1：初動体制：院内コードブルーにて医師の応援を求め、患者の急変時に備えた体制を整える。 ※ 事業対象看護師が医行為実施中、医療事故（患者影響レベル 3 b 以上）が発生した場合、BLS(Basic Life Support)に則り、他のスタッフ（看護師等）と協力し、処置を行なうと同時に担当医に連絡し、担当医と共にICLS(Immediate Cardiac Life Support)に則り患者の救命処置を行なう。 2：病院内における事故などの報告：速やかに、上司へ報告し、定められた様式で文書（インシデント・アクシデント報告書）でも提出する。 3：患者・家族への対応：患者・家族に対しては早期に事故説明等を行なう。 4：事実経過の記録：患者の状況・処置の方法・患者及び家族への説明内容等診療録及び看護記録等に詳細に記載する。 5：事故の分析と評価：事故について分析し、厚生労働省へ所定の書類を用いて事故報告を行なう。					

	添付資料 5 医療事故・医療訴訟対応
院内報告制度等の整備状況（※院内での既存のものを添付書類とすることも可）	添付資料 6 インシデント・アクシデント報告体制 添付資料 7 患者影響レベル 添付資料 8 医療事故発生時の連絡体制 添付資料 9 ヒヤリハット分析シート 報告を求める事例は以下とする 1：明らかに誤った医療行為や管理上の問題により、患者が死亡若しくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例。 2：明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、患者が死亡若しくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例。 3：その他、警鐘的意義が大きいと医療機関が考える事例。等

他施設との連携	
安全管理体制に係る他施設との連携の有無	有 ☒ 無 ☐
※上記質問で「有」を選択した場合のみ下記を記載ください。	
連携施設名	
上記施設との具体的連携方法	

II）事業対象となる看護師について（※以下は1名毎に記載）

『特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程』（修士・研修）の修了について	
「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」の修了状況	☒ 修了 ☐ 修了予定
上記修了（予定）の実施課程名	大分県立看護科学大学大学院 博士前期課程NPコース修了

勤務体制（所属等も含む）	
雇用体制	☒ 常勤 ☐ 非常勤
配属部署	☒ 看護部 ☐ 院長（施設長）直属 診療科 その他（ ）
主な活動予定場所（可能であれば診療科名も記入）	☒ 病棟 ☐ 内科・形成外科・整形外科・緩和ケア ☒ 外来 ☐ 内科・形成外科・整形外科・救急外来 その他（ ）

業務範囲

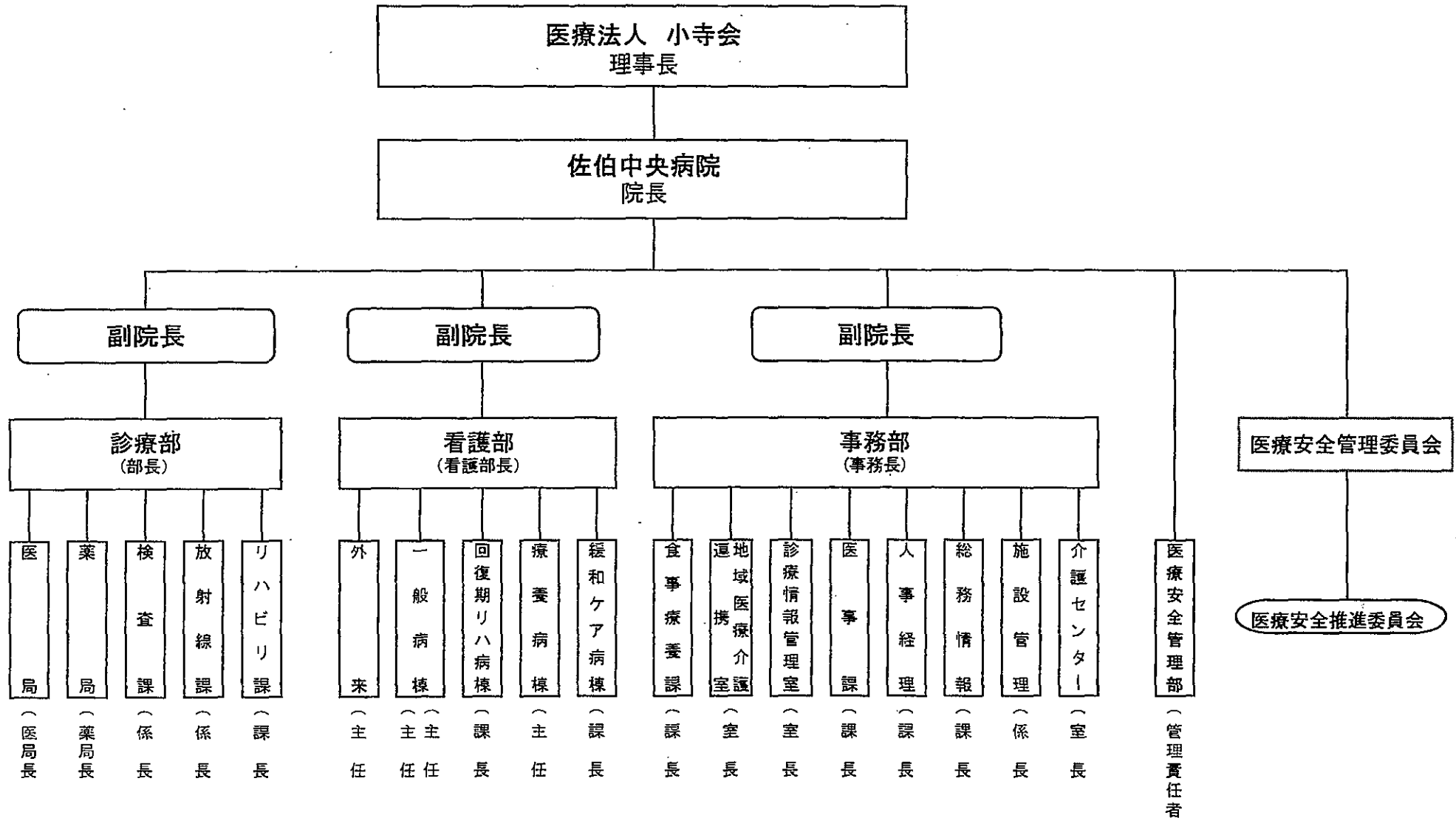
※業務範囲は「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」において習得した業務・行為のみが対象となります

実施予定の業務・行為	以下の業務・行為を医師の包括的指示のもとで実施する。 ○慢性疾患（糖尿病、高血圧症、慢性閉塞性肺疾患（COPD）等）および軽微な症状（腰痛、便秘、下痢など）を持つ患者に対して、包括的に健康アセスメントを行い、スムーズな診療につなげていく。 <u>上記患者のアセスメントに必要な検査</u> ・ 腹部・心臓超音波検査の決定・実施・一次的評価 ・ 12誘導心電図実施の決定、実施・一次的評価 ・ 感染症、真菌検査の実施の決定、実施・一次的評価 ・ スパイロメトリー実施の決定 ・ 単純X線、CT、MRI 検査の実施決定・一次的評価 ・ 直接動脈穿刺による採血 ・ 眼底検査の実施の決定、実施 ・ 治療効果判定の為の検体検査実施の決定及び結果の一次的評価 ・ 微生物検査（細菌）実施の決定 ・ ACT の測定時間の決定 ・ 血流検査の実施の決定、実施・一次的評価 ・ トリアージの為の検体検査実施の決定及び結果の一次的評価 <u>アセスメントに基づく必要な処置、薬剤の選択と使用</u> ・ 糖尿病足病変予防の為の処置等の実施 - 創部洗浄・消毒 - 巻爪処置（ニッパー、ワイヤーを用いた処置） - 皮下膿瘍の切開・排膿：皮下組織まで - 表創（非感染創）の縫合：皮下組織まで - 体表面創の抜糸・抜釘 ・ 褥瘡の壊死組織に対するデブリードマン（皮下組織の範囲） ・ 電気凝固メスによる止血（褥瘡部） ・ 皮膚表面の麻酔（注射） ・ 自己血糖測定開始の決定 ・ 薬剤の選択・使用 【投与中薬剤の病態に応じた使用】 - 高脂血症用剤、降圧剤、利尿剤、糖尿病治療薬、高カロリー輸液 【臨時薬】 - 糖質・電解質輸液、下剤、胃薬、整腸剤、制吐剤、止痢剤、鎮痛剤、解熱剤、インフルエンザ薬、外用薬、創傷被覆材、睡眠剤、抗精神病薬、抗不安薬、 - 感染徴候時の薬物の選択、 - 血糖値に応じたインスリン投与量の判断（緊急時対応の場合） ・ 人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施
------------	--

	・ 痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整：WHO 方式がん疼痛治療薬など ○インフルエンザワクチンの予防接種 ・ 予防接種実施判断及び実施 ○胃瘻チューブ・ボタンの交換 ○尿道留置カテーテルの挿入・抜去の決定 添付資料 10 包括的アセスメント・医療処置管理プロトコール
--	---

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業（修士・研修）」実施課程との連携体制	
1：	病院での実施状況について大学院関係者を含めた会議を実施予定（1回／3ヶ月） 担当者：大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究室教授 ■■■■■ 氏
2：	特定看護師（仮称）養成調査試行事業で対象となった医行為項目の評価表を参考に、病院などでの実施行為評価結果を作成し、大学院に報告する。
3：	本事業に係わる医師と特定看護師（仮称）によるカンファレンスを実施予定（1回／週） これをもとに大学院関係者を含めた会議に臨む。
4：	特定看護師の日頃の状況の報告・連絡・相談は、随時メールで連携を取る。

佐伯中央病院 組織図



医療安全管理指針

第4版

平成19年4月2日

佐伯中央病院

目 次

1 : 基本理念	1
2 : 用語の定義	2
3 : 医療安全管理委員会の設置	2
4 : 安全確保を目的とした改善方策	3
5 : 安全管理マニュアル等	4
6 : 医療安全管理のための研修	5
7 : 事故発生時の対応	5
8 : その他	6

佐伯中央病院 医療安全管理指針

制定 平成 14 年 8 月 21 日

改訂 平成 16 年 4 月 01 日

改訂 平成 17 年 4 月 01 日

改訂 平成 19 年 4 月 02 日

1：総則

1－1 基本理念

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意等が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。本院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員の積極的な取組みを要請する。

1－2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事例も含む

(2) 本院

佐伯中央病院

(3) 職員

本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(4) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者

(5) 医療安全推進者

医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長の指名により、本院全体の医療安全管理を中心的に担当する者

(医療安全管理者、医療安全推進者を含む)

1－3 組織および体制

本院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき本院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理責任者
- (2) 医療安全推進者
- (3) 医療安全管理委員会
- (4) 医療安全推進委員会
- (5) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (6) 医療に係る安全管理のための研修

2：医療安全管理委員会

2－1 医療安全管理委員会の設置

本院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

2－2 委員の構成

- (1) 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。
 - ① 院長
 - ② 副院長
 - ③ 各診療科部長
 - ④ 看護部長
 - ⑤ 薬剤部長
 - ⑥ 事務長
 - ⑦ 医事課長
 - ⑧ 医療安全推進者（各部署責任者）
- (2) 医療安全管理委員会の委員長は副院長が務め、副院長に事故あるときは事務長がその職務を代行する。
- (3) 委員の氏名および役職は（院内掲示等の方法により）、公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。

2－3 任務

医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理委員会の開催および運営
- (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討および職員への周知
- (3) 院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項

2-4 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回程度、定例的に開催およびするほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (2) 委員長は、委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保管する。
- (3) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告する。

3：報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

3-1 報告とその目的

この報告は医療安全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料とすることのみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、①本院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

3-2 報告にもとづく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、本院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、概ねそれぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

① 医療事故

⇒医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合は、発生後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全推進者→院長へと報告する。

② 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに上席者または医療安全推進者へ報告する。

③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、上席者または医療安全推進者へ報告する。

(2) 報告の方法

① 前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う。ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者の救命処置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。

② 報告は、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成する。

- ③ 自発的報告がなされるよう上席者は報告者名を省略して報告することができる。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、医療の安全管理上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、本院の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は、すでに策定した改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを常に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

3-4 その他

- (1) 院長、医療安全推進者および医療安全管理委員会の委員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本項の定めにしたがって報告を行った職員にたいしては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。

4：安全管理のための指針・マニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、本院において以下の指針・マニュアル等（以下「マニュアル等」という）を整備する。

- (1) 院内感染対策指針
- (2) 医薬品安全使用マニュアル
- (3) 輸血マニュアル
- (4) 褥瘡対策マニュアル
- (5) その他

4-2 安全管理マニュアル等の作成と見直し

- (1) 上記のマニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアル等は、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアル等は、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告する。

4-3 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2) 安全管理マニュアル等の作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論においては、すべての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

5：医療安全管理のための研修

5-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、1年に2回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的の実施する。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針[5-1](1)号の定めにかかわらず、本院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、2年間保管する。

5-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

6：事故発生時の対応

6-1 救命処置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には可能な限り、まず、本院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また、本院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

6-2 院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、上席者を通じてあるいは直接に病院長等へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 病院長は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実および報告の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-3 患者・家族・遺族への説明

- (1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。
患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。
- (2) 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

7：その他

7-1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全推進者、医療安全管理委員会を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。
- (2) 本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

7-3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。また、本指針についての照会には医療安全推進者が対応する。

7-4 患者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

(付則)

1：この指針は、平成19年4月2日改正施行する。

佐伯中央病院医療安全管理委員会 規約

(名称)

第1条 本会は「医療安全管理委員会（以下「委員会」とする。）」と称する。

(活動内容)

第2条 委員会の活動内容は以下の通りとする。

- ①医療安全ヒヤリ・ハット報告・医療事故報告書の提出を励行する
- ②医療安全に対する職員への周知徹底及び教育に関する事
- ③医療に係わる安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因・再発防止策の検討及び職員への周知
- ④医療事故防止の方法及び医療体制改善方法についての検討・提言を行なう
- ⑤現場でのリスクマネジメント教育に努める
- ⑥その他医療事故の確保に関する事

(構成)

第3条 委員会は、委員長1名、副委員長1名、各部署の責任者による委員によって構成される。
加えて必要に応じ、委員以外の職員を招集することもできる。

(委員長・副委員長)

第4条 委員長は病院長が務め、副委員長は医療安全推進委員会の委員長が担当する。

(構成員の任期)

第5条 原則1年とし、再任は妨げない。但し、任期途中で欠員が発生した場合は、後任者は前任者の残した任期を引き継ぐものとする。(役職者の任期に応じる)

(委員会)

第6条 委員会は委員長（委員長が出席できず、委任した場合は副委員長）が招集するものとし、議長は副院長が務める。また、委員の2分の1以上の出席により委員会が成立するものとする。委員会は毎月最終週の月曜日17:00～開催するものとする。

(議事内容の決定)

第7条 委員会開催における議事内容の可否決については、出席者の過半数を持って決定するものとし、同数の場合は議長がこれを決する。当院全体の方針に関する決議案については、業務提案として運営会議の承認を得るものとする。

(記録及び開示)

第 8 条 委員会の議事は副院長又は委員長が指名した者が議事録として記録し、委員長が管理する。また、議事録について開示を求められた場合には、個人情報保護法第 25 条に基づき、速やかに開示すること。

(記録の保管)

第 9 条 委員会の議事録は原則 2 年間は保管しなければならない。

(規程の改正及び廃止)

第 10 条 委員会は、この規程の改正もしくは廃止の必要性があると認める場合は、構成員総数の 3 分の 2 以上の同意を得てこれを行うものとする。

(雑則)

第 11 条 この規程に定めるもののほか、必要な事項が委員会に諮り、別に定める。

附則

この規程は平成 15 年 1 月 21 日より施行する。

平成 16 年 4 月 1 日改訂

平成 17 年 4 月 1 日改訂

平成 18 年 1 月 5 日改訂

平成 19 年 4 月 2 日改訂

佐伯中央病院医療安全推進委員会 規約

(名称)

第1条 本会は「医療安全推進委員会（以下「委員会」とする。）」と称する。

(活動内容)

第2条 委員会の活動内容は以下の通りとする。

- ①医療事故防止対策の検討及び研究に関すること
- ②医療安全院に関わる情報収集に関すること
- ③医療安全ヒヤリ・ハット報告・医療事故報告書の提出を励行する
- ④現場でのヒヤリ・ハット・医療事故の分析・検討・検証・対策立案の中心となる
- ⑤医療安全に対する職員への周知徹底及び教育に関すること
- ⑥医療事故発生防止のための啓発・教育・広報に関すること
- ⑦医療事故防止の方法及び医療体制改善方法についての検討・提言を行なう
- ⑧現場でのリスクマネジメント教育に努める
- ⑨その他医療事故の防止に関すること

(構成)

第3条 委員会は、委員長1名、副委員長1名、各部署から選出された委員によって構成される。

加えて必要に応じ、委員以外の職員を招集することもできる。

(委員長・副委員長)

第4条 委員長は、副院長が務め、副委員長は医療安全管理部専従看護師が担当する。

(構成員の任期)

第5条 原則2年とし、再任は妨げない。但し、任期途中で欠員が発生した場合は、後任者は前任者の残した任期を引き継ぐものとする。

(委員会)

第6条 委員会は委員長（委員長が出席できず、委任した場合は副委員長）が招集するものとし、議長もその者が務める。また、委員の2分の1以上の出席により委員会が成立するものとする。委員会は毎月第4金曜日15:00～開催するものとする。

(議事内容の決定)

第7条 委員会開催における議事内容の可否決については、出席者の過半数を持って決定するものとし、同数の場合は議長がこれを決する。当院全体の方針に関する決議案については、業務提案として理事会の承認を得るものとする。

(記録及び開示)

第8条 委員会の議事は副委員長又は委員長が指名した者が議事録として記録し、委員長が管理する。また、議事録について開示を求められた場合には、個人情報保護法第25条に基づき、速やかに開示すること。

(記録の保管)

第9条 委員会の議事録は原則2年間は保管しなければならない。

(規程の改正及び廃止)

第10条 委員会は、この規程の改正もしくは廃止の必要性があると認める場合は、構成員総数の3分の2以上の同意を得てこれを行うものとする。

(雑則)

第11条 この規程に定めるもののほか、必要な事項が委員会に諮り、別に定める。

附則

この規程は平成14年8月1日より施行する。

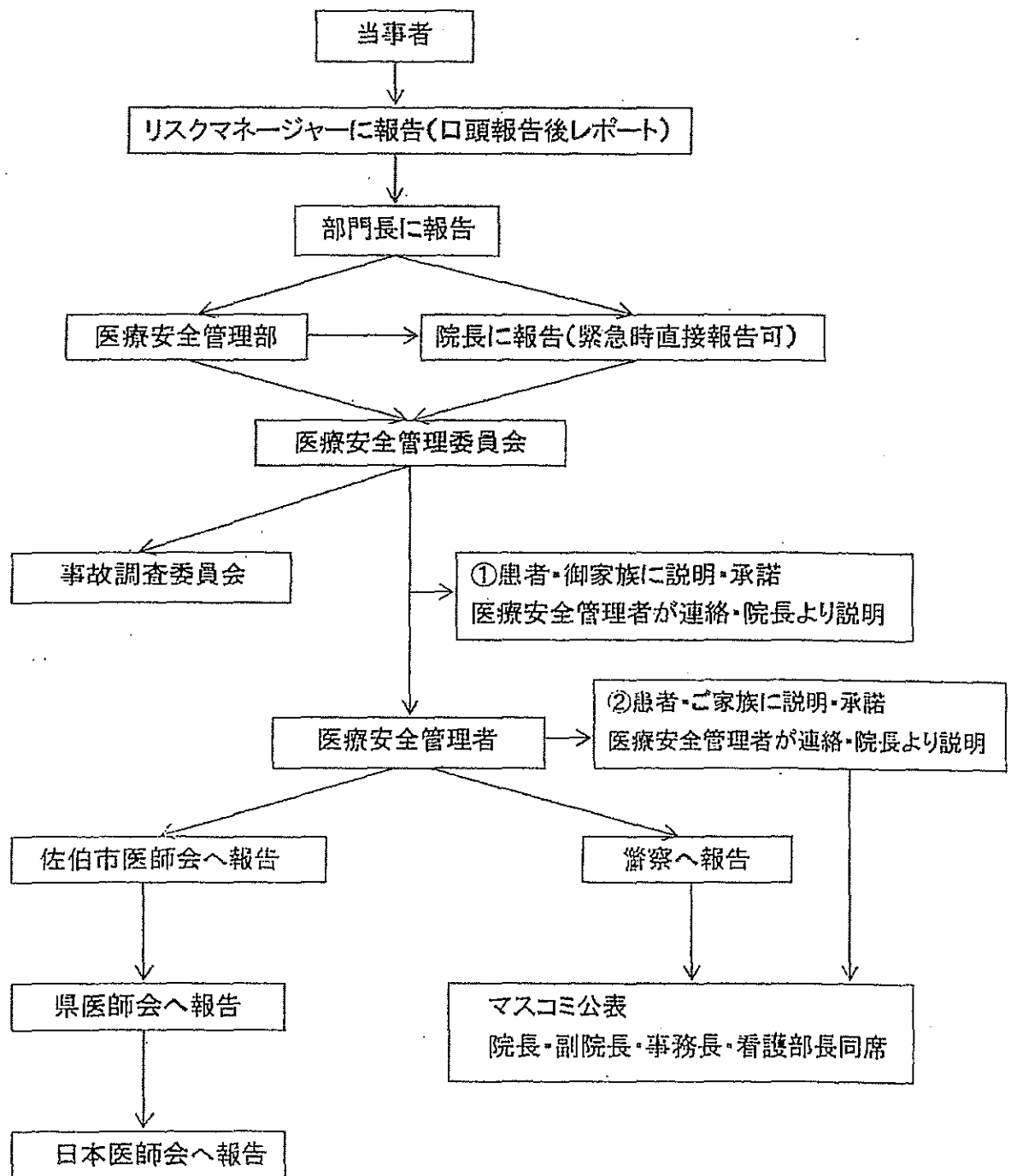
平成16年4月1日改訂

平成17年4月1日改訂

平成18年1月5日改訂

平成19年4月2日改訂

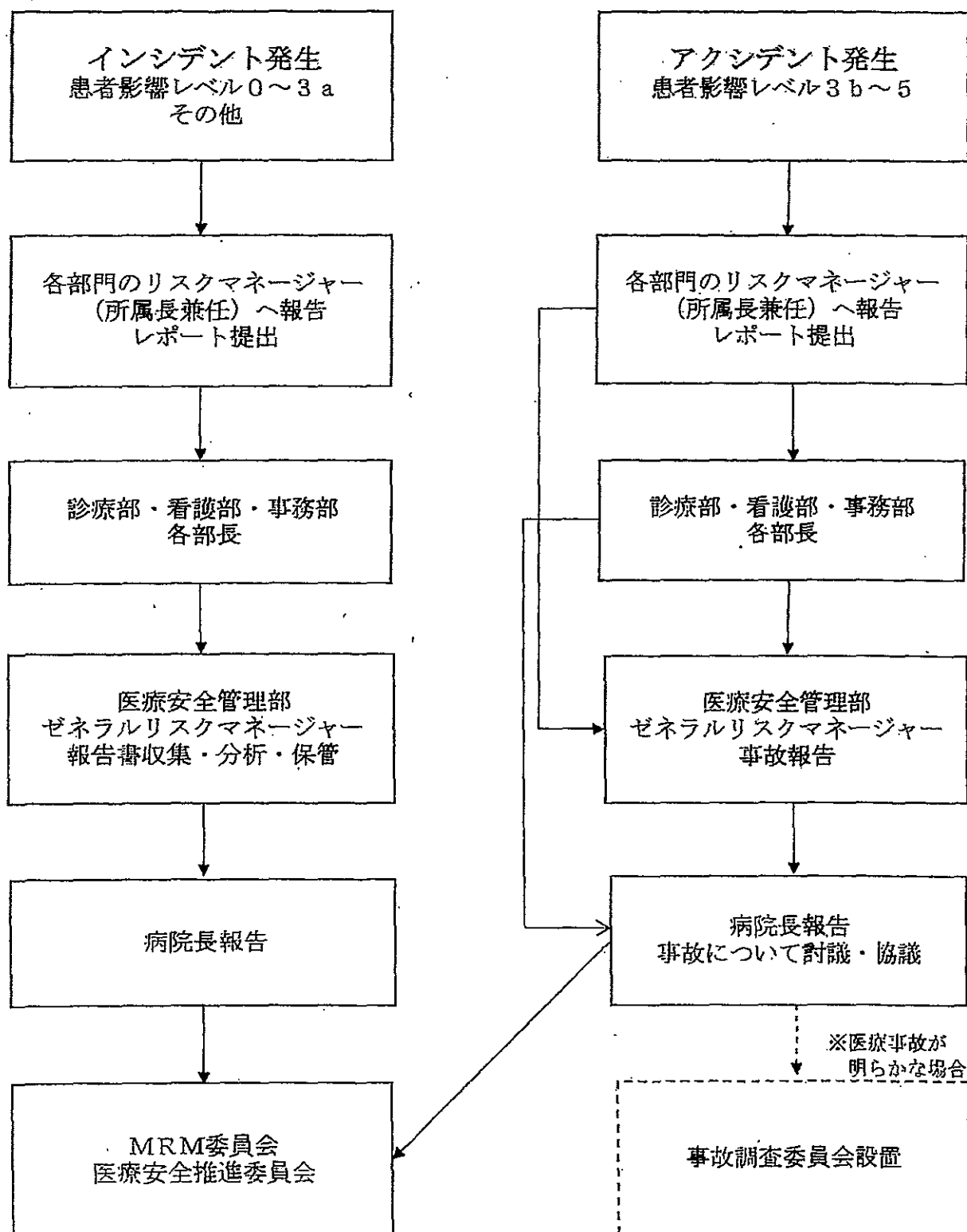
佐伯中央病院(医療事故・医療訴訟対応)



佐伯中央病院 医療安全管理部

平成22年4月1日改訂

インシデント・アクシデント報告体制



※各所属長が、医療安全管理部に提出した報告書を自分の部署で検討するためにコピーした場合は、対応策の書類とともに1年間保管し、その後は医療安全管理部へ返却とする。

平成22年8月改訂 医療安全管理部

添付資料7

【患者影響レベル】

	影響レベル	内容	障害の程度及び ＜継続性＞
インシデント	レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合 (仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された)	なし
	レベル1	誤った行為を実施したが、結果として患者に影響を及ぼすにいたらなかった場合 ・配膳ミス ・投薬ミス (麻薬など影響力の強い薬は除く) など	なし
	レベル2	行った医療又は管理により患者に影響を与えた又は何らかの影響を与えた可能性のある場合 (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) ・インスリン単位 ・薬の種類間違いなど	なし
	レベル3 a	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置が必要になった場合 ・消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの ・皮膚の縫合 ・糖尿病用薬にて低血糖を生じ、血糖測定や処置を行った場合など	軽度 ＜一過性＞
アクシデント	レベル3 b	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合 ・バイタルサインの高度変化 ・人工呼吸器の装着 ・入院日数の延長 ・外来患者の入院 ・手術 ・骨折 など	中・高度 ＜一過性＞
	レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合 ・治療の経過に重大な影響をもたらした事例 ・事故による障害が一生続く場合	高度 ＜永続的＞
	レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	死亡
	その他	自傷殺害、施設構造物、患者・家族への説明、遅刻 など	

※影響レベル3 a までがインシデント事例
レベル3 b 以上がアクシデント事例とする。

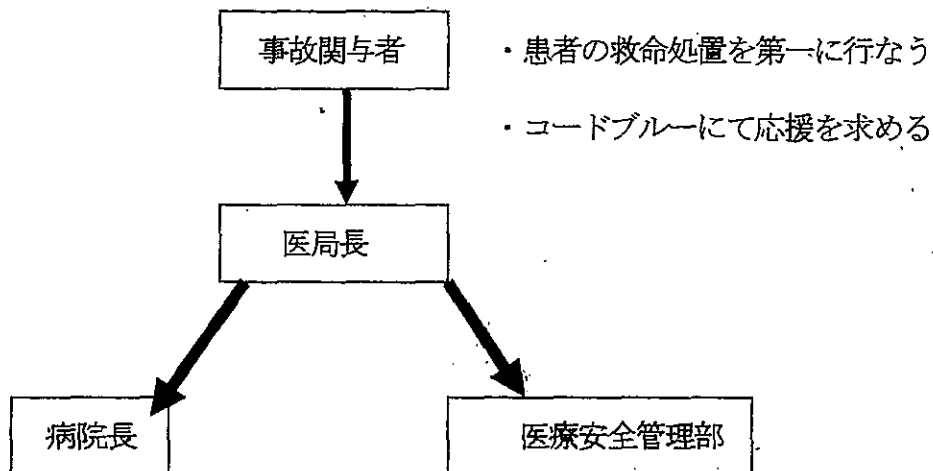
平成22年8月 医療安全管理部

医療事故発生時の連絡体制

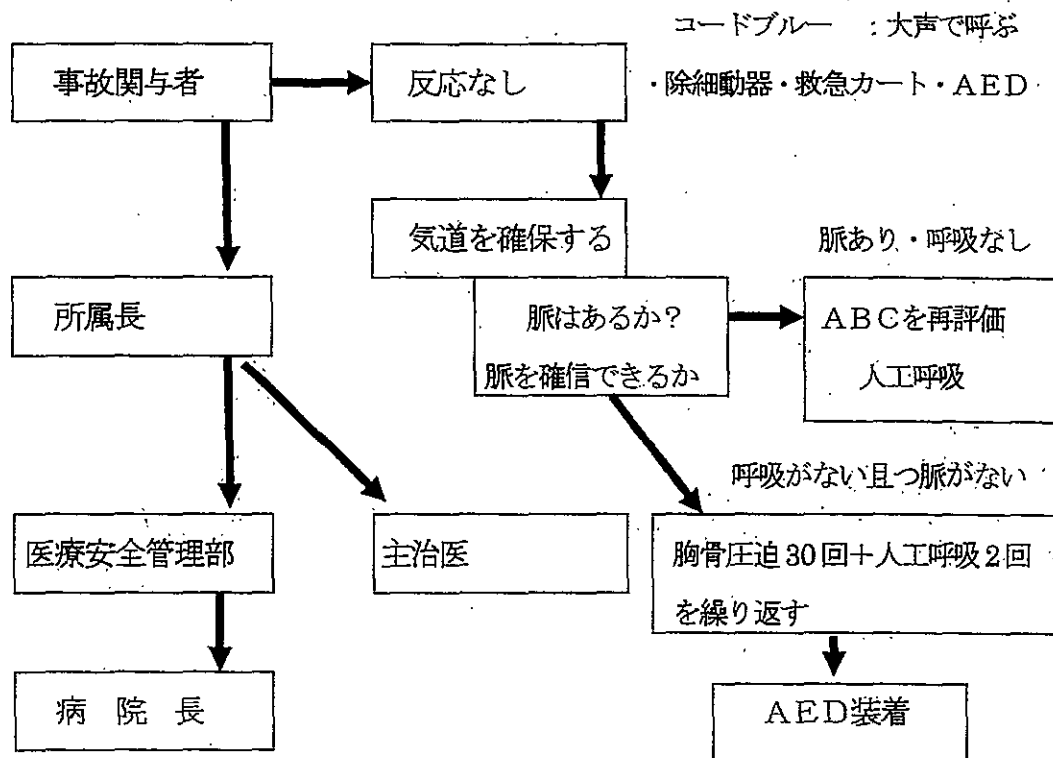
平日勤務時間内の体制

- 1：医療事故が発生した場合は、下記の連絡体制により口頭で直ちに報告する事。
- 2：正確を期する為、後日必ず所定の文書により報告するものとする。

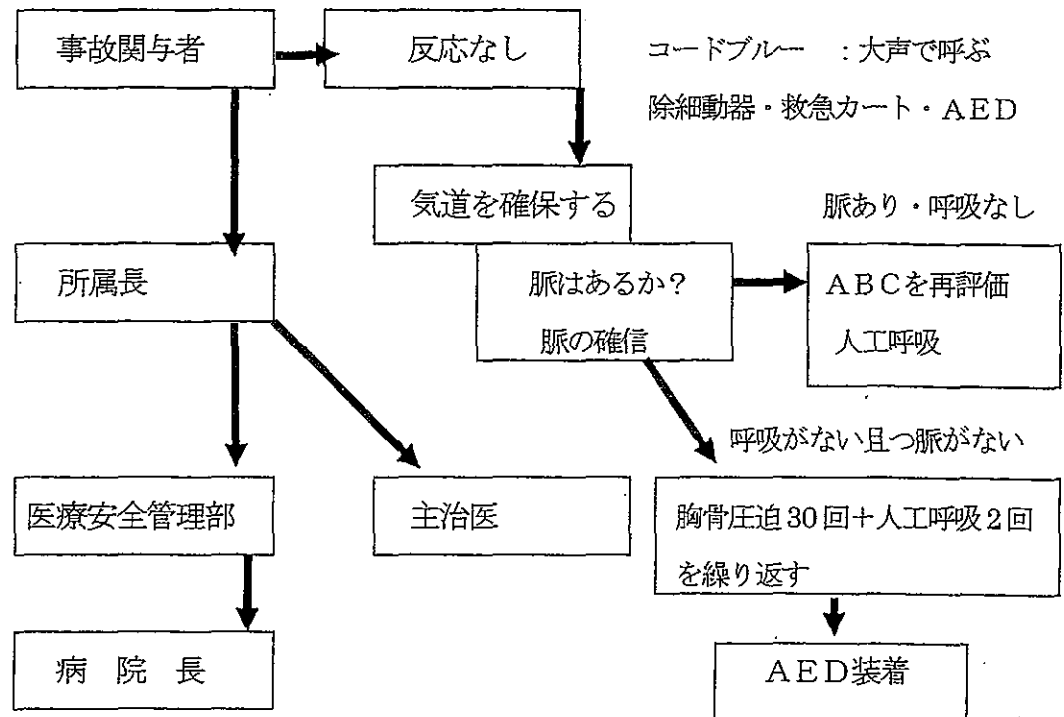
【 医局部門 】



【 診療部門：薬局・検査・放射線科・リハビリ課・治験部 】



【 看護部門 】



※ ABCとは

A : 気動確保 B : 人工呼吸 C : 胸骨圧迫

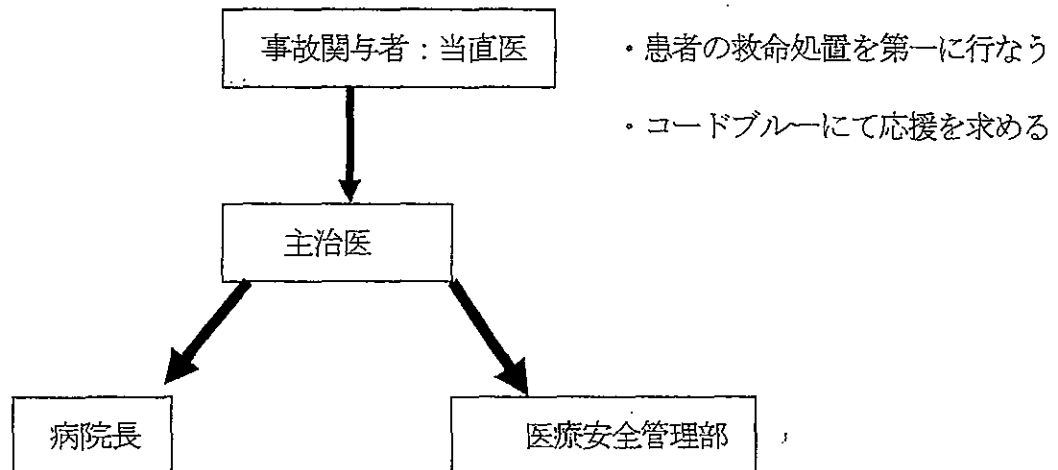
※ 患者影響レベル 3 b 以上は即時、病院長へ報告する。

※ 患者影響レベル 4 以上の場合は、夜間・休日問わず医療安全管理部へ即時報告する事。

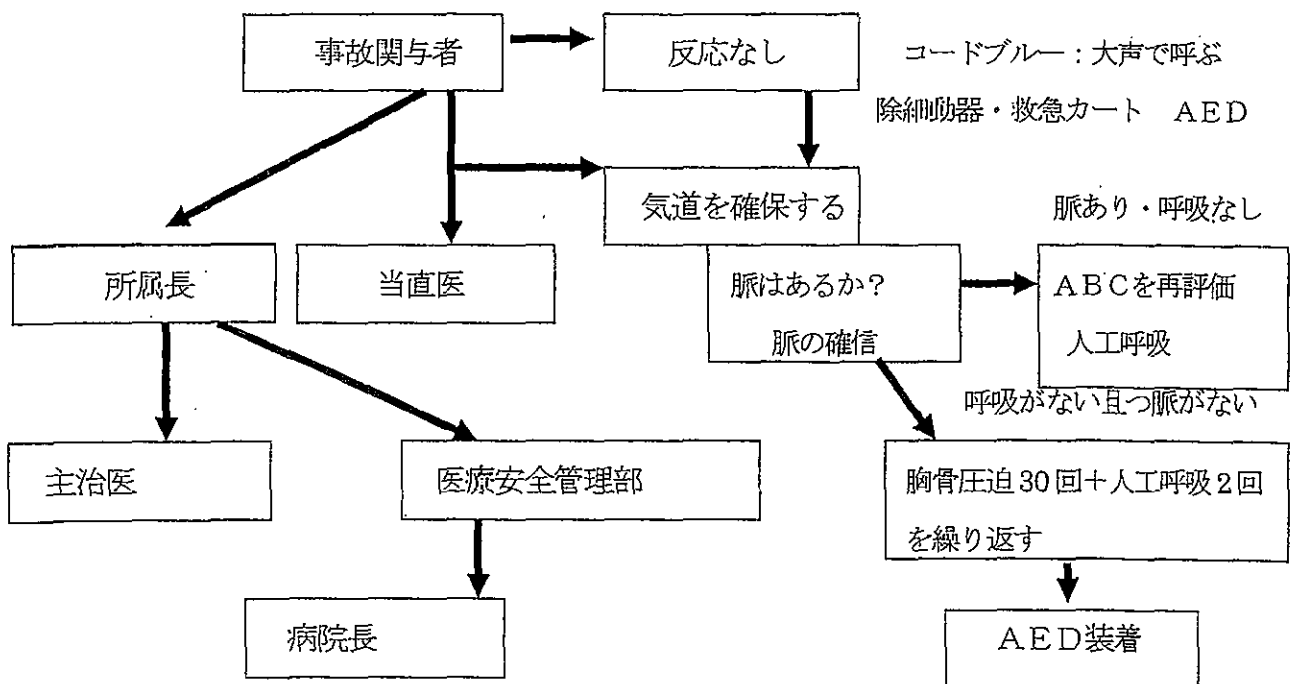
医療事故発生時の連絡体制

夜間・休日の体制

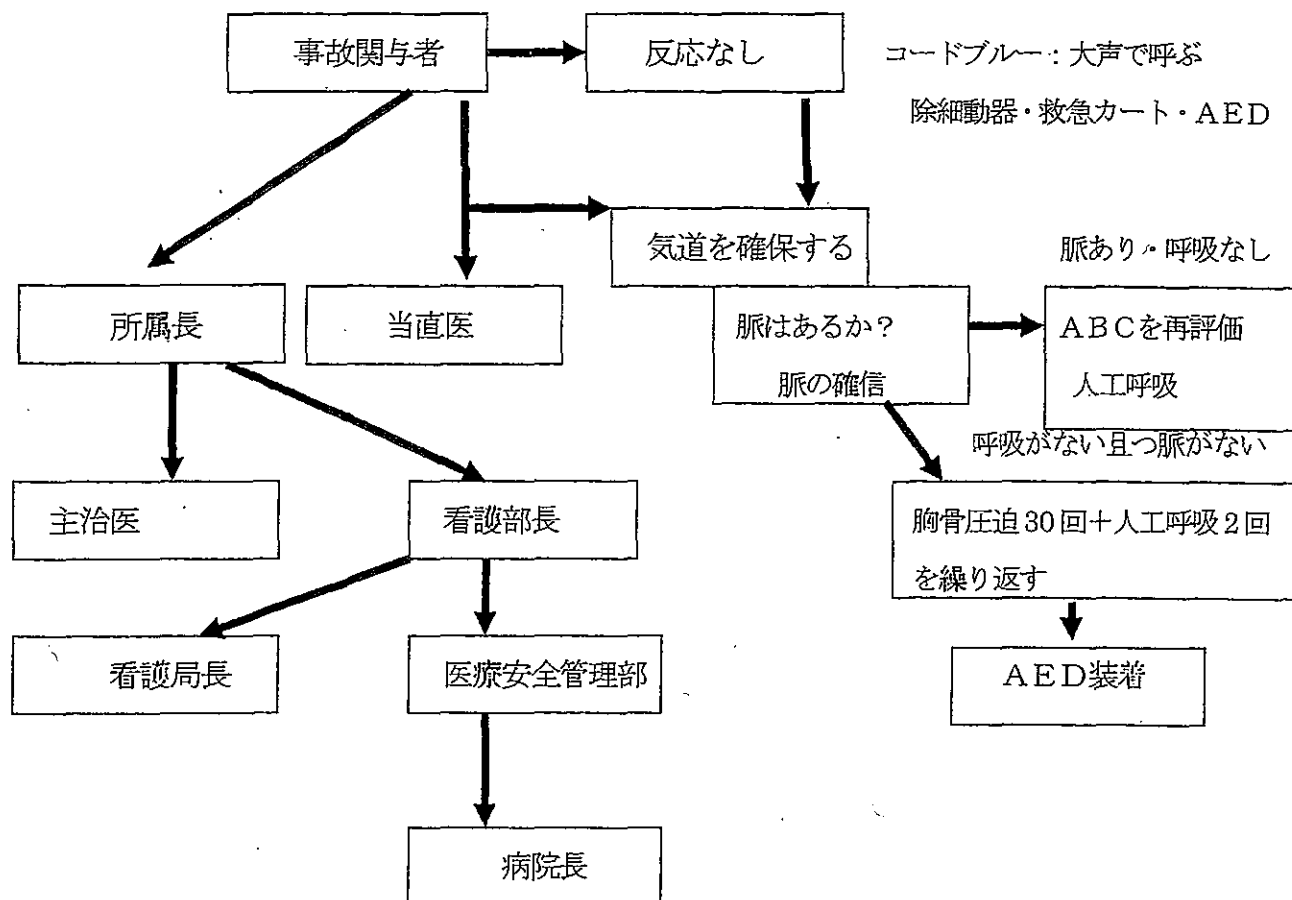
【 医局部門 】



【 診療部門：薬局・検査・放射線科・リハビリ課・治験部 】



【 看護部門 】



※ ABCとは

A：気動確保 B：人工呼吸 C：胸骨圧迫

※ 患者影響レベル3 b 以上は即時、病院長へ報告する。

※ 患者影響レベル4 以上の場合は、夜間・休日問わず医療安全管理部へ即時報告する事。

平成 20 年 4 月 1 日改訂 医療安全管理部

ヒヤリハット分析シート

タイトル

分析日
分析者

事例内容										
発生日時	平成	年	月	日()	発生時間帯	時	分	概要区分	影響レベル	
患者年齢			病名		当事者		経験年数		配属年数	
直前の患者の状態									職種	
発生場所			発生要因							

発生要因分析シート	
人的要因	環境的要因
設備的要因	管理的要因
改善策検討シート	
根本的対策	具体的対策
病院全体に関する対策	

添付資料10

包括的アセスメント・医療処置管理プロトコール

継続治療している2型糖尿病：インスリン非依存状態

(図の二重枠は医師との連携)

事業対象の看護師は包括的アセスメントにて糖代謝の重症化、合併症の有無・進展を把握し、治療・療養指導の継続か変更かを判断し、医師に報告する。治療の変更が必要となる場合は特に迅速に医師と連携し医師の指示の下で診療にあたる。

- 問診 ・高血糖など代謝異常による症状（口渇・多飲・多尿・体重減少・易疲労感）
 ・合併症などが疑われる症状（視力低下、下肢しびれ感、発汗異常、足潰瘍等）
 ・服薬状況またはインスリン注射について
- 測定 ・空腹時血糖値、HbA_{1c}値測定（患者の血糖コントロールの維持の可否）
 ・身長、体重、BMI(Kg/m²)、腹囲、血圧、脈拍
- フィジカルアセスメント
 (糖尿病網膜症、腎症、神経障害の早期発見・発病予防に努める)
- ・腱反射、振動覚、モノフィラメントによる圧覚検査
 - ・瞳孔反応・眼底検査(出血・白斑・新生血管)
 - ・足の皮膚の状態・足病変の有無、足や爪の変形、足の色や温度・血管障害
 - ・末梢浮腫の有無・腸蠕動

検査追加

- 検査（異常がなくても検査追加し合併症検索）
- ・眼底検査（病期により1回/年～1回/1～2カ月）
 - ・尿検査：尿糖、尿ケトン体、尿蛋白、微量アルブミン（1回/3～6カ月）
 - ・心電図

検査追加

- 検査（異常がなくても1～2回/年検査追加し確認）
- ・血液検査：BUN、クレアチニン、総コレステロール、中性脂肪、HDL、血算、CRP
 - ・蛍光眼底検査
 - ・尿検査：尿中蛋白排泄量、Ccr（年1回）
 - ・神経伝導速度、自律神経機能検査(CVRR)
 - ・心エコー、頸動脈エコー、胸部レントゲン

血糖コントロールの目標達成

血糖コントロールの目標不達成

所見の変化なし

異常所見あり

所見の変化なし

異常所見あり

- ・食事療法・運動療法・薬物療法の相談・助言
- ・禁煙指導、フットケア

医師にアセスメントを報告および判断した根拠と必要な治療の選択を確認し実施する(下記範囲内で)
 食事指示カロリー・運動・経口血糖降下薬
 (速効型インスリン分泌促進薬、α-グルコシダーゼ阻害薬、ビッグアナイド薬、チアゾリジン薬)

(血糖コントロール不良、合併症発現の可能性あり)

医師にアセスメント報告
 医師診療へつなぐ

- ・医師の診療後に所見と診療内容を確認
- ・今後の診療計画の相談(事業対象看護師)が継続して診療するか)

事業対象の看護師は、鑑別診断に必要な下記の初期診察と検査を行い、医師の診療につなぐ

- ・問診：現病歴（外傷機転：外力の加わった部位・方向・大きさに関する情報・鈍的・鋭的・圧迫の有無と時間、疼痛の有無・強さ、尿失禁の有無、既往歴、服薬歴（抗凝固薬などの服薬の有無）
フィジカルアセスメント
- ・バイタルサインの測定
- ・視診：変形・腫脹、皮膚の色調変化、打撲痕、擦過傷、開放創の有無、出血の有無、擦過傷の有無、（皮下）血腫の有無、打撲痕、開放傷の有無、関節内血腫の有無、タイヤ・シートベルト痕、腹部膨満、
まず開放しているか、何が見えているか、出血しているか、色はどうか、汚れているか、膨れているか？
- ・聴診：呼吸音、心音、血管音、腸蠕動音、気胸の有無、胸水貯留の有無、呼吸音、心音、蠕動音、血流音（どこでも）
- ・打診：肺打診音の変化、腹部打診による濁音（腹腔内出血）、肝濁音界の消失の有無、
- ・触診：腹部圧痛・筋性防御の有無、表在血管の拍動、自他動運動制限、皮下気腫、皮下血腫、末梢冷感、皮膚感覚（温痛覚、触圧覚）、運動（MMT、離握手）柔らかいか、硬いか、握雪感？、拍動は？、冷たいか？、曲がるか？

検査

- ・X-P（胸部、腹部、四肢、脊椎、骨盤）
- ・血液検査（CBC：K, P, など電解質、生化学：乳酸、CPK, ミオグロビン, サイトカイン, CRP, ESR）
- ・尿検査（潜血、タンパク、ウロビリノーゲンなど）
- ・腹部エコー（腹部外傷があれば）
- ・CT

1. まずバイタル！→BLSに則り対応

生命の危機が少ないようであれば次観察

2. 傷の評価

3. 血行の評価

4. 機能の評価（動くか？何が不可能か？）を行う。

（時間をかけても見過さないこと）

縫合が必要と判断される場合、医師に報告し、医師の指導の下、十分な洗浄後、縫合または開放包交

その他はシーネを当て腫脹の度合いと血行に留意し、医師に報告する

動脈損傷を疑う徴候、開放創、気胸、心タンポナーデ、剥皮傷などがない打撲痕の場合

動脈損傷を疑う徴候

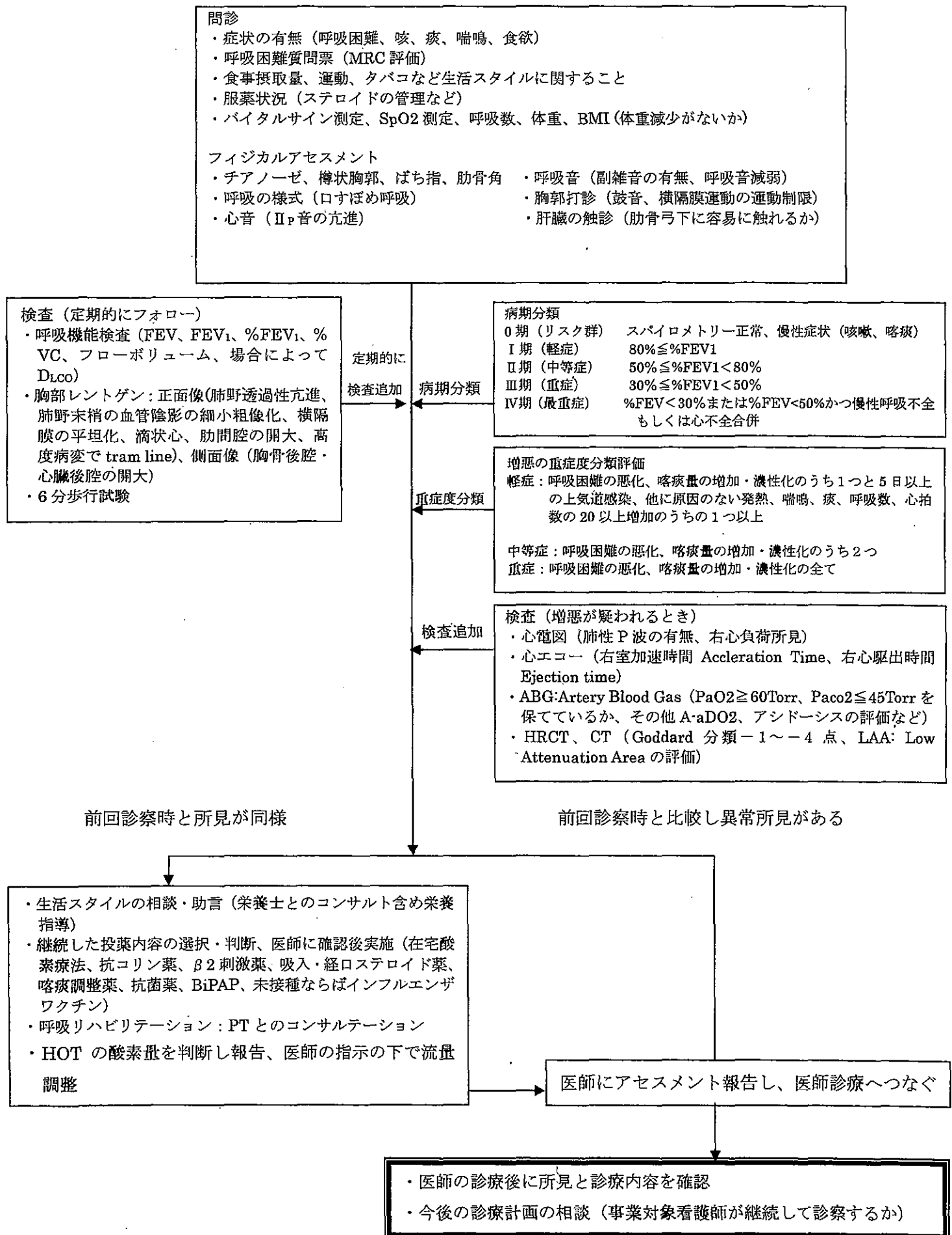
- ・末梢動脈拍動消失、減弱
- ・大量の外出血
- ・進行性、拍動性血腫
- ・スリルの触地、連続雑音
- ・末梢虚血徴候

陽性

医師にアセスメントを報告および判断した根拠と必要な治療の選択を確認し実施する。

- ・消炎鎮痛剤の選択・実施 NSAIDS、
- ・シーネ・コルセットによる外固定
- ・外用薬の選択・実施

医師にアセスメント報告、医師診療へつなぐ



参考資料

■鑑別すべき疾患

1. 上気道疾患
咽頭炎、喉頭蓋炎、vocal cord dysfunction (VCD)
2. 中枢気道疾患
気管内腫瘍、気道異物、気管軟化症、気管支結核、サルコイドーシス
3. 気管支～肺胞領域の疾患
びまん性汎細気管支炎、肺線維症、過敏性肺炎
4. 循環器疾患
うっ血性心不全、肺血栓塞栓症
5. アンギオテンシン変換酵素阻害薬などの薬物による咳
6. その他の原因
自然気胸、迷走神経刺激症状、過換気症候群、心因性咳嗽
7. アレルギー性呼吸器疾患
アレルギー性気管支肺アスペルギルス症、アレルギー性肉芽腫性血管炎 (Churg-Strauss 症候群)、好酸球性肺炎

(喘息予防・管理ガイドライン 2006 より一部改変)

■呼吸困難（息切れ）を評価する質問票例（MRC）

グレード0	激しい運動をした時だけ息切れがある。
グレード1	平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。
グレード2	息切れがあるので、同年代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。
グレード3	平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。
グレード4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

注) 上記の息切れスケールはATS/ERS 2004に従った。呼吸リハビリテーションの保険適用における息切れスケールは1、2、3、4、5であるため、+1を加算して評価する

■COPD 増悪の重症度分類

軽 症	呼吸困難の悪化、喀痰量の増加、喀痰の膿性化のうち1つと、5日以内の上気道感染、他に原因のない発熱、喘鳴の増加、咳の増加、呼吸数あるいは心拍数の20%以上の増加のうち1つ以上
中等症	呼吸困難の悪化、喀痰量の増加、喀痰の膿性化のうち2つ
重 症	呼吸困難の悪化、喀痰量の増加、喀痰の膿性化のすべて

■入院を考慮すべき状態

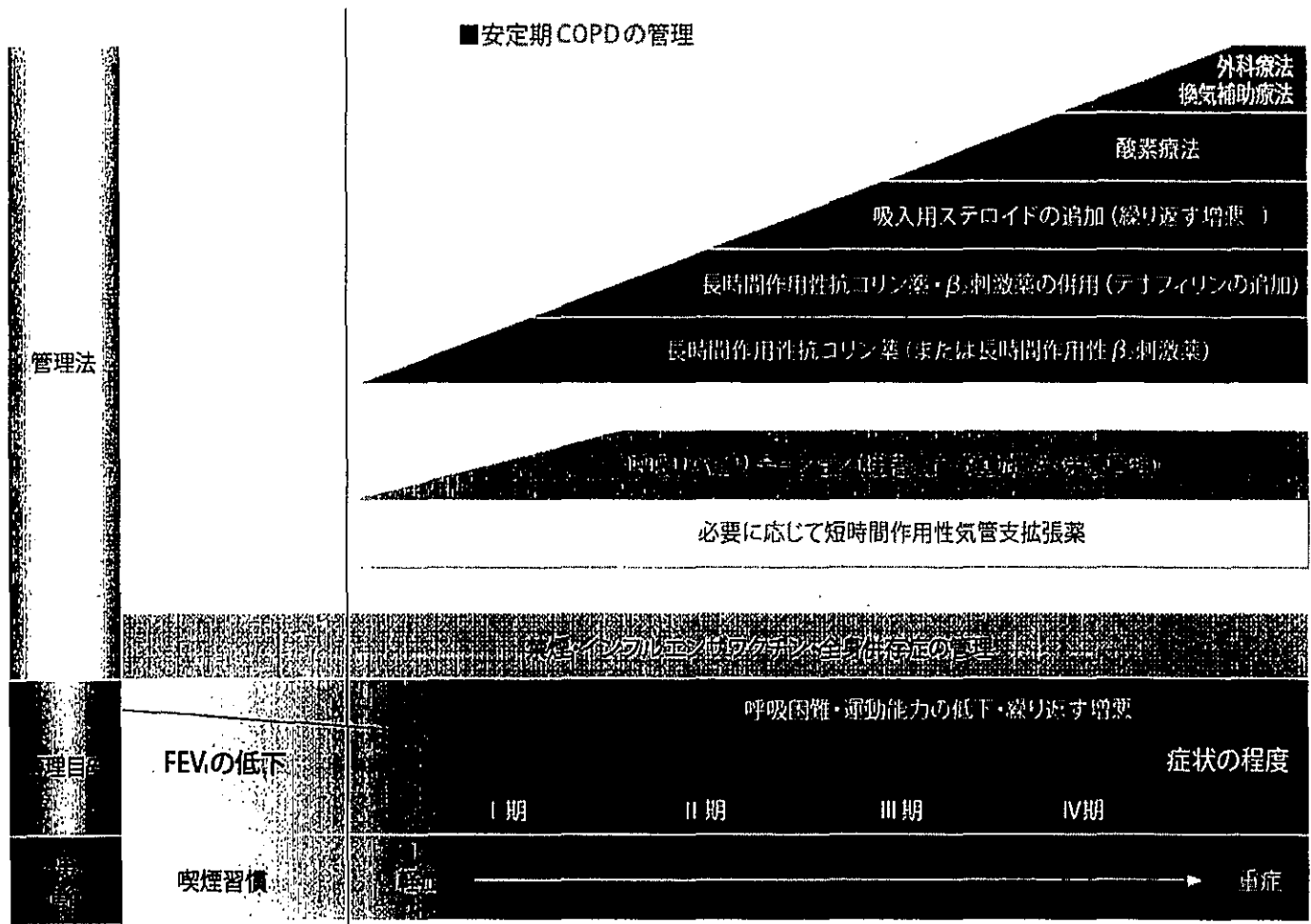
- 呼吸困難の急激な増悪
- チアノーゼや浮腫の出現
- 増悪に対する初期治療に無反応
- 重大な併存症
- 頻回の増悪
- 不整脈の出現
- 診断が不確実で、鑑別診断が必要
- 高齢者
- 在宅サポートが不十分

■NPPVの適応基準

2項目以上満たす場合に適応

1. 呼吸補助筋の使用、奇異性呼吸を伴う呼吸困難
2. $\text{pH} < 7.35$ かつ $\text{PaCO}_2 > 45\text{Torr}$ を満たす呼吸性アシドーシス
3. 呼吸回数 > 25 回/分

■安定期COPDの管理



■安定期のCOPDの管理に使用する薬剤（剤型）

	吸入用 吸入器 (mg)	吸入用 吸入器 (mg)	吸入用 吸入器 (mg)	吸入用 吸入器 (mg)	吸入用 吸入器 (mg)	吸入用 吸入器 (mg)	吸入用 吸入器 (mg)
1. 気管支拡張薬							
抗コリン薬							
●短時間作用性 臭化イプラトロピウム 臭化オキシトロピウム	20 100						6-8 7-9
●長時間作用性 チオトロピウム		18					24以上
β₂刺激薬							
●短時間作用性 サルブタモール テルブタリン ベギソブレナリン プロカテロール ツロブテロール フェノテロール クレブテロール マブテロール	100 5-10 100		5 0.1	2 2 0.5 25-50μg 1 2.5 10μg 25-50μg	0.2		4-6 4-6 4-6 8-10 8 8 10-12 8-10
●長時間作用性 サルメテロール フォルモテロール* ツロブテロール（貼付）		25-50 4.5-12				0.5-2	12以上 12以上 24
メチルキサンテン							
アミノフィリン テオフィリン（徐放薬）				50-400	250		変動、最長24 変動、最長24
2. ステロイド（グルココルチコイド）							
局所投与（吸入）							
ベクロメサゾン フルチカゾン ブデソニド シクレソニド	50-100 50-100 50-200	50-200 100-200					
全身投与（経口、注射）							
プレドニゾン メチルプレドニゾン				5 2-4	40-125		
3. 長時間作用性β₂刺激薬／吸入用ステロイド配合薬							
サルメテロール／フルチカゾン フォルモテロール／ブデソニド*		50/100、250 4.5/160					
4. 喘息治療薬							
ブロムヘキシ カルボシステイン フドステイン アジプロキソール アセチルシステイン			2 200	4 250-500 200 15	4		

*2009年6月現在、日本で市販されていない薬剤

■呼吸機能障害による身体障害者等級表

級数	区分	解説
1級	呼吸器の機能の障害により自己の身の 日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸困難が強いため歩行がほとんどできない。 呼吸障害のため指数の測定ができない。指数 が20以下またはPaO ₂ が50Torr以下。
3級	呼吸器の機能の障害により家庭内での日 常生活活動が著しく制限されるもの	指数が20を超え30以下もしくはPaO ₂ が50Torr を超え60Torr以下。またはこれに準じるもの。
4級	呼吸器の機能の障害により社会での日常 生活活動が著しく制限されるもの	指数が30を超え40以下もしくはPaO ₂ が60Torr を超え70Torr以下。またはこれに準じるもの。

指数：予測肺活量1秒率（%FEV₁）

特定看護師（仮称）業務試行事業 実施体制
（佐伯中央病院）

1. 事業対象の看護師の目指す役割

- 事業対象の看護師は、病棟及び外来において、高齢者（成人を含む）に対して医師と連携してプライマリケアを提供する。具体的には、養成課程で実施した医行為の中で、自律して実施できる項目と少しの指導で実施できる項目について医師の包括的指示の下で、糖尿病、高血圧症、慢性閉塞性肺疾患等の慢性疾患の患者についての継続的な管理や処置を行うこと、下痢、便秘等の軽微な初期症状の診察や検査、必要な治療処置を行うこと等である。又、養成課程で実施した医行為の中で、自律して実施できる項目と少しの指導で実施できる項目について医師と協働して実施することにより、安全・安心なきめ細やかな医療をタイムリーに提供することが可能となり、医療の質が向上して患者・家族の QOL の向上及び満足度の向上に寄与するだけでなく、医師の業務負担の軽減も期待される。なお、業務・行為については、医療安全管理委員会の規定に従うものとする。
- 事業対象の看護師は、的確な包括的健康アセスメント能力、クリニカルマネージメント能力、倫理的意思決定能力、多職種協働能力などの高度な看護実践能力を発揮するとともにその他スタッフ看護師の指導を行う。また、患者及び老年期の患者の支援を行う立場となる家族に対しても、より専門的な知識をもって病状や治療内容、検査内容、療養生活上及び日常生活上の説明及び指導を行う。
- 老年期の患者におけるチーム医療の推進の観点においては、医師のみでなく、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・言語聴覚士・作業療法士など、多職種での意見交換を積極的に行いながら、連携して褥瘡防止や嚥下障害に対するケアに取り組む。病状等にあわせてよりよい療養生活の確保を目指し、MSW や地域の訪問看護ステーション、地域の行政保健師等とも積極的に連携を図る。

2. 特定看護師（仮称）業務試行事業の位置づけ

- 事業対象の看護師は、その実施する業務がその他の看護師が実施する業務に比べて侵襲性が高く、高度な判断を要するものであることから、一定の実務経験と養成課程を修了していることが前提である。養成課程においては、主に医学的教育による講義・演習・実習が行われているが、医療現場での実践にあたっては更なる看護実践能力の向上を目指すとともに検証が必要であることから、1年をかけて自律的に業務が行えるように指導することとする。特定看護師（仮称）業務試行事業開始後の1ヶ月間は、当院や法人内の老人保健施設における業務の実施方法や手順を習得することに重きを置く。その後1ヶ月～3ヵ月間で、医師の包括的指示の下で適切な判断を安全に実施できるようにし、少しずつ本来の業務の実施のあり方に移行していくものとする。

る。

3. 業務の実施に係る安全管理体制

(1) 管理責任者

- 特定看護師（仮称）業務試行事業を適切に実施するため、病院全体及び地域で連携している医療施設等の体制を適切に把握している必要があることから、本病院の院長の役職の者を充てることとする。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業を実施するに当たって、事業全体の進行管理の実施、担当医及び事業対象の看護師のサポート、特定看護師（仮称）養成調査試行事業における養成課程との連携、安全管理委員会の開催、を行うこととする。
- 事業対象の看護師において不具合な事象が生じた場合、速やかに部門長は医療安全管理部及び管理責任者に報告することとする。

(2) 医療安全管理委員会

- 当院では既設の医療安全管理委員会を本事業の実施に係る安全管理に係る組織とする。
- 医療安全管理委員会は、以下のメンバーから構成する。
 - ・ 院長（医師）
 - ・ 副院長（医師・看護局長（兼務）・事務）
 - ・ 看護部長（看護師）
 - ・ 担当医（医師）
 - ・ 各部署の責任者（リスクマネージャー）
- 医療安全管理委員会の定例の会議は、毎月最終週の月曜日に開催するほか、必要に応じて開催することとする。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業開始前に、医療安全管理委員会においては、患者や家族に対する説明及び相談についての規定、緊急時対応についての手順、試行対象の業務や行為に係るプロトコルを具体的に決定し、明示することとする。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業開始後は、事業対象の看護師の直近1ヶ月の業務実施状況について、医療安全管理委員会において報告することとする。緊急時対応についての手順、試行対象の業務や行為に係るプロトコル等、必要であれば、適宜、医療安全管理委員会において見直しを行う。
- 特に、事業対象の看護師において業務・行為において不具合な事象が生じた際には、速やかに医療安全管理委員会を開催し、管理責任者等に報告することとする。なお、その不具合事象の実態については、適切な問題の解決を目指すとともに、原因等を把握し、以後の同様の不具合事象の発生防止に活かす。

(3) 担当医

- 担当医は、適切な指導能力を有していることに加え、事業対象の看護師が勤務する業務に精通している必要がある。うち2人は、当該分野の専門医を取得している者であり、このうち2名は臨床研修指導医資格を取得している者である。
- 担当医は、事業対象の看護師の医行為等の習得度については、基本となる4.のプログラムに沿って確認し、必要に応じて指導する。
- 担当医は事業対象となる看護師と定期的かつ必要時にカンファレンスを開催し、業務実施状況の報告、連絡、相談を行う。方法は電子メールの活用など工夫する。
- 事業対象の看護師が業務を実施する前に、担当医は、安全管理委員会において規定されたルールに従って、患者や家族に対して、特定看護師（仮称）業務試行事業について十分に説明を行う。また、患者や家族が拒否したいと意思表示があった際には、十分に説明を行った上、事業対象の看護師におけるその患者や家族に対する業務内容を変更することとする。
- 担当医は、定例の安全管理委員会に必ず出席し、その際には、前回の安全管理委員会の開催日からの事業対象の看護師の業務実施状況を報告することとする。事業対象の看護師の業務及び行為について不具合な事象が生じた際には、速やかに安全管理委員会及び管理責任者にその実態について報告することとする。

(4) 養成課程との連携

- 特定看護師（仮称）業務試行事業の実施において、養成課程と業務を実施する病院との連携を図ることが重要であるため、養成課程において連携担当者を設置し、定例の会議を開催し、常に病院の管理責任者と情報交換をすることとする。
 - 連携担当者に対し、管理責任者は、事業の実施状況、事業対象の看護師の習得度、不具合事象の有無等を定期的に情報提供することとする。
 - 管理責任者は、連携担当者から情報収集し、事業対象の看護師がどのような養成課程においてどのような教育を受けたか、また、業務・行為についてどのような演習・実習をどのように実施したのか、それらの習得度はこういったレベルであるか、等を把握しておくこととする。また、第1回の医療安全管理委員会には情報収集した内容を報告し、その情報を基に各種手順やルール等を検討する。
 - 管理責任者は、事業対象の看護師の習得度等を勘案し、必要に応じて、連携担当者を通じ、養成課程における教育・指導内容の詳細について再度、情報を収集し、プログラム等を再調整する。
- 病院での実施状況について大学院関係者を含めた会議を実施する。(1回／3ヶ月)

担当者：大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究室教授

○特定看護師（仮称）養成調査対象となった医行為項目の評価表を参考に、病院等での実施行為評価結果を作成し、大学院に報告する。

（５）各種手順・ルール

○ 現在、院内及び施設内において運用されている手順やルールを基本とすることが、原則である。事業対象の看護師の業務は、その他の看護師が実施する業務よりも侵襲性が高く、より高度な判断能力を要するため、医療安全管理委員会において修正等が必要とされた際の視点をここに示す。

- ・ 緊急時の対応について、常に担当医に報告・連絡・相談を密に行うシステムを確立し、迅速な対応を目指す必要がある。また、担当医が不在時及び対応ができない場合においても代理の医師が対応できるよう、平常時から担当医以外の医師とも連携がとれるように工夫する。

１：医局で毎週火曜日に実施している新入院患者カンファレンスに同席する。

２：上記カンファレンス後に実施している院長回診に同席する。

- ・ 患者や家族に対する説明及び相談については、細やかな配慮とともに迅速に対応することが求められるため、常に担当医と情報を共有し、強い連携が必要となる。また、事業対象の看護師による患者や家族に対する説明については、適宜、担当医が患者や家族の理解の程度を確認し、必要であれば、補足や修正を行う。
- ・ 試行の対象とする業務・行為については、患者や家族への十分な説明と同意により初めて行うものとし、患者や家族が拒否することも可能であることを十分説明する。また、試行の対象とする業務・行為は、常に担当医のサポート体制の下で行う。
- ・ 医療事故発生時の対応については、十分に配慮をしながら迅速に対応することが求められる。担当医との連絡を密にし、担当医が中心となり適切に対処することとする。また、安全管理委員会や管理責任者に対し、適宜、報告・連絡・相談を行うことが必要である。

４．プログラム

～１ヶ月

医師やその他職種の様々な業務を観察し、病院のシステムや体制を理解する。常時、担当医と行動を共にし、担当医の立会いの下で、補助的な業務を実施する。

なお、医行為を実施する際の検査や、薬剤の使用について、実践に基づいて学ぶ。

1 ヶ月～3 ヶ月

常時、担当医と行動を共にしながら、担当医の立会いの下、指導を受けながら業務を実施する。

縫合や抜糸、直接動脈穿刺による採血、超音波検査等の手技を学ぶ。薬剤の使用については、担当医の立会の下、具体的な事例を基に演習として自律律して選択し、必ず担当医に確認を行うこととする。

3 ヶ月～6 ヶ月

適宜、担当医と行動を共にすることとし、医師の包括的指示の下で、主として事業対象の看護師の判断で実施するが、必要時、担当医の立会いの下で医行為等を実施する。なお、医行為の実施については、判断した根拠等に基づいて必要性を医師に確認する。薬剤の使用については、薬剤の使用を決定づけた根拠と共に担当医に報告を行う。（※これ以降、医師の包括的指示を活用し、自律した業務実施の段階へと徐々に移行する）

6 ヶ月～9 ヶ月

医師の包括的指示の下、様々な業務を実施する。検査の実施の判断や実施、超音波検査、薬剤の選択・使用、壊死組織に対するデブリードマンや体表表面の縫合・抜糸を含む一連の褥瘡処置などを実施する。ハイリスクな患者については、必ず担当医の立会の下で実施することとする。また、業務終了後は、業務内容及び実施状況について担当医に必ず報告し、事業対象の看護師は担当医と共に自らの業務内容及び実施について振り返りの機会を定期的に設ける。

9 ヶ月～12 ヶ月

医師の包括的指示の下、様々な業務を自律して実施する。また、業務終了後は、業務内容及び実施状況について担当医に必ず報告し、事業対象の看護師は担当医と共に自らの業務内容及び実施について振り返りの機会を定期的に設ける。

医療法人 佐伯中央病院の概要

病床数:149床、職員数:280名

診療科:内科、糖尿病内科、循環器内科、消化器内科、
心療内科、呼吸器内科、緩和ケア内科、形成外科
整形外科、リハビリテーション科

特 長:・糖尿病センター「日本糖尿病学会認定施設」

・リハビリセンター

・緩和ケア病棟

・介護センター

・訪問看護ステーション

併 設:介護老人保健施設「鶴見の太陽」

特別養護老人ホーム「彦岳の太陽」

2つのクリニック「内1箇所:へきち診療所」

平成23年度
特定看護師(仮称)業務施行事業

医療法人小寺会 佐伯中央病院

1

病院理念

患者さんに視点をおき、
心のかよう思いやりのある医療の提供専門的技術を生かし、
より効果的な医療を追求地域と共に歩み医療を通じて地域文化の
発展に貢献

地域密着型の医療の提供

大分県の県南地域の疾病の予防、治療、健康の保持増進
小寺病院長:佐伯市医師会長

3

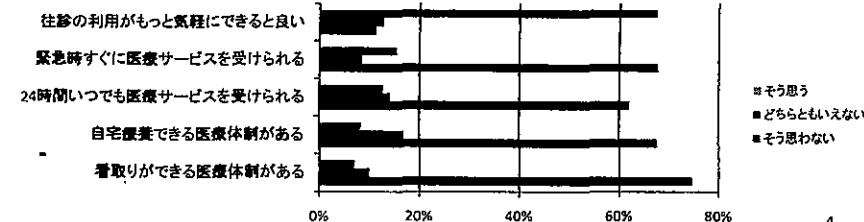
大分県佐伯市の医療・保健を取り巻く環境



人口:79,249人
離島人口
(大入島、天島、鷹形島、深島)
約 300人 平成23年3月末

高齢化率:31.4%
平成23年3月末

医療状況:佐伯市の無医地区調査



4

佐伯中央病院と特定看護師(仮称)との関係

- ・平成19年度:大分県立看護科学大学との連絡会を開催
糖尿病療養指導士などを通して看護師の役割拡大に対して関心があった。
- ・平成20年度:大分県立看護科学大学大学院修士課程に
看護師一人が入学(社会人入学)
- ・平成22年度:大分県立看護科学大学のNP実習施設として
2名(4週間/人)の学生の受け入れ
- ・平成23年度:大分県立看護科学大学の修了生2名を
特定看護師(仮称)として採用

5

特定看護師(仮称)の実習で行った医行為

- ・慢性疾患(高血圧症、糖尿病、COPD等)および軽微な
症状(腰痛、便秘、下痢等)を持つ患者の包括的な
健康アセスメントのために必要な臨床検査の施行・評価
*エコー、心電図、X-P、血液学検査、血液生化学検査等
- ・上記患者に対する必要な薬剤の選択・使用
- ・インフルエンザワクチンの予防接種
- ・褥瘡の処置
*外用薬・ドレッシング剤の選択・使用、デブリドメント
- ・胃瘻、膀胱瘻造設患者のカテーテルの交換、抜糸 など

6

特定看護師(仮称)の受け入れまでの準備

1. 平成23年3月 特定看護師(仮称)の雇用内定
(大学院修士課程 修了試験合格)
2. 平成23年3月 厚生労働省医政局の業務施行事業の説明会出席
3. 平成23年3月 特定看護師(仮称)の雇用決定
(日本NP協会の実施するNP資格認定試験合格)
4. 平成23年3月 雇用予定の特定看護師(仮称)と、就労条件等に
ついて話し合い
5. 平成23年3月 病院スタッフ等に、特定看護師(仮称)を採用することを周知
6. 平成23年3月 大分県立看護科学大学に、特定看護師(仮称)の就労条件
について説明
7. 平成23年4月 特定看護師(仮称)入社式

7

特定看護師(仮称)に期待する役割について

課題と期待-1

効果的・効率的なチーム医療の推進

効果的・効率的な医療サービス体制の確立

課題と期待-2

包括的健康アセスメント

プライマリケアを提供する役割

健康増進からリハビリテーションのサービスを継続

8

特定看護師(仮称)の就業形態

本人の能力と最終的な就労場所の希望を勘案しながら
大分県立看護科学大学と連携を図りながら
「特定看護師(仮称)としてのモデル」を

- ・業務施行事業の実施期間中は、臨床研修医に類似した就労環境をとる
- ・できるだけ多くの症例を経験できるとように配慮する
- ・全ての医療職(医師、看護師、薬剤師、OT/PT、糖尿病療養指導士など)との連携を図れるように配慮する

9

採用後6ヶ月間の就労形態(予定)

【特定看護師(仮称)A】

将来については未定(成人・老年者のプライマリケアに係わる)

- ・担当医:内科系医師(一人)
- ・内科系病棟の入院患者の診療業務の一部を担当する
 - ・包括的な状態把握を行い、包括的指示の下で、必要な検査、薬の選択・調整などを行う
 - ・患者に対して、現症を説明し、療養上の注意事項等を指導する
- 1日5名程度の患者を担当するところから始め、最終的には1日あたり20～30名の患者を担当できるようにする
- ・担当医の包括的指示の下、病棟で係わった退院患者の外来診療業務の一部を担当する

10

採用後6ヶ月間の就労形態(予定)

【特定看護師(仮称)B】

将来は、介護老人保健施設での就労を希望
体制

担当医:老健施設の専任医師(一人)

総合病院の内科系医師(一人)

活動内容:老健施設で勤務

専任医師の包括的指示の下で、利用者の
診療業務の一部を担当する

11

患者への説明

- ・病院等の入り口に本院が、特定看護師(仮称)の業務試行事業に協力していることを表示する
(説明・同意書作成)
- ・特定の医行為に該当する事項を実施する場合には、担当医が患者に対して説明し了解を得る
- ・特定看護師(仮称)の行った行為については、カルテに本人が記載し、担当医が確認のサインをする

12

課題-1 特定看護師(仮称)の所属は？

業務試行事業の実施期間中は、看護部の所属とする

業務試行事業を実施しながら、看護部・診療部
は協議・協力し、今後のあり方を検討していく

13

課題-2

特定看護師(仮称)のポジションと処遇は？

14

課題と要望-1

療養や在宅医療において、医師の包括的指示の
下で特定看護師(仮称)が特定の医行為を行なう事
は可能か？

課題と要望-2

特別診療を主とするにおいて、医師の包括的指示
の下で特定看護師(仮称)が特定の医行為を行なう
は可能か？

15

平成 22 年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業(A 修士課程 調査試行事業)申請書より抜粋

特定看護師 (仮称) 業務試行事業の対象看護師の履修内容

大学院名(分野名): 大分県立看護科学大学大学院看護学研究科 (老年)

本養成課程のねらい ・ 目指す特定看護師 ・ 活動の場・分野、 実施内容 ・ 効果	・ 適格な包括的健康アセスメント能力、クリニカルマネジメント能力、高度な看護実践能力、倫理的意思決定能力かつ多職種との協働能力を備え、プライマリケアを提供し地域で活動できる特定看護師(仮称)を目指す。 ・ 高齢者(成人を含む)に対して、慢性疾患(糖尿病・高血圧症・慢性閉塞性肺疾患など)の継続的な管理・処置、軽微な初期症状(発熱、下痢、便秘等)の診察や検査、必要な治療処置を行い、医師と連携し、一般病院の外來、訪問看護ステーション、老人保健施設等で活動する。 ・ タイムリーで公平・公正、きめ細やかな医療サービスを提供することにより、患者・家族の QOL の向上および満足度の向上に寄与する。
課程修了時必要単位/ 時間数	45 単位 / 1240 時間

授業科目			
フィジカルアセスメントに関する科目 単位数/時間数	6 単位 / 124 時間	フィジカルアセスメント学特論 診察・診断学特論 老年アセスメント学演習	
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種
フィジカルアセスメント学特論	2	32	医師 1 名 看護師 2 名
診察・診断学特論	2	60	医師 10 名
老年アセスメント学演習	2	32	医師 3 名 看護師 4 名

授業科目				
臨床薬理学に関する 科目 単位数／時間数	4単位／ 82時間	臨床薬理学特論 老年薬理学演習		
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種	
臨床薬理学特論	2	46	薬剤師2名	
老年薬理学演習	2	36	医師1名 薬剤師2名	
授業科目				
病態生理学に関する 科目 単位数／時間数	4単位／ 106時間	病態機能特論 老年疾病特論		
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種	
病態機能特論	2	60	医師2名 その他2名	
老年疾病特論	2	46	医師12名	
その他の授業科目（演習・実習以外）				
科目名	必修/選択	単位数	時間数	担当教員名と職種
NP論	必修	1	16	助産師1名 看護師5名
健康増進科学特論	選択	2	32	保健師1名 看護師1名 その他1名
看護管理学特論	選択	2	32	看護師4名
看護コンサルテーション論	選択	2	32	看護師2名 その他2名
看護教育特論	選択	1	32	助産師2名 看護師2名
看護理論特論	選択	1	32	看護師3名
看護倫理学特論	選択	2	32	看護師2名 その他2名
看護政策論	選択	2	32	医師3名 看護師1名 その他1名

研究の進め方	必修	2	3 2	医師 1 名 看護師 3 名 その他 6 名
老年 NP 特論	必修	2	3 2	看護師 7 名 その他 1 名
演習 単位/時間数	6 単位 / 1 0 0 時間			
老年アセスメント学 演習 (再掲)	必修	2	3 2	医師 3 名 看護師 4 名
老年薬理学演習 (再掲)	必修	2	3 6	医師 1 名 薬剤師 2 名
原書購読演習	必修	2	3 2	その他 1 名
課題研究	必修	3		大学教員講師以上 25 名 (うち、授業科目の担 当教員でない教員が看 護師 3 名)
実習 単位/時間数	1 4 単位 / 5 6 0 時間			
老年 NP 実習	必修	1 4	5 6 0	医師 8 名 看護師 5 名

全教員・指導者数 (再掲: 医師の教員・ 指導者数)	7 1 人 (2 9 人)		
課程修了の最低必要 単位数/時間数 合計:	4 5	老年 1240	担当医師数合計 (2 9) 名 担当看護師数合計 (2 2) 名 その他教員数合計 (2 0) 名
養成数	1 年次	4 人	
	2 年次	7 人 (H20 年度入学生 3 名は長期履修制度を活用し 2 年次に在籍している)	
実習施設	一般病院 (4 施設) 診療所 (2 施設) 老人保健施設 (2 施設)		

資料2(参考2)

特定看護師(仮称)養成 調査試行事業 報告書より抜粋

5. 学生の修得状況

施設名: 大分県立看護科学大学

課程(分野)名: 老年NP

学生識別番号: 学生A

1) 演習で実施した医行為と到達度

	医行為番号	医行為名	実施回数	当該医行為に関する演習の修了状況 1: 修了 2: 途中	自己評価				指導者評価			
					医行為修得の到達度				医行為修得の到達度			
					自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学	自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学
1	4	トリアージのための検体検査の実施の決定	4回	1		○			○			
2	5	トリアージのための検体検査結果の評価	4回	1		○				○		
3	6	治療効果判定のための検体検査の実施の決定	4回	1		○			○			
4	7	治療効果判定のための検体検査結果の評価	4回	1		○				○		
5	9	単純X線撮影の実施の決定	4回	1	○				○			
6	10	単純X線撮影の画像評価	4回	1		○				○		
7	11	CT、MRI検査の実施の決定	4回	1	○				○			
8	12	CT、MRI検査の画像評価	4回	1		○				○		
9	17	腹部超音波検査の実施の決定	4回	1	○				○			
10	18	腹部超音波検査の実施	4回	1		○				○		
11	19	腹部超音波検査の結果の評価	4回	1		○				○		
12	20	心臓超音波検査の実施の決定	1回	1	○				○			
13	27	12誘導心電図検査の実施の決定	2回	1	○				○			
14	52	眼底検査の実施の決定	1回	1	○				○			
15	53	眼底検査の実施	1回	1		○				○		
16	54	眼底検査の結果の評価	1回	1		○					○	
17	55	ACT(活性化凝固時間)の測定実施の決定	4回	1		○			○			
18	69	褥瘡の壊死組織のデブリードマン	1回	1		○				○		
19	70	電気凝固メスによる止血(褥瘡部)	1回	1		○				○		
20	73	皮下膿瘍の切開・排膿: 皮下組織まで	1回	1		○				○		
21	75	表創(非感染創)の縫合: 皮下組織まで(手術室外で)	1回	1		○				○		

22	78	体表面創の抜糸・抜鉤	1回	1		○			○			
23	110	胃ろう、腸ろうのチューブ抜去	1回	1	○						○	
24	112	胃ろうチューブ・ボタンの交換	1回	1		○					○	
25	156	下剤(坐薬も含む)	1回	1		○				○		
26	157	胃薬:制酸剤	1回	1	○					○		
27	158	胃薬:胃粘膜保護剤	1回	1	○					○		
28	159	整腸剤	1回	1	○					○		
29	160	制吐剤	1回	1		○				○		
30	161	止痢剤	1回	1		○				○		
31	162	鎮痛剤	1回	1		○				○		
32	163	解熱剤	1回	1		○				○		
33	166	インフルエンザ薬	1回	1	○					○		
34	167	外用薬	1回	1	○					○		
35	168	創傷被覆材(ドレッシング材)	1回	1			○			○		
36	169	睡眠剤	1回	1		○					○	
37	171	抗不安薬	1回	1			○				○	
38	173	感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	1回	1		○				○		
39	185	痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整:WHO方式がん疼痛治療法等	1回	1		○					○	
40	196	患者・家族・医療従事者教育	4回	1		○				○		
41	203	患者の入院と退院の判断	4回	1		○				○		

2) 臨地実習で実施した医行為と到達度

	医行為番号	医行為名	実施回数	当該医行為に関する実習の修了状況 1: 修了 2: 途中	自己評価				指導者評価			
					医行為修得の到達度				医行為修得の到達度			
					自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学	自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学
1	2	直接動脈穿刺による採血	3回	1		○				○		
2	3	トリアージのための検体検査の実施の決定	40回	1		○			○			
3	4	トリアージのための検体検査結果の評価	40回	1		○				○		
4	5	治療効果判定のための検体検査の実施の決定	60回	1		○			○			
5	6	治療効果判定のための検体検査結果の評価	60回	1		○				○		
6	8	単純X線撮影の実施の決定	78回	1	○					○		
7	9	単純X線撮影の画像評価	78回	1		○				○		
8	11	CT、MRI検査の実施の決定	30回	1		○				○		
9	12	CT、MRI検査の画像評価	30回	1		○				○		
10	17	腹部超音波検査の実施の決定	38回	1	○					○		
11	18	腹部超音波検査の実施	40回	1		○				○		
12	19	腹部超音波検査の結果の評価	38回	1		○				○		
13	20	心臓超音波検査の実施の決定	30回	1	○					○		
14	21	心臓超音波検査の実施	20回	1		○				○		
15	22	心臓超音波検査の結果の評価	40回	1		○				○		
16	25	12誘導心電図検査の実施の決定	60回	1	○				○			
17	27	12誘導心電図検査の実施	60回	1		○				○		
18	28	12誘導心電図検査の結果の評価	60回	1		○				○		
19	29	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	16回	1		○				○		
20	30	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	16回	1		○				○		
21	31	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	16回	1		○				○		
22	33	真菌検査の実施の決定	10回	1		○				○		
23	34	真菌検査の結果の評価	10回	1		○				○		
24	35	微生物学検査実施の決定	3回	1		○				○		
25	39	スパイロメトリーの実施の決定	3回	1		○				○		
26	44	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施の決定	30回	1	○				○			
27	45	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施	30回	1		○				○		
28	46	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の結果の評価	30回	1		○				○		
29	47	骨密度検査の実施の決定	45回	1		○				○		
30	48	骨密度検査の結果の評価	45回	1		○				○		

31	52	眼底検査の実施の決定	40回	1	○					○		
32	53	眼底検査の実施	15回	1		○				○		
33	54	眼底検査の結果の評価	40回	1		○				○		
34	56	酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	20回	1		○					○	
35	62	人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施	4回	1		○					○	
36	68	創部洗浄・消毒	30回	1		○					○	
37	69	褥瘡の壊死組織のデブリードマン	7回	1		○				○		
38	71	巻爪処置(ニッパー、ワイヤーを用いた処置)	3回	1			○				○	
39	75	表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで(手術室外で)	5回	1		○					○	
40	78	体表面創の抜糸・抜鉤	5回	1		○					○	
41	81	中心静脈カテーテル挿入	1回	1				○				○
42	85	腹腔穿刺(一時的なカテーテル留置を含む)	1回	1		○					○	
43	86	腹腔ドレーン抜去(腹腔穿刺後の抜針含む)	1回	1		○					○	
44	102	導尿・留置カテーテルの挿入及び抜去の決定	15回	1	○					○		
45	106	治療食(経腸栄養含む)内容の決定・変更	15回	1		○				○		
46	111	経管栄養用の胃管の挿入、入れ替え	5回	1		○					○	
47	112	胃ろうチューブ・ボタンの交換	6回	1	○					○		
49	114	安静度・活動や清潔の範囲の決定	20回	1		○				○		
50	117	全身麻酔の導入	1回	1			○				○	
51	118	術中の麻酔・呼吸・循環管理(麻酔深度の調節、薬剤・酸素投与濃度、輸液量等の調整)	1回	1			○				○	
52	119	麻酔の覚醒	1回	1			○				○	
53	120	局所麻酔(硬膜外・腰椎)	1回	1			○				○	
54	124	皮膚表面の麻酔(注射)	6回	1	○					○		
55	125	手術執刀までの準備(体位、消毒)	3回	1				○				○
56	131	血糖値に応じたインスリン投与量の判断	30回	1	○					○		
57	133	脱水の判断と補正(点滴)	3回	1		○					○	
58	139	予防接種の実施判断	15回	1	○					○		
59	140	予防接種の実施	5回	1	○					○		
60	146	高脂血症用剤	130回	1	○				○			
61	147	降圧剤	130回	1	○					○		
62	148	糖尿病治療薬	240回	1	○				○			
63	153	利尿剤	50回	1	○					○		
64	154	基本的な輸液:高カロリー輸液	45回	1		○				○		
65	156	下剤(坐薬も含む)	50回	1		○				○		
66	157	胃薬:制酸剤	40回	1	○					○		
67	158	胃薬:胃粘膜保護剤	40回	1	○					○		

68	159	整腸剤	15回	1		○				○		
69	161	止痢剤	10回	1		○				○		
70	162	鎮痛剤	19回	1	○					○		
71	163	解熱剤	19回	1	○					○		
72	166	インフルエンザ薬	3回	1	○					○		
73	167	外用薬	60回	1		○				○		
74	168	創傷被覆材(ドレッシング材)	40回	1		○				○		
75	169	睡眠剤	60回	1		○				○		
76	170	抗精神病薬	15回	1		○				○		
77	171	抗不安薬	10回	1		○				○		
78	173	感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	1回	1		○				○		
79	174	抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	23回	1		○					○	
80	175	基本的な輸液:糖質輸液、電解質輸液	25回	1		○				○		
81	183	自己血糖測定開始の決定	15回	1		○				○		
82	185	痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整:WHO方式がん疼痛治療法等	10回	1		○					○	
83	188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	60回	1		○				○		
84	189	リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼	25回	1		○					○	
85	192	他科への診療依頼	2回	1		○				○		
86	193	他科・他院への診療情報提供書作成(紹介および返信)	1回	1			○				○	
87	196	患者・家族・医療従事者教育	100回	1		○				○		
88	203	患者の入院と退院の判断	40回	1		○				○		

平成 23 年度 厚生労働省
特定看護師（仮称）業務試行事業 申請書

平成 23 年 3 月 28 日

厚生労働省 チーム医療推進会議

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ 御中

申請施設名： 医療法人小寺会 介護老人保健施設

鶴見の太陽

管理責任者：

所在地：大分県佐伯市常盤東町 6 番 30 号

連絡先：Tel : 0972-22-8846

E-mail：

担当者：

以下について、特定看護師（仮称）業務試行事業に申請いたします。

I) 実施施設について

施設名	
医療法人小寺会 介護老人保健施設 鶴見の太陽	
施設の概要	
代表者名	小寺 隆
病床数	(100) 床
診療科目	(併設診療所：内科・整形外科・リハビリテーション科)
医師数	(4) 名 (非常勤含む)
看護職員数	(19) 名 (非常勤含む)

管理責任者について	
氏名	
職種	(医師) ・ 看護師 ・ その他 ()
役職	施設長

安全に係る管理体制について						
安全管理体制に係わる組織の有無	有 無 添付資料 1 鶴見の太陽 組織図 添付資料 2 医療安全管理指針 添付資料 3 鶴見の太陽 医療安全管理委員会規約 添付資料 4 鶴見の太陽 事故防止委員会規約					
安全管理体制に係る組織の構成員の人数	医師 (1) 名、看護師 (2) 名 薬剤師 (1) 名、その他 (3) 名					
安全管理体制に係る組織の主な構成員（最低医師 1 名を含み、主な構成員 3 名まで記入）	職種	名前			職位	
	医師	[REDACTED]			施設長	
	保健師	[REDACTED]			グループホーム管理者	
	介護福祉士	[REDACTED]			介護長	
本事業に係わる担当医の人数	(4) 名					
本事業に係わる担当医	名前	診療科	臨床経験年数	専門医取得の有無	臨床研修指導医資格の有無	安全管理体制に関わる組織構成員
	[REDACTED]	内科 産婦人科	3 7	有 無	有 無	○
	[REDACTED]	内科	4 1	有 無	有 無	○
	[REDACTED]	整形外科 形成外科	3 8	有 無	有 無	
	[REDACTED]	内科	1 1	有 無	有 無	○
安全管理に係る緊急時の対応手順（※院内での既存のものを添付書類とすることも可）	1：初動体制：施設内コードブルーにて医師の応援を求め、利用者の急変時に備えた体制を整える。 ※ 事業対象看護師が医行為実施中、医療事故（患者影響レベル 3 b 以上）が発生した場合 BLS（Basic Life Support）に則り他のスタッフ（看護師等）と協力し、処置を行なうと同時に、担当医に連絡し、担当医と共に ICLS（Immediate Cardiac Life Support）に則り患者の救命処置を行なう。 2：施設内における事故などの報告：速やかに、上司へ報告し、定められた様式で文書（インシデント・アクシデント報告書）でも提出する。 3：利用者・家族への対応：利用者・家族に対しては早期に事故説明等を行なう。 4：事実経過の記録：利用者の状況・処置の方法・利用者及び家族への説明内容等診療録及び看護記録等に詳細に記載する。 5：事故の分析と評価：事故について分析し、厚生労働省へ所定の書類を用いて事故報告を行なう。					

	●添付資料5 緊急時対応マニュアル ●添付資料6 事故発生等の緊急対応マニュアル
院内報告制度等の整備状況（※院内での既存のものを添付書類とすることも可）	報告を求める事例は以下とする 1：明らかに誤った医療行為や管理上の問題により、利用者が死亡若しくは利用者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例。 2：明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、利用者が死亡若しくは利用者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例。 3：その他、警鐘的意義が大きいと医療機関が考える事例。等 ●添付資料7 事故報告書・ヒヤリハット作成について ●添付資料8 インシデント・アクシデント報告体制

他施設との連携	
安全管理体制に係る他施設との連携の有無	有 ☒ 無
※上記質問で「有」を選択した場合のみ下記を記載ください。	
連携施設名	
上記施設との具体的連携方法	

II）事業対象となる看護師について（※以下は1名毎に記載）

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程（修士・研修）」の修了について	
「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」の修了状況	☒ 修了 修了予定
上記修了（予定）の実施課程名	大分県立看護科学大学大学院 博士前期課程NPコース修了

勤務体制（所属等も含む）：	
雇用体制	☒ 常勤 非常勤
配属部署	☒ 看護部 院長（施設長）直属 診療科 その他（ ）
主な活動予定場所（可能であれば診療科名も記入）	病棟（ ） 外来（ ） ☒ その他（介護老人保健施設、併設診療所 ）

業務範囲：

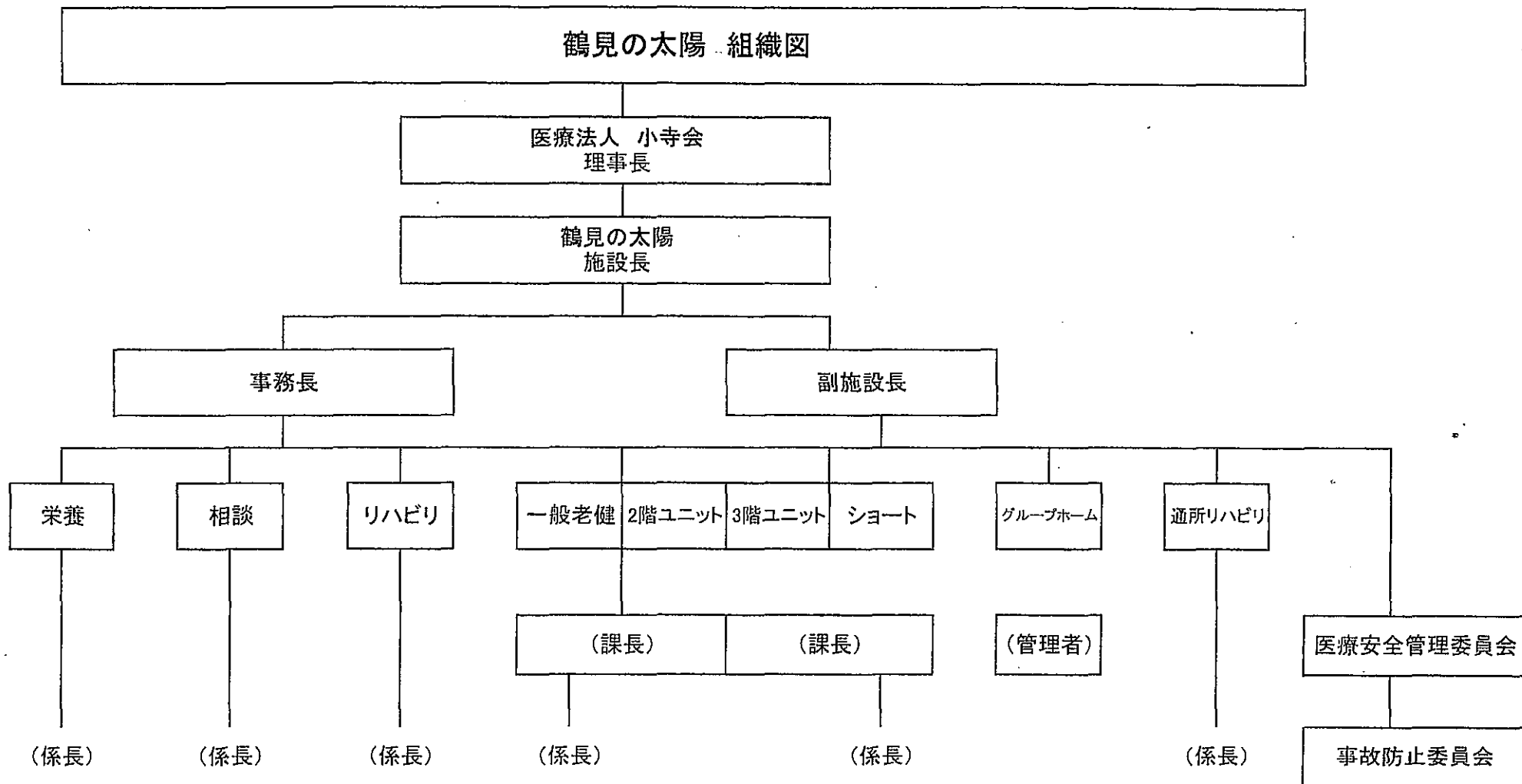
*業務範囲は「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」において習得した業務・行為のみが対象となります

実施予定の業務・行為	以下の業務・行為を医師の指示の包括的指示のもとで実施する。 ・ トリアージの為の検体検査実施の決定及び結果の一次的評価 ・ 治療効果判定の為の検体検査実施の決定及び結果の一次的評価 ・ 腹部超音波検査実施決定、実施・一次的評価 ・ 感染症検査（インフルエンザ・ノロウイルス等）の実施決定、実施・一次的評価 ・ 褥瘡の壊死組織に対するデブリードマン（皮下組織の範囲） ・ 電気凝固メスによる止血（褥瘡部） ・ 糖尿病足病変予防の為の処置等の実施 - 皮下膿瘍の切開・排膿（皮下組織まで） - 非感染性の表創の縫合 - 体表面創の抜糸・抜鉤 ・ 皮膚表面の麻酔（注射） ・ 薬剤の選択・使用 【投与中薬剤の病態に応じた使用】 - 高脂血症用剤、降圧剤、糖尿病治療薬 【臨時薬】 - 下剤、胃薬、整腸剤、制吐剤、止痢剤、鎮痛剤、解熱剤、インフルエンザ薬、外用薬、創傷被覆剤、睡眠薬、抗不安薬、感染徴候時の薬物の選択、 ・ 抗菌剤開始・変更時期の決定 ・ 予防接種実施判断及び実施 ・ 胃瘻チューブ・ボタンの交換 ・ 終末期患者の死亡確認 ・ 経管栄養等の栄養剤等の選択 など ●添付資料9 包括的アセスメント・医療処置管理プロトコール
------------	---

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業（修士・研修）」実施課程との連携体制

- 1：病院及び施設内での実施状況について大学院関係者を含めた会議を実施予定（1回／3ヶ月）
担当者：大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究室教授 ■■■■■氏
- 2：特定看護師（仮称）養成試行事業の調査対象となった医行為項目の評価表を参考に、病院及び施設内などでの実施行為評価結果を作成し、大学院に報告する。
- 3：本事業に係わる医師と特定看護師（仮称）によるカンファレンスを実施予定（1回／週）
これをもとに大学院関係者を含めた会議に臨む。
- 4：特定看護師の日頃の状況の報告・連絡・相談は、随時メールで連携をとる。

添付資料1



医療安全管理指針

第1版

平成19年4月2日

鶴見の太陽

鶴見の太陽 医療安全管理指針

1：総則

1－1 基本理念

介護現場では、介護従事者のちょっとした不注意等が、介護上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、利用者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

われわれ介護従事者には、利用者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常介護の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで利用者に実害を及ぼすことのないような仕組みを施設内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの介護従事者の個人レベルでの事故防止対策と、施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、利用者が安心して安全な介護を受けられる環境を整えることを目標とする。本施設においては施設長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、利用者の安全を確保しつつ必要な介護を提供していくものとし全職員の積極的な取組みを要請する。

1－2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

介護の過程において利用者に発生した望ましくない事象

介護提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事例も含む

(2) 本施設

鶴見の太陽

(3) 職員

本施設に勤務する医師、看護師、薬剤師、介護福祉士、介護員、事務職員等あらゆる職種を含む

(4) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者

(5) 医療安全推進者

医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、施設長の指名により、本施設全体の医療安全管理を中心的に担当する者

(医療安全管理者、医療安全推進者を含む)

1－3 組織および体制

本施設における医療安全対策と利用者の安全確保を推進するために、本指針に基づき本施設に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理責任者
- (2) 医療安全推進者
- (3) 医療安全管理委員会
- (4) 医療安全推進委員会
- (5) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (6) 医療に係る安全管理のための研修

2：医療安全管理委員会

2－1 医療安全管理委員会の設置

本施設内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

2－2 委員の構成

- (1) 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。
 - ① 施設長
 - ② 副施設長
 - ③ 各部署長
 - ④ 薬剤部長
 - ⑤ 事務長
 - ⑥ 医療安全推進者
- (2) 委員会の会議には、施設長が同席する。
- (3) 委員の氏名および役職は(施設内掲示等の方法により)、公表し、本施設の職員および利用者等の来院者に告知する。
- (4) 委員長に事故あるときは、副施設長がその職務を代行する。

2－3 任務

医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理委員会の開催および運営
- (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討および職員への周知
- (3) 施設内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項

2-4 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回程度、定例的に開催およびするほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (2) 委員長は、委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保管する。
- (3) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告する。

3：報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

3-1 報告とその目的

この報告は医療安全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料とすることのみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、①本施設内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

3-2 報告にもとづく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、本施設内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、概ねそれぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

① 医療事故

⇒医療側の過失の有無を問わず、利用者に望ましくない事象が生じた場合は、発生後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全推進者→施設長へと報告する。

② 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば利用者に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに上席者または医療安全推進者へ報告する。

③ その他、日常介護のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、上席者または医療安全推進者へ報告する。

(2) 報告の方法

① 前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う。ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、利用者の救命処置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。

② 報告は、診療録、看護記録等、自らが利用者の介護に関して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成する。

- ③ 自発的報告がなされるよう上席者は報告者名を省略して報告することができる。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、介護の安全管理上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、本施設の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は、すでに策定した改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを常に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

3-4 その他

- (1) 施設長、医療安全推進者および医療安全管理委員会の委員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本項の定めにしたがって報告を行った職員にたいしては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。

4：安全管理のための指針・マニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、本施設において以下の指針・マニュアル等（以下「マニュアル等」という）を整備する。

- (1) 施設感染対策指針
- (2) 医薬品安全使用マニュアル
- (3) 褥瘡対策マニュアル
- (5) その他

4-2 安全管理マニュアル等の作成と見直し

- (1) 上記のマニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアル等は、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアル等は、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告する。

4-3 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、利用者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2) 安全管理マニュアル等の作成、その他、介護の安全、利用者の安全確保に関する議論においては、すべての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

5：医療安全管理のための研修

5-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、1年に2回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 施設長は、本指針[5-1](1)号の定めにかかわらず、本施設内で重大事故が発生した後など、必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、2年間保管する。

5-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、施設長等の講義、施設内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

6：事故発生時の対応

6-1 救命処置の最優先

介護側の過失によるか否かを問わず、利用者に望ましくない事象が生じた場合には可能な限り、まず、本施設内の総力を結集して、利用者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また、本施設内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく本部医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

6-2 施設長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、利用者の現在の状態等を、上席者を通じてあるいは直接に施設長等へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 施設長は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実および報告の内容を、診療録、看護記録等、自らが介護の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-3 利用者・家族・遺族への説明

- (1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、利用者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。
利用者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。
- (2) 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが介護の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

7：その他

7-1 本指針の周知

本指針の内容については、施設長、医療安全推進者、医療安全管理委員会を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。
- (2) 本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

7-3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は利用者との情報の共有に努めるとともに、利用者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。また、本指針についての照会には医療安全推進者が対応する。

7-4 利用者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する利用者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ施設長、担当看護師等へ内容を報告する。

(附則)

- 1：この刺針は、平成19年4月2日から施行する。

鶴見の太陽医療安全管理委員会 規約

(名称)

第1条 本会は「医療安全管理委員会（以下「委員会」とする。）」と称する。

(活動内容)

第2条 委員会の活動内容は以下の通りとする。

- ①医療安全ヒヤリ・ハット報告・医療事故報告書の提出を励行する
- ②医療安全に対する職員への周知徹底及び教育に関する事
- ③医療に係わる安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因・再発防止策の検討及び職員への周知
- ④医療事故防止の方法及び医療体制改善方法についての検討・提言を行なう
- ⑤現場でのリスクマネジメント教育に努める
- ⑥その他医療事故の確保に関する事

(構成)

第3条 委員会は、委員長1名、副委員長1名、各部署の責任者による委員によって構成される。

加えて必要に応じ、委員以外の職員を招集することもできる。

(委員長・副委員長)

第4条 委員長は施設長が務め、副委員長は事務長が担当する。

(構成員の任期)

第5条 原則1年とし、再任は妨げない。但し、任期途中で欠員が発生した場合は、後任者は前任者の残した任期を引き継ぐものとする。（役職者の任期に応じる）

(委員会)

第6条 委員会は委員長（委員長が出席できず、委任した場合は副委員長）が招集するものとし、議長は副院長が務める。また、委員の2分の1以上の出席により委員会が成立するものとする。委員会は毎月第3火曜日の14:00～開催するものとする。

(議事内容の決定)

第7条 委員会開催における議事内容の可否決については、出席者の過半数を持って決定するものとし、同数の場合は議長がこれを決する。当院全体の方針に関する決議案については、業務提案として運営会議の承認を得るものとする。

(記録及び開示)

第 8 条 委員会の議事は副院長又は委員長が指名した者が議事録として記録し、委員長が管理する。また、議事録について開示を求められた場合には、個人情報保護法第 25 条に基づき、速やかに開示すること。

(記録の保管)

第 9 条 委員会の議事録は原則 2 年間は保管しなければならない。

(規程の改正及び廃止)

第 10 条 委員会は、この規程の改正もしくは廃止の必要性があると認める場合は、構成員総数の 3 分の 2 以上の同意を得てこれを行うものとする。

(雑則)

第 11 条 この規程に定めるもののほか、必要な事項が委員会に諮り、別に定める。

附則

この規程は平成 19 年 4 月 1 日より施行する。

鶴見の太陽事故防止委員会 規約

(名称)

第1条 本会は「事故防止委員会（以下「委員会」とする。）」と称する。

(活動内容)

第2条 委員会の活動内容は以下の通りとする。

- ①医療事故防止対策の検討及び研究に関すること
- ②医療安全院に関わる情報収集に関すること
- ③医療安全ヒヤリ・ハット報告・医療事故報告書の提出を励行する
- ④現場でのヒヤリ・ハット・医療事故の分析・検討・検証・対策立案の中心となる
- ⑤医療安全に対する職員への周知徹底及び教育に関すること
- ⑥医療事故発生防止のための啓発・教育・広報に関すること
- ⑦医療事故防止の方法及び医療体制改善方法についての検討・提言を行なう
- ⑧現場でのリスクマネジメント教育に努める
- ⑨その他医療事故の防止に関すること

(構成)

第3条 委員会は、委員長1名、副委員長1名、各部署から選出された委員によって構成される。

加えて必要に応じ、委員以外の職員を招集することもできる。

(委員長・副委員長)

第4条 委員長は、副施設長が務め、副委員長は介護職が担当する。

(構成員の任期)

第5条 原則2年とし、再任は妨げない。但し、任期途中で欠員が発生した場合は、後任者は前任者の残した任期を引き継ぐものとする。

(委員会)

第6条 委員会は委員長（委員長が出席できず、委任した場合は副委員長）が招集するものとし、議長もその者が務める。また、委員の2分の1以上の出席により委員会が成立するものとする。委員会は毎月第3水曜日13：30～開催するものとする。

(議事内容の決定)

第7条 委員会開催における議事内容の可否決については、出席者の過半数を持って決定するものとし、同数の場合は議長がこれを決する。当院全体の方針に関する決議案については、業務提案として理事会の承認を得るものとする。

(記録及び開示)

第 8 条 委員会の議事は副委員長又は委員長が指名した者が議事録として記録し、委員長が管理する。また、議事録について開示を求められた場合には、個人情報保護法第 25 条に基づき、速やかに開示すること。

(記録の保管)

第 9 条 委員会の議事録は原則 2 年間は保管しなければならない。

(規程の改正及び廃止)

第 10 条 委員会は、この規程の改正もしくは廃止の必要性があると認める場合は、構成員総数の 3 分の 2 以上の同意を得てこれを行うものとする。

(雑則)

第 11 条 この規程に定めるもののほか、必要な事項が委員会に諮り、別に定める。

附則

この規程は平成 19 年 4 月 1 日より施行する。

平成 20 年 4 月 1 日改訂

制定	2008. 4. 1	事故防止委員会開催手順マニュアル	分類番号	事故 1
改訂	2009. 4. 1		頁	1

1. 目的

事故防止委員会を中心として「鶴見の太陽」入所者全員の事故ゼロを目指した取り組みができるよう各フロアーの代表者で確認および検討する。

2. 委員会開催について

開催日 毎月第3水曜日 13:30～

開催日以外でも、委員長が必要と認めた場合は緊急で開催することができる。

3. 委員会の開催内容について

① ヒヤリハット・事故報告の検討

検討の内容として以下のことを確認する。

イ) 各フロアーでのヒヤリハット・事故報告書は委員長がまとめ報告する。

ロ) ヒヤリハット・事故報告書の対応策について各委員より意見をもらう。

ハ) 委員会で対応策を討議決定した事項をスタッフへ報告する。

ニ) 委員は、部署で安全な介護が提供できているかスタッフ教育を行なう。

ホ) 各フロアーに検討した内容資料はファイルし常時、職員が閲覧できるようにしておく。

注1) 月の初めに委員長が先月分の事故・ヒヤリハット報告状況をまとめ、委員会までに各委員に回覧する。

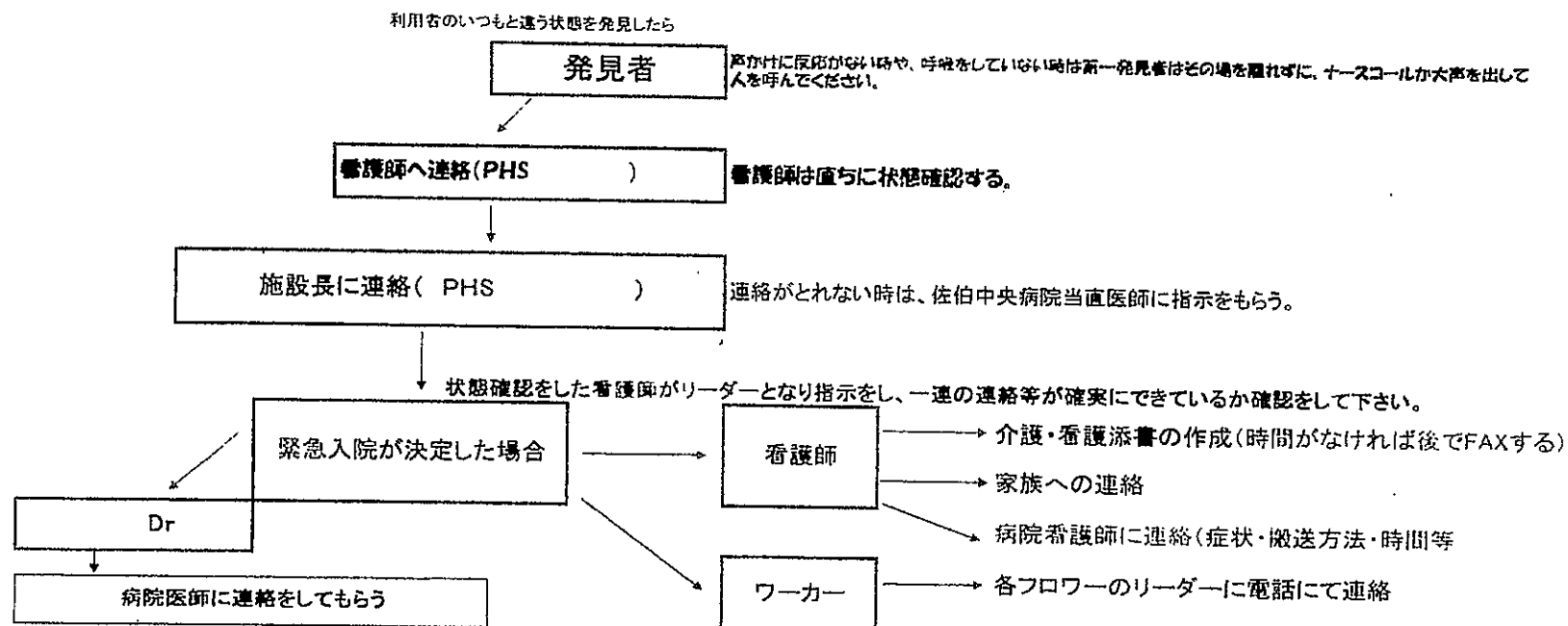
② 職員への教育について検討し教育計画を立案・実施・評価する。

4. 開催の進行・記録について

委員会の進行は委員長が実施する。

記録等については、委員が交代で実施する。

緊急時対応マニュアル



※ リーダーへの連絡がとれない時は緊急連絡先一覧に記載のある他リーダーに連絡し送迎等を依頼する。

※ 連絡を受けたリーダーは必要と判断した場合、副施設長及び事務長に連絡をする。

夜間の搬送は原則救急車を使用する。救急車へは Drに付き添ってもらう。(病状によって変更あり)

平成19年3月25日 鶴見の太陽

緊急時の連絡先一覧

制定	2008. 4. 1	事故発生等の緊急対応マニュアル	分類番号	看護 6
改訂			頁	1

1. 目的

利用者の急激な病状変化および急性疾患発症に対して、その対応につき、迅速かつ的確に病院搬送ができる。

2. 手順

①緊急対応マニュアルに従い対応する。

3. 記録

急変時の対応については、看護日誌に記録を残す。

【特記事項】

- ・施設利用者の急変対応について適用とする。
- ・利用者の容態が急変した場合の対応責任は、以下のとおりとする。

容態確認、 介護士への指示 : 看護師

対応指示責任 家族への説明責任 : 医師

制定	2009. 4. 1	事故報告書・ヒヤリハット作成について	分類番号	事故 1-2
改訂			頁	1

1. 目的

※施設内で起こった事故について、速やかに報告し、再度同じような事故が発生しないように検討する機会となる。

※施設内で起こった事故について、速やかに報告することにより、原因及び対策について問題はなかったか検討できる。

事故報告書について・別紙1用紙を使用する。

病院受診が必要な怪我の場合は事故報告書の作成となる。

ヒヤリハット用紙については、・別紙2を使用する。

施設内での事故及び、事故発見等ヒヤリとした事故については、ヒヤリハット用紙の作成となる。

それぞれの用紙とも出来るだけ早く提出。(できればその日のうちに記入する。)

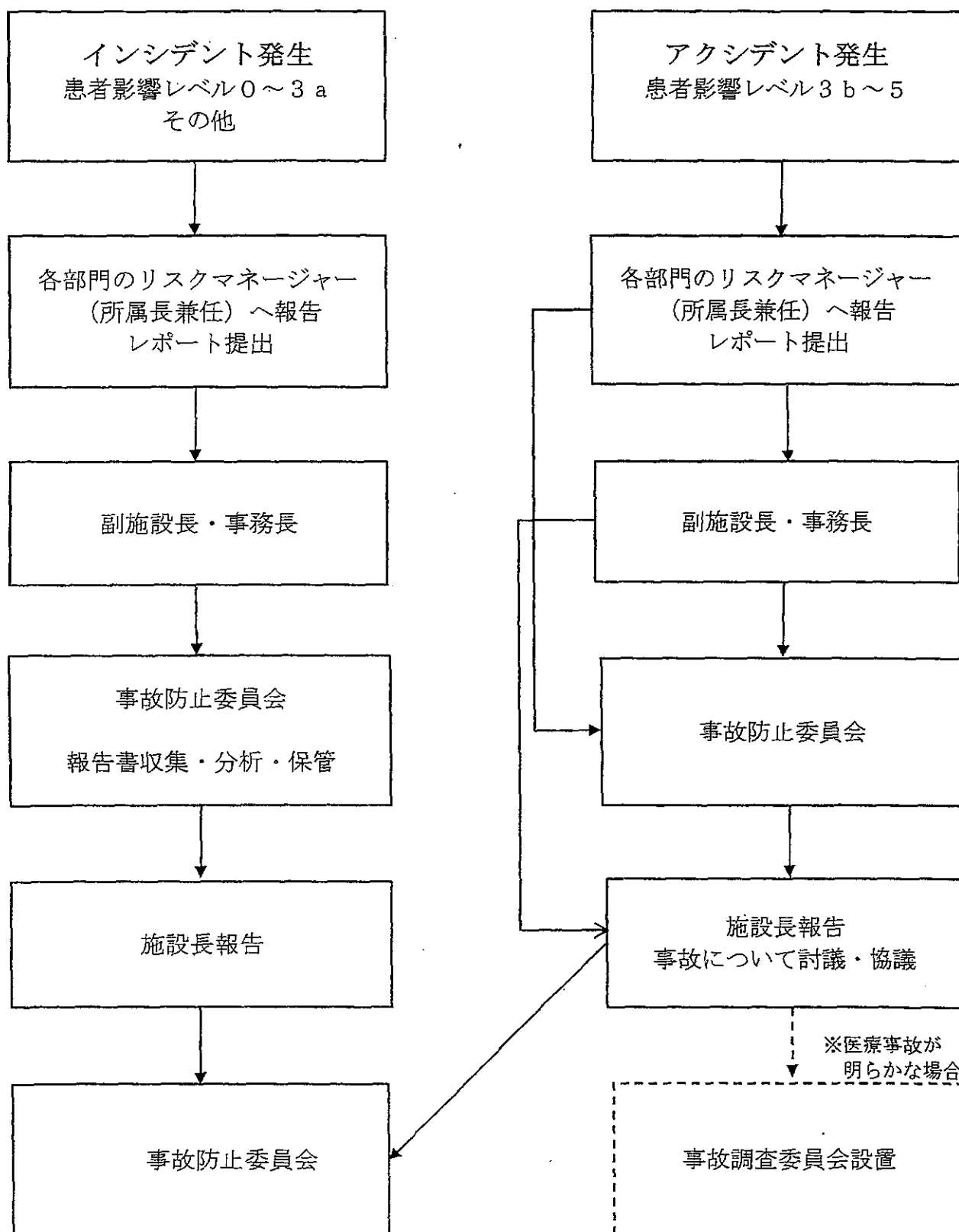
リーダーが不在の場合については、その日に上司への報告が必要と判断した場合は、直接上司へ書類を提出しても構わない。

手順

- ① 事故発生の場合、まずは利用者様の安全を確保し、適切な処置や報告を済ませた後に用紙を作成する。
- ② 用紙作成については、病院受診が必要な場合と必要でない場合で用紙が異なる。
- ③ 各リーダーに用紙を提出する。リーダーが休みの場合、緊急を要する場合は直接上司に用紙を提出し状態を説明する。

添付資料8

インシデント・アクシデント報告体制



※各所属長が、医療安全管理部に提出した報告書を自分の部署で検討するためにコピーした場合は、対応策の書類とともに1年間保管し、その後は事故防止委員会へ返却とする。

平成19年4月 医療安全管理委員会

添付資料9

(図の二重枠は医師との連携)

包括的アセスメント・医療処置管理プロトコール

継続治療している2型糖尿病：インスリン非依存状態

事業対象の看護師は包括的アセスメントにて糖代謝の重症化、合併症の有無・進展を把握し、治療・療養指導の継続か変更かを判断し、医師に報告する。治療の変更が必要となる場合は特に迅速に医師と連携し医師の指示の下で診療にあたる。

- 問診
- ・高血糖など代謝異常による症状（口渇・多飲・多尿・体重減少・易疲労感）
 - ・合併症などが疑われる症状（視力低下、下肢しびれ感、発汗異常、足部痺等）
 - ・服薬状況またはインスリン注射について
- 測定
- ・空腹時血糖値、HbA_{1c}値測定（患者の血糖コントロールの維持の可否）
 - ・身長、体重、BMI(Kg/m²)、腹囲、血圧、脈拍
- フィジカルアセスメント
- (糖尿病網膜症、腎症、神経障害の早期発見・発症予防に努める)
- ・腱反射、振動覚、モノフィラメントによる圧覚検査
 - ・瞳孔反応・眼底検査(出血・白濁・新生血管)
 - ・足の皮膚の状態・足病変の有無、足や爪の変形、足の色や温度・血管障害
 - ・末梢浮腫の有無・腸蠕動

検査追加

- 検査（異常がなくても検査追加し合併症検索）
- ・眼底検査（病期により1回/年～1回/1～2カ月）
 - ・尿検査：尿糖、尿ケトン体、尿蛋白、
微量アルブミン（1回/3～6カ月）
 - ・心電図

検査追加

- 検査（異常がなくても1～2回/年検査追加し確認）
- ・血液検査：BUN、クレアチニン、総コレステロール、中性脂肪、HDL、血算、CRP
 - ・蛍光眼底検査
 - ・尿検査：尿中蛋白排泄量、Ccr（年1回）
 - ・神経伝導速度、自律神経機能検査(CVRR)
 - ・心エコー、頸動脈エコー、胸部レントゲン

血糖コントロールの目標達成

血糖コントロールの目標不達成

所見の変化なし

異常所見あり

所見の変化なし

異常所見あり

- ・食事療法・運動療法・薬物療法の相談・助言
- ・禁煙指導、フットケア

医師にアセスメントを報告および判断した根拠と必要な治療の選択を確認し実施する(下記範囲内で)

食事指示カロリー・運動・経口血糖降下薬
(速効型インスリン分泌促進薬、α-グルコシダーゼ阻害薬、ピグアナイド薬、チアゾリジン薬)

(血糖コントロール不良、合併症発現の可能性あり)

医師にアセスメント報告
医師診療へつなぐ

- ・医師の診療後に所見と診療内容を確認
- ・今後の診療計画の相談(事業対象看護師)が継続して診療するか)

打撲（頭部外傷を除く）・捻挫 包括的健康アセスメントプロトコール

事業対象の看護師は、鑑別診断に必要な下記の初期診察と検査を行い、医師の診療につなぐ

- ・問診：現病歴（外傷機転：外力の加わった部位・方向・大きさに関する情報・鈍的・鋭的、圧迫の有無と時間、疼痛の有無・強さ、尿失禁の有無、既往歴、服薬歴（抗凝固薬などの服薬の有無）
フィジカルアセスメント
- ・バイタルサインの測定
- ・視診：変形・腫脹、皮膚の色調変化、打撲痕、擦過傷、開放創の有無、出血の有無、擦過傷の有無、（皮下）血腫の有無、打撲痕、開放傷の有無、関節内血腫の有無、タイヤ・シートベルト痕、腹部膨満、
まず開放しているか、何が見えているか、出血しているか、色はどうか、汚れているか、膨れているか？
- ・聴診：呼吸音、心音、血管音、腸蠕動音、気胸の有無、胸水貯留の有無、呼吸音、心音、蠕動音、血流音（どこでも）
- ・打診：肺打診音の変化、腹部打診による濁音（腹腔内出血）、肝濁音界の消失の有無、
- ・触診：腹部圧痛・筋性防御の有無、表在血管の拍動、自他動運動制限、皮下気腫、皮下血腫、末梢冷感、皮膚感覚（温痛覚、触圧覚）、運動（MMT、離握手）柔らかいか、硬いか、握雪感は？、拍動は？、冷たいか？、曲がるか？

検査

- ・X-P（胸部、腹部、四肢、脊椎、骨盤）
- ・血液検査（CBC：K、Pなど電解質、生化学：乳酸、CPK、ミオグロビン、サイトカイン、CRP、ESR）
- ・尿検査（潜血、タンパク、ウロビリノーゲンなど）
- ・腹部エコー（腹部外傷があれば）
- ・CT

1. まずバイタル！→BLSに則り対応

生命の危機が少ないようであれば次観察

2. 傷の評価

3. 血行の評価

4. 機能の評価（動くか？何が不可能か？）を行う。

（時間をかけても見過ごさないこと）

縫合が必要と判断される場合、医師に報告し、医師の指導の下、十分な洗浄後、縫合または開放包交

その他はシーネを当て腫脹の度合いと血行に留意し、医師に報告する

動脈損傷を疑う徴候、開放創、気胸、心タンポナーデ、剥皮傷などがない打撲痕の場合

動脈損傷を疑う徴候

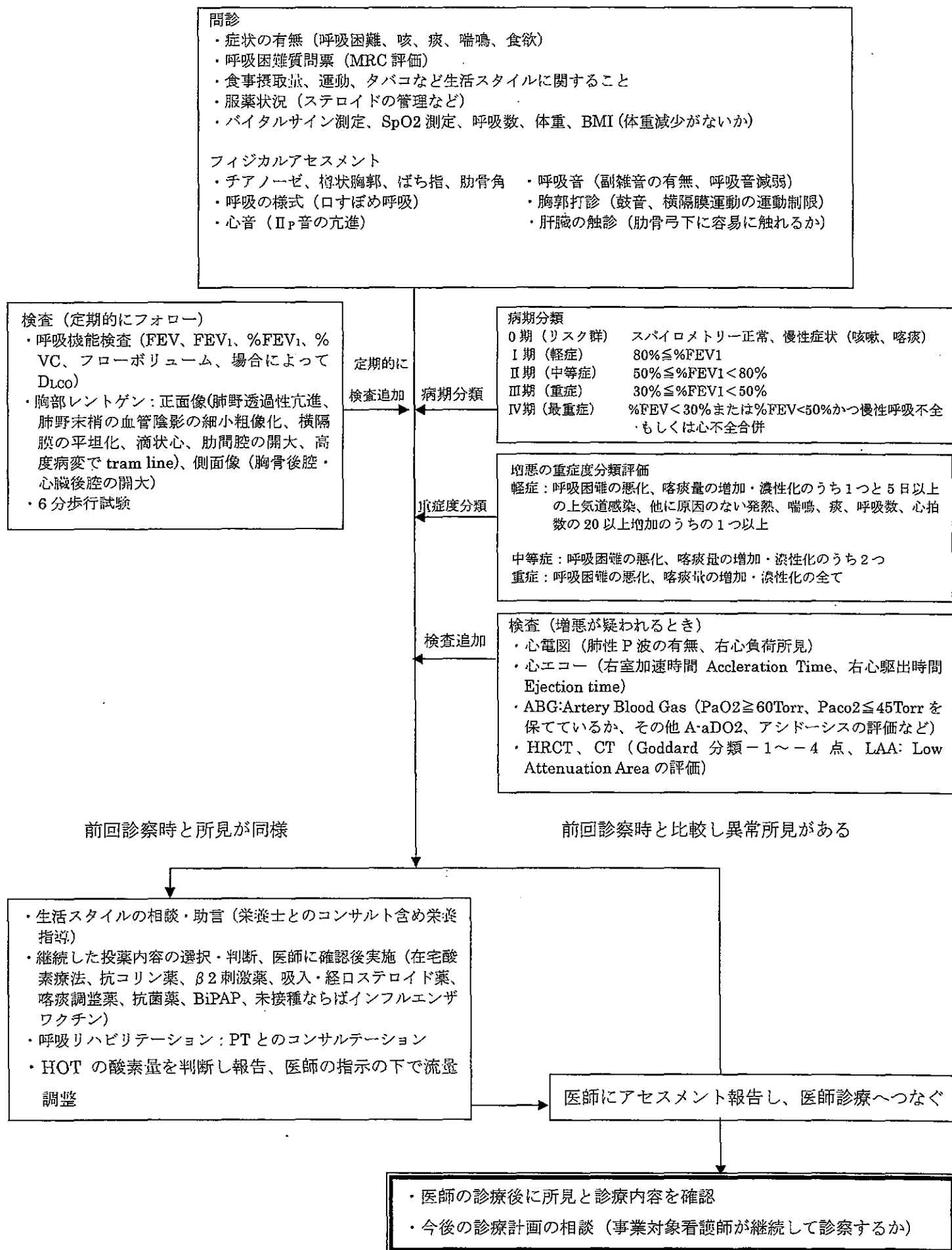
- ・末梢動脈拍動消失、減弱
- ・大量の外出血
- ・進行性、拍動性血腫
- ・スリルの触地、連続雑音
- ・末梢虚血徴候

陽性

医師にアセスメントを報告および判断した根拠と必要な治療の選択を確認し実施する。

- ・消炎鎮痛剤の選択・実施 NSAIDS、
- ・シーネ・コルセットによる外固定
- ・外用薬の選択・実施

医師にアセスメント報告、医師診療へつなぐ



参考資料

図 10 鑑別すべき疾患

1. 上気道疾患
 - ① 扁桃炎、咽頭炎、vocal cord dysfunction (VCD)
2. 中枢気道疾患
 - ① 気管内出血、気道異物、気管軟化症、気管支結核、サルコイドーシス
3. 気管支～肺野領域の疾患
 - ① びまん性汎細気管支炎、肺線維症、過敏性肺炎
4. 循環器疾患
 - ① うっ血性心不全、肺血栓塞栓症
5. アンギオテンシン変換酵素阻害薬などの薬剤による咳
6. その他の原因
 - ① 自然気胸、迷走神経刺激症候群、過敏気管炎候群、心因性咳嗽
7. アレルギー性呼吸器疾患
 - ① アレルギー性気管支肺アスペルギルス症、アレルギー性肉芽腫性血管炎 (Churg-Strauss 症候群)、好酸球性肺炎

(喘息予防・管理ガイドライン 2006 より一部改変)

図 11 呼吸困難（息切れ）を評価する問診事例 (MRC)

グレード 0	激しい運動をした時だけ息切れがある。
グレード 1	平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。
グレード 2	息切れがあるので、同年代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。
グレード 3	平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。
グレード 4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

注) 上記の息切れスケールは ATS/ERS 2004 に従った。呼吸リハビリテーションの保険適用における息切れスケールは 1、2、3、4、5 であるため、+1 を加算して評価する

図 12 COPD 増悪の重症度分類

軽 症	呼吸困難の悪化、喀痰量の増加、喀痰の膿性化のうち 1 つと、5 日以内の上気道感染、他に原因のない発熱、喘鳴の増加、咳の増加、呼吸数あるいは心拍数の 20% 以上の増加のうち 1 つ以上
中等症	呼吸困難の悪化、喀痰量の増加、喀痰の膿性化のうち 2 つ
重 症	呼吸困難の悪化、喀痰量の増加、喀痰の膿性化のすべて

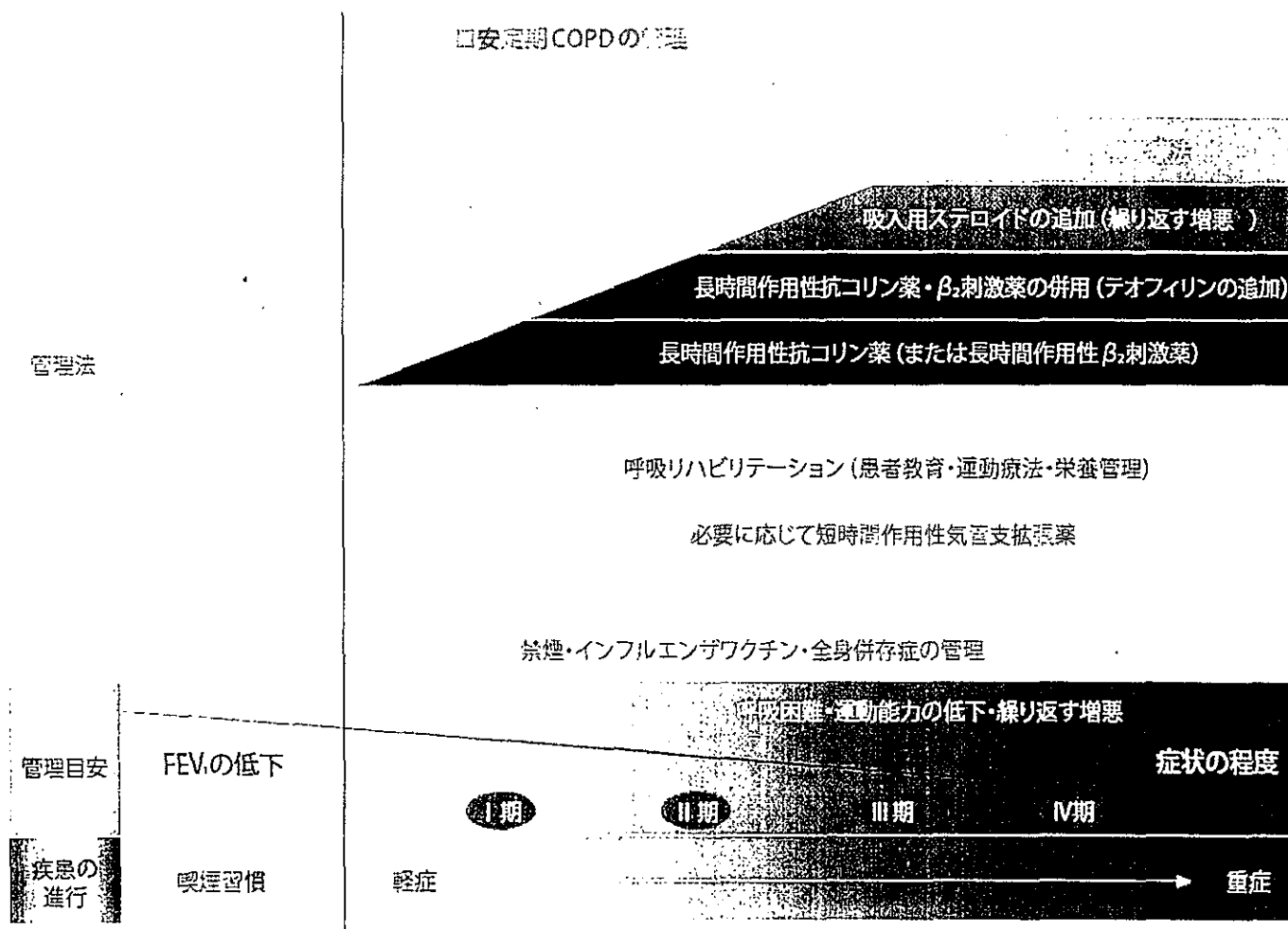
図 13 入院を考慮すべき状態

- 呼吸困難の急激な増悪
- チアノーゼや浮腫の出現
- 増悪に対する初期治療に無反応
- 重大な併存症
- 頻回の増悪
- 不整脈の出現
- 診断が不確実で、鑑別診断が必要
- 高齢者
- 在宅サポートが不十分

□NPPVの適応基準

2項目以上満たす場合に適応

1. 呼吸補助筋の使用、奇異性呼吸を伴う呼吸困難
2. $\text{pH} < 7.35$ かつ $\text{PaCO}_2 > 45\text{Torr}$ を満たす呼吸性アシドーシス
3. 呼吸回数 > 25 回/分



図安定期のCOPDの管理に使用する薬剤（剤型）

薬品名	吸入器式 定量吸入器 (μg)	ドライパウダー 定量吸入器 (μg)	ネブライザー (mg/mL)	経口 (mg)	注射 (mg)	貼付 (mg)	作用持続時間 (時間)
1.気管支拡張薬							
抗コリン薬							
●短時間作用性 臭化イプラトコピウム 臭化オキシコピウム	20 160						6-8 7-9
●長時間作用性 テオトコピウム		18					24以上
β_2刺激薬							
●短時間作用性 サルブタモール テルブタリン ヘキソブレナリン プロカテロール ツロブテロール フェノテロール クレブテロール マブテロール	160 5-10 100		5 0.1	2 2 0.5 25-50 μg 1 2.5 10 μg 25-50 μg	0.2		4-6 4-6 4-6 8-10 8 8 10-12 8-10
●長時間作用性 サルメテロール フォルモテロール* ツコブテロール（貼付）		25-50 4.5-12				0.5-2	12以上 12以上 24
メチルキサンテン							
アミノフィリン テオフィリン（徐放錠）				50-400	250		変動、最大24 変動、最大24
2.ステロイド（グルココルチコイド）							
局所投与（吸入）							
ベクロメサゾン フルチカゾン ブデソニド シクレソニド	50-160 50-160 50-200	50-200 100-200					
全身投与（経口、注射）							
プレドニゾン メチルプレドニゾン				5 2-4	40-125		
3.長時間作用性β_2刺激薬／吸入用ステロイド配合薬							
サルメテロール／フルチカゾン フォルモテロール／ブデソニド*		50/160、250 4.5/160					
4.喀痰調整薬							
ブロムヘキシン カルボシステイン ブトステイン アンブロキソール アセチルシステイン			2 200	4 250-500 200 15	4		

*2009年6月現在、日本で市販されていない薬剤

図呼吸機能障害による身体障害者等級表

級数	区 分	解 説
1級	呼吸器の機能の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸器が強いいため歩行がほとんどできない。呼吸器のため指数の測定ができない。指数が20以下または PaO_2 が50Torr以下。
3級	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	指数が20を超え30以下もしくは PaO_2 が50Torrを超え60Torr以下。またはこれに準じるもの。
4級	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	指数が30を超え40以下もしくは PaO_2 が60Torrを超え70Torr以下。またはこれに準じるもの。

指数：予測肺活量1秒率（%FEV₁）

特定看護師（仮称）業務試行事業 実施体制
（介護老人保健施設 鶴見の太陽）

1. 事業対象の看護師の目指す役割

- 事業対象の看護師は、介護老人保健施設、及び併設の診療所において、高齢者（成人を含む）に対して、医師と連携してプライマリケアを提供する。具体的には、医師の包括的指示の下で、糖尿病、高血圧症、慢性閉塞性肺疾患等の慢性疾患の患者等について継続的な管理や処置を行うこと、発熱、下痢、便秘等の軽微な初期症状の診察や検査、必要な治療処置を行うこと等である。医師と協働することにより、安全・安心なきめ細やかな医療をタイムリーに提供することが可能となり、医療の質が向上して患者等・家族の QOL の向上及び満足度の向上に寄与するだけでなく、医師の業務負担の軽減も期待される。なお、業務・行為については、医療安全管理委員会の規定に従うものとする。
- 事業対象の看護師は、的確な包括的健康アセスメント能力、クリニカルマネジメント能力、倫理的意思決定能力、多職種協働能力などの高度な実践能力を発揮するとともにその他スタッフ看護師の指導を行う。また、患者等及び老年期の患者等の支援を行う立場となる家族に対しても、より専門的な知識をもって病状や治療内容、検査内容、療養生活上及び日常生活上の説明及び指導を行う。
- 老年期の患者等におけるチーム医療の推進の観点においては、医師のみでなく、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・言語聴覚士・作業療法士など、多職種での意見交換を積極的に行いながら、連携して褥瘡防止や嚥下障害に対するケアに取り組む。病状等にあわせてよりよい療養生活の確保を目指し、MSW や地域の訪問看護ステーション、地域の行政保健師等とも積極的に連携を図る。

2. 特定看護師（仮称）業務試行事業の位置づけ

- 事業対象の看護師は、その実施する業務がその他の看護師が実施する業務に比べて侵襲性が高く、高度な判断を要するものであることから、一定の実務経験と養成課程を修了していることが前提である。養成課程においては、主に医学的教育による講義・演習・実習が行われているが、医療現場での実践にあたっては更なる実践能力の向上を目指すとともに検証が必要であることから、1年をかけて自律的に業務が行えるように指導することとする。特定看護師（仮称）業務試行事業開始後の1ヶ月間は、当施設における業務の実施方法や手順を習得することに重きを置く。その後1ヶ月～3ヶ月間で、医師の包括的指示の下で適切な判断を安全に実施できるよう、少しずつ本来の業務の実施のあり方に移行していくものとする。

3. 業務の実施に係る安全管理体制

(1) 管理責任者

- 特定看護師（仮称）業務試行事業を適切に実施するため、病院全体及び地域で連携している医療施設等の体制を適切に把握している必要があることから、当施設の施設長の役職の者を充てることとする。
- 管理責任者は、特定看護師（仮称）業務試行事業を実施するに当たっての事業全体の進行管理の実施、担当医及び事業対象の看護師のサポート、特定看護師（仮称）養成調査試行事業における養成課程との連携、医療安全管理委員会の開催を行うこととする。
- 事業対象の看護師において不具合な事象が生じた場合、速やかに部門長は医療安全管理部及び管理責任者に報告することとする。

(2) 医療安全管理委員会

- 本事業の実施に係る安全管理に係る組織として、当施設に既設の医療安全管理委員会をあてることとする。
- 医療安全管理委員会は、以下のメンバーから構成することとする。
 - ・ 施設長（医師）＝管理責任者
 - ・ 副施設長（看護師）
 - ・ 事務長
 - ・ 担当医
 - ・ 看護主任
 - ・ 介護主任
- 医療安全管理委員会は、月1回程度、定期的に定例するほか、の会議を必要に応じて開催することとする。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業開始前に、医療安全管理委員会においては、患者等や家族に対する説明及び相談についての規定、緊急時対応についての手順、試行対象の業務や行為に係るプロトコルを具体的に決定し、明示することとする。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業開始後は、事業対象の看護師の直近1ヶ月の業務実施状況について、医療安全管理委員会において報告することとする。緊急時対応についての手順、試行対象の業務や行為に係るプロトコル等、必要であれば、適宜、見直しを行う。
- 特に、事業対象の看護師において業務・行為において不具合な事象が生じた際には、速やかに医療安全管理委員会において、管理責任者等に報告することとする。なお、その不具合事象の実態については、適切な問題の解決を目指すとともに、原因等を把握し、以後の同様の不具合事象の発生防止に活かす。

(3) 担当医

- 担当医は、適切な指導能力を有していることに加え、事業対象の看護師が実施する業務・行為に精通している必要がある。そのため1人は、当該分野の専門医及び臨床研修指導医資格を取得している者としている。
- 担当医は、事業対象の看護師の医行為等の習得度について、基本となる4. のプログラムに沿って確認し、必要に応じて直接指導を実施する。なお、事業対象の看護師の業務内容や記録について、担当医は、毎日必ず確認を行う。また事業対象の看護師は、担当医とともに医師カンファレンスや多職種によるカンファレンスに参加することとするが、その際、担当医は事業対象の看護師の積極的な参加を促す。
- 事業対象の看護師が業務を実施する前に、担当医は、医療安全管理委員会において規定されたルールに従って、患者や家族に対して、特定看護師（仮称）業務試行事業について十分に説明を行う。また、患者や家族が拒否したいと意思表示があった際には、十分に説明を行った上、事業対象の看護師におけるその患者や家族に対する業務内容を変更することとする。
- 担当医は、事業対象の看護師と定期的にカンファレンスを実施し、日頃の状況の報告・連絡・相談は、随時メールで連携を取る。
- 担当医は、定例の安全管理委員会に必ず出席し、その際には、前回の安全管理委員会の開催日からの事業対象の看護師の業務実施状況を報告する。事業対象の看護師の業務及び行為について不具合な事象が生じた際には、速やかに医療安全管理委員会及び管理責任者にその実態について報告することとする。

(4) 養成課程との連携

- 特定看護師（仮称）業務試行事業の実施において、養成課程と業務を実施する病院との連携を図ることが重要であるため、養成課程に対して連携担当者を設置するよう要請し、常に当施設の管理責任者と情報交換することができる体制をとる。
- 情報交換を行う具体的な内容は、養成課程からは、養成課程における教育内容及び実習方法、またその評価方法、事業対象の看護師の習得度等であり、当施設からは、事業の実施状況、事業対象の看護師の実施行為評価結果、不具合事象の有無等である。
- 管理責任者は、連携担当者からの情報収集により、事業対象の看護師がどのような養成課程においてどのような教育を受けたか、また、業務・行為についてどのような演習・実習をどのように実施したのか、それらの習得度はこういったレベルであるか、等を把握しておくこととする。また、本事業に係る第1回の医療安全管理委員会では情報収集した内容を報告し、その情報を基に各種手順やルール等を検討する。

(5) 各種手順・ルール

- 現在、当施設内において運用されている手順やルールに則り実施することを原則と

し、さらに、事業対象の看護師の業務は、その他の看護師が実施する業務よりも侵襲性が高く、より高度な実践能力を要するため、医療安全管理委員会において特に留意が必要とされた視点は以下の通りである。

- ・ 緊急時の対応について、常に担当医に報告・連絡・相談を密に行うシステムを確立し、迅速な対応を目指す必要がある。また、担当医が不在時もしくは対応できない場合においても代理の医師が対応できるよう、平常時から担当医以外の医師とも連携がとれるように工夫する。
- ・ 患者や家族に対する説明及び相談については、細やかな配慮とともに迅速に対応することが求められるため、常に担当医と情報を共有し、強い連携が必要となる。また、事業対象の看護師による患者や家族に対する説明については、適宜、担当医が患者等や家族の理解の程度を確認し、必要であれば、補足や修正を行う。
- ・ 試行の対象とする業務・行為については、患者や家族への十分な説明と同意により初めて行うものとし、患者等や家族が拒否することも可能であることを十分説明する。また、試行の対象とする業務・行為は、常に担当医のサポート体制の下で行う。
- ・ 医療事故発生時の対応については、十分に配慮をしながら迅速に対応することが求められる。担当医との連絡を密にし、担当医が中心となり適切に対処することとする。また、医療安全管理委員会や管理責任者に対し、適宜、報告・連絡・相談を行うことが必要である。

○事業対象の看護師が患者等に関する情報を的確に把握するため、医局で毎週火曜日に実施している入所者カンファレンスに同席する。また、上記カンファレンス後に実施している院長回診に同席する。

4. プログラム

～1ヶ月

医師やその他職種の様々な業務を観察し、当施設のシステムや体制を理解する。常時、担当医と行動を共にし、担当医の立会いの下で、補助的な業務を実施する。

なお、医行為を実施する際の検査や、薬剤の使用について、実践に基づいて学ぶ。

1ヶ月～3ヶ月

常時、担当医と行動を共にしながら、担当医の立会いの下、指導を受けながら業務を実施する。

縫合や抜糸、直接動脈穿刺による採血、超音波検査等の手技を学ぶ。薬剤の使用については、担当医の立会いの下、具体的な事例を基に演習として自律して選択し、必ず担当医による確認を行うこととする。

3ヶ月～6ヶ月

適宜、担当医と行動を共にすることとし、医師の包括的指示の下で、主として事業対象の看護師の判断で実施するが、必要時、担当医の立会いの下で行こう医行為等を実施する。なお、医行為の実施については、判断した根拠等に基づいて必要性を医師に確認する。薬剤の使用については、薬剤の使用を決定づけた根拠と共に担当医に報告を行う。(※これ以降、医師の包括的指示を活用し、自律した業務実施の段階へと徐々に移行する)

6ヶ月～9ヶ月

医師の包括的指示の下、様々な業務を実施する。検査の実施の判断や実施、超音波検査、薬剤の選択・使用、壊死組織に対するデブリードマンや体表表面の縫合・抜糸を含む一連の褥瘡処置などを実施する。ハイリスクな患者については、必ず担当医の立会いの下で実施することとする。また、業務終了後は、業務内容及び実施状況について担当医に必ず報告し、事業対象の看護師は担当医と共に自らの業務内容及び実施について振り返りの機会を定期的に設ける。

9ヶ月～12ヶ月

医師の包括的指示の下、様々な業務を自律して実施する。また、業務終了後は、業務内容及び実施状況について担当医に必ず報告し、事業対象の看護師は担当医と共に自らの業務内容及び実施について振り返りの機会を定期的に設ける。

資料 3 (参考 1)

平成 22 年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業(A 修士課程 調査試行事業)申請書より抜粋

特定看護師 (仮称) 業務試行事業の対象看護師の履修内容

大学院名(分野名): 大分県立看護科学大学大学院看護学研究科 (老年)

本養成課程のねらい ・ 目指す特定看護師 ・ 活動の場・分野、実施内容 ・ 効果	・ 適格な包括的健康アセスメント能力、クリニカルマネジメント能力、高度な看護実践能力、倫理的意思決定能力かつ多職種との協働能力を備え、プライマリケアを提供し地域で活動できる特定看護師 (仮称) を目指す。 ・ 高齢者 (成人を含む) に対して、慢性疾患 (糖尿病・高血圧症・慢性閉塞性肺疾患など) の継続的な管理・処置、軽微な初期症状 (発熱、下痢、便秘等) の診察や検査、必要な治療処置を行い、医師と連携し、一般病院の外来、訪問看護ステーション、老人保健施設等で活動する。 ・ タイムリーで公平・公正、きめ細やかな医療サービスを提供することにより、患者・家族の QOL の向上および満足度の向上に寄与する。
課程修了時必要単位/時間数	45 単位 / 1240 時間

授業科目			
フィジカルアセスメントに関する科目 単位数/時間数	6 単位 / 124 時間	フィジカルアセスメント学特論 診察・診断学特論 老年アセスメント学演習	
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種
フィジカルアセスメント学特論	2	32	医師 1 名 看護師 2 名
診察・診断学特論	2	60	医師 10 名
老年アセスメント学演習	2	32	医師 3 名 看護師 4 名

授業科目				
臨床薬理学に関する 科目 単位数／時間数	4 単位／ 8 2 時間	臨床薬理学特論 老年薬理学演習		
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種	
臨床薬理学特論	2	4 6	薬剤師 2 名	
老年薬理学演習	2	3 6	医師 1 名 薬剤師 2 名	
授業科目				
病態生理学に関する 科目 単位数／時間数	4 単位／ 1 0 6 時間	病態機能特論 老年疾病特論		
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種	
病態機能特論	2	6 0	医師 2 名 その他 2 名	
老年疾病特論	2	4 6	医師 1 2 名	
その他の授業科目（演習・実習以外）				
科目名	必修/選択	単位数	時間数	担当教員名と職種
NP 論	必修	1	1 6	助産師 1 名 看護師 5 名
健康増進科学特論	選択	2	3 2	保健師 1 名 看護師 1 名 その他 1 名
看護管理学特論	選択	2	3 2	看護師 4 名
看護コンサルテーシ ョン論	選択	2	3 2	看護師 2 名 その他 2 名
看護教育特論	選択	1	3 2	助産師 2 名 看護師 2 名
看護理論特論	選択	1	3 2	看護師 3 名
看護倫理学特論	選択	2	3 2	看護師 2 名 その他 2 名
看護政策論	選択	2	3 2	医師 3 名 看護師 1 名 その他 1 名

研究の進め方	必修	2	3 2	医師 1 名 看護師 3 名 その他 6 名
老年 NP 特論	必修	2	3 2	看護師 7 名 その他 1 名
演習 単位/時間数	6 単位 / 1 0 0 時間			
老年アセスメント学 演習（再掲）	必修	2	3 2	医師 3 名 看護師 4 名
老年薬理学演習 （再掲）	必修	2	3 6	医師 1 名 薬剤師 2 名
原書購読演習	必修	2	3 2	その他 1 名
課題研究	必修	3		大学教員講師以上 25 名 （うち、授業科目の担 当教員でない教員が看 護師 3 名）
実習 単位/時間数	1 4 単位 / 5 6 0 時間			
老年 NP 実習	必修	1 4	5 6 0	医師 8 名 看護師 5 名

全教員・指導者数 （再掲：医師の教員・指導者数）	7 1 人（2 9 人）		
課程修了の最低必要 単位数/時間数 合計：	4 5	老年 1240	担当医師数合計（ 2 9 ）名 担当看護師数合計（ 2 2 ）名 その他教員数合計（ 2 0 ）名
養成数	1 年次	4 人	
	2 年次	7 人（H20 年度入学生 3 名は長期履修制度を活用し 2 年次に在籍している）	
実習施設	一般病院（ 4 施設 ） 診療所（ 2 施設 ） 老人保健施設（ 2 施設 ）		

特定看護師(仮称)養成 調査試行事業 報告書より抜粋

5. 学生の修得状況

施設名:大分県立看護科学大学

課程(分野)名: 老年NP

学生識別番号:学生D

1)演習で実施した医行為と到達度

	医行為番号	医行為名	実施回数	当該医行為に関する演習の修了状況 1:修了 2:途中	自己評価				指導者評価			
					医行為修得の到達度				医行為修得の到達度			
					自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学	自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学
1	4	トリアージのための検体検査の実施の決定	4回	1	○				○			
2	5	トリアージのための検体検査結果の評価	4回	1	○				○			
3	6	治療効果判定のための検体検査の実施の決定	4回	1	○				○			
4	7	治療効果判定のための検体検査結果の評価	4回	1	○				○			
5	9	単純X線撮影の実施の決定	4回	1	○				○			
6	10	単純X線撮影の画像評価	4回	1			○				○	
7	11	CT、MRI検査の実施の決定	4回	1	○				○			
8	12	CT、MRI検査の画像評価	4回	1			○				○	
9	17	腹部超音波検査の実施の決定	4回	1	○				○			
10	18	腹部超音波検査の実施	4回	1		○				○		
11	19	腹部超音波検査の結果の評価	4回	1			○				○	
12	20	心臓超音波検査の実施の決定	1回	1	○				○			
13	27	12誘導心電図検査の実施の決定	2回	1	○				○			
14	52	眼底検査の実施の決定	1回	1	○				○			
15	53	眼底検査の実施	1回	1			○				○	
16	54	眼底検査の結果の評価	1回	1			○				○	
17	55	ACT(活性化凝固時間)の測定実施の決定	4回	1	○				○			
18	69	褥瘡の壊死組織のデブリードマン	1回	1		○				○		
19	70	電気凝固メスによる止血(褥瘡部)	1回	1		○				○		
20	73	皮下膿瘍の切開・排膿:皮下組織まで	1回	1		○				○		

21	75	表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで(手術室外で)	1回	1		○				○		
22	78	体表面創の抜糸・抜鉤	1回	1	○				○			
23	110	胃ろう、腸ろうのチューブ抜去	1回	1			○				○	
24	112	胃ろうチューブ・ボタンの交換	1回	1			○				○	
25	156	下剤(坐薬も含む)	1回	1		○				○		
26	157	胃薬:制酸剤	1回	1		○				○		
27	158	胃薬:胃粘膜保護剤	1回	1		○				○		
28	159	整腸剤	1回	1		○				○		
29	160	制吐剤	1回	1		○				○		
30	161	止痢剤	1回	1		○				○		
31	162	鎮痛剤	1回	1		○				○		
32	163	解熱剤	1回	1		○				○		
33	166	インフルエンザ薬	1回	1		○				○		
34	167	外用薬	1回	1		○				○		
35	168	創傷被覆材(ドレッシング材)	1回	1		○				○		
36	169	睡眠剤	1回	1		○				○		
37	171	抗不安薬	1回	1		○				○		
38	173	感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	1回	1		○				○		
39	185	痛みの強さや副作用症状に応じた非オピオイド・鎮痛補助薬の選択と投与量・用法調整:WHO方式が	1回	1		○				○		
40	196	患者・家族・医療従事者教育	4回	1	○				○			
41	203	患者の入院と退院の判断	4回	1		○				○		

2) 臨地実習で実施した医行為と到達度

	医行為番号	医行為名	実施回数	当該医行為に関する実習の修了状況 1: 修了 2: 途中	自己評価				指導者評価			
					医行為修得の到達度				医行為修得の到達度			
					自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学	自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学
1	4	トリアージのための検体検査の実施の決定	26回	1		○				○		
2	5	トリアージのための検体検査結果の評価	26回	1		○				○		
3	9	単純X線撮影の実施の決定	27回	1		○				○		
4	10	単純X線撮影の画像評価	27回	1		○				○		
5	11	CT、MRI検査の実施の決定	5回	1		○				○		
6	12	CT、MRI検査の画像評価	5回	1			○				○	
7	14	IVR時の動脈穿刺、カテーテル挿入・抜去の一部実施	1回	1				○				○
8	17	腹部超音波検査の実施の決定	10回	1		○				○		
9	18	腹部超音波検査の実施	5回	1			○				○	
10	19	腹部超音波検査の結果の評価	10回	1		○				○		
11	20	心臓超音波検査の実施の決定	1回	1				○				○
12	21	心臓超音波検査の実施	1回	1				○				○
13	22	心臓超音波検査の結果の評価	1回	1				○				○
14	23	頸動脈超音波検査の実施の決定	1回	1			○				○	
15	27	12誘導心電図検査の実施の決定	5回	1		○				○		
16	28	12誘導心電図検査の実施	5回	1		○				○		
17	29	12誘導心電図検査の結果の評価	5回	1		○				○		
18	30	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	1回	1		○				○		
19	31	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	1回	1		○				○		
20	32	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	1回	1	○				○			
21	33	薬剤感受性検査実施の決定	1回	1		○				○		
22	34	真菌検査の実施の決定	2回	1		○				○		
23	35	真菌検査の結果の評価	2回	1		○				○		
24	36	微生物学検査実施の決定	1回	1		○				○		
25	39	スパイロメトリーの実施の決定	2回	1		○				○		
26	44	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の実施の決定	5回	1		○				○		
27	46	血流評価検査(ABI/PWV/SPP)検査の結果の評価	5回	1		○				○		
28	52	眼底検査の実施の決定	2回	1		○				○		
29	62	人工呼吸器モードの設定・変更の判断・実施	1回	1			○				○	
30	66	NPPV開始、中止、モード設定	1回	1		○				○		
31	69	褥瘡の壊死組織のデブリードマン	1回	1		○				○		

32	75	表創(非感染創)の縫合:皮下組織まで(手術室外で)	1回	1			○			○	
33	112	胃ろうチューブ・ボタンの交換	4回	1		○			○		
34	124	皮膚表面の麻酔(注射)	2回	1			○			○	
35	139	予防接種の実施判断	100回	1	○				○		
36	140	予防接種の実施	100回	1	○				○		
37	146	高脂血症用剤	7回	1	○				○		
38	147	降圧剤	7回	1	○				○		
39	148	糖尿病治療薬	7回	1	○				○		
40	157	胃薬:制酸剤	3回	1		○				○	
41	158	胃薬:胃粘膜保護剤	3回	1		○				○	
42	159	整腸剤	3回	1		○				○	
43	160	制吐剤	3回	1		○				○	
44	161	止痢剤	3回	1		○				○	
45	162	鎮痛剤	4回	1		○				○	
46	163	解熱剤	4回	1		○				○	
47	166	インフルエンザ薬	3回	1		○				○	
48	173	感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	4回	1		○				○	
49	174	抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	4回	1		○				○	
50	188	日々の病状、経過の補足説明(時間をかけた説明)	10回	1		○				○	
51	189	リハビリテーション(嚥下、呼吸、運動機能アップ等)の必要性の判断、依頼	2回	1		○				○	
52	154	基本的な輸液:高カロリー輸液	3回	1		○				○	
53		栄養剤等の判断	1回	1		○				○	
54		終末期患者の死亡確認	1回	1			○				○

平成 23 年度 厚生労働省
特定看護師（仮称）業務試行事業 申請書

平成 23 年 3 月 24 日

厚生労働省 チーム医療推進会議

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ 御中

申請施設名： 飯塚病院

管理責任者： XXXXXXXXXX

所在地： 福岡県飯塚市芳雄町 3 番 83 号

連絡先：Tel : 0948-22-3800

E-mail : XXXXXXXXXX

担当者： XXXXXXXXXX

以下について、特定看護師（仮称）業務試行事業に申請いたします。

I) 実施施設について

施設名	
飯塚病院	
施設の概要	
代表者名	院長 田中二郎
病床数	(1,116) 床
診療科目	肝臓内科, 呼吸器内科, 消化器内科, 内分泌・糖尿病内科, 血液内科, 心療内科, 総合診療科, 膠原病・リウマチ内科, 腎臓内科, 漢方診療科, 画像診療科, 精神神経科, 小児科, 産婦人科, 循環器内科, 心臓血管外科, 外科, 呼吸器外科, 小児外科, 神経内科, 脳神経外科, 整形外科, リハビリテーション科, 皮膚科, 泌尿器科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 形成外科, 歯科口腔外科, 麻酔科, 病理科, 緩和ケア科
医師数	(245) 名 (非常勤含む)
看護職員数	(957) 名 (非常勤含む)

管理責任者について	
氏名	XXXXXXXXXX
職種	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
役職	院長

安全に係る管理体制について						
安全管理体制に係わる組織の有無	☒ 有 無 添付資料 1 飯塚病院組織図 添付資料 2 飯塚病院医療安全管理基準					
安全管理体制に係る組織の構成員の人数	医師（ 6 ）名、看護師（ 3 ）名 薬剤師（ 1 ）名、その他（ 7 ）名					
安全管理体制に係る組織の主な構成員（最低医師 1 名を含み、主な構成員 3 名まで記入）	職種	名前			職位	
	医師	■■■■■			副院長	
	医師	■■■■■			診療部長	
	看護師	■■■■■			管理師長	
本事業に係わる担当医の人数	（ 4 ）名					
本事業に係わる担当医	名前	診療科	臨床経験年数	専門医取得の有無	臨床研修指導医資格の有無	安全管理体制に関わる組織構成員
	■■■■■	救急部	30	☒ 有 無	☒ 有 無	☐
	■■■■■	救急部	18	☒ 有 無	☒ 有 無	
	■■■■■	救急部	17	☒ 有 無	有 ☒ 無	
	■■■■■	救急部	8	☒ 有 無	☒ 有 無	
安全管理に係る緊急時の対応手順（※院内での既存のものを添付書類とすることも可）	添付資料 3：飯塚病院医療安全管理基準					
院内報告制度等の整備状況（※院内での既存のものを添付書類とすることも可）	添付資料 2：飯塚病院医療安全管理基準 （8. 不具合発生時の対応と報告、そのルート）					

他施設との連携	
安全管理体制に係る他施設との連携の有無	有 ☒ 無
※上記質問で「有」を選択した場合のみ下記を記載ください。	
連携施設名	
上記施設との具体的連携方法	

Ⅱ) 事業対象となる看護師について（※以下は1名毎に記載）

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程（修士・研修）」の修了について	
「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」の修了状況	<u>修了</u> 修了予定
上記修了（予定）の実施課程名	日本看護協会 看護研修学校 特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施過程（救急看護）

勤務体制（所属等も含む）：	
雇用体制	常勤 <u>非常勤</u>
配属部署	<u>看護部</u> 院長（施設長）直属 診療科 その他（ ）
主な活動予定場所 （可能であれば診療科名も記入）	病棟（ ） <u>外来</u> （救命救急センター） その他（ ）

業務範囲：	
*業務範囲は「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」において習得した業務・行為のみが対象となります	
実施予定の業務・行為	以下の業務・行為を、医師の包括的指示のもとに実施する。 - 診療をよりスムーズに行う為の救急患者のアセスメントに必要な下記緊急検査の実施の決定と一次的評価 ・ 静脈採血による血液検査 ・ 直接動脈穿刺による採血 ・ 感染症検査（インフルエンザ・ノロウイルス等）の実施・結果の一次的評価 ・ 治療効果判定のための検体検査の実施の決定・一次的評価 ・ トリアージのための検体検査の実施の決定・一次的評価 ・ 単純 X 線撮影の実施の決定・一次的評価 ・ 頭部 CT 検査の実施の決定・一次的評価 ・ 腹部超音波検査（外傷初期診療における迅速簡易超音波検査法）の実施の決定・実施・結果の一次的評価 - 救命救急処置 ・ 酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断 ・ 動脈ラインからの採血 ・ 動脈ラインの抜去・圧迫止血 ・ 12 誘導心電図検査の実施の決定・実施・一次的評価 ・ アナフィラキシー患者に対する薬剤（一般名：アドレナリン）の選択・使用、使用後の一次的評価 ・ 気管支喘息患者の発作時におけるネブライザーの開始、使用薬液の選択

	・直接動脈穿刺による採血 ・低血糖時のブドウ糖静脈注射の実施の決定と一次的評価 ・心停止のうち心静止、無脈性電気活動の患者に対する薬剤（一般名：アドレナリン）の選択・使用、その後の一次的評価 ・心停止のうち心室細動、無脈性心室頻拍の患者に対する除細動の実施と一次的評価 ・エスマルヒ、タニケットによる止血処置の実施の決定と一次的評価
--	--

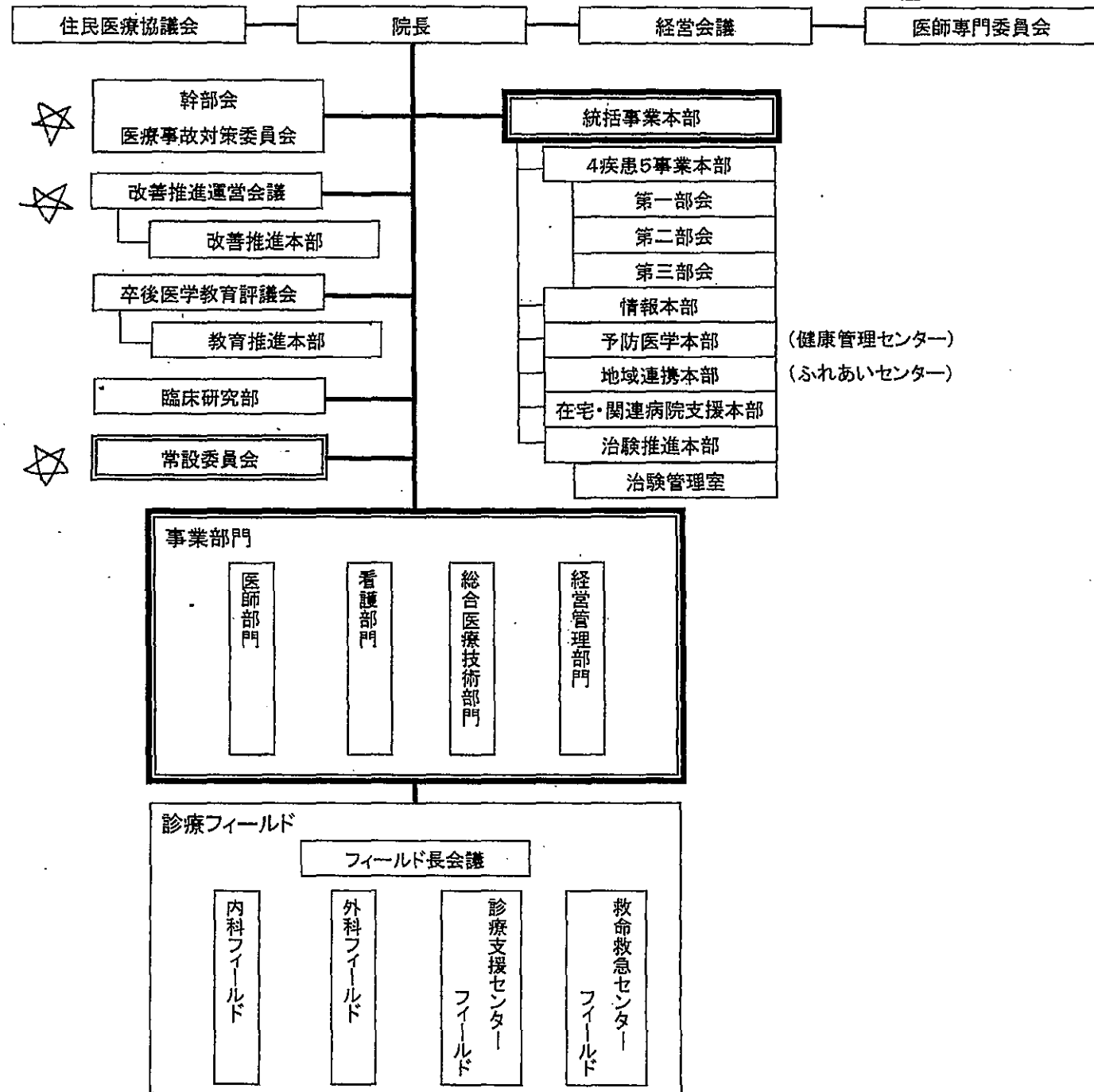
「特定看護師（仮称）養成調査試行事業（修士・研修）」実施課程との連携体制	
	・ 病院での実施状況について、看護協会、看護研修学校関係者を含めた会議を実施予定（3回/年） ・ 日本看護協会 看護研修学校 特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程の修了生と現状報告会（3回/年） ・ 評価表を作成し、病院での実施行為結果を看護協会、看護研修学校にフィードバック予定（随時）

添付資料1

飯塚病院 組織図

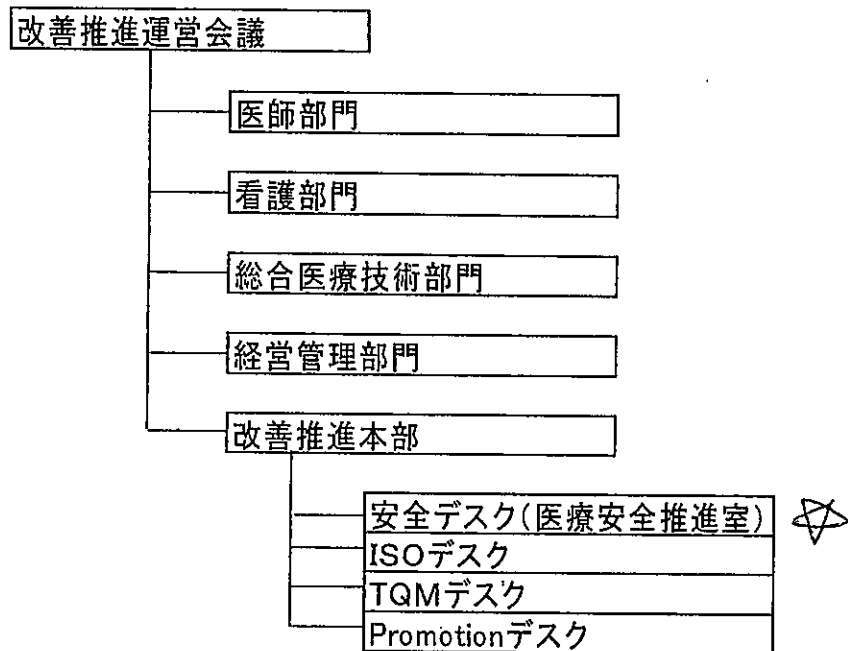
2010.5.20

部長会議出席
ブロック長会議出席



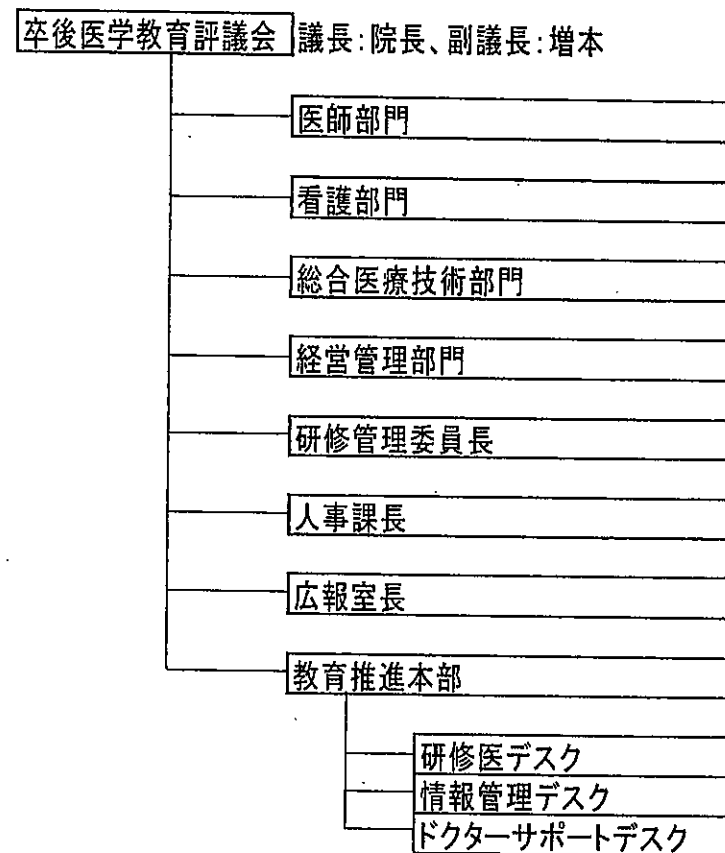
改善推進運営会議:

「日本一のまごころ病院」を実現するために医療業務の改善を推進する
～部門横断的な改善機関～



卒後医学教育評議会:

自己実現を応援して高いES・CSの職場環境をつくる
～部門横断的な教育機関～



委員会活動

委員会メンバーの名簿や
開催スケジュールを掲載しています

飯塚病院 委員会一覧

医師専門委員会【規約】

医師専門委員会			
---------	--	--	--

常設委員会【運営要領】

院内安全ブロック（ブロック長：院長）			
医療ガス安全管理委員会	感染管理委員会	病院食サービス委員会	放射線安全委員会
診療報酬適正管理委員会	労働安全衛生委員会	医師の負担軽減・処遇改善委員会	透析機器安全管理委員会

物品購入ブロック（ブロック長：院長）			
薬事委員会	資材委員会		

医療の質のモニターブロック（ブロック長：江口 冬樹）			
ISO 委員会	TQM 委員会	クリニカルパス委員会	臨床検査適正委員会
クレデンシャル委員会			



医療の安全管理ブロック（ブロック長：鮎川 勝彦）			
SM・AM・MRM 委員会	CS・ES 委員会		

教育・研修ブロック（ブロック長：松山 博之）			
研修管理委員会	ITP 委員会	留学委員会	図書委員会

倫理・地域医療支援ブロック（ブロック長：山本 英彦）			
倫理委員会	治験審査委員会	脳死判定委員会	小児虐待防止委員会
患者行動制限最小化委員会	地域医療支援研修委員会		

診療問題の改善ブロック（ブロック長：長家 尚）			
呼吸管理委員会	褥瘡管理委員会	栄養管理委員会	輸血療法委員会

※ブロック長は経営会議報告、委員長は年報報告

2011 年 2 月 1 日現在

*** 委員会活動から院内組織へ移動した委員会 ***

統括事業本部：4 疾患 5 事業本部へ移動	がん集学治療	緩和ケア
統括事業本部：情報本部へ移動	情報システム運営委員会	診療情報管理運営委員会
	情報セキュリティ委員会	
研究部門として独立	臨床研究部	

飯塚病院 医療安全管理基準
(「医療安全管理組織」指針より抜粋)

1. 「医療安全管理組織」指針

1.1 基本理念

飯塚病院の医療安全の目指すもの：

「安全文化の醸成～誰もが辛い目に合わないために～」

安全文化とは：

治療に関わる全ての人々が、自ら安全を優先した思考と行動を自然に行える状態
安全文化を育てるための要件：

- ①真善美の追求
- ②各組織のリーダーシップ
- ③改善の DNA
- ④情報に基づくシステムづくり

1.2 総則

1.2.1 医療安全指針

- ① 医療に従事する全ての職員は、患者の安全を最優先に考え、行動する。
- ② 人は間違えうることを前提として、システムを構築し、機能させる。
- ③ 「患者参加型」医療を提供する。
- ④ 患者と職員の対話により、患者の医療内容の理解を深め、相互理解へと導く。
- ⑤ 職員間においては、各部門の壁を乗り越えて、十分なコミュニケーションに努める。
- ⑥ 医療安全に関する知識や技術を常に学び、向上を心がける。
- ⑦ 効果的な安全対策として、個人の責任を追及するのではなく、システムの問題としてとらえ、原因分析に基づいて改善策を導き出す「問題解決型」へ取り組む。
- ⑧ 規則や手順は現実的かつ合理的なものとし、必ず守る。また、継続的な見直しと改善を行う。
- ⑨ 療養環境と作業環境の設備改善、職場風土の見直しに努める。

1.2.2 医療安全院長方針

事故は、表面にあらわれた現象だけに目を奪われると、その陰に隠れた多くの萌芽を見落とし、再発を防ぐことができない。自分の所だけは大丈夫と過信せず、日常業務を常に見直すことが大事である。ハインリッヒの法則は1人の重大事故の陰に300人のニアミスが起こっていることを教えている。医療事故（事故）が起きる前に、たくさんの不具合（ニアミス）が起こっているのである。

メディカルリスクマネジメント委員会は院内での医療事故の芽を駆逐するため、不具合レポートを集めて解析し、再発防止に向け活動している。ニアミスと思ったらすぐレポートして頂きたい。個人の責任を問うものではない。過去の事故防止対策は院長から始まる縦の系列で行われてきたが、そうではなく院内横断的に全ての職員が参加した形で行っていく。同じ様に感染対策委員会では ICT(感染管理チーム)などの院内横断的な活動を行う。事例が特定されれば、再発防止に向けて、TQM 手法で要因解析 (m-SHEL)、対策立案と実施、効果の確認、歯止めと標準化という PDCA サイクルで、継続的に改善していく。またクリニカルパスを拡大して、診療行為の標準化を推進することも忘れてはならない。

なにより大事なことは、医療従事者と患者との信頼関係である。医療の透明性 (Transparency) と説明責任 (accountability) を果たすこと、つまりは医療従事者と患者様との率直なコミュニケーションが基本である。患者の満足度 (CS) を高めるよう自分と周りをいつも見直し改善を怠らない、院内に安全文化を根付かせる、これが今からの医療従事者に求められるあるべき姿である。

1.2.3 目的

飯塚病院で発生する不具合、及びその他院内外の安全に関わる情報を基に、安全に関わる既存の病院の問題点を改善し、より安全性の高い病院組織を構築することを目的とする。

1.2.4 適用範囲

飯塚病院の患者、訪問者、職員に関わる不具合、及び院内外の安全と環境保全に関わる情報を適用範囲とする。

1.2.5 責任と権限

本基準の定めたすべての活動の最終責任と権限は院長にある。

1.2.6 用語の定義

(1) 不具合

当病院においては、下記の理由から＊一般的に用いられている「インシデント・アクシデント」という表現は用いずに、「不具合」という表現を用いる。

抽象的定義：

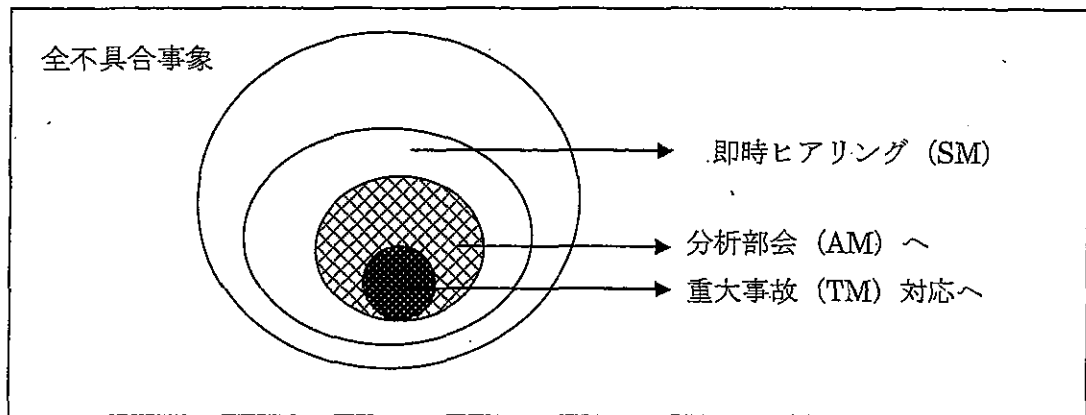
- ① 「作業において予定しなかった事象」(品質マニュアルの定義による)
- ② 思わしくない状況が発生した事象

具体的事象：

各部署と具体的事象について検討する

各部署ごとに作成し、医療安全推進室に提出、承認を得る。

不具合事象の種別一覧



- * 注) ①インシデント・アクシデントの定義が一律でないため、かえって混乱を生じる。
②インシデント・アクシデントは結果を重視した分類のため、即時報告にはそぐわない。
③インシデント・アクシデントは対象が患者である場合に限定されるため、病院全体の事象を扱うには不向きである。

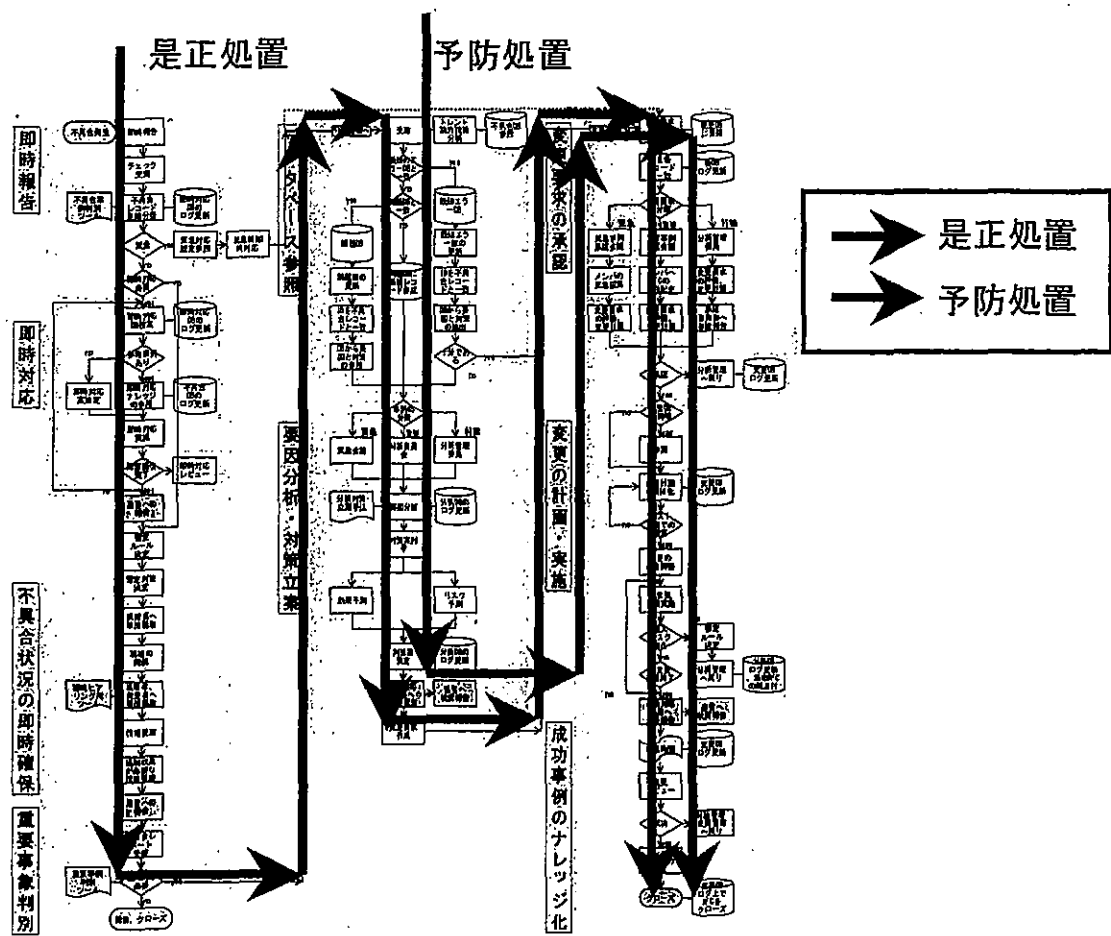
(2) 予防処置

当院での不具合事例がない場合で、多くのレポート情報や院外からの注意喚起情報など、過去の複数の情報を基に改善を促す活動を予防処置とする。

例としては、ISO9001 および 14001 の内部監査や外部審査などにおける、ISO 規格に対する不適合を見つけ、改善を促す活動がある。

(3) 是正処置

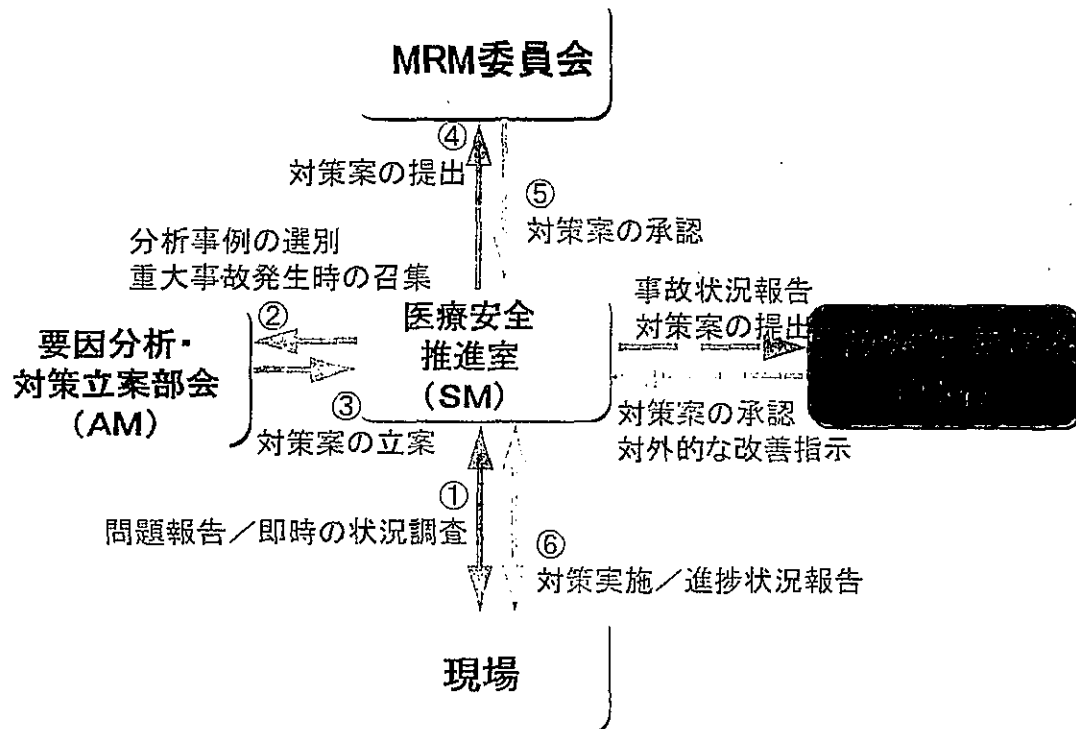
当院での不具合事例を基に行われる場合で、MRM 委員会をはじめとするリスクマネジメントシステムの活動において、1つの不具合や不適合に対して、監視・改善を実施する活動を是正処置とする。



(飯塚・久保モデル)

1.3 組織体制

(医療安全組織, RMS: Risk Management System)



(1) 各委員会・部会の定義

【医療安全管理 MRM (Medical Risk Management) 委員会】

- ・ 医療安全推進室から提出された対策議題に対して、承認の是非
- ・ 医療安全組織(RMS)全体の統括

【事故対策委員会 TM (Trouble Management)】

- ・ 患者に損害を与える事例が発生した際の法務・リスクコミュニケーション (マスコミ対応も含む)

【医療安全推進室 SM (Safety Management)】

- ・ 問題報告の収集、即時ヒアリング調査、蓄積管理、トレンド分析
- ・ 院外からの情報収集
- ・ 各会の企画運営

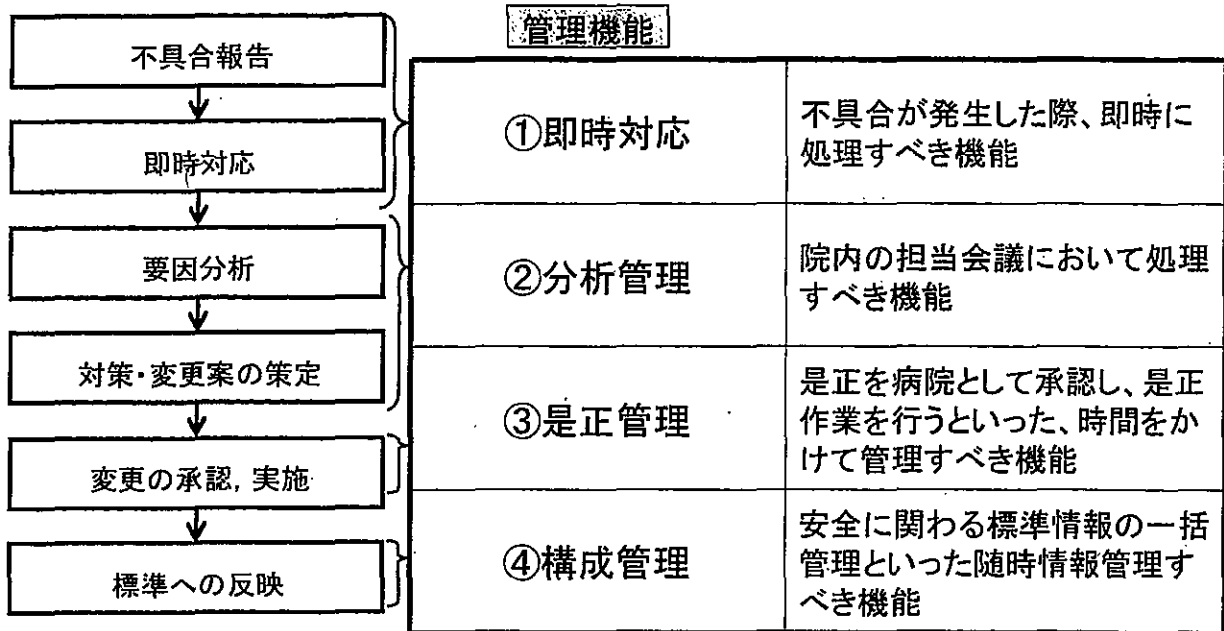
【要因分析・対策立案部会 AM (Analysis Management)】

- ・ 医療安全推進室が選別した事例について、事故要因分析、対策案の立案・策定

2. 医療安全管理モデル

2.1 医療安全管理モデル概要

(1)不具合改善プロセスを基にした管理機能



2.2 運営プロセス

本システムは、以下の4つの管理プロセスにより実現される。

2.2.1 即時対応管理

不具合が発生した際に、患者や環境に対して適切な対応を行い、その対応情報と不具合情報を医療安全推進室へ報告する。そして医療安全推進室は、不具合に対してのより詳細な情報収集を行い、適切な分析対象を分析管理へ送る。

2.2.2 分析管理

即時対応管理より送られた分析対象を、分析部会において要因分析し、対策を立案する。

2.2.3 是正処置管理

立案された対策に対して、MRM委員会において、対策の有効性、実行可能性を検討し、対策を承認する。承認された対策案は、医療安全推進室において実施計画にまとめられ、それに基づいて関係部署で対策が実施される。

2.2.4 構成管理

一連のプロセス全体を含めた院内の安全に関わる情報を、一括して管理する。

3. 委員会規約

3.1 医療事故対策委員会 (TM) 規約

医療事故対策委員会の職務のなかで、医療事故に関する病院としての最高意志決定権は幹部会が持つものとする。

3.1.1 委員会の構成

幹部会のメンバーの中から構成され、発生した事故の状況により院長が適任者を召集し、事故対策委員会を発足する。

3.1.2 役割

- ① 医療事故事例に対する病院側の意志決定
- ② 患者サイドと問題になった事例での対応策の検討
- ③ これら事例の集計、解析
- ④ 院内公開事項（病院だより、Eメールなど）の検討と承認
- ⑤ 院外公開事項（講演会、学会、投稿など）の検討と承認
- ⑥ 医事課と提携しての对患者サイドとの折衝
- ⑦ 医療事故対策マニュアルの作成、改訂
- ⑧ 告知推進、ICの普及
- ⑨ その他

3.1.3 その他

① 事故対策委員会での対応方針決定後

患者サイドとの交渉、弁護士との打ち合わせはすべて医事課を通じて行う。患者サイドとの面会に当事者、責任者を立ち合わせるかどうかの判断は医事課長が行う。

② 資料の保全

患者サイドと問題になった事例、問題となる可能性がある事例、医事課へクレームが入った事例について、カルテ、X線写真など画像フィルム、事故報告書は医事課が収集保管する。

③ 資料請求に対する対応

法的根拠の無い資料請求に対しては、飯塚病院診療情報開示ガイドラインに従う。

3.2 医療安全管理委員会 (MRM) 規約

病院長は、飯塚病院における医療事故と環境の悪化を予防し、患者の安全と環境保全を確保するため、病院全体の潜在的なリスクを洗い出し、適切な対応を選択し実行することを目的としてメディカルリスクマネジメント委員会（以下委員会という）を設置する。

3.2.1 委員の構成

- ① 委員会は病院に勤務する職員の以下の若干名をもって構成する。委員会に委員長を置き、病院長が任命する。

○ 副院長

- 医師
 - 感染管理委員長
 - 看護部長（もしくはその職務を代行する者）
 - 薬剤長（もしくはその職務を代行する者）
 - 医療技術部門所属長（もしくはその職務を代行する者）
 - 経営管理部長（もしくはその職務を代行する者）
 - 医事課長
 - 医療安全推進室室長
 - 専従のリスクマネージャー
 - 医療安全推進室事務局担当
- ② 委員は委員長が任命する。
 - ③ 委員長不在あるいは対応不能時は、副委員長が代行する。
 - ④ 委員長は必要に応じて特別委員を任命することができる。
 - ⑤ 医療安全推進室が事務局を担当する。

3.2.2 業務

医療事故対策委員会（TM）の職務以外での不具合事象すべてを統括する。基本的には医療事故の芽を飯塚病院内から駆逐することを目標とする。

委員会は次に掲げる事項について協議・承認し、病院長に報告する。

- ① 不具合の実態の把握（各部門からの報告や投書等に基づく）とその背景要因の分析・対策の評価、承認。
- ② 不具合防止のため策定されたマニュアルの励行。
- ③ 不具合に至るヒューマンファクターの認識のための院内研修の実施。
- ④ 不具合防止策の定期的な点検の実施と改善。
- ⑤ 部長会報告資料の検討・承認

3.2.3 運営

- ① 委員長は委員会の議長を務める。
- ② 委員会は月 1 回の開催を原則とするほか、必要に応じ臨時に開催する。
- ③ 委員長は必要があると認めたときは、関係者の出席を求め、その意見又は説明を聞くことができる。
- ④ 議事の結果、業務やマニュアルなどの改善要請等が必要な場合には、病院長に報告し、病院長はこの趣旨の伝達を文書をもって行う。
- ⑤ この要請を受けた部門は速やかに改善などの具体策又は応答を行わなければならない。
- ⑥ この指針に定められるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、委員長が委員会に諮って定める。

3.2.4 委員会の開催及び活動の記録

- ① 委員会は原則として、月1回、定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が召集する。
- ② 委員長は委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事録を作成し、2年間これを保管する。
- ③ 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告する。

3.3 医療安全推進室（SM）規約

院内の医療安全と環境保全に係わる全体的な管理を行う部署であり、あらゆるリスクの情報の集約、管理、提供、指導を行う。

3.3.1 委員の構成

医療安全推進室は院長直轄機関として常設し、病院長が任命した以下の室長と室員を置く。但し、専従リスクマネージャーは、医療安全対策に係る適切な研修（国またはそれに準ずる機関の行う医療安全に関する研修）を5日間または通算で40時間受講した者とする。

- 室長 1名
- 室員 以下の室員を置く
 - ・ 専従リスクマネージャー1名
 - ・ 兼任リスクマネージャー5名（看護部、薬剤部、検査部、放射線部、経営管理部）
但し、各部署のセフティーマネージャーを兼ねる
 - ・ 医療安全推進室事務1名（MRM委員会、AM部会の事務局を兼ねる）

3.3.2 業務

- ①即時報告書の収集と即時ヒアリングの実施
- ②分析部会の招集
- ③改善策の吟味
- ④現場での変更計画立案とその実施の支援、評価
- ⑤必要に応じて、現場と連携し患者・家族へ説明
- ⑥医療安全と環境問題に関する院外・院内からの情報の収集、蓄積管理、分析
- ⑦研修会、講演会などの企画運営
- ⑧部長会報告の資料作成

3.3.3 運営

- ① 週1回の'SM'会議を開催し、トレンド報告・分析、関係部会からの報告事項を検討する

- ②必要に応じて室長、室員からの要望で臨時の SM 会議を開催する
- ③会議を開催した時は、議事録を作成し 2 年間保管する
- ④室長は SM 室における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告する。
- ⑤医薬品安全管理者、医療機器安全管理者へ即時報告をフィードバックし、共同して再発防止に努める。

(一部、削除)

8. 不具合発生時の対応と報告、そのルート

8.1 発生時の対応

<救命処置の最優先>

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、可能な限り、まず院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また、院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅延なく他の医療機関へ応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を確保する。

<患者・家族・遺族への説明>

- ① 事故発生後、救命処置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している処置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。
- ② 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

8.2 不具合の分類と患者・家族への対応姿勢

- A. 病院側に明確なミスがある場合
- B. 病院側に明確なミスがない場合
- C. 明確なミスの有無の判定が困難な場合

①事例分類 A の時の当院の基本姿勢

患者にとくに傷害もなく、また患者サイドが気がつかない場合でも誠意をもって説明を行うことを原則とする。わからないから黙っておこうという姿勢が最近の医療不信を招いているものであり、いまはわからなくてもやがて患者の知るところとなることがしばしばあるものである。時間を置かない誠実な謝罪が医療紛争を未然に防ぐことになる。病院側にミスがある場合、要求があればそれなりの補償をすることは当然である。

②事例分類 B・C の時の当院の基本姿勢

病院側に明らかなミスが認められない場合にも出来るだけ早い十分な説明は必要であるが、その場凌ぎの謝罪をしてはならない。早計な謝罪がのちのトラブルの種になること

もある。

対応の詳細については運用マニュアルに準ずるものとする。

8.3 公表あるいは公的機関への報告

幹部会の中の TM で担当者を決める

<警察>

医事課が、レベル 8 以上で明確なミスがある場合に署轄の警察署に届出る。

<保健環境福祉事務所>

医事課が、レベル 8 以上で明確なミスがある場合に管轄の保健環境福祉事務所に届出る。精神科病棟の届出については、精神保健福祉法の推奨に順ずる。<財団法人日本医療機能評価機構>

医事課が、レベル 8 以上で明確なミスがある場合に財団法人日本医療機能評価機構に届出る

<福岡県看護協会>

看護師が関わっている場合は福岡県看護協会および日本看護協会に、看護部長が報告し相談を受ける。

8.4 院内への報告とその目的

<目的>

この報告は、不具合の発生した患者への適切な対応と医療安全、環境保全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料となる。報告者はその報告によって何ら不利益を受けてはならない。具体的には、①当院における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策を策定すること、②環境に関する不具合を検討し改善策を策定すること、③これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、不具合発生時は報告を行うものとする。

<報告すべき事項>

不具合の定義に基づいて、すべて即時報告システムに発見時から原則として 24 時間以内（一次保存状態でも可）に登録する。具体的報告事項は運用マニュアルの「部門別具体的不具合一覧」を参照のこと。

合併症については、警鐘的事例として、患者さんに不利益を被らせた場合は報告し、討議・納得・再発防止策を誠実に行う。また、院内で不具合を共有し実施している医療を省みる機会としたり、医療事故対策委員が状況を把握しておくことも必要ある。

報告基準を以下のように決める

- ・ 通常では予期せぬ合併症で、且つ緊急的処置を必要としたもの
- ・ 合併症による死亡例

<報告の方法>

即時報告書作成により報告されたとする。但し、下記に記載する重大事象の際は医事課課長に報告する。医事課課長に連絡がつかない時は医事課課長代理に報告する。報告を受けた医事課課長は、院長、経営管理部長、担当副院長に連絡する。

- ・ A 分類のレベル 8、9
- ・ 即時報告の患者影響度の生命に危険性があると予想され「緊急処置が間に合わない」「処置の仕様がでない」

夜間と休日においては、即時報告書作成と共に、A 分類のレベル 5、6、7 の場合は夜間看護管理者に報告する。レベル 8、9 の場合と即時報告の患者影響度の生命に危険性があると予想され「緊急処置が間に合わない」「処置の仕様がでない」場合は上記と同様の扱いとする。レベル分類は以下の通りである。

レベル分類の判断に迷った場合は専従のリスクマネージャーに連絡し、検討する。専従のリスクマネージャーに連絡がつかない場合は SM 室長に連絡する。

レベル	医療安全に関する不具合の状況
1	エラーを起こす可能性のある状況、できごとがあった
2	エラーが起こったが患者には及ばなかった（及ぶ前に発見できた）
3	エラーが起こったが、害は生じなかった
4	エラーが起こったが、害は生じなかった しかし、患者のモニタリングで害がなかったことを確認する必要性が生じた
5	一時的な害が生じたり、措置を必要とする結果を生じた
6	害が生じ、短期および長期の入院が必要となる結果を生じた
7	永続的な害をもたらした
8	生命維持のための措置が必要となった
9	患者の死亡の原因となった

即時報告の患者、環境等への影響度は以下の通りである。

患者には及ばなかった
小さい(処置・検査不要)と予想される
中程度(処置・検査必要)と予想される
大きい(緊急処置が必要)と予想される
生命に危険性があると予想される
該当なし(環境的要素、クレームなど)

特定看護師（仮称）業務試行事業 実施体制
（飯塚病院）

1. 事業対象の看護師の目指す役割

- 事業対象の看護師は、救命救急センターにおいて、多職種から構成されるチームの一員として、初期、二次、三次救急の患者に対し、救命と重症化を防ぐための早期介入と安全で的確な緊急検査や救命救急処置を実施する。すなわち、重症患者に対し、医師とその他の看護師との役割分担の中で、医師とともに緊急検査や救命救急処置を施行する。また、救急患者が重なった場合など、1 人の患者を受け持ち、プロトコールに基づく緊急検査、救命救急処置を実施する。その際、逐一医師の指示を仰ぐのではなく、事前に医療安全管理委員会において承認された業務・行為に関するプロトコールを最大限に活用し、医師の包括的指示のもと業務を実施する。安全かつ良質なケアを最適なタイミングで提供するとともに、医師の業務負担の軽減を図る。
- 事業対象の看護師は、救急搬送でない患者の中で、医師の包括的指示のもと、トリアージナースによるトリアージ後の患者に必要な緊急検査の実施の決定と一時的評価を行い、医師の診察の効率化を図り、患者の待ち時間短縮や患者満足度の上昇に貢献する。また、救命救急センターにおける看護業務の水準全体の向上を図るべく、その他の看護師に対して看護業務において指導的役割を担う。
- 救命救急センターにおけるチーム医療の推進の観点から、多職種による合同カンファレンスの実施など意見交換の機会を多く設け、医師との連携はもちろんのこと、薬剤師・臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師等との連携により、救急患者の救命を行うとともに重症化を防止する。DV や児童虐待などの社会的問題については、MSWと連携し、救命救急センターの医療、運営の円滑化を図る。また、チーム医療の質の向上として、その他の看護師の看護実践能力の向上を目指して、指導的役割を担う。

2. 特定看護師（仮称）業務試行事業の位置づけ

- 看護師としての一定の実務経験の上に、養成課程における医学的教育と充実した演習・実習を積み重ね、それを土台として、1 年をとおして 1. に記した「事業対象の看護師の目指す役割」を担い得る能力を習得できるよう、前半の 3 ヶ月間は病院における業務の実施方法・手順を習得することに重きを置くとともに、後半の 9 ヶ月間は医師の包括的指示を受けて、業務を安全かつ適切に判断及び実施できるよう、約 1 年間をかけて本来の業務の実施方法に近づけていくこととする。

3. 業務の実施に係る安全管理体制

(1) 管理責任者

- 特定看護師（仮称）業務試行事業を適切に実施するためには、病院全体の体制を適切に把握している必要があることから、本病院の管理者を充てることとする。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業を実施するに当たり、①事業全体の進行管理の実施、②安全管理委員会の開催、③担当医及び事業対象の看護師のサポート、を行うこととする。
- 事業対象の看護師において不具合な事象が生じた場合、医療安全管理委員会より必ず管理責任者に報告することとする。また、養成課程とも連携し、対象看護師の試行状況をフィードバックするとともに、養成課程に求められる教育内容等についてサポートを行う。

(2) 医療安全管理委員会（MRM（Medical Risk Management）委員会）

- 医療安全管理委員会は、以下のメンバー等から構成することとする。委員会には委員長を置き、病院長が任命し、委員は委員長が任命する。
 - ・ 副院長（医師）
 - ・ 診療部長（医師）
 - ・ 看護部長（看護師）
 - ・ 薬剤長（薬剤師）
 - ・ 医事課長（事務）
 - ・ 担当医（医師）
- 医療安全管理委員会は、月 1 回、定例会を開催することとする。必要に応じ、臨時に開催することとする。
- 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長（管理責任者）に報告する。
- この試行事業にあたり医療安全管理委員会の下にワーキンググループ（以下、WG とする。）を組織し、具体的な内容を策定する。
- WG は、以下のメンバーから構成することとする。
 - ・ 副院長（医師）
 - ・ 担当医（医師）
 - ・ 救急救命センター看護師長（看護師）
- 事業開始前のWGにおいては、緊急時対応に係る手順、患者・家族に対する説明・相談に係るルール、試行対象の業務・行為に係るプロトコルを具体的に定めることとする。そして、医療安全管理委員会が承認する。

- 事業開始後のWGにおいて、担当医は、事業対象の看護師の直近の業務実施状況を報告する。その上で、必要に応じて各種手順・ルール等の見直しを検討する。
- 特に、事業対象の看護師の業務・行為において不具合な事象が生じた際には、必ずWG会議を開催し、医療安全管理委員会に報告し、その実態について正確に把握し、問題の解決を目指す。

(3) 担当医

- 担当医は、事業対象の看護師が勤務する救命救急センターの業務に精通している必要があり、また、適切な指導能力が求められることから、うち1人は、救急専門医、を取得している者であり、臨床研修指導医資格を取得している者としている。
 - ・ 担当医 A（臨床経験年数30年）
 - ・ 担当医 B（臨床経験年数18年）
 - ・ 担当医 C（臨床経験年数17年）
 - ・ 担当医 D（臨床経験年数8年）
- 担当医は、4. のプログラムを基本として、事業対象の看護師の実施した業務や医行為等について、毎日確認するとともに、事業対象の看護師の医行為等の習得度の確認を行う。また、必要に応じて、事業対象の看護師に対し、具体的な指導を行うこととする。
- 担当医は、WG会議に毎回出席の上、事業対象の看護師の直近の業務実施状況を報告することとする。また、事業対象の看護師の業務・行為において不具合な事象が生じた際には、必ずWG会議を開催し、医療安全管理委員会に報告し、その実態について正確に把握し、問題の解決を目指す。
- 担当医は、事業対象の看護師が業務を実施する前に、医療安全管理委員会において決定されたルールに従い、患者や家族に対して、本事業について適切な説明を行うとともに、患者や家族の相談の求めに十分に応じ、信頼関係を構築することとする（救急患者や重症患者など個別に同意を取得することが難しい患者も想定されるため、院内掲示等による事前説明等の工夫を行い、可能な限り患者・家族の理解を得る）。また、患者又は家族が拒否したいと意思表示があった際には、事業対象の看護師が業務を開始後でも、その患者・家族に対する業務内容を変更することとする。なお、担当医は主治医との連絡を密にし、情報共有を行うこととするが、患者や家族への説明時は、できる限り主治医、担当医、事業対象の看護師の3者が同席し、患者の疑問や不安にその場で対応できるようにする。
- 緊急時の対応については、速やかな対応が必要とされることから、担当医は常に連絡が取れる体制を整えておく必要がある。また、担当医が不在時及び対応が出来ない場合には、代理の医師を必ず明確にしておく。

(4) 養成課程との連携

- 特定看護師（仮称）業務試行事業の実施に係る連携を密なものとするため、養成課程において連携担当者を置くこととする。
- 管理責任者は、連携担当者から、事業対象の看護師がどのような教育を受け、どのような業務・行為についてどのような演習・実習を実施したのか、習得度はどのようなレベルであるか、等の情報を収集することとする。また、初回の安全管理委員会に当該情報を報告し、各種手順・ルール等の策定の検討を行うに当たり、参考とすることができるようにする。
- 連携担当者は、管理責任者に対して、定期的に、事業の実施状況、事業対象の看護師の習得度、不具合事象の有無等を情報提供することとする。
- 担当医は、管理責任者を通して、養成課程の教員等にプログラムと共に修得状況の詳細について確認することができる。

(5) 各種手順・ルール

- 各種手順・ルールについては、原則として、現在、院内において運用されているものを基本としつつ、事業対象の看護師が実施する業務が、その他の看護師が実施する業務に比べて侵襲性が高いこと、高度な判断を要すること等を踏まえ、以下の点に留意して、事業開始前のWGにおいて検討の上、必要な修正を施す。
 - ・ 緊急時の対応については、速やかな対応が必要とされることから、常に担当医と連絡が取れる体制を整える必要がある。また、担当医が不在時及び対応が出来ない場合には、代理の医師を必ず明確にする必要がある。
 - ・ 患者・家族に対する検査及び処置等の説明・相談については、速やかかつ丁寧な対応が必要とされることから、担当医と連携しながら行う必要がある。事業対象の看護師のみでは理解が得られない際には、担当医から説明・相談を補足してもらうこととする。
 - ・ 試行の対象とする業務・行為については、患者やその家族等からの理解が得られるよう、担当医とも連携を図り、十分な説明と同意を得た上で慎重に行うことが必要である。十分な説明と同意を得た後にでも、患者及び家族は試行の対象とする業務・行為については、いつ何時でも拒否することができる。また、拒否することが可能であることも、患者や家族には事前に十分に説明しておくことが必要である。（救急患者や重症患者など個別に同意を取得することが難しい患者も想定されるため、院内掲示等による事前説明等の工夫を行い、可能な限り患者・家族の理解を得る）
 - ・ 医療事故発生時の対応については、速やかな対応が必要であるため、常に担当医に報告・相談しながら、適切に対処する必要がある。その対応は、基本的には担当医が主として行うこととする。

4. プログラム

(1) 前半（病院における業務の実施方法・手順の習得）

～3か月

- ・原則、医師の包括的指示に基づき、医療安全委員会により作成されたプロトコール（以下、プロトコールとする。）に沿って、3か月までは担当医の立会いのもとで業務を実施する。
- ・実施前には、想定シミュレーションをして準備する。

1) 緊急検査について

- ・問診、視診、触診など診察から身体所見をとり、診断に必要な検査項目を判断し、検査結果の評価について担当医よりフィードバックを受ける。プロトコールに沿って行う。

例) 単純 X 線撮影

- ①明らかな腫脹
- ②打撲部周囲の間接が痛みで動かせない
- ③持続する激しい痛み
- ④変形
- ⑤骨の動揺

2) 救命救急処置について

- ・救急患者を担当し、身体所見から必要な検査・医療処置の実施の判断をする。
- ・実施可能な医行為については担当医の指導のもとに実施する。
- ・医師カンファレンスに参加し、担当患者の臨床所見および検査結果から治療計画についてプレゼンテーションを実施する。

(2) 後半（包括的指示を活用した業務の実施）

3か月～6か月

- ・包括的指示を活用して、業務を実施する。特に、一連の業務の中で、直接動脈穿刺による採血、検査の実施の判断や実施、などを行う。
- ・基礎疾患等を有するリスクの高い患者の場合には、前半と同様、医師の立会の下実施する。
- ・毎日、業務終了時にその日の業務内容及び実施状況について担当医に報告し、フォローアップシステムを構築し活用する。

6か月～12か月

- ・包括的指示を活用して、業務を実施する。特に、一連の業務の中で、心停止に薬剤（一般名：アドレナリン）、抗痙攣薬、アナフィラキシーショックに対する薬剤（一般名：アドレナリン）、低血糖発作に対する薬剤（一般名：ブドウ糖）などの選択と判断を行う。

- ・ 毎日、業務終了時にその日の業務内容及び実施状況について担当医に報告し、フォローアップシステムを活用する

平成 22 年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業(B 研修課程 調査試行事業)申請書より抜粋

特定看護師 (仮称) 業務試行事業の対象看護師の履修内容

研修課程名(分野名): 日本看護協会 看護研修学校 (救急)

本養成課程のねらい ・ 目指す特定看護師 ・ 活動の場・分野、 実施内容 ・ 効果	・ 救急看護認定看護師教育課程で履修した基礎知識や技術を基盤とし、さらに高度な病態生理学と臨床推論、救命救急処置の追加教育を本養成課程 (特定看護師(仮称)養成調査試行事業実施課程) で受け、初期、二次、三次救急医療施設等における救急患者を対象として、医師の包括的指示のもとに救急患者の病態管理を行える特定看護師 (仮称) を目指す。 ・ 医師の包括的指示のもとに、初期、二次、三次救急医療施設等における救急患者を対象に臨床検査や放射線検査等の実施の決定や評価を行う。また、入院適応のない上気道炎等の患者に対する薬剤の選択と使用の決定、酸素療法決定や痙攣患者等の薬剤投与の決定、昏睡または心停止に対する気管挿管等早期に救命救急処置を実践する。 ・ 救急患者の急病または外傷の治癒を促進し、重症化を防ぎ、救急外来における患者の待機時間を短縮する効果が期待される。
課程修了時必要単位/ 時間数	10 単位 / 240 時間 (31 単位 / 690 時間は履修済み)

授業科目			
フィジカルアセスメントに関する科目 単位数/時間数	1 単位 / 15 時間 (4 単位 / 60 時間は履修済 み)	救急診断学 (アセスメントとケアⅠ: フィジカルアセスメントは履修済み) (アセスメントとケアⅡ: 臨床検査、画像診断、疼痛・鎮静鎮痛、栄養評価と管理、創傷評価と管理、排尿障害は履修済み) (アセスメントとケアⅢ: 小児・高齢者・妊産婦のフィジカルアセスメントは履修済み)	
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種
救急診断学	1	15	医師 1 名

アセスメントとケア Ⅰ：フィジカルアセスメント (※認定看護師教育課程で履修)	(1)	(15)	〔 医師 1 名 看護師 1 名 〕
アセスメントとケア Ⅱ：臨床検査、画像診断、疼痛・鎮静鎮痛、栄養評価と管理、創傷評価と管理、排尿障害 (※認定看護師教育課程で履修)	(2)	(30)	〔 医師 2 名 看護師 3 名 〕
アセスメントとケア Ⅲ：小児・高齢者・妊産婦のフィジカルアセスメント (※認定看護師教育課程で履修)	(1)	(15)	〔 看護師 2 名 助産師 1 名 〕
授業科目			
臨床薬理学に関する科目 単位数／時間数	2 単位／ 30 時間	臨床薬理学Ⅰ 臨床薬理学Ⅱ	
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種
臨床薬理学Ⅰ	1	15	薬剤師 1 名 介護士 1 名
臨床薬理学Ⅱ	1	15	医師 1 名
授業科目			
病態生理学に関する科目 単位数／時間数	2 単位／ 30 時間 (4 単位/60 時間は履修済み)	病態学特論 救急病態生理学特論 (病態とケアⅠ：侵襲と生体反応は履修済み) (病態とケアⅡ：脳血管障害、急性呼吸不全、急性循環不全、多発外傷、熱傷は履修済み) (病態とケアⅢ：急性薬物中毒と精神科救急は履修済み)	

科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種	
病態学特論	1	15	医師1名	
救急病態生理学特論	1	15	医師1名	
病態とケアⅠ：侵襲と生体反応 (※認定看護師教育課程で履修)	(1)	(15)	〔医師1名 看護師1名〕	
病態とケアⅡ：脳血管障害、急性呼吸不全、急性循環不全、多発外傷、熱傷 (※認定看護師教育課程で履修)	(2)	(30)	〔医師5名 看護師1名〕	
病態とケアⅢ：急性薬物中毒と精神科救急 (※認定看護師教育課程で履修)	(1)	(15)	〔医師1名 看護師1名〕	
その他の授業科目（演習・実習以外）				
科目名	必修/選択	単位数	時間数	担当教員名と職種
特定看護師（仮称）概論	必修	1	15	看護師3名
（認定看護師教育課程で履修した科目） （共通科目：リーダーシップ、文献検索・文献購読、情報管理、看護倫理、指導、相談、看護管理）	（必須）	(7)	(105)	〔共通科目： 看護師9名 その他2名〕
演習 単位/時間数	2単位／60時間（11単位／240時間は履修済み）			
救急診断学 ・診察と診察技術 ・臨床推論と鑑別診断 ・診断と治療	必修	1	30	医師2名
救急診断学 ・臨床検査	必修			医師2名

救急診断学 ・放射線検査	必修			医師1名
救命救急処置	必修	1	30	医師1名
救命技術の理論と実践：一次・二次救命処置 (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(15)	医師1名 看護師1名
リスクマネジメント (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(15)	看護師2名 臨床工学技士1名
救急看護技術Ⅰ：人工呼吸管理と早期リハビリテーション (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(15)	看護師7名 理学療法士1名
救急看護技術Ⅱ：外傷初期看護 (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(15)	(看護師2名)
救急看護技術Ⅲ：救急外来でのトリアージ (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(15)	医師1名 看護師1名
救命技術指導 (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(15)	(看護師1名)
演習A：看護理論と実践 (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(30)	(看護師1名)
演習B：看護過程の展開・ロジカルシンキング・批判的思考 (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(2)	(60)	(看護師1名)

演習C:一次・二次救命処置、外傷初期治療、小児の外傷初期対応、救急重症患者の口腔ケア、トリアージ (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(30)	医師2名 歯科医師1名 看護師1名 他2名
演習D:ケースレポート (※認定看護師教育課程で履修)	(必修)	(1)	(30)	(看護師2名)
実習 単位/時間数	2単位/90時間(5単位/225時間は履修済み)			
臨地実習	必修	2	90	医師2名 看護師2名
(認定看護師教育課程で履修した科目) (臨地実習)	(必修)	(5)	(225)	看護師2名

全教員・指導者数 (再掲：医師の教員・指導者数)	20人(13人)		
課程修了の最低必要 単位数/時間数 合計： (認定看護師教育課程で履修した単位数/時間数 合計)	10 (31)	240 (690)	担当医師数合計 (5) 名 担当看護師数合計 (6) 名 その他教員数合計 (2) 名
養成数	6人		
実習施設	大学病院 (2施設)		

特定看護師(仮称)養成 調査試行事業 報告書より抜粋

5. 学生の修得状況

施設名: 日本看護協会看護研修学校

課程(分野)名: 救急分野

学生識別番号: 特E5

1) 演習で実施した医行為と到達度

	医 行 為 番 号	医行為名	実施 回数	当該医行為に 関する演習の 修了状況 1: 修了 2: 途中	自己評価				指導者評価			
					医行為修得の到達度(注2)				医行為修得の到達度(注2)			
					自律して実 施できる	少しの指導 で実施できる	かなりの指 導で実施で きる	指導者の実 施を見学	自律して実 施できる	少しの指導 で実施できる	かなりの指 導で実施で きる	指導者の実 施を見学
緊急検査の実施の決定と評価												
1	4	トリアージのための検体検査の実施の決定	1回	1		○				○		
2	5	トリアージのための検体検査結果の評価	1回	1		○				○		
3	30	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	1回	1		○				○		
4	31	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施	1回	1		○				○		
5	32	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	1回	1		○				○		
6	9	単純X線撮影の実施の決定	6回	1		○				○		
7	10	単純X線撮影の画像評価	6回	1		○				○		
8		血液検査(全血球数算定・血液凝固・生化学・血液型)の実施の決定	6回	1		○				○		
9		血液検査(全血球数算定・血液凝固・生化学・血液型)の実施の評価	6回	1		○				○		
10		超音波検査(外傷初期診療における迅速簡易超音波検査法)の実施の決定	1回	1		○				○		
11		超音波検査(外傷初期診療における迅速簡易超音波検査法)の評価	1回	1		○				○		
救命救急処置												
18	56	酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	1回	1		○				○		
19	172	ネブライザーの開始、使用薬液の選択	1回	1		○				○		
20	27	12誘導心電図検査の実施の決定	1回	1		○				○		
21	28	12誘導心電図検査の実施	1回	1		○				○		
22	29	12誘導心電図検査の結果の評価	1回	1		○				○		
23	132	低血糖時のブドウ糖投与	1回	1		○				○		
24	1	動脈ラインからの採血	1回	1		○				○		

25	2	直接動脈穿刺による採血	1回	1		○				○		
26	3	動脈ラインの抜去・圧迫止血	1回	1		○			○			
27	79	動脈ライン確保	1回	1		○				○		
28	60	経口・経鼻挿管の実施	1回	1		○				○		
29		エスマルヒ、タニケットによる止血処置の実施の決定と評価	1回	1		○			○			
30		けいれん発作が持続している患者に対する薬剤投与(ジアゼパム注射液)の実施の決定と評価	1回	1		○				○		
31		けいれん患者に対するジアゼパム注射液の実施	1回	1		○				○		
32		ST 上昇を認め心筋梗塞が強く疑われる患者に対する薬剤投与(アスピリン、クロビドグレル)の実施の決定と評価	1回	1		○			○			
33		アナフィラキシー患者に対する薬剤投与(エピネフリン)の実施の決定と評価	1回	1		○				○		
34		心停止(心静止・無脈性電気活動)の患者に対する薬剤投与(エピネフリン)の実施の決定と評価	1回	1		○			○			
35		気管挿管の実施の決定と評価	1回	1		○			○			
36		心停止(心室細動、無脈性心室頻拍)の患者に対する除細動の実施の決定と評価	1回	1		○			○			
37		心停止(心室細動、無脈性心室頻拍)の患者に対する除細動の実施	1回	1		○			○			

2) 臨地実習で実施した医行為と到達度

	医行為番号	医行為名	実施回数	当該医行為に関する実習の修了状況 1:修了 2:途中	自己評価				指導者評価			
					医行為修得の到達度				医行為修得の到達度			
					自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学	自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学
緊急検査の実施の決定と評価												
6	9	単純X線撮影の実施の決定	8回	1		○				○		
7	10	単純X線撮影の画像評価	8回	1		○				○		
8		血液検査(全血球数算定・血液凝固・生化学・血液型)の実施の決定	7回	1		○				○		
9		血液検査(全血球数算定・血液凝固・生化学・血液型)の実施の評価	7回	1		○				○		
10		超音波検査(外傷初期診療における迅速簡易超音波検査法)の実施の決定	3回	1		○				○		
11		超音波検査(外傷初期診療における迅速簡易超音波検査法)の評価	3回	1		○				○		
救命救急処置												
18	56	酸素投与の開始、中止、投与量の調整の判断	1回	1		○				○		
20	27	12誘導心電図検査の実施の決定	5回	1		○				○		
21	28	12誘導心電図検査の実施	5回	1		○				○		
22	29	12誘導心電図検査の結果の評価	5回	1		○				○		
23	132	低血糖時のブドウ糖投与	1回	1		○				○		
24	1	動脈ラインからの採血	2回	1		○				○		
25	2	直接動脈穿刺による採血	2回	1			○				○	
28	60	経口・経鼻挿管の実施	1回	1			○					○
32		ST上昇を認め心筋梗塞が強く疑われる患者に対する薬剤投与(アスピリン、クロビドグレル)の実施の決定と評価	1回	1		○				○		
34		心停止(心静止・無脈性電気活動)の患者に対する薬剤投与(エピネフリン)の実施の決定と評価	3回	1		○				○		
35		気管挿管の実施の決定と評価	3回	1		○				○		
38		CT、MRI検査の実施の決定と評価	5回	1			○					○

平成 23 年度 厚生労働省
特定看護師（仮称）業務試行事業 申請書

平成 23 年 3 月 28 日

厚生労働省 チーム医療推進会議

チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ 御中

申請施設名： 国立病院機構北海道がんセンター

管理責任者：

所在地：札幌市白石区菊水 4 条 2 丁目 3 番 5 4 号

連絡先：Tel : 011-811-9111

E-mail:

担当者:

以下について、特定看護師（仮称）業務試行事業に申請いたします。

I). 実施施設について

施設名	
国立病院機構 北海道がんセンター	
施設の概要	
代表者名	院長 西尾 正道
病床数	(520) 床
診療科目	血液内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、消化器外科、乳腺外科、腫瘍整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、頭頸部外科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、緩和ケア内科、病理診断科、臨床検査科
医師数	(67) 名 (非常勤含む)
看護職員数	(307) 名 (非常勤含む)

管理責任者について

氏名	
職種	医師 ・ 看護師 ・ その他 ()
役職	副院長

安全に係る管理体制について								
安全管理体制に係わる組織の有無	☒ 有 無 添付資料1:医療安全管理体制組織図 添付資料2:独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針							
安全管理体制に係る組織の構成員の人数	医師 (5) 名、看護師 (2) 名 薬剤師 (1) 名、その他 (3) 名							
安全管理体制に係る組織の主な構成員(最低医師1名を含み、主な構成員3名まで記入)	職種	名前				職位		
	医師	[REDACTED]				副院長		
	看護師	[REDACTED]				看護部長		
	事務	[REDACTED]				事務部長		
本事業に係わる担当医の人数	(3) 名							
本事業に係わる担当医	名前	診療科	臨床経験年数	専門医取得の有無		臨床研修指導医資格の有無		安全管理体制に関わる組織構成員
	[REDACTED]	婦人科	28	☒ 有	☐ 無	☒ 有	☒ 無	☐ ○
	[REDACTED]	泌尿器科	30	☒ 有	☐ 無	☒ 有	☒ 無	
	[REDACTED]	血液内科	29	☒ 有	☐ 無	☒ 有	☒ 無	☐ ○
				☐ 有	☐ 無	☐ 有	☐ 無	
安全管理に係る緊急時の対応手順(*院内での既存のものを添付書類とすることも可)	添付資料1:医療安全管理体制 組織図							
院内報告制度等の整備状況(*院内での既存のものを添付書類とすることも可)	添付資料2:独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針 添付資料3:医療事故等発生時の報告体制							

他施設との連携	
安全管理体制に係る他施設との連携の有無	有 ☒ 無
※上記質問で「有」を選択した場合のみ下記を記載ください。	
連携施設名	
上記施設との具体的連携方法	

II) 事業対象となる看護師について（※以下は1名毎に記載）

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程（修士・研修）」の修了について	
「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」の修了状況	<u>修了</u> 修了予定
上記修了（予定）の実施課程名	平成22年度日本看護協会特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程

勤務体制（所属等も含む）：

雇用体制	<u>常勤</u> 非常勤
配属部署	看護部 院長（施設長）直属 診療科 <u>その他</u> （感染対策室）
主な活動予定場所 （可能であれば診療科名も記入）	病棟（ ） 外来（ ） <u>その他</u> （感染対策室）

業務範囲：

*業務範囲は「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」において習得した業務・行為のみが対象となります

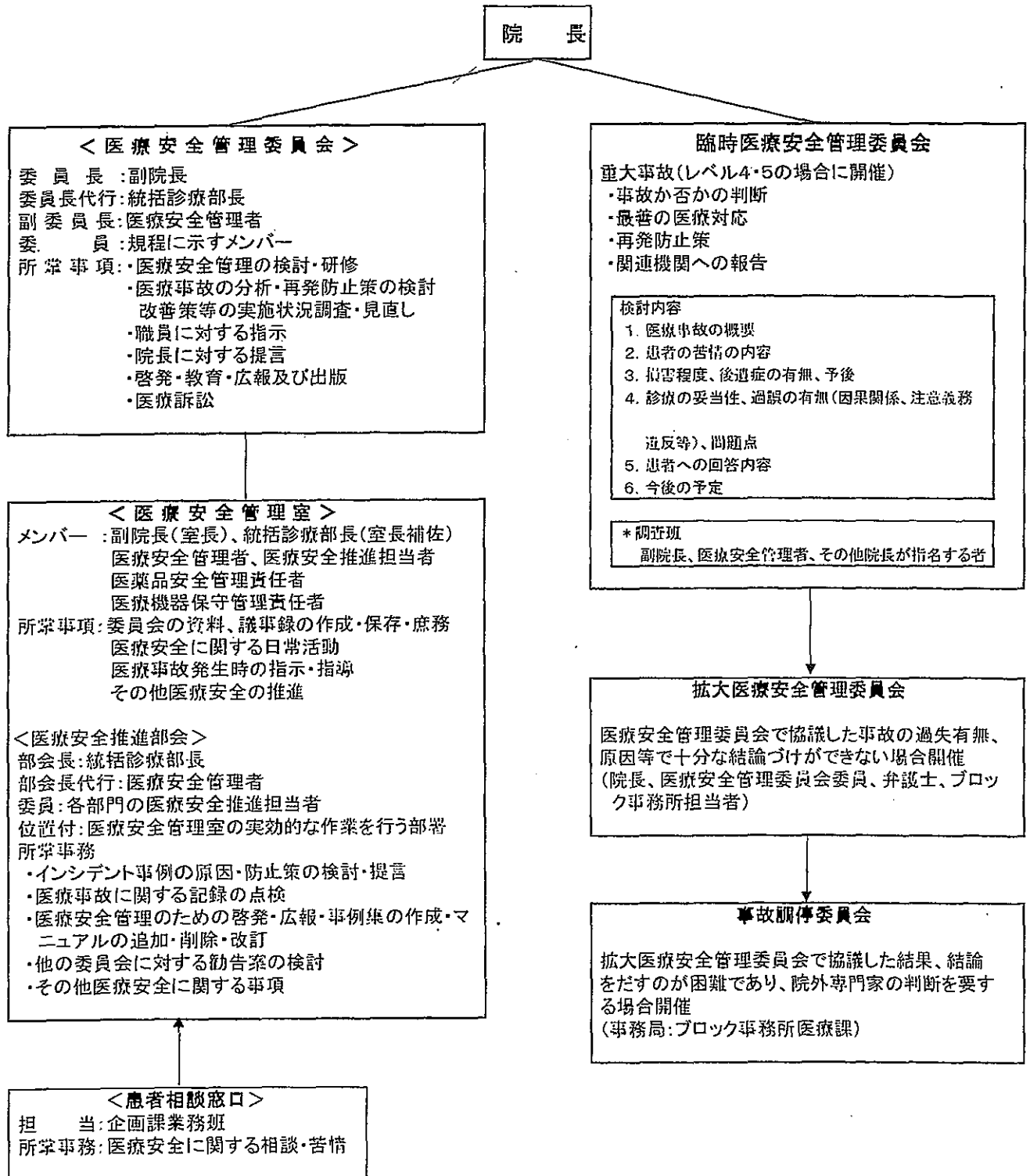
実施予定の業務・行為	医師の包括的指示のもと、以下の業務を行う。 ○患者、家族の教育、医療従事者の教育（抗菌薬マニュアルの改訂を含む） ○サーベイランスで発見した医療関連感染症の個別事例の一次的評価と助言 血管内留置カテーテルの抜去・交換実施の決定 尿道留置カテーテルの抜去・交換実施の決定 感染症診断及び治療効果評価のための検査（検体検査、X-P等）実施の決定 ・治療効果判定のための検体検査の実施の決定、結果の一次的評価 ・単純X線撮影の実施の決定、画像の一次的評価 感染症検査、微生物学検査実施の決定、結果の一次的評価 ・感染症検査（インフルエンザ・ノロウイルス等）の実施の決定、結果の一次的評価 ・真菌検査の実施の決定、結果の一次的評価 ・微生物学検査実施の決定 抗菌薬の副作用への対応（血中濃度検査、薬剤の中止・減量・変更等） ・薬物血中濃度検査（TDM）実施の決定 ・副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定 抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定 医療関連感染の患者に対する抗菌薬使用の適正使用の一次的評価 感染徴候時の薬物（抗生剤等）の選択（全身投与、局所投与等） 薬剤の使用・選択：インフルエンザ薬 予防接種の実施判断
------------	---

	○針刺し等受傷医療者の検査の決定（肝炎ウイルス及び HIV 抗体、肝機能等）必要時の HB グロブリン投与及び HB ワクチン接種の決定 ・針刺し等受傷医療者の HBIG 投与の決定 ・針刺し等受傷医療者のワクチン接種の決定 ・針刺し等受傷医療者の予防内服の実施の決定
--	---

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業（修士・研修）」実施課程との連携体制	
・実施状況について、日本看護協会で会議を実施予定（2 回／年）	

医療安全管理体制組織図

2010年3月改訂



(平成 19 年 3 月 29 日改)

独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針

目 次

第 1	趣旨
第 2	医療安全管理のための基本的考え方
第 3	用語の定義
第 4	医療安全管理体制の整備
第 5	各病院における医療安全管理のための具体的方策の推進
第 6	医療事故発生時の具体的な対応
第 7	医療事故の評価と医療安全管理への反映
(別添 1)	患者影響レベルの指標
(別添 2)	患者影響レベル毎の具体的事例
(別添 3)	医療安全管理規程(例)
(別添 4)	医療事故防止ための要点と対策
(別添 5)	ヒヤリ・ハット体験報告
(別添 6)	ヒヤリ・ハット、医療事故情報分析表
(別添 7)	ヒヤリ・ハット事例集
(別添 8)	医療安全対策ネットワーク整備事業の実施について
(別添 9)	医療事故情報収集等事業の概要（「医療事故情報収集等事業の開始につ いて」及び「医療事故情報収集等事業に係る報告様式及び記載要領等に ついて」）
(別添 10)	「医薬品・医療用具等安全性情報報告制度」実施要領
(別添 11)	医療事故報告書（院内報告書）
(別添 12)	医療事故報告書（本部、ブロック事務所への報告書）
(別添 13)	警察への届出に当たっての手順
(別添 14)	国立病院機構医療事故公表指針
(別添 15)	拡大医療安全管理委員会運用規程

独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人国立病院機構（以下「国立病院機構」という。）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等について、指針を示すことにより、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、各病院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を病院及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもつとも重要である。このため、各病院は、本指針を活用して、病院ごとに医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置して医療安全管理体制を確立するとともに、病院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル等（以下「マニュアル等」という。）を作成する。また、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

さらに、各病院において行われている医療安全管理に係る有効な取り組みを国立病院機構の全病院で共有することや、各病院で発生した医療事故等を一元的に収集し整理・分析した上でフィードバックするなど国立病院機構の病院ネットワークを活用した医療安全管理体制の確立を図っていくことも重要である。

第3 用語の定義

1 医療安全管理規程

国立病院機構の各病院における医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、医療事故対応等の医療安全管理のための基本方針を文書化したもので医療安全管理委員会で策定及び改定するものをいう。

2 マニュアル

国立病院機構の各病院において、本指針の第5から第7に記載されている医療安全管理のための具体的方策、医療事故発生時の具体的対応及び医療事故の評価と医療安全管理への反映等をまとめたものをいう。マニュアルは、病院内の関係者の協議のもとに医療安全管理室で作成、点検及び見直しの提言等を行い、医療安全管理委員会で承認を受けるものとする。

3 医療事故

医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。

4 医療過誤

医療過誤は、医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるものをいう。

5 ヒヤリ・ハット事例

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例をいう。

具体的には、ある医療行為が、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、②患者には実施されたが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合を指す。

6 患者影響レベル

発生した医療事故やヒヤリ・ハット事例が患者にどの程度の影響を与えたかを区分するもの。国立病院機構における統一的な患者影響レベルの指標は、別添1のとおりとし、その具体的事例を別添2に整理する。レベル0からレベル3aまでをヒヤリ・ハット事例、レベル3bからレベル5までを医療事故とする。また、各病院は、本指標に基づき、発生した医療事故等がどの患者影響レベルに該当するのかについて整理を行うこととする。

7 医療安全管理者

医療安全管理者は、院長の指名により選任され、医療安全推進担当者を指導し、連携・協同の上、特定の部門ではなく病院全般にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理のための組織横断的な活動を行う者をいう。

また、医療安全管理者は、独立行政法人国立病院機構組織規程（平成16年規程第3号）第72条の規定に基づく看護部又は看護課に置く看護師長をもって充てるものとする。

8 医療安全推進担当者

医療安全推進担当者は、院長の指名により選任され、医療事故の原因、防止方法に関する検討提言や医療安全管理委員会等との連絡調整を行う者をいう。

9 医薬品安全管理責任者

医薬品安全管理責任者は、院長の指名により選任され、医薬品の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

10 医療機器保守管理責任者

医療機器保守管理責任者は、院長の指名により選任され、医療機器の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

第4 医療安全管理体制の整備

各病院においては、以下の事項を基本として、病院内における医療安全管理体制の確立に努める。

1 医療安全管理規程について

- (1) 各病院は、病院内関係者の協議に基づき医療安全管理委員会で「医療安全管理規程」を策定及び改定する。(参考例は別添3のとおり。)
- (2) 医療安全管理規程には、以下の事項を規定する。
 - ア 医療機関における医療安全管理に関する基本的考え方
 - イ 医療安全管理のための病院内体制の整備
 - ウ 医療安全管理委員会の設置及び所掌事務
 - エ ヒヤリ・ハット事例の報告体制
 - オ 医療事故報告体制
 - カ 医療事故発生時の対応
 - キ 医療安全管理のための職員研修に関する基本方針
 - ク 患者等に対する医療安全管理規程の閲覧に関する基本方針
 - ケ その他、医療安全管理に関する事項
- (3) 医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について

医療安全管理規程については、患者及び家族等に対し、その閲覧に供することを原則とし、待合室等に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

2 医療安全管理委員会の設置

- (1) 各病院は医療安全管理委員会(以下、「委員会」という。)を設置する。
- (2) 委員会は、副院長、診療部長又は医長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長又は総看護師長、事務部長又は事務長、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等をもって構成することを原則とする。
- (3) 委員会の委員長は、原則として副院長とする。
- (4) 委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者とする。
- (5) 委員長に事故があるときは、診療部長又は医長がその職務を代行する。
- (6) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - ア 医療安全管理の検討及び研究に関すること
 - イ 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに委員会によって立案された防止対策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること
 - ウ 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること
 - エ 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること
 - オ 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
 - カ 医療訴訟に関すること
 - キ その他医療安全管理に関すること

- (7) 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
- (8) 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
- (9) 委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
- (10) 委員会の記録その他の庶務は、原則として医療安全管理室が行う。
- (11) 重大な問題が発生した場合には、委員会において速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

3 院内感染対策のための指針の策定

- (1) 各病院は、次に掲げる事項を内容とする「院内感染対策のための指針」を策定する。
 - ア 院内感染対策に関する基本的考え方
 - イ 院内感染対策のための委員会（以下、「院内感染対策委員会」という）、及びその他の院内感染対策に係る院内の組織に関する基本的事項
 - ウ 院内感染対策のために職員に対して行われる研修に関する基本方針
 - エ 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
 - オ 院内感染発生時の対応に関する基本方針
 - カ 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - キ その他院内における院内感染対策の推進のために必要な基本方針
- (2) 院内感染対策のための指針は、院内感染対策委員会の議を経て策定及び変更するものとする。

4 拡大医療安全管理委員会の開催

院内の委員会で、発生した医療事故の過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合等には、院長は、第三者的立場から過失の有無等について厳正に審議を行うため、国立病院機構内における自施設以外の施設の専門医、看護師等（以下、「専門委員」という。）を加えた委員会（以下、「拡大医療安全管理委員会」という。）を開催する。

5 医療安全管理室の設置

- (1) 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担うため、病院内に医療安全管理室を設置する。
- (2) 医療安全管理室は、医療安全管理者、医療安全推進担当者及びその他必要な職員で構成され、医療安全管理室長は原則として、副院長等の安全管理委員会における委員長とする。
- (3) 医療安全管理室の所掌事務は以下のとおりとする。
 - ア 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関すること

イ 医療安全に関する日常活動に関すること

- ① 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）
- ② マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
- ③ ヒヤリ・ハット体験報告（ヒヤリ・ハット事例を体験した医療従事者が、その概要を記載した文書をいう。以下同じ。）の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価
- ④ 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における事故事例の把握など）
- ⑤ 医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）
- ⑥ 医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については、第5 4を参照）
- ⑦ 医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告
- ⑧ 医療機能評価機構への医療事故事例の報告に関すること
- ⑨ 医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に基づく報告の支援に関すること
- ⑩ 医療安全管理に係る連絡調整

ウ 医療事故発生時の指示、指導等に関すること

- ① 診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成について、職場責任者に対する必要な指示、指導
 - ② 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、病院の院長、副院長のほか、それぞれの部門の管理責任者が主として行う。）
 - ③ 院長又は副院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を招集
 - ④ 事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
 - ⑤ 医療事故報告書の保管
- エ その他、医療安全対策の推進に関すること
- （4）医療安全管理室の中に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

6 医療安全管理者の配置

各病院は、医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く。

- （1）医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有する者とする（医療安全管理者の養成を目的とした研修で、通算して40時間以上または5日程度の研修を終了した者）。
- （2）医療安全管理者は、医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理室の業務を行う。

(3) 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。

ア 医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価に関すること。

イ 病院における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること。

ウ 医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること。

7 医療安全推進担当者の配置

各病院は、各部門の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進担当者を置く。

(1) 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤科（薬剤部を含む。）、研究検査科、事務部等各部門にそれぞれ1名を置くものとし、各院長が指名する。

(2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。

ア 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言

イ 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）

ウ ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書の作成

エ 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整

オ 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行

カ その他、医療安全管理に関する事項

8 医薬品安全管理責任者の配置

各病院は、医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施させるため、医薬品安全管理責任者を置く。

(1) 医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する者とする。

(2) 医薬品安全管理責任者は医薬品の安全使用に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。

ア 医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報の収集・管理

イ 得られた情報で必要なものについての当該情報に係る医薬品を取り扱う職員への周知

ウ 医薬品の業務手順書に基づき業務が行われているかについての定期的な確認と記録

エ その他、医薬品の安全使用に関する事項

9 医療機器保守管理責任者の配置

各病院は、医療機器の保守点検、安全使用の確保等の推進に資するため、医療機器保守管理責任者を置く。

- (1) 医療機器保守管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療機器保守管理責任者は、医療機器の安全使用に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - ア 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
 - イ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施
 - ウ 医療機器の添付文書及び取扱い説明書の管理、並びに医療機器の不具合情報や安全情報等の一元的把握
 - エ その他、医療機器の保守点検・安全使用に関する事項

10 患者相談窓口の設置

- (1) 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、病院内に患者相談窓口を常設する。
- (2) 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。
- (3) 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。
- (4) 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- (5) 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し、当該病院の安全対策の見直し等に活用する。

11 マニュアル等の作成について

各病院は、医療安全管理の推進に資するためマニュアル等を作成する。

- (1) 各病院は、医療安全管理のための具体的方策、医療事故発生時の具体的対応及び医療事故の評価と医療安全管理への反映等をまとめたマニュアルを作成し、医療安全管理上の具体的方策を実施する。なお、病院において医療安全管理規程等をマニュアルに含めることも可能である。
- (2) また、医薬品の採用・購入に関する事項や管理に関する事項、患者に対する与薬や服薬指導に関する事項等を内容とする「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」や、医療機器の保守点検に関する情報収集や購入時期、使用状況、保守点検・修理の把握等を内容とする「医療機器の保守点検に関する計画」を策定し、当該手順等に基づく業務を実施する。

第5 各病院における医療安全管理のための具体的方策の推進

各病院における医療安全管理のための具体的方策は以下のとおりとする。

1 医療事故防止のための要点と対策の作成

安全な医療を行うために、人工呼吸器、輸血、注射等についての具体的な注意事項を定める医療事故防止の要点と対策について、各部門の医療安全推進担当者を中心に医療安全管理室で作成し、委員会で承認を得る。また、医療事故防止の要点と対策は、自病院又は他病院のヒヤリ・ハット事例の評価分析や医療事故報告、原因分析等に基づいて、随時見直しを図ると共に関係職員に周知徹底を図り、委員会で承認を得て改定を行うものとする。（参考例は別添4のとおり。）

2 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析

(1) 報告

ア 院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。

イ ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要をヒヤリ・ハット体験報告（参考例は別添5のとおり。）に記載し、翌日までに、医療安全推進担当者に報告する。

ウ 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に提出する。

エ ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

オ ヒヤリ・ハット体験報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。

(2) ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化した分析表（以下「ヒヤリ・ハット・医療事故情報分析表」という。参考例は別添6のとおり。）を活用し、評価分析を行う。

(3) ヒヤリ・ハット事例集の作成

各病院においては、ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療安全管理に資することができるよう、事例集を作成する。（参考例は別添7のとおり。）

なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

3 医療安全対策ネットワーク整備事業への協力

医療現場におけるヒヤリ・ハット事例等を全国の医療機関から一元的に収集し、この情報を基に、ガイドラインの策定、製品の基準化、関係団体への製品の改良要

請等を行う医療安全対策ネットワーク事業に対し、事例の報告を行う。（別添8）

4 医療事故情報収集等事業に係る報告

医療法施行規則第9条の2第3項第2号に示されている事故等事案に該当する事例については、日本医療機能評価機構に報告する。なお、報告にあたっては日本医療機能評価機構で示す報告様式・記載要領等による。（別添9）

5 医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に関する報告

医薬品又は医療用具の使用による副作用、感染症又は不具合が発生（医療用具の場合は健康被害が発生するおそれのある場合を含む）した場合、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）は、別添の様式により報告する。（医薬品又は医療用具との因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となりうる）（別添10）

6 医療安全管理のための職員研修

（1）医療安全管理のための研修の実施

各病院は、個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため、医療に係る安全管理の基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

ア 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。

イ 医療に関わる場所において業務に従事する者を対象とする。

ウ 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。

エ 実施内容について記録を行う。

（2）院内感染対策のための研修の実施

各職員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図るための研修を実施する。

ア 院内感染対策に関する基本的考え方及び具体的方策に関する内容とする。

イ 各病院の実情に則した内容で、職種横断的な参加の下行う。

ウ 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。

エ 実施内容について記録を行う。

（3）医薬品及び医療機器の安全使用のための研修の実施

他の医療安全に係る研修と併せて行う等の方法により、医薬品並びに医療機器の安全使用に関する研修を行う。

第6 医療事故発生時の具体的な対応

各病院の医療事故発生時における医療事故の報告体制、患者・家族への対応及び警察への届出の具体的な対応は、以下のとおりとする。

1 医療事故の報告

(1) 病院内における報告の手順と対応

ア 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。

- ① 医師（歯科医師） → 医長 → 診療部長 → 副院長
- ② 薬剤師 → 主任薬剤師 → 薬剤部長又は薬剤科長 → 副院長
- ③ 看護師 → 看護師長 → 看護部長又は総看護師長 → 副院長
- ④ 医療技術職員（①～③に掲げる者を除く） → 技師長 → 副院長
- ⑤ 事務職員 → 係長 → 課長 → 事務部長又は事務長 → 副院長

イ 副院長は報告を受けた事項について、委員会に報告するとともに、事故の重大性等を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認めた事案は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

ウ 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合において、医師、薬剤師、看護師等は、それぞれ、医長、主任薬剤師、看護師長等にただちに連絡が出来ない場合は、直接、診療部長又は副院長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長等に報告する。

(2) 病院内における報告の方法

報告は、文書（「医療事故報告書」。参考例は別添11の1及び別添11の2。）により行う。

ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。

なお、医療事故報告書の記載は、①事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、②その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

(3) 国立病院機構本部及び所管のブロック事務所への報告

ア 各病院は、本項イに規定する医療事故が発生した場合、医療事故報告書（様式は別添12のとおり。）を、本項「ウ」の報告時期等のルールに基づき、国立病院機構本部及び所管のブロック事務所に報告する。

イ 報告を要する医療事故の範囲（第5-4による報告範囲と同一）

- ① 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
- ② 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかつ

たものに限る）。

- ③ 前2号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

ウ 報告時期等のルール

- ① 委員会等での検証作業終了後の報告（概ね2週間以内に行う必須報告）

発生した医療事故に関し委員会等で原因分析、再発防止策検討等の検証作業を行った上で、その内容を踏まえた医療事故報告書（上記（3）－ア）を作成し、所管のブロック事務所を通じて国立病院機構本部に報告する。

- ② 危機管理の観点からの報告（院長の判断による報告）

危機管理の観点から国立病院機構本部・ブロック事務所と情報を共有していることが必要と判断される医療事故が発生した場合は、事故発生後速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を、所管のブロック事務所を通じて報告する。また、委員会等での検証作業終了後には、追加的に原因分析、再発防止策等の内容を含む医療事故報告を行う。

＊ 当該報告を行うか否かは、事故の内容等を踏まえ各病院長が判断する。

- ③ 「①」の報告を行った後、例えば拡大医療安全管理委員会が開催されるなど、追加的に検証作業等が行われた場合は、追加的報告を行う。

（4）医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、独立行政法人国立病院機構文書管理規程（平成16年規程第10号）第34条第1項第5号に該当する法人文書として、医療安全管理室において保管する。

2 患者・家族への対応

- （1）患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。

- （2）患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、病院の幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。

なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者等も同席して対応する。

3 事実経過の記録

- （1）医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。

- （2）記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。

ア 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。

イ 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと

ウ 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）。

4 警察への届出

- (1) 医療過誤によって死亡又は障害が発生したことが明白な場合には、国立病院機構の各院長は、速やかに所轄警察署に届出（以下「届出」という。）を行う。
- (2) 死亡又は障害が発生し、医療過誤の疑いがある場合には、届出について本部との協議も考慮して対応する。
- (3) 届出は、別添 1 3 「警察への届出に当たっての手順」に基づき行う。
- (4) 各院長は、届出の判断が困難な場合には、ブロック事務所の指示を受ける。ブロック事務所は、必要に応じ顧問弁護士や国立病院機構本部とも協議した上で、院長に指示を行なう。

5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表

各病院は、重大な医療事故等が発生した場合には、別添 1 4 の「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき対応する。

第 7 医療事故の評価と医療安全対策への反映

1 院内での医療事故の評価検討

- (1) 各病院は、医療事故が発生した場合、委員会において、事故の原因分析など、以下の事項について評価検討を加え、その後の医療安全対策への反映を図るものとする。
 - ア 医療事故報告に基づく事例の原因分析
 - イ 発生した事故について、組織としての責任体制の検証
 - ウ これまでに講じてきた医療安全対策の効果
 - エ 同様の医療事故事例を含めた検討
 - オ 医療機器メーカーへの機器改善要求
 - カ その他、医療安全対策の推進に関する事項
- (2) 医療事故の効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じて、根本的原因分析など、より詳細な評価分析を行う。
- (3) 医療事故の原因分析等については、委員会で十分に検討した結果を医療事故報告書に記載する。
- (4) 医療事故情報収集等事業により日本医療機能評価機構から分析・発信された医療安全情報を活用し、医療安全対策への反映を図る。

2 拡大医療安全管理委員会の開催

- (1) 院内の安全管理委員会で、発生した医療事故の過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合、院長は、拡大医療安全管理委員会を開催する。
- (2) 拡大医療安全管理委員会の委員構成や運用等は、別添 1 5 のとおりとする。

3 機構以外の有識者を交えた事故調査委員会

発生した医療事故に関して、国立病院機構内部の専門委員の状況などから拡大医

療安全管理委員会においても十分な審議が行えないと判断される場合等は、拡大医療安全管理委員会に代えて、機構以外の有識者を交えた事故調査委員会の設置を考慮する。

4 国立病院機構における医療事故報告書の作成

国立病院機構本部は、各病院から報告された医療事故報告を集計・分析し、一定期間毎に国立病院機構における包括的な医療事故報告書を作成、各病院にフィードバックするとともに、ホームページに掲載するなどによりこれを公表する。

第8 中央医療安全管理委員会の開催

- (1) 国立病院機構の病院ネットワークを活用し、機構内部での医療事故発生の全体状況等を踏まえながら、国立病院機構における医療安全管理対策の基本的方向性等についての審議を行うため、国立病院機構本部に中央医療安全管理委員会を設置する。
- (2) 中央医療安全管理委員会は、院長、看護部長、医療安全管理の実務担当者である副院長、医療安全管理者、薬剤師や事務部門担当者等の多職種で構成されるものとする。

《患者影響レベル指標》

(別添1)

影響レベル	内 容	障害の程度及び 〔継続性〕
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合(仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された)	な し
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった場合	な し
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	な し
レベル3a	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの)が必要となった場合	軽 度 〔一過性〕
レベル3b	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	中・高度 〔一過性〕
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	高 度 〔永続的〕
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	死 亡

※影響レベル3aまでが「ヒヤリ・ハット事例(＝インシデント事例)」、レベル3b以上が「医療事故事例」

影響レベル	内 容	医 療 行 為 に 係 る 事 例	管 理 上 の 問 題 に 係 る 事 例
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には発生されなかった場合（仮に発生されたとすれば、何らかの被害が予想された）	・ 誤った処置を手にしたが、患者に実施する前に気付き実施されなかった事例 ・ 手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等時に患者や部位を取り違えようになったが、実施前に気付き実施されなかった事例	—
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合	・ 処置を過剰投与したが通常な過剰で患者への影響が考えられない事例、あるいはそもそも患者への影響が考えられない所定の処置の過剰投与であった事例 ・ 人工呼吸器加圧器への多呼吸モニタリングの使用（患者への影響がなかった事例） ・ インフルエンザワクチンの接種誤取	—
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	・ 点滴ポンプの点検ミスによる誤動作を原因とする高カローリ濃度の急速投与やその逆投与により患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例 ・ 検査・処置・リハビリにおける患者や部位の取り違えにより患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例	・ 転倒・転落（出血はなく、検査でも顕著な所見はなく追加的処置等は必要なかった事例） ・ 床下の段差でつまづいたことによる転倒（顕著な所見等はなかった事例） ・ 患者の同室行動（自殺企図、暴力、騒音等） ・ 留置針による患者あるいは訪問者の針刺し事故
レベル3・a （軽度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった軽度な治療や処置（点滴、注射、追加投与等）が必要となった場合	・ 介助中の患者の痛みの訴えに明かな骨折はなかったが経過観察が必要であり患部を冷やす等の処置を行った事例 ・ 医療機器の誤操作等による軽度の損傷・疼痛 ・ 気管内吸引処置時の過剰吸引による患者の不快感	・ 転倒・転落による軽度の外傷や挫傷 ・ 介助中に発生した軽度の外傷等（記録時トレーの前面への接触等） ・ 説明不足などにより、患者が危険区域に侵入し軽度の外傷や挫傷を負った事例 ・ 患者間の暴力による軽度の外傷
レベル3・b （中・高度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	・ 重心患者等の介助中に発生した骨折（原因が明確でないものを含む） ・ 尿道カテーテル交換時、心臓カテーテル挿入時、内視鏡使用時、胃ろうチューブ交換時等の穿孔 ・ 胃ろうチューブの腹腔内留置による腹膜炎の発生 ・ IVHカテーテルの誤挿入による出血の発生 ・ 手術の際のガーゼ異物残留（除去により永続的な障害は生じなかった事例） ・ 手術中における手術目的以外の器具留置 ・ 尿管挿入時の尿管損傷 ・ 点検のテープ圧迫固定を原因とする皮膚壊死 ・ 処置に係る過剰投与、誤投、過剰投与による副作用で重篤な事例 ・ 経管栄養チューブの気管への誤挿入による呼吸状態悪化 ・ 手術・麻酔等における、患者や部位の取り違え ・ 人工関節のインプラントの左右間違え ・ 異物出血の発生 ・ 手術実施時に使用した針の骨髄腔内侵入による合併症 ・ 手術中の体位固定・圧迫による骨神経損傷（足背のしびれ等） ・ 入院中に発生した重篤な「筋萎縮（脚萎縮、筋萎縮（IVH）に類似）骨折」 ・ 人工透析中透析液による低カルシウム血症 ・ 胎盤娩出時の子宮内出血による大出血 ・ F0V、抗がん剤の血管外漏出による皮膚壊死 ・ 精神科患者の食事時の窒息 ・ その他、手術・検査・処置・麻酔等にともなう予期された合併症による重篤な事例で、身体的意義を有すると認める事例 ・ 手術・検査・処置・麻酔等にともなう予期されていなかった合併症で重篤な事例	・ 転倒・転落による骨折、急性硬膜下血腫の発生、呼吸状態悪化による一時的な人工呼吸器装着 ・ プレールームでのマットによる窒息（一時的な人工呼吸器の装着） ・ 床ずれの低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で重篤な事例 ・ 地盤沈下の割れた止血器具の使用による熱傷 ・ 食品由来のアレルギー予防のため禁止食品としてのオーダーが指示されていたが、誤配膳によりアナフィラキシーショックが発生した事例 ・ 精神科患者の拘束等からの飛び降りによる骨折
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	・ カテーテル穿刺による仮性動脈瘤形成を原因とする下肢切断 ・ 手術の際の異物残留により重大な永続的障害が発生した事例 ・ 手術中の神経損傷を原因とする回復の見込めない筋力の低下 ・ 人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による低酸素状態や呼吸不全 ・ 左心房切開術後の術後出血による低血圧状態であることの判断 ・ 重篤な誤投与の発見とを原因とする下肢ガス壊疽による下肢切断 ・ 骨盤内リンパ管腫瘍中の左腎動脈損傷による左腎摘出 ・ 心臓ペースメーカーのリード線から三尖瓣環切出に至った事例 ・ その他、手術・検査・処置・麻酔等にともなう予期された合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例で、身体的意義を有すると認める事例 ・ 手術・検査・処置・麻酔等にともなう予期されていなかった合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例	・ 転倒・転落により永続的な人工呼吸器の装着が必要となった事例 ・ 転倒・転落による骨折が原因で寝たきりとなった事例 ・ 酸素吸入中の患者がベッドからの転落したことによる意識喪失・人工呼吸器装着 ・ バルーンカテーテル使用患者の転倒によるカテーテル閉塞を原因とする溺死等遺害 ・ 麻酔管理ミスによる低酸素状態を原因とする意識障害 ・ 誤投、又はその扱いによる窒息を原因とした永続的な意識障害や抽動状態 ・ プレールームでのマットによる窒息を原因とする永続的な人工呼吸器装着 ・ 留置針による針刺し事故で肝臓や永続的な有害事象が発生した可能性がある事例 ・ 帝王切開による新生児呼吸器死産での出生により障害が残る可能性がある事例 ・ 床ずれの低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で永続的障害が発生した可能性がある事例 ・ 自殺企図により患者が拘束等から飛び降りたことで重篤な障害（永続的な意識レベルの低下等）が発生した事例
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	・ 人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による患者の死亡 ・ 体位交換時の気管挿入時カニューレ脱離による死亡 ・ 抗がん剤の過剰投与による副作用を原因とする死亡 ・ ニフレル投与による腎臓不全など薬の副作用を原因とする死亡 ・ 手術中の異常出血による多量出血等による死亡 ・ 心臓カテーテル施行時の冠動脈破裂・心タンポナーデによる死亡 ・ 手術後の肺水腫による死亡 ・ リスクの低い経皮造瘻の死亡 ・ その他、手術・検査・処置・麻酔等にともなう予期された合併症による死亡で、身体的意義を有すると認める事例 ・ 手術・検査・処置・麻酔等にともなう予期されていなかった合併症による死亡 ・ 手術後30日以内の死亡	・ 転倒・転落による頭蓋骨骨折や呼吸状態の悪化等による死亡 ・ 入浴中の溺死 ・ 誤投、又はその扱いによる窒息を原因とする死亡 ・ 床ずれの低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とする死亡 ・ 入院中の自由行動による死亡 ・ 患者の自殺

※ 本表は、それぞれのカテゴリーにおけるいくつかの例を示したものである。

医療安全管理規程（例）

（目的）

第1条 この規程は、（病院名）において必要な事項を定め、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

（医療安全管理のための基本的考え方）

第2条 医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、（病院名）及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を病院及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。このため、（病院名）は、本指針を活用して、病院ごとに医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置して医療安全管理体制を確立するとともに、院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル等（以下「マニュアル等」という。）を作成する。また、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

（医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について）

第3条 医療安全管理規程については、患者及び家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、待合室等に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

（医療安全管理委員会の設置）

第4条 第1条の目的を達成するため、当院に医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

2 委員会は、副院長、診療部長又は医長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長又は総看護師長、事務部長又は事務長、医療安全管理者等をもって構成する。

3 委員会の委員長は、副院長とする。

4 委員会の副委員長は、医療安全管理者とする。

5 委員長に事故があるときは、診療部長又は医長がその職務を代行する。

6 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。

- 一 医療安全管理の検討及び研究に関すること
- 二 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに委員会によって立案された防止対策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること
- 三 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること

- 四 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること
 - 五 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
 - 六 医療訴訟に関すること
 - 七 その他医療安全管理に関すること
- 7 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
 - 8 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
 - 9 委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
 - 10 委員会の記録その他の庶務は、医療安全管理室が行う。
 - 11 重大な問題が発生した場合には、委員会において速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

(院内感染対策のための指針の策定)

第5条 次に掲げる事項を内容とする「院内感染対策のための指針」を策定する。

- 一 院内感染対策に関する基本的考え方
 - 二 院内感染対策のための委員会(以下、「院内感染対策委員会」という)、及びその他の院内感染対策に係る院内の組織に関する基本的事項
 - 三 院内感染対策のために職員に対して行われる研修に関する基本方針
 - 四 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
 - 五 院内感染発生時の対応に関する基本方針
 - 六 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - 七 その他院内における院内感染対策の推進のために必要な基本方針
- 2 院内感染対策のための指針は、院内感染対策委員会の議を経て策定及び変更するものとする。

(医療安全管理室の設置)

第6条 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理室を設置する。

- 2 医療安全管理室は、医療安全管理者、医療安全推進担当者及びその他必要な職員で構成され、医療安全管理室長は、副院長とする。
- 3 医療安全管理室の所掌事務は以下のとおりとする。
 - 一 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関すること
 - 二 医療安全に関する日常活動に関すること
 - ① 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査(定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検)

- ② マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
 - ③ ヒヤリ・ハット体験報告（ヒヤリ・ハット事例を体験した医療従事者が、その概要を記載した文書をいう。以下同じ。）の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価
 - ④ 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における事故事例の把握など）
 - ⑤ 医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）
 - ⑥ 医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については、第19条を参照）
 - ⑦ 医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告
 - ⑧ 医療安全管理に係る連絡調整
- 三 医療事故発生時の指示、指導等に関すること
- ① 診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について、職場責任者に対する必要な指示、指導
 - ② 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長のほかそれぞれの部門の管理責任者が主として行う。）
 - ③ 院長又は副院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を招集
 - ④ 事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
 - ⑤ 医療事故報告書の保管
- 四 その他医療安全対策の推進に関すること
- 五 医療安全管理室の中に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

（医療安全管理者の配置）

- 第7条 医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く。
- 1 医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
 - 2 医療安全管理者は、医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理室の業務を行う。
 - 3 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - 一 医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価に関すること。
 - 二 病院における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること。
 - 三 医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること。

(医療安全推進担当者の配置)

第8条 各部門の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進担当者を置く。

- 1 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤科（薬剤部を含む。）、研究検査科、事務部等各部門にそれぞれ1名を置くものとし、院長が指名する。
- 2 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。
 - 一 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - 二 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）
 - 三 ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書の作成
 - 四 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整
 - 五 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行
 - 六 その他医療安全管理に関する必要事項

(医薬品安全管理責任者の配置)

第9条 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施させるため、医薬品安全管理責任者を置く。

(医療機器保守管理責任者の配置)

第10条 医療機器の保守点検、安全使用の確保等の推進に資するため、医療機器保守管理責任者を置く。

(職員の責務)

第11条 職員は、業務の遂行に当たっては、常日頃から患者への医療、看護等の実施、医療機器の取扱いなどに当たって安全な医療を行うよう細心の注意を払わなければならない。

(患者相談窓口の設置)

第12条 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、院内に患者相談窓口を常設する。

- 2 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。
- 3 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。

- 4 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- 5 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し当該病院の安全対策の見直し等に活用する。

(ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析)

第13条 報告

- 一 院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。
- 二 ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要ヒヤリ・ハット体験報告（別添5）に記載し、翌日までに、医療安全推進担当者に報告する。
- 三 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に提出する。
- 四 ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
- 五 ヒヤリ・ハット体験報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。

2 評価分析

ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化した分析表（別添6。以下「ヒヤリハット・医療事故情報分析表」という。）を活用し、評価分析を行う。

3 ヒヤリ・ハット事例集の作成

ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療安全管理を資することができるよう、事例集を作成する。

なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

(医療事故の報告)

第14条 院内における報告の手順と対応

- 一 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。
 - ① 医師（歯科医師） → 医長 → 診療部長 → 副院長
 - ② 薬剤師 → 主任薬剤師 → 薬剤部長又は薬剤科長 → 副院長
 - ③ 看護師 → 看護師長 → 看護部長又は総看護師長 → 副院長
 - ④ 医療技術職員（①～③に掲げる者を除く） → 技師長 → 副院長
 - ⑤ 事務職員 → 係長 → 課長 → 事務部長又は事務長 → 副院長

二 副院長は報告を受けた事項について、委員会に報告するとともに、事故の重大性等を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認めた事案は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

三 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合においては、医師、薬剤師、看護師等は、それぞれ、医長、主任薬剤師、看護師 長等にただちに連絡が出来ない場合は、直接、診療部長又は副院長、薬剤 部長又は薬剤科長、看護部長等に報告する。

2 院内における報告の方法

報告は、文書（「医療事故報告書」。別添11の1及び別添11の2。）により行う。

ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。

なお、医療事故報告書の記載は、①事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、②その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

3 国立病院機構本部及び所管のブロック事務所への報告

一 次項に規定する医療事故が発生した場合、医療事故報告書（様式は別添12のとおり。）を、「三」の報告時期等のルールに基づき、国立病院機構本部及び所管のブロック事務所に報告する。

二 報告を要する医療事故の範囲

① 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。

② 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。

③ 前2号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

三 報告時期等のルール

① 委員会等での検証作業終了後の報告（概ね2週間以内に行う必須報告）

発生した医療事故に関し委員会等で原因分析、再発防止策検討等の検証作業を行った上で、その内容を踏まえた医療事故報告書（上記(3)-7）を作成し、所管のブロック事務所を通じて国立病院機構本部に報告する。

② 危機管理の観点からの報告（院長の判断による報告）

危機管理の観点から国立病院機構本部・ブロック事務所と情報を共有していることが必要と判断される医療事故が発生した場合は、事故発生後速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を、所管のブロック事務所を通じて報告する。また、委員会等での検証作業終了後には、追加的に原因分析、再発防止策等の内容を含む医療事故報告を行う。

- ③ 「①」の報告を行った後、例えば拡大医療安全管理委員会が開催されるなど、追加的に検証作業等が行われた場合は、追加的報告を行う。

4 医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、独立行政法人国立病院機構文書管理規定（平成16年規程第10号）第34条第1項第5号に該当する法人文書として、医療安全管理室において保管する。

（発生した事例等の患者影響レベルによる整理）

第15条 発生したヒヤリ・ハット事例や医療事故が患者にどの程度の影響が有ったかを、別添1「患者影響レベルの指標」により整理する。

（患者・家族への対応）

第16条 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。

- 2 患者及び家族に対する事故の説明等は、幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者等も同席して対応する。

（事実経過の記録）

第17条 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。

- 2 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。

- 一 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
- 二 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと
- 三 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）。

（医療安全管理のための職員研修）

第18条 個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

- 一 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。

- 二 医療に関わる場所において業務に従事するものとする。
- 三 年2回程度定期的に開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
- 四 実施内容について記録を行う。

（医療安全対策ネットワーク整備事業への協力）

第19条 医療現場におけるヒヤリ・ハット事例等を全国の医療機関から一元的に収集し、この情報を基に、ガイドラインの策定、製品の基準化、関係団体への製品の改良要請等を行う医療安全対策ネットワーク事業に対し、事例の報告を行う。（別添8）

（医療機能評価機構への医療事故事例の報告）

第20条 医療事故のうち、医療法施行規則に示されている、医療に係る事故の範囲に該当する事例については、医療機能評価機構に報告する。本制度は医政局において整備されている。（別添9）

（医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に関する報告）

第21条 医薬品又は医療用具の使用による副作用、感染症又は不具合が発生（医療用具の場合は健康被害が発生するおそれのある場合を含む）した場合、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）は、別添の様式により報告する。（医薬品又は医療用具との因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となりうる）（別添10）

（警察への届出）

第22条 医療過誤によって死亡又は障害が発生したことが明白な場合には、速やかに所轄警察署に届出（以下「届出」という。）を行う。また、死亡又は障害が発生し、医療過誤の疑いがある場合についても、届出について本部との協議も考慮して対応する。

2 届出は、別添13「警察への届出に当たっての手順」に基づき行う。

（重大な医療事故が発生した場合の対外的公表）

第23条 重大な医療事故等が発生した場合には、別添14の「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき対応する。

（拡大医療安全管理委員会の開催）

第24条 院内の安全管理委員会で、発生した医療事故の過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合、院長は、拡大医療安全管理委員会を開催する。

2 拡大医療安全管理委員会の委員構成や運用は、別添15のとおりとする。

医療事故等発生時の報告体制

＜発生部署での初期対応＞

1) 臨時医療安全管理委員会

医療事故が発生し、直ちに対策を講ずる必要がある場合には、臨時医療安全管理委員会を設置するとともに、実地調査を行う作業班を編成し、原因究明のための調査を行う。

2) 医療事故発生時の対応

(1) 報告体制

医療事故が発生したときは、医師、看護師、その他職員の連携の下に、応急処置又はその手配及び拡大防止の措置を直ちに講じるとともに、次により上司に対し直ちに報告しなければならない。ただし、患者の生死に関わる事故をはじめ、特に緊急的な対応が必要な場合においては、次によらずそれぞれ直接、副院長若しくは医療安全管理者に報告することができる。この場合においては報告を省略した上司に対し、その後速やかに報告しなければならない。

報告は、医療事故報告書（インシデント報告分析支援システム情報を含む）により行うものとする。ただし、緊急を要する場合は直ちに口頭で報告を行い、その後医療事故報告書（インシデント報告分析支援システム情報を含む）により速やかに行う。

(2) 経過報告

副院長は、報告を受けた事項を委員会に報告するとともに、事故の態様から判断して速やかに院長に対して報告が必要と認めた事案についてはその都度、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

(3) 患者・家族への対応

医療事故患者に対しては、誠心誠意治療に専念するとともに、患者及びその家族に対しては、誠意をもって当該事故の説明を行う。

患者及びその家族に対する事故の説明を含む事後対応には、管理職である職員が当たるものとする。説明に当たっては、病状等の詳細な説明ができる主治医、また状況に応じ、医療安全管理者や部門の管理責任者等関係職員も同席して対応する。

(4) 関係機関への対応

(警察への届出)

医療過誤によって、死亡又は傷害が発生したことが明白な場合は、院長は、速やかに警察署に届出なければならない。

死亡又は傷害が発生し、医療過誤の疑いがある場合の届出については、本部と協議の上対応する。届出に当たっては、事前に患者、家族に説明を行うものとする。届出をした場合には、具体的内容を本部及びブロック事務所へ速やかに報告する。

死亡事故原因が特定されない場合にあっては、患者家族の同意を前提に「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」に事故分析を依頼することが出来る。

(事故の処理)

事故の法的処理については、事務部長がその任に当たり、企画課長、企画課専門職及び医療安全管理者がこれを補佐する。

事故後に対応については、誠意を持って患者もしくは、家族と対応するものとし、その対応に当たっては、本部と協議しその結果をブロック事務所に報告することとする。必要に応じ、司法関係者の助言を受けることを妨げない。

(5) 院内・院外への公表

報道機関への公表が必要と判断された場合は、次により対応する。

対応者は院長とし、副院長及び統括診療部長、事務部長、医療安全管理者が補佐するものとする。ただし、看護に関わる事故の場合は、看護部長を補佐に加える。院長に事故があるときは副院長が、院長、副院長ともに事故があるときは、統括診療部長が代行するものとする。

(6) 医療事故当事者に対する対応

医療事故を起こした当事者及び当該部署の職員は、精神的に危険な状態に陥ることも考えられるので、事故当事者の家族の了解を得た上でカウンセリングを行うなど、十分な配慮を講ずるものとする。

(7) 事実経過の記録

医師、看護師等は、当該患者の状況、処置の方法、患者及びその家族への説明内容、その他事後対応で記録しておくことが必要と思われる事柄について、診療録及び看護記録又はこれに代わる記録類に具体的かつ詳細に記載する。

- 1) 初期対応が終了次第、速やかに記載すること
- 2) 事故の種類、患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載すること
- 3) 想像や憶測に基づくことなく、事実を客観的かつ正確に記載すること

(8) 関連機関への報告

(医療安全対策ネットワーク整備事業への協力)

医療現場におけるヒヤリ・ハット事例等を全国の医療機関から一元的に収集し、その情報を基にガイドラインの策定、製品の基準化、関係団体への製品の改良要請等を行う医療安全対策ネットワーク事業に対し、指針別添6に基づき事例の報告を行うものとする。

以下のいずれかに該当する医療事故が発生した場合は、別記様式第2の医療事故報告書により国立病院機構本部北海道東北ブロック事務所（以下「ブロック事務所」という。）を経由して国立病院機構本部（以下「本部」という。）に速やかに報告する。

報告範囲の考え方 参考1 参照

医療事故報告書（インシデント情報を含む）は、医療安全管理室において、独立行政法人国立病院機構文書管理規程（平成16年規程第10号）第34条第1項第4号に該当する法人文書として保管するものとする。

(日本医療機能評価機構への医療事故事例の報告)

事故等事案に該当する事例については、日本医療機能評価機構に報告するものとする。報告に当たっては、日本医療機能評価機構で示す報告様式、記載要領等によるものとする。

(医薬品・医療用具等安全情報報告制度に関する報告)

医薬品又は医療用具の使用による副作用、感染症又は不具合が発生（医療用具の場合は、健康被害が発生するおそれがある場合を含む。）した場合、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した安全性情報（医薬品又は医療用具との因果関係が必ずしも明確でない場合のものも含む。）は、指針別添8に基づき厚生労働省医薬局安全対策課に報告するものとする。

特定看護師（仮称）業務試行事業 実施体制
（北海道がんセンター）

1. 事業対象の看護師の目指す役割

- 医療施設において、微生物学的検査の判断や抗菌薬使用の適正性の監査、医療従事者の針刺し等による血液・体液暴露後の予防策として、患者の感染症検査の実施や B 型肝炎防止のためのワクチン投与の際の問診など、感染管理の観点から医療関連感染症の早期発見および拡大予防に特化した感染管理対策を実施する。その際、医師の包括的指示の下で迅速かつ的確に活動するため、医療関連感染の予防や早期治療を行うことによって発症予防や重症化予防を行うことができ、院内の感染管理に寄与するものである。

また、医療安全管理委員会において定められた業務や行為に関する規定を活用することにより、安全性が担保されたケアをより最適なタイミングで提供することにつながり、その結果、合併症の予防や治癒期間の短縮、入院期間の短縮などの医療の質や安全性が向上する効果とともに、医師の業務負担の軽減も図ることができる。

- 事業対象の看護師は、基礎医学、臨床医学、薬理学等を履修し、また十分な演習や実習等も経ていることから、感染管理に関して高度な専門知識と臨床実践能力を有する。その専門知識及び管理能力により、その他の看護師の能力の向上を目指して指導的役割を担い、感染管理における知識や認識の水準の向上を図ることが可能である。加えて、高度な専門知識と管理能力を活かして、患者や家族に対し、感染に関する正しい知識及び感染防止策等を具体的に指導することにより、各患者の療養生活における問題にも配慮した医療の提供ができる。
- 感染管理を実施するため、職員の健康管理、職員に対する感染管理に関する教育、感染防止対策の相談および、実施における適正化及び介入等を行う耐性菌や医療関連感染の発生動向監視等を行う必要がある。その際、院内横断的に多職種と協働して実施することが重要であり、事業対象の看護師は、チーム医療の担い手となって活躍することができる。積極的に多職種による合同カンファレンスを実施し、医師のみならず、薬剤師・管理栄養士・臨床工学技士・理学療法士・作業療法士・臨床検査技師・診療放射線技師等との連携を図り、そのチームの中でも中心的役割を担い、病院内のチーム全体の能力の向上を目指す。

2. 特定看護師（仮称）業務試行事業の位置づけ

- 看護師としての一定の実務経験とともに、養成課程において基礎医学・臨床医学・薬理学等の十分な医学的教育と充実した演習及び実習を経験している。それら養成課程修了までに修得したものを基礎として、病院内に十分な支援体制を構築するとともに、養成課程とも連携を図りながら、1年をとおして1. に記した「事業対象の看護師の目指す役割」を担い得る能力を習得することを目指す。前半の6ヶ月間は病院における業務の実施方法・手順・システム等を習得することを中心として、後半の6ヶ月間は医師の

包括的指示を下に、事業対象の看護師自身が、安全かつ適切に業務の実施の判断及び実施が自律してできるように移行していくこととする。

3. 業務の実施に係る安全管理体制

(1) 管理責任者

- 特定の場に限らない活躍が期待される感染管理分野における特定看護師（仮称）業務試行事業を適切に実施するためには、病院全体の体制を十分に把握している必要があることから、副院長の役職の者を充てることとする。
- 事業対象の看護師において不具合な事象が生じた場合、医療安全管理委員会より必ず管理責任者に報告することとする。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業を実施するに当たって、担当医及び事業対象の看護師のサポートだけでなく、事業全体の進行や運営等の管理を実施すること、医療安全管理委員会を開催すること、事業対象の看護師が修了した養成課程の担当者と積極的に情報交換を行うことが必要である。

(2) 医療安全管理委員会

- 医療安全管理委員会は、以下のメンバーから構成する。
 - ・ 副院長（医師）
 - ・ 統括診療部長（医師）
 - ・ 臨床研究部長（医師）
 - ・ 薬剤科長（薬剤師）
 - ・ 看護部長（看護師）
 - ・ 担当医（医師）
 - ・ 事務部長
 - ・ 企画課長
 - ・ 企画課専門職
 - ・ 医療安全管理者
 - ・ 医薬品安全管理責任者
 - ・ 医療機器安全管理責任者
- 医療安全管理委員会は、定期的に（1か月に1回）定例の会議を開催することとする。
- 医療安全管理委員会においては、緊急時の対応に係る手順、患者・家族に対する説明・相談に係るルール、試行対象の業務・行為に係るプロトコルを具体的に定めることとする。なお、これら手順及びルールについては、特定看護師（仮称）業務調査事業の開始前に、明確にしておくこととする。
- 特定看護師（仮称）業務調査試行事業開始後、定例の医療安全管理委員会において、担当医は事業対象の看護師の業務実施状況を報告する。その際、各種手順・ルール等の

見直しについては、必要があれば、適宜、医療安全管理委員会において検討する。また、事業対象の看護師の業務・行為における医療事故発生時は、臨時の安全管理委員会を開催し、その実態について正確に把握し、問題の解決を目指す。

(3) 担当医

- 担当医は、感染症及び感染管理に精通している者を充てることとする。また、担当医は、適切な指導能力も求められることから、専門医または臨床研修指導医資格を取得している者としている。
 - ・ A（臨床経験年数28年）婦人科専門医
 - ・ B（臨床経験年数30年）泌尿器科専門医・臨床研修指導医
 - ・ C（臨床経験年数29年）血液内科専門医・臨床研修指導医
- 担当医は、特定看護師（仮称）業務調査試行事業におけるプログラムを基本として、事業対象の看護師の医行為等の習得度の確認を行うが、必要に応じて、適宜、指導を行うこととする。なお、事業対象の看護師の業務内容や記録について、担当医は、毎日必ず確認を行う。また事業対象の看護師は、担当医とともに医師カンファレンスや多職種によるカンファレンスに参加することとするが、その際、担当医は事業対象の看護師の積極的な参加を促す。
- 担当医は、医療安全管理委員会に必ず出席することが求められる。事業対象の看護師の業務実施状況について報告することとし、事業対象の看護師の業務・行為において不具合な事象が生じた際にも、その実態について速やかに把握するとともに医療安全管理委員会に報告することとする。
- 担当医は、医療安全管理委員会において決定されたルールに従って、患者や家族に対して適切な説明を行う。患者や家族より相談の希望があれば、速やかに対応し、信頼関係の構築にも配慮することが求められる。
- 患者や家族が拒否したいと意思表示があった際には、事業対象の看護師が業務を開始後であっても、担当医は患者や家族と相談の上、事業対象の看護師によるその患者や家族に対する業務内容を変更することとする。また、そのような事象が生じた場合にも、医療安全管理委員会に報告する必要がある。

(4) 養成課程との連携

- 管理責任者は、事業対象の看護師が修了した養成課程について十分に理解しておく必要がある。事業対象の看護師が修了した教育内容（修得した業務・行為、それらの修得の度合い等も含む）、教育方法等の情報を収集することとする。また、各種手順・ルール等について医療安全管理委員会において検討する際、医療安全管理委員会に養成課程の情報を報告し、医療安全管理委員会のメンバー内でそれらの情報は共有しておくことが重要である。
- 特定看護師（仮称）業務試行事業の実施をより有効なものとするため、養成課程に連

携担当者を常設することとし、管理責任者は定例の会議を開催するなど、病院と養成課程の連携を密にする。

- 養成課程連携担当者と病院の管理責任者の定例の会議において、管理責任者は養成課程の連携担当者に対して、事業の実施状況、事業対象の看護師の習得度養成課程への要望等を情報提供することとする。

(5) 各種手順・ルール

- 各種手順・ルールについては、現在、院内において運用されているものに基づくこととする。事業対象の看護師が実施する業務・行為が、その他の看護師が実施する業務・行為に比べて非常に侵襲性が高く、高度な判断を要すること等を踏まえ、特定看護師（仮称）業務試行事業開始前に開催される安全管理委員会において検討し、必要であれば修正することとする。（以下、その視点についてまとめる。）
 - ・ 医療事故発生時については、速やかな対応が必須であるため、担当医が主導して対応することとする。なお、平常時より常に担当医に報告・連絡・相談を密にしながら、サポート体制を確立しておくことも重要である。
 - ・ 緊急時の対応については、速やかかつ丁寧な対応が必要とされることから、常に担当医と連絡が取れる体制を整備しておく。また、担当医が不在時及び対応ができない場合には、代理の医師を必ず明確にし、事業対象の看護師のみならず、関係する医師らに周知しておく必要がある。
 - ・ 試行の対象とする業務・行為については、十分な説明と同意を得た上での実施が基本であることから、事業対象の看護師は、患者や家族等からの理解が得られるよう担当医と連携を図り、丁寧に対応する。尚、担当医は、常に患者や家族の意向を確認し、事業対象の看護師による不足を補完する。また、患者や家族は、試行の対象とする業務・行為を受けることに關し、一度了承した後であっても、患者及び家族は試行の対象とする業務・行為について拒否することができる。なお、実施前に試行の対象とする業務・行為に関する説明を行う際、いつでも拒否することが可能であることも含め、十分に患者・家族には説明しておくことが必要である。

4. プログラム

(1) 前半：病院における業務の実施方法・手順・ルールの習得を中心に行う

- | | |
|-----------|--|
| 1 か月～3 か月 | 病院内における、医師、その他職種及び看護師の業務の内容や連携状況について観察し、把握する。担当医の立会いの下、担当医の補助的な業務を実施する。特に、薬剤の選択に関する実践的な知識、医行為を実施する判断の材料となる検査の実施に関する実践的な知識を教授する。また、医療安全管理委員会の決定した各種手順やルールを把握する。 |
|-----------|--|

徐々に、担当医の立会いの下、指導を受けながら業務や行為を実際に実施する。

3 か月～6 か月 担当医の立会いの下で、主として自己の判断で業務や行為を実施する。なお、業務や行為を実施する前に、必要性等の説明を担当医に報告し、確認する。

(2) 後半：医師の包括的指示の下、業務の実施を中心に行う

6 か月～9 か月 医師の包括的指示を活用して、積極的に業務や行為を実施する。特に、血液検査や単純レントゲン撮影の実施の判断評価などを実施する。
疾患等によりリスクの高い患者の場合には、医師は前半と同様立会いの下実施する。
また、医療従事者に対して感染管理の知識等を教授する機会を設けるなど、積極的に感染管理の観点から活動を企画する。毎日、業務終了時にその日の業務内容及び実施状況について担当医に報告し、助言を得ることとする。

9 か月～12 か月 医師の包括的指示を活用して、業務や行為を実施する。
薬剤師と密に連携をとることにより、抗菌薬の開始時期および変更時期の決定や、薬物血中濃度検査（TDM）の結果に合わせた減量・中止などを自律して行う。また、実際の業務・行為を通して、抗菌薬のマニュアルの改訂により、医療従事者教育の一端を担う。
毎日、業務終了時にその日の業務内容及び実施状況について担当医に報告し、助言を得ることとする。

平成 22 年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業(B 研修課程 調査試行事業)申請書より抜粋

特定看護師 (仮称) 業務試行事業の対象看護師の履修内容

研修課程名(分野名): 日本看護協会 看護研修学校 (感染管理)

本養成課程のねらい ・ 目指す特定看護師 ・ 活動の場・分野、 実施内容 ・ 効果	・ 感染管理認定看護師教育課程で履修した基礎知識や技術を基盤とし、さらに医療関連感染症に特化した追加教育を本養成課程で受け、医師の包括的指示のもと微生物検査の判断や抗菌薬の適正性の監査、医療従事者の針刺しなどによる血液・体液曝露後の予防策を実施できる特定看護師 (仮称) を目指す。 ・ 医師の包括的指示のもとに、医療施設において感染管理に必要な感染症検査を迅速に決定し、医療関連感染の疑いのある患者や、流行性ウイルス疾患発生が疑われる場合の検査の実施決定、評価を行う。また、針刺事象発生時に対象者に必要な検査を決定し、実施、評価を行う。 ・ 医療関連感染の早期診断と治療を可能にし、重症化を防ぎ他者への拡大を予防する。早期診断と治療により、治癒期間の短縮、入院期間の短縮などの効果が期待できる。また、針刺事象発生等による医療従事者の感染を予防する効果が期待できる。
課程修了時必要単位/ 時間数	11 単位 / 240 時間 (30.5 単位 / 660 時間は履修済み)

授業科目			
フィジカルアセスメントに関する科目 単位数 / 時間数	1 単位 / 15 時間 (1 単位 / 15 時間は履修済 み)	感染症アセスメント学 (微生物・感染症学 I は履修済み)	
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種
感染症アセスメント学	1	15	医師 1 名

微生物・感染症学Ⅰ (※認定看護師教育 課程で履修)	(1)	(15)	医師3名 その他2名
授業科目			
臨床薬理学に関する 科目 単位数/時間数	2単位/ 30時間 (1単位/15 時間は履修済 み)	臨床薬理学Ⅰ (微生物・感染症学Ⅱは履修済み) 臨床薬理学Ⅱ	
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種
臨床薬理学Ⅰ	1	15	薬剤師1名 弁護士1名
臨床薬理学Ⅱ	1	15	医師2名
微生物・感染症学Ⅱ (※認定看護師教育 課程で履修)	(1)	(15)	医師3名 その他2名
授業科目			
病態生理学に関する 科目 単位数/時間数	2単位/ 30時間 (1単位/15 時間は履修済 み)	病態学特論 病態生理学特論(感染症) (微生物・感染症学Ⅲは履修済み)	
科目名	単位数	時間数	担当教員名と職種
病態学特論	1	15	医師1名
病態生理学特論 (感染症)	1	15	医師2名
微生物・感染症学Ⅲ (※認定看護師教育 課程で履修)	(1)	(15)	医師3名 その他2名

その他の授業科目(演習・実習以外)				
科目名	必修/選択	単位数	時間数	担当教員名と職種
臨床感染症学	必修	1	15	医師1名
臨床検査診断学	必修	1	15	医師1名

特定看護師（仮称）概論	必修	1	15	看護師2名
（認定看護師教育課程で履修した科目） （疫学と統計学、医療関連感染サーベイランス、職業感染管理、感染防止技術、感染管理学、洗浄・消毒・滅菌とファシリティ・マネジメント、共通科目：リーダーシップ、文献検索・文献購読、情報管理、看護倫理、指導、相談、看護管理）	必須	(18)	(270)	医師8名 看護師20名 その他5名 (共通科目：看護師9、その他2名)
演習 単位/時間数	1単位/30時間（5.5単位/165時間は履修済み）			
臨床感染症学	必修	1	30	医師3名 看護師2名
（認定看護師教育課程で履修した科目） （微生物検査実習、サーベイランス、感染防止技術マニュアル作成と導入、職業感染防止マニュアル作成と導入、ケースレポート）	(必修)	(5.5)	(165)	（医師1名 看護師2名 その他2名）
実習 単位/時間数	2単位/90時間（4単位/180時間は履修済み）			
臨地実習	必修	2	90	医師4名 看護師1名
（認定看護師教育課程で履修した科目） （臨地実習）	(必修)	(4)	(180)	看護師13名

全教員・指導者数 (再掲：医師の教員・指導者数)	22人(15人)		
課程修了の最低必要 単位数/時間数 合計：	11	240	担当医師数合計 (7) 名 担当看護師数合計 (3) 名 その他教員数合計 (2) 名
(認定看護師教育課程で履修した単位数/時間数 合計)	(30.5)	(660)	
養成数	6人		
実習施設	大学病院 (1施設) <認定看護師教育課程で履修した臨地実習施設> 大学病院 (8施設) 一般病院 (5施設)		

特定看護師(仮称)養成 調査試行事業 報告書
5. 学生の修得状況

施設名: 社団法人 日本看護協会
課程(分野)名: 感染管理分野
学生識別番号: 特IC1

1) 演習で実施した医行為と到達度

1	医行為番号	医行為名	実施回数	当該医行為に関する演習の修了状況 1: 修了 2: 途中	自己評価 医行為修得の到達度				指導者評価 医行為修得の到達度			
					自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学	自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学
1	6	治療効果判定のための検体検査の実施の決定	8回	1		○				○		
2	7	治療効果判定のための検体検査結果の評価	8回	1		○				○		
3	9	単純X線撮影の実施の決定	8回	1		○				○		
4	10	単純X線撮影の画像評価	8回	1		○				○		
5	30	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	3回	1		○				○		
6	32	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	2回	1		○				○		
7	33	薬剤感受性検査実施の決定	7回	1		○				○		
8	34	真菌検査の実施の決定	7回	1		○				○		
9	35	真菌検査の結果の評価	4回	1		○				○		
10	36	微生物学検査実施の決定	4回	1		○				○		
11	38	薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	6回	1		○				○		
12	139	予防接種の実施判断	1回	1	○				○			
13	166	インフルエンザ薬	1回	1		○				○		
14	173	感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	8回	1		○				○		
15	174	抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	8回	1		○				○		
16	180	副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	8回	1		○				○		
17	196	患者・家族・医療従事者教育	1回	1		○				○		
18	／	血管内カテーテルの抜去交換の実施の決定	4回	1		○				○		
19	／	尿道留置カテーテルの抜去・交換の実施の決定	2回	1		○				○		
20	／	医療関連感染者の患者に対する抗菌剤使用の適正評価	13回	1		○				○		
21	／	針刺し等受傷医療者のHBIG投与の決定	2回	1	○				○			
22	／	針刺し等受傷医療者のワクチン接種の決定	5回	1	○				○			
23	／	針刺し等受傷医療者の予防内服の実施の決定	1回	1	○				○			

2) 臨地実習で実施した医行為と到達度

	医行為番号	医行為名	実施回数	当該医行為に関する実習の修了状況 1:修了 2:途中	自己評価 医行為修得の到達度				指導者評価 医行為修得の到達度			
					自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学	自律して実施できる	少しの指導で実施できる	かなりの指導で実施できる	指導者の実施を見学
1	6	治療効果判定のための検体検査の実施の決定	17回	1		○				○		
2	7	治療効果判定のための検体検査結果の評価	16回	1		○				○		
3	9	単純X線撮影の実施の決定	8回	1		○				○		
4	10	単純X線撮影の画像評価	7回	1		○				○		
5	30	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の実施の決定	3回	1		○				○		
6	32	感染症検査(インフルエンザ・ノロウイルス等)の結果の評価	3回	1		○				○		
7	33	薬剤感受性検査実施の決定	3回	1		○				○		
8	34	真菌検査の実施の決定	2回	1		○				○		
9	35	真菌検査の結果の評価	2回	1		○				○		
10	36	微生物学検査実施の決定	11回	1		○				○		
11	38	薬物血中濃度検査(TDM)実施の決定	3回	1		○				○		
12	173	感染徴候時の薬物(抗生剤等)の選択(全身投与、局所投与等)	12回	1		○				○		
13	174	抗菌剤開始時期の決定、変更時期の決定	12回	1		○				○		
14	180	副作用症状の確認による薬剤の中止、減量、変更の決定	8回	1		○				○		
15	△	血管内カテーテルの抜去交換の実施の決定	5回	1		○				○		
16	△	尿道留置カテーテルの抜去・交換の実施の決定	3回	1		○				○		
17	△	医療関連感染者の患者に対する抗菌剤使用の適正評価	12回	1		○				○		

特定看護師（仮称）業務試行事業 募集要項

1. 事業の目的

- チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成 22 年 3 月 19 日取りまとめ）において、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件については、医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て、専門的・実証的な調査・検討を行った上で決定する必要があると提言された。
- 本事業は、当該報告書の提言を受け、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師及びその従事する施設等に幅広く協力を得て先導的な試行を実施し、当該看護師の活用状況や業務の実施状況等に関する情報を収集するものである。
- なお、本事業は、特定看護師（仮称）の業務範囲や要件等を検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施するものであり、本事業の対象となる看護師について、今後、特定看護師（仮称）として認められることを保証するものではない。また、本事業の対象となる業務・行為については、今後、特定看護師（仮称）の業務範囲として整理されることが確定したものではない。

2. 事業内容

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師が従事する施設を「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」（以下「指定施設」という。）に指定し、指定施設から当該看護師の活用状況や業務の実施状況等に関する情報の報告を受ける。
- 業務の実施に係る試行は、各看護師が「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」において習得した業務・行為を対象として行う。

※ 本事業は、「特定看護師（仮称）」という新たな枠組みの構築に向け、法制化を視野に入れつつ、特定看護師（仮称）の業務範囲や当該業務・行為を安全に実施するために必要なカリキュラムの内容等を実証的に検討するに当たり、厚生労働省の関与の下、一定の期間、検討に必要な情報・データを収集する目的で実施するものである。このような事業の趣旨にかんがみ、指定施設においては、十分な安全管理体制を整備していること等を条件に「診療の補助」の範囲に含まれているかどうか不明確な業務・行為について実施して差し支え

ないこととする。

3. 実施方法

(1) 実施期間と方法

- 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」の指定に係る申請期間は、平成 23 年 3 月 1 日から同月 31 日までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成 23 年 4 月 1 日以降も追加の申請を受け付けることとする。
- 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」の指定申請のあった施設については、順次、「(3) 指定基準」に照らし、書面によって内容を確認し、「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」に指定することとする。
- 事業の実施期間は、当面、平成 24 年 3 月までとする。なお、事業の実施状況等によっては、平成 24 年 4 月以降も継続して募集・実施することとする。
- 事業の事務手続の窓口は、厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室とする。

(2) 指定申請書類

- 以下の書類を提出すること。
 - ① 「特定看護師（仮称）業務試行事業実施施設」申請書
 - ② 実施施設概要

※ ①申請書においては、本事業で試行の対象とする業務・行為を明示すること。

(3) 指定基準

- 「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」を修了した看護師を雇用していること。（看護師の雇用形態（常勤・非常勤等）は問わない。）
- 医療福祉施設（病院、診療所、訪問看護事業所、介護関係施設等）であること。
- 本事業の実施に係る管理責任者を選定していること。
- 本事業の実施に当たり、以下のとおり、安全管理体制を整備していること。（訪問看護事業所や介護関係施設等、自施設において体制を整備することが困難で

ある場合には、他の医療機関と連携して体制を整備することとして差し支えないこと。)

- ① 本事業の実施に係る安全管理に係る組織（施設の管理者及び関係各部門の責任者等による構成とし、②の担当医を含むこと。）の設置
- ② 適切な指導等により試行の安全性を確保する担当医の選定（臨床研修指導医と同程度以上の経験があることが望ましい。）
- ③ 医療事故発生時の対応に係る基準及び院内報告制度等の整備

- 本事業の対象となる看護師に対して教育・研修を行った「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」と連携体制（事業の実施状況に関する定期的な情報共有等）を整備していること。

（４）実施基準

- 管理責任者は、本事業が安全かつ円滑に実施されるよう、安全管理に係る組織の会議を定期的を開催するとともに、事業の実施状況について、担当医及び本事業の対象となる看護師から随時聴取し、確認することとする。
- 安全管理に係る組織は、試行の対象とする業務・行為を実施する前に、あらかじめ、①緊急時の対応に係る手順、②患者又はその家族に対する説明・相談に係るルール、③本事業において試行の対象とする業務・行為に係るプロトコルを定めることとする。
- 担当医及び本事業の対象となる看護師は、定期的で開催される安全管理に係る組織において、本事業の実施状況を報告することとする。
- 担当医は、試行の対象とする業務・行為が安全に実施されるよう、定期的の本事業の対象となる看護師の習得度を確認するとともに、必要に応じて指導を行うこととする。
- 本事業の対象となる看護師は、医師の指示の下、試行の対象とする業務・行為に係るプロトコルに従って、当該業務・行為を実施することとする。

（５）報告書類

- 指定施設は、本事業の実施状況（例えば、試行の対象とする業務・行為の実施状況、安全面の課題、担当医や他職種からの評価、インシデント・アクシデントの状況、配置部署・勤務体制等）について、本事業の中間時（７月末・１１月末）及び終了時に報告書を提出すること。

- 業務時にインシデント・アクシデントが発生した場合は、当該インシデント・アクシデントの内容、発生後の対応、発生の要因等について、別添の様式に記載の上、発生後速やかに提出すること。
- 指定施設は、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループの求めに応じて、必要な資料を提出すること。

4. その他

- 指定施設は、連携する「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業実施課程（修士・研修）」が自らの養成課程の内容について自己評価を適切に行うことができるよう、事業の実施状況に関する定期的な情報共有等に努めること。

(別添)

特定看護師（仮称）業務試行事業 インシデント・アクシデント報告書

施設名：_____

報告者：_____

インシデント・アクシデントの詳細

当事者となるインシデント・アクシデントが発生した場合、1件につき1枚ずつご記入下さい。

* 枠内に記載もしくは選択肢があるものはいずれかに○を付けて下さい。

1	インシデント・アクシデントの種別	
2	発生日時	年 月 日 () 時 分頃
3	発見日時	年 月 日 () 時 分頃
4	発生場所	病院 ・ 診療所 ・ 在宅 ・ その他 () ↓ 病棟、外来、手術室、検査室、その他 ()
5	患者情報	性別：男 ・ 女 年齢：() 歳 患者区分：入院 ・ 外来 ・ 在宅 疾患名：(インシデント・アクシデントに関連したもの)
6	当事者の状況	担当医（指導者）の監督のもとに行っていた 担当医（指導者）が別の場所にいた 初めて実施する医行為 ・ 数回目の医行為
7	内容（時間経過に添って、それぞれの立場の状況をわかりやすく記載）	
8	影響レベル *下記の表を参照	レベル (1 ・ 2 ・ 3a ・ 3b ・ 4a ・ 4b)
9	発生後の対応（患者に行った処置等や本人や家族への説明等）	
10	発生の要因（当事者、環境、指導者の状況を含めて）	
11	発生後の改善策	

- レベル１：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）
- レベル２：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を生じた）
- レベル３ a：簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
- レベル３ b：濃厚な処置や処置を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者さんの入院、骨折など）
- レベル４ a：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
- レベル４ b：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