

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
--	--

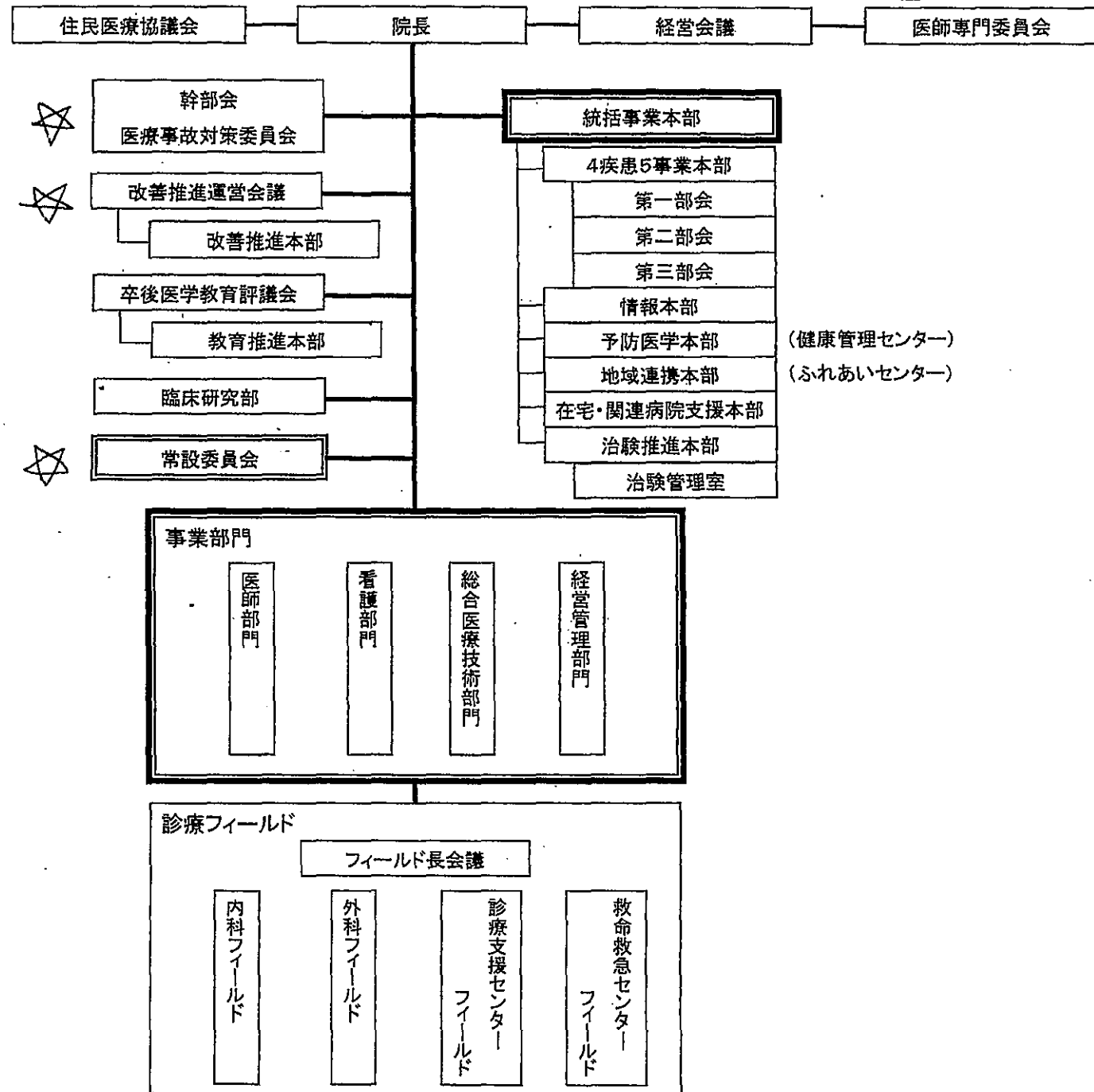
「特定看護師（仮称）養成調査試行事業（修士・研修）」実施課程との連携体制	
	・ 病院での実施状況について、看護協会、看護研修学校関係者を含めた会議を実施予定（3回/年） ・ 日本看護協会 看護研修学校 特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程の修了生と現状報告会（3回/年） ・ 評価表を作成し、病院での実施行為結果を看護協会、看護研修学校にフィードバック予定（随時）

添付資料1

飯塚病院 組織図

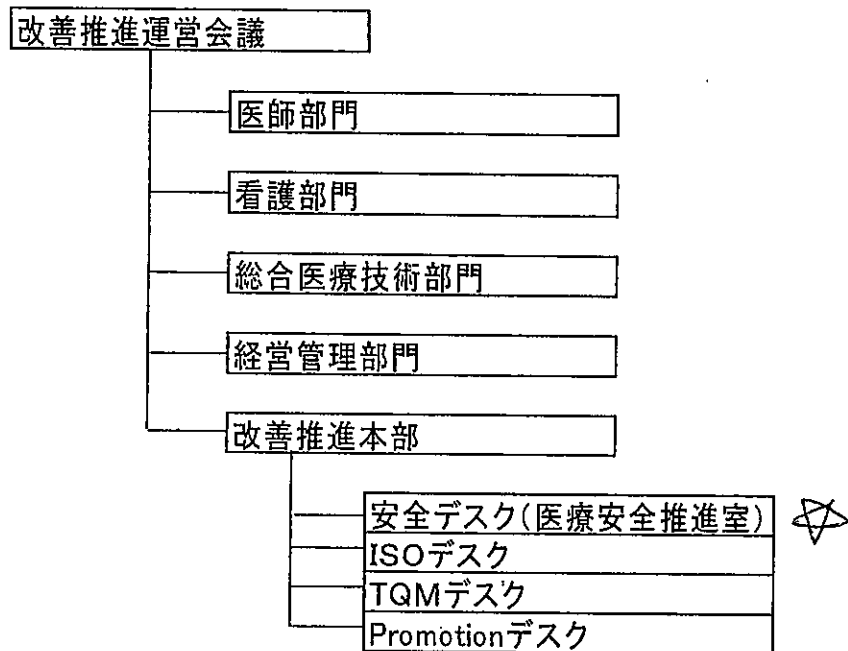
2010.5.20

部長会議出席
ブロック長会議出席



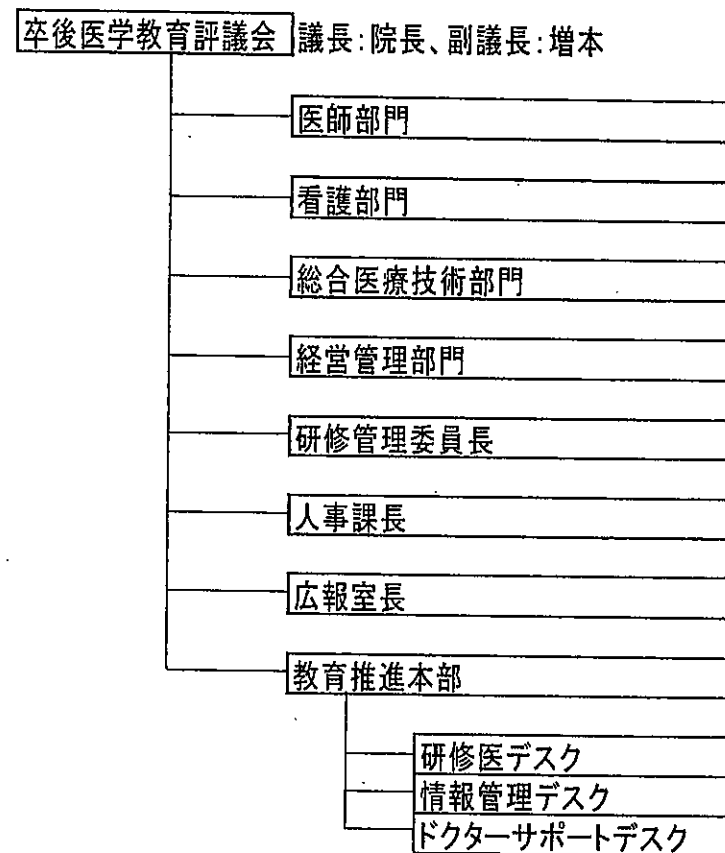
改善推進運営会議:

「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：

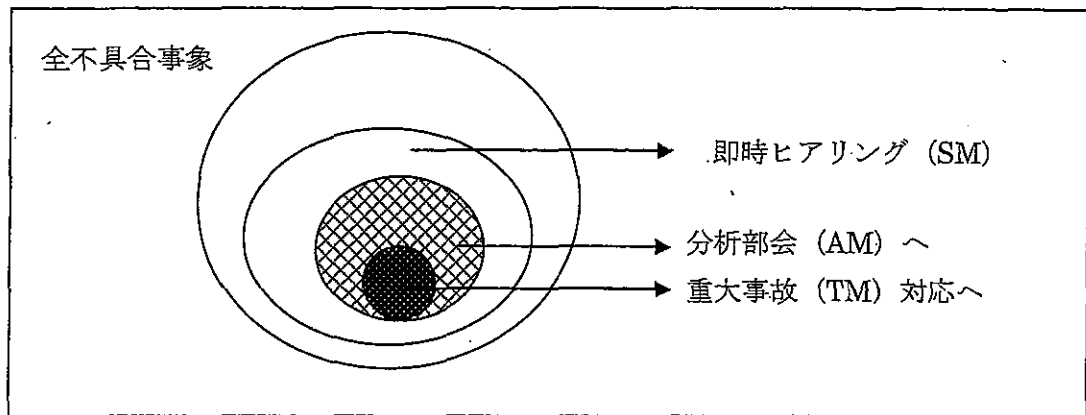
- ① 「作業において予定しなかった事象」(品質マニュアルの定義による)
- ② 思わしくない状況が発生した事象

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。

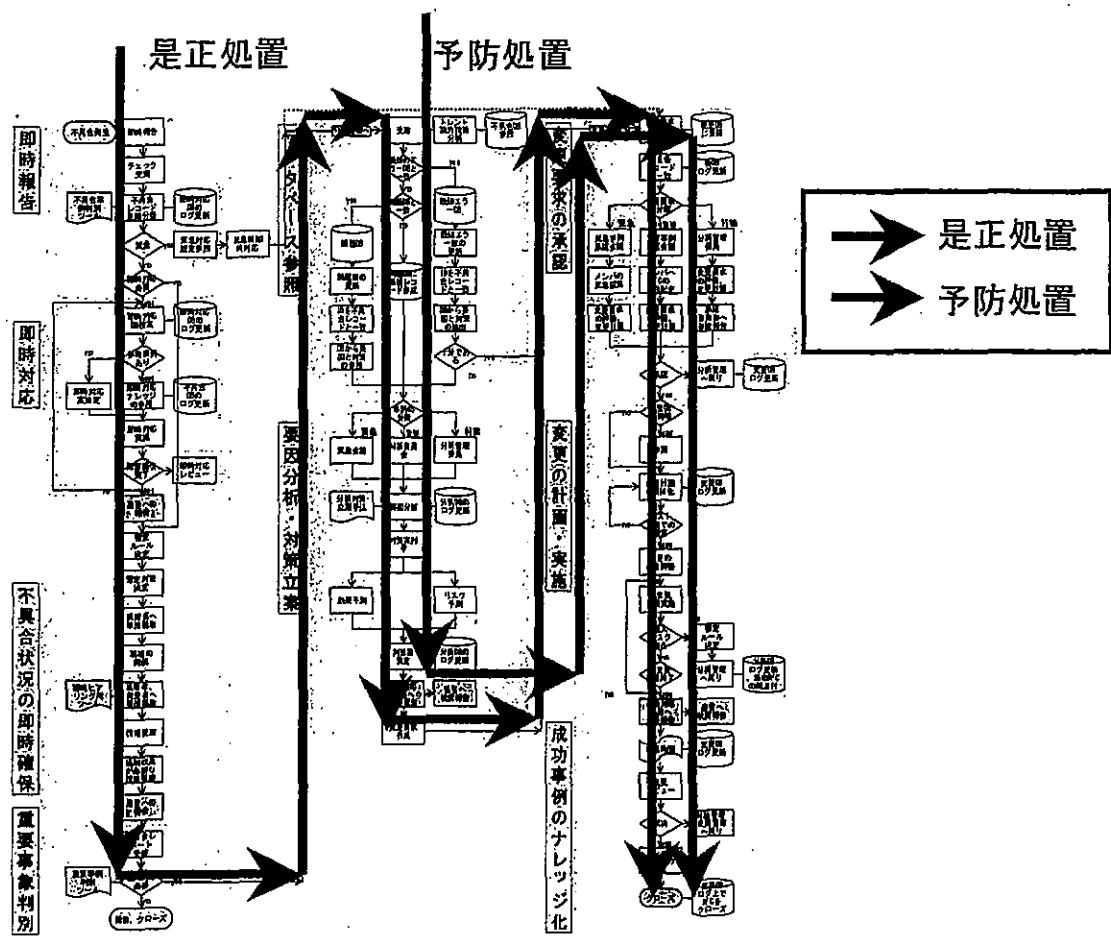
(2) 予防処置

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

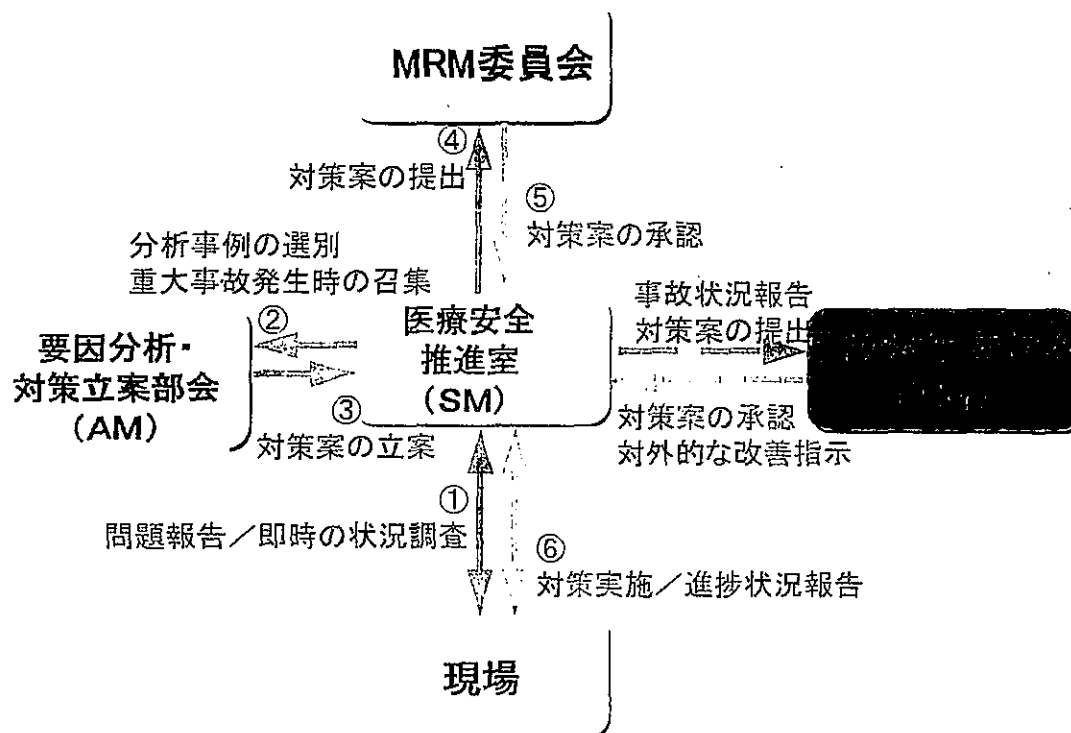
当院での不具合事例を基に行われる場合で、MRM 委員会をはじめとするリスクマネジメントシステムの活動において、1つの不具合や不適合に対して、監視・改善を実施する活動を是正処置とする。



(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

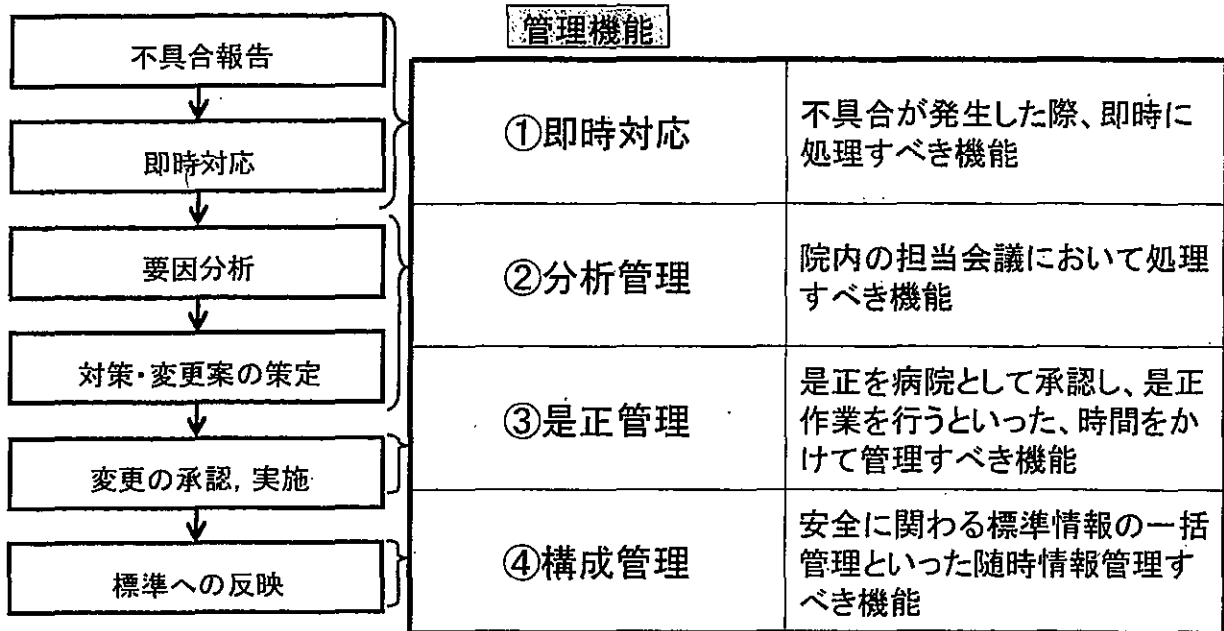
【要因分析・対策立案部会 AM (Analysis Management)】

- ・ 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、責任者を立ち会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 弁護士 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			○				○