

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	<p style="text-align: center;">有 無</p> 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)	<p>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。</p> <p>※ 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>					

	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 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
※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	<input checked="" type="radio"/> 修了 <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> 非常勤
配属部署	<input checked="" type="radio"/> 看護部 <input type="radio"/> 院長（施設長）直属 <input type="radio"/> 診療科 <input type="radio"/> その他（ ）
主な活動予定場所（可能であれば診療科名も記入）	<input checked="" type="radio"/> 病棟 <input type="radio"/> 内科・形成外科・整形外科・緩和ケア（ ） <input checked="" type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 内科・形成外科・整形外科・救急外来（ ） <input type="radio"/> 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。

上記患者のアセスメントに必要な検査

- ・ 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

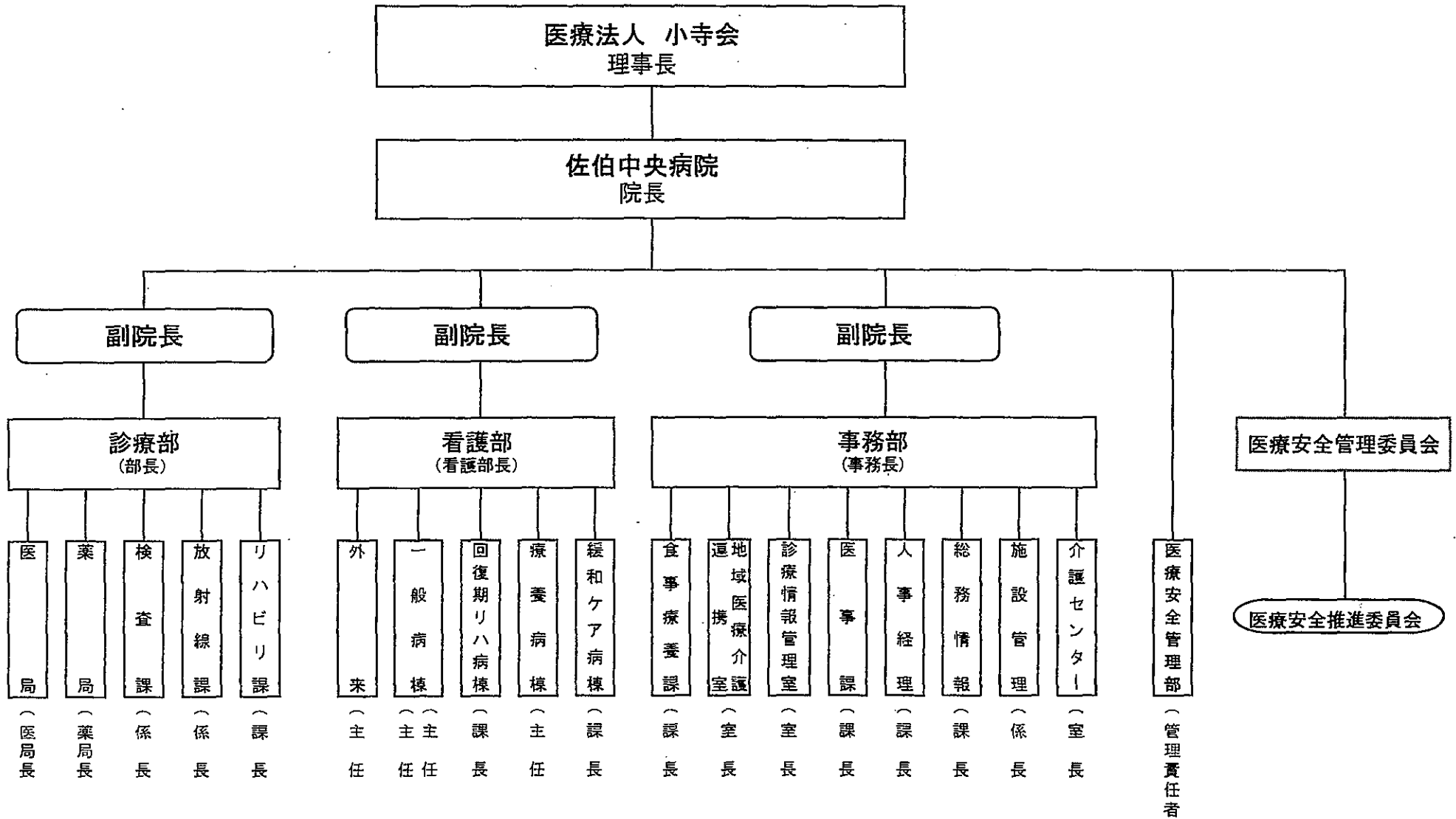
アセスメントに基づく必要な処置、薬剤の選択と使用

- ・ 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

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>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</p>
--	---

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
<p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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。

添付資料3

佐伯中央病院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

(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。

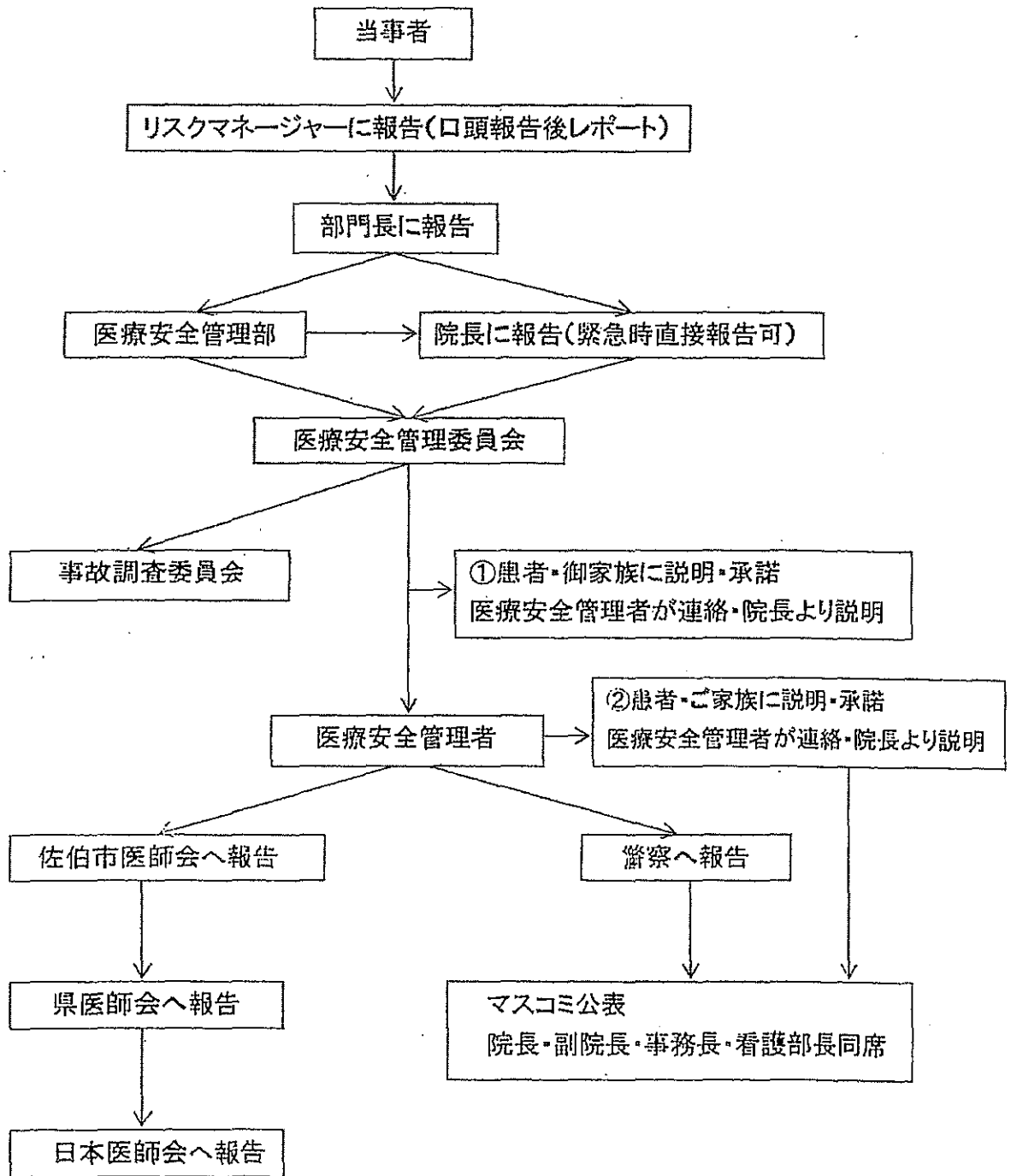
平成16年4月1日改訂

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

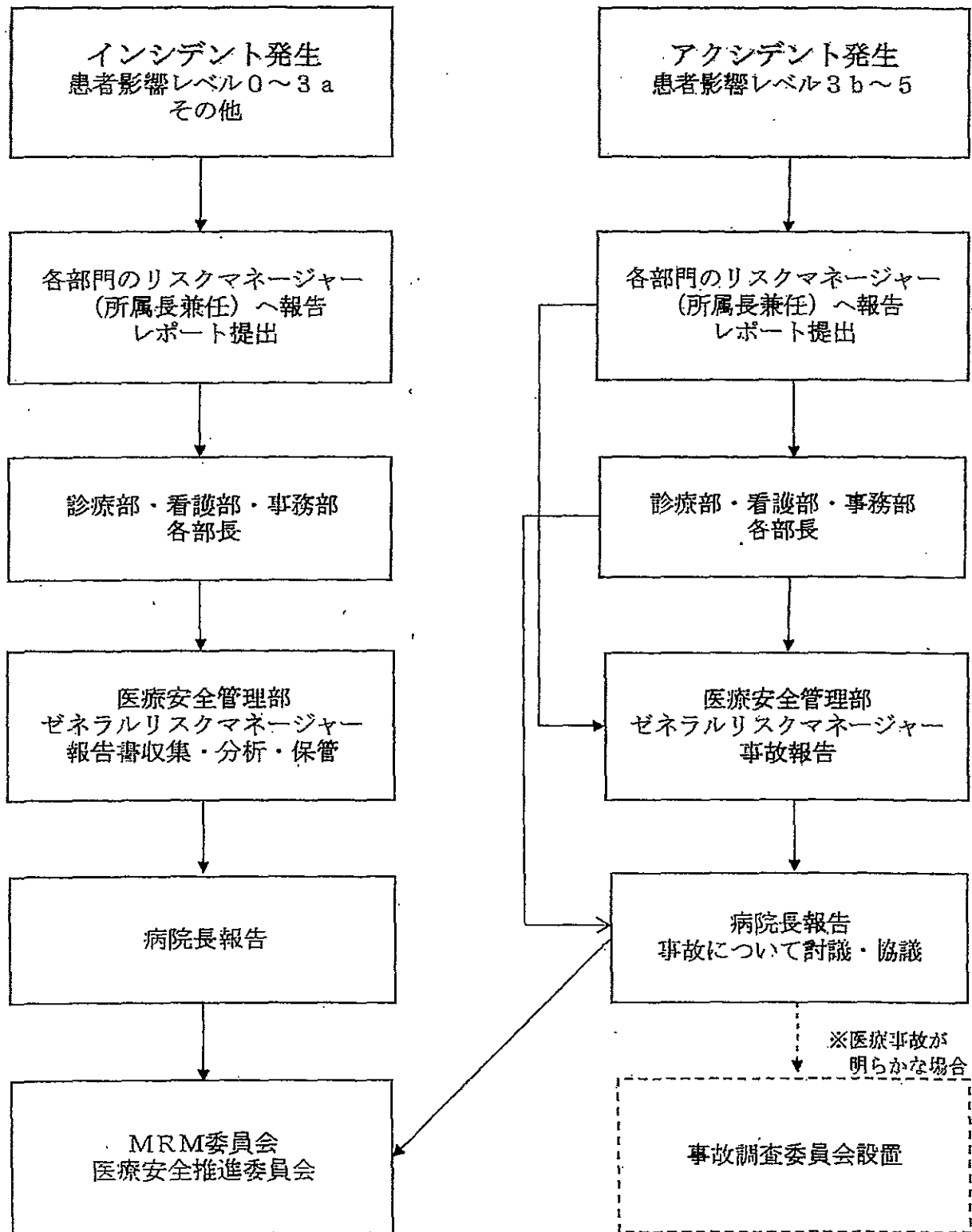
佐伯中央病院(医療事故・医療訴訟対応)



佐伯中央病院 医療安全管理部
平成22年4月1日改訂

添付資料6

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〉
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〉
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 ・手術 ・外来患者の入院 ・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、施設構造物、患者・家族への説明、遅刻 など	など

インシデント

アクシデント

※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。

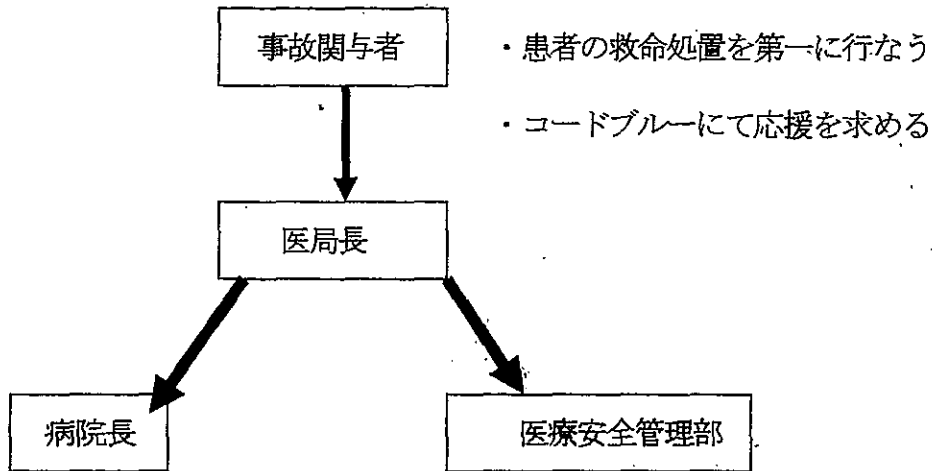
平成22年8月 医療安全管理部

医療事故発生時の連絡体制

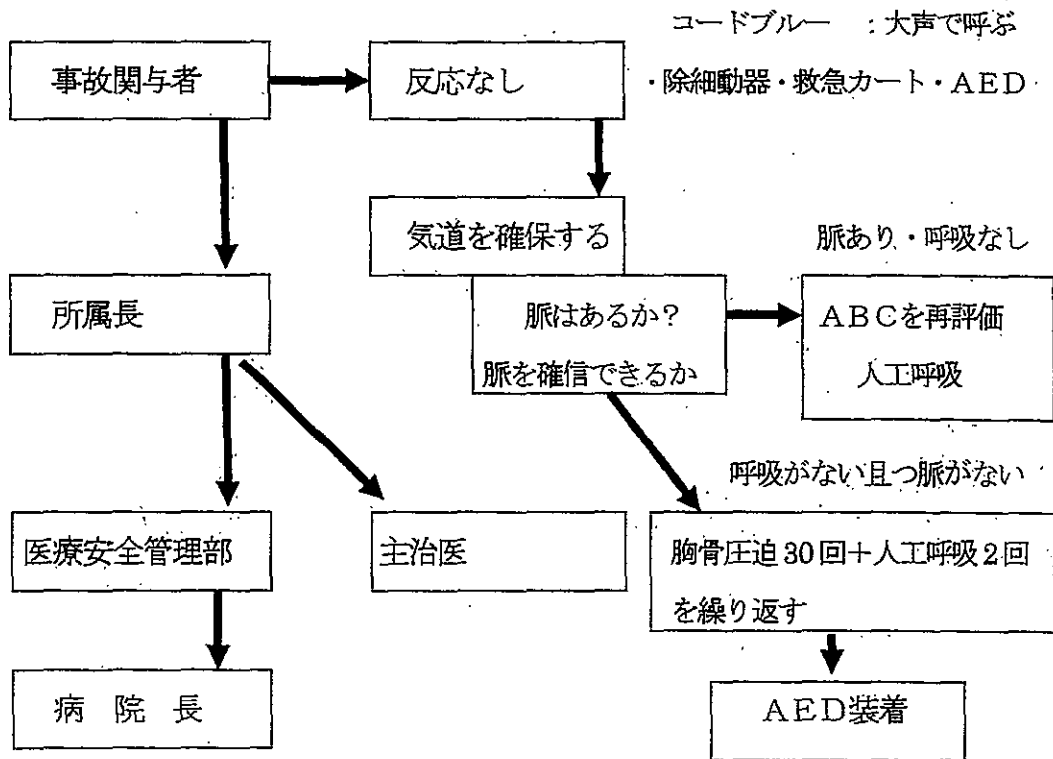
平日勤務時間内の体制

- 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。

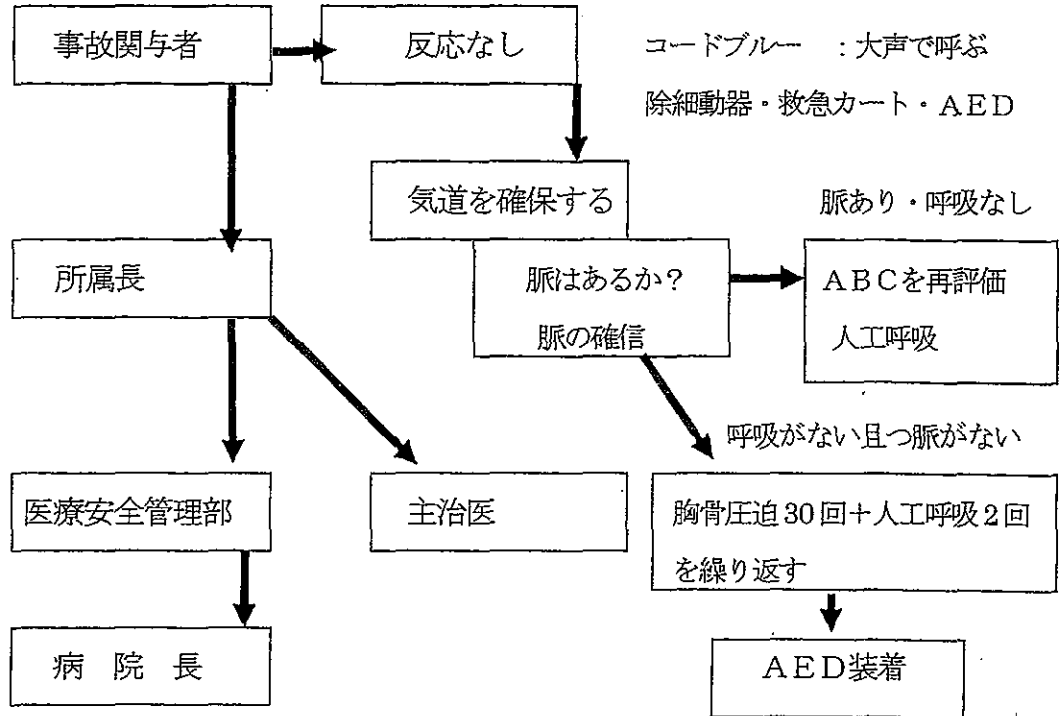
【 医局部門 】



【 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

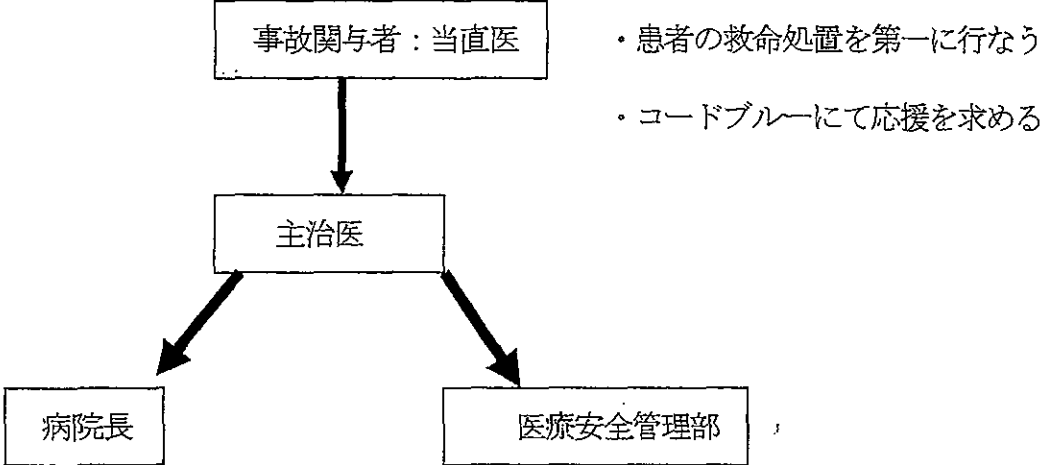
※ 患者影響レベル3 b 以上は即時、病院長へ報告する。

※ 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。

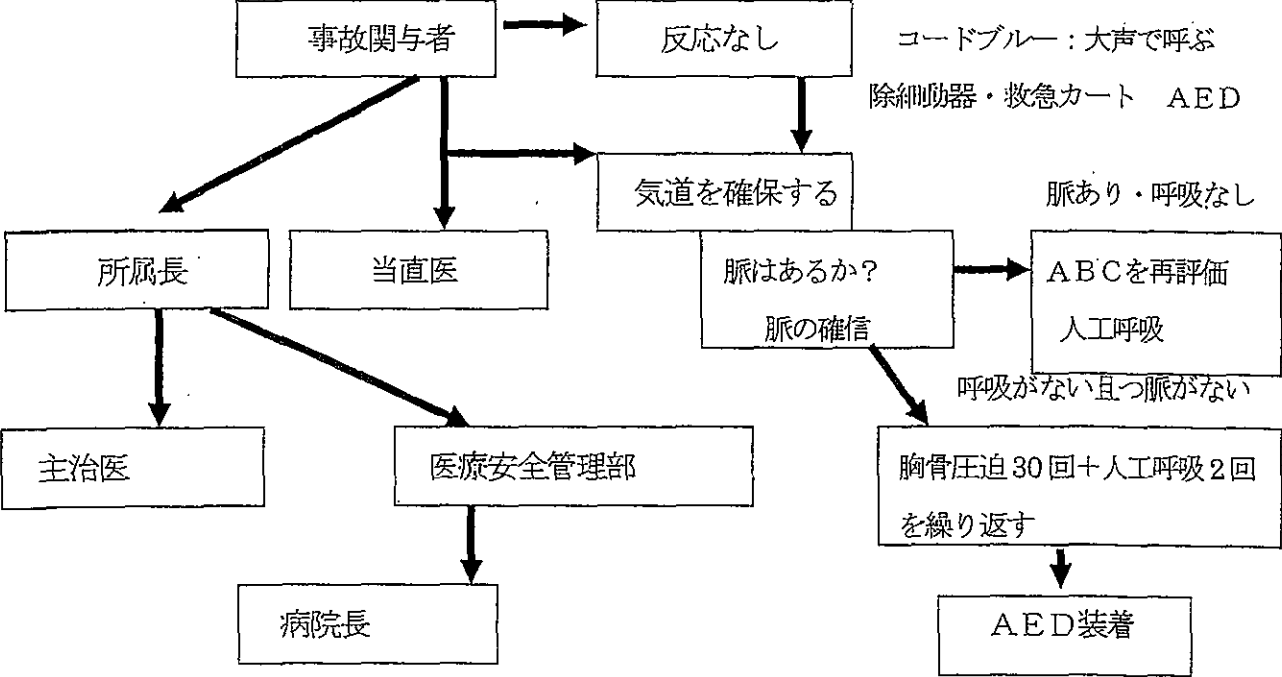
医療事故発生時の連絡体制

夜間・休日の体制

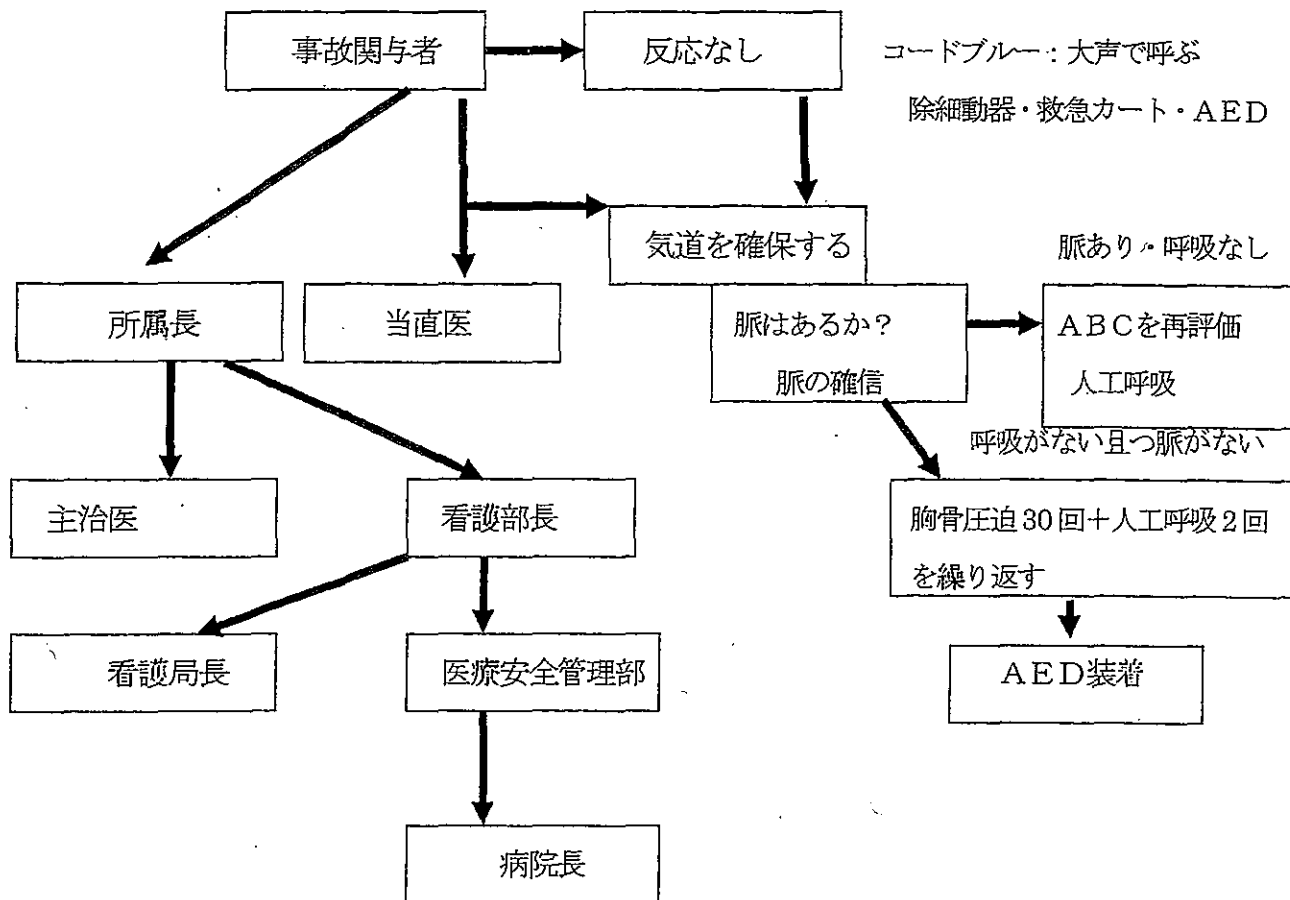
【 医局部門 】



【 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