

平成19年度医療安全推進委員会開催状況

※組織変更により2006.5より11名体制

会議名	開催日	参加人数	開催時間	主な検討議題等
医療安全推進委員会	4月18日(水)	12人	16:30~17:30	1.今年度の推進室活動、2新採用レジデント・専門修練医の安全・感染演習実施報告、3.院内心肺蘇生報告、4.事例検討会報告、5.インシデント報告(インシデント個別事例)
医療安全推進委員会	5月23日(水)	13人	16:30~17:35	1.医療安全推進室安全推進室メンバーの変更について、2.各WGからの報告、3.事例検討会の報告、4.報告事項 ★カルテ住所とHIS住所の食い違いについて ★検査中止指示について 5.検討事項 ★事例検討会の運営について ★エレベーターの敷居間ギャップ縮小化について ★OP終了後のX-Pで吸引し管が心嚢内に残存していた事例のインシデントレベル、6.インシデント報告(インシデント個別事例検討)
医療安全推進委員会	6月20日(水)	13人	16:30~17:35	1.各WGからの報告、2.事例検討会の報告、3.インシデント報告(インシデント個別事例検討)
医療安全推進委員会	7月17日(水)	12人	16:30~17:20	1.各WGからの報告、2.事例検討会の報告、3.報告事項 ★★アンカロン注射薬の病棟定数化について ★薬剤アレルギー登録について、4.インシデント報告、5.その他、6.個別インシデント事例検討
医療安全推進委員会	8月23日(木)	15人	16:30~17:50	1.各WGからの報告、2.事例検討会の報告、3.報告事項 ★救急カート内薬剤定数の見直しについて、4.検討事項 ★医療安全相談窓口の取り扱い方針について ★食物アレルギー登録・情報共有方法について 5.個別インシデント事例検討 8.その他 ★モデル事業報告を受けて胃管の誤挿入・誤注入防止対応について
医療安全推進委員会	9月20日(水)	10人	17:40~18:45	1.各WGからの報告、2.報告事項 3.検討事項 4.9/6医療監視結果報告 5.事例検討会報告 6.インシデント・アクシデント報告 7.個別インシデント
医療安全推進委員会	10月22日	16人	16:30~17:30	1.入浴中の安全体制の強化のための対策 2.各WGの報告 3.報告事項 4.検討事項 5.インシデント件数(個別インシデント)
医療安全推進委員会	11月20日(水)	13人	17:00~18:30	1.各WGからの報告、2.医療監視結果 3.H19年度上半期インシデント集計報告 4.事例検討会報告 5.11月23日~25日医療の質・安全学会第2回学術集会:ポスター発表 6.検討事項 ★医療安全推進室事務業務 ★事故のレベル検討 ★心カテ後脳梗塞発症し左半身麻痺を起こした患者の自己レベルの決定 7.インシデント報告(個別インシデント)
医療安全推進委員会	12月18日(木)	16人	18:00~19:05	1.各WGからの報告、2.医療の質・安全学会報告 3.心肺蘇生検討チーム決定 4.検討中の事項について 5.モデル事業評価結果報告会への報告、 6.インシデント報告(インシデント個別事例検討)
医療安全推進委員会	1月22日(金)	11人	17:00~17:35	1.各WGからの報告、 2.医療安全推進マニュアル第12次改訂 3.転倒、骨折症例の事例検討会の開催基準の改正 4.医療事故防止センターからの医療安全情報 5.事例検討会&事故報告 6.インシデント報告(インシデント個別事例検討)
医療安全推進委員会	2月19日(火)	12人	17:30~18:25	1.各WGからの報告、2.推進室員学習会:推進ニュースに掲載、3.連絡事項、 4.インシデント報告(インシデント個別事例検討)
医療安全推進委員会	3月19日(水)	12人	16:50~17:55	1.各WGからの報告、2.事例検討会の報告、3.検討事項、4.連携事項、5.インシデント報告(インシデント個別事例検討) 6.その他 安心医療ネットの登録

医療安全管理研修実施状況（平成19年度実績）

資料4

開催年月日	研 修 テ ー マ	参加者数	備 考
H19. 4. 2	新採用レジデント・専門修練医 医療安全講義	45	
H19. 4. 3	新採用レジデント・専門修練医 医療安全トレーニング	50	
H19. 4. 4	新採用看護師医療安全研修	112	
H19. 4. 6、 10、16、17、 18	PCPS(テルモ社)導入説明・講習会	103	
H19. 4. 23、 25、27、5. 2	エアウェイスコープ導入講習会	48	
H19. 4. 26、 5. 9、23、 6. 13、6. 27	サーボi講習会	312	
H19. 5. 1、 5. 8、5. 10	IABPヘリウムガスポンベ取り扱い講習会	43	
H19. 6. 15	タクサスステント・チクピロン適正使用講習会	106	
H19. 7. 3	安全管理に活かす、医療者間コミュニケーション	1066	
H19. 7. 6~13	DVD上映会：安全管理に活かす、医療者間コミュニケーション		
H19. 7. 22	リスクコミュニケーション	20	
H19. 8. 7、 8、9	改良アンギオシール講習会	18	
H19. 9. 19	アンカロン注採用時研修	139	
H19. 10. 10、 23、11. 5	サーボi講習会	125	
H19. 10. 31、 11. 5、8	看護師のための呼吸生理とS po2—正しいモニタリングとアセスメント—	158	
H19. 11. 13	医療機器の立会いに関する講習会	61	
H19. 11. 21、 22	中途採用者への医療安全研修	26	
H19. 12. 19	Closer使用についての講習会	8	

医療安全管理研修実施状況（平成19年度実績）

開催年月日	研 修 テ ー マ	参加者数	備 考
H19.5	採血	95	新人看護師研修
H19.6	尿道バルン留置	95	
H19.7.19	静脈確保	94	
H19.11	挿管介助	94	
H19.7.12、 8.16、 10.18、	K Y T 演習	212	
H19.7月、9 月、12月	カテトレーニング	13	
H20.1.18	医療安全講習会：インフォームド・コンセント	1043	
H20.2.4~21	DVD上映会：インフォームド・コンセント		
H20.2.25~ 29	輸液ポンプ機種変更に伴う使用講習会	389	
H20.2.27~ 29	IABP新機種導入前研修	74	
H20.3.3~ 5、3.12	赤外線センサー・ビームセンサー導入前研修	19	病棟代表最低 1名は参加
H20.3.12	上腕PICC法研修	100	
H19.6月、10 月、1月	PCPS勉強会	希望者	レジデント・ 看護師有志
計	31項目の研修を全74回実施	4668	

9. 患者からの相談への対応に関する基本方針

患者等から診療内容に関する意見や要望、医療安全に関する相談に応じられる体制を確保するために、医事課受付に医療安全相談窓口を設置する。医療安全相談窓口に関しては、本指針の5. 医療安全管理体制の5)医療安全相談窓口の項参照。

10. 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

1)医療事故等発生時の報告ルート

★医療に係る事故の範囲

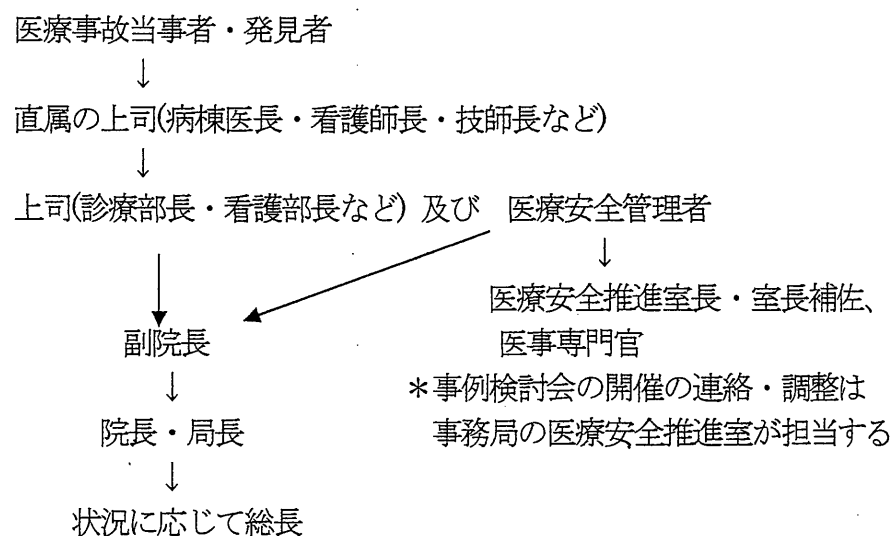
- ①明らかに誤った医療行為又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例
- ②明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、行った医療行為又は管理上の問題に起因して、患者が死亡し、若しくは患者の心身に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例(医療行為又は管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る。)
- ③上記①②にあげるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発防止に資すると認める事例

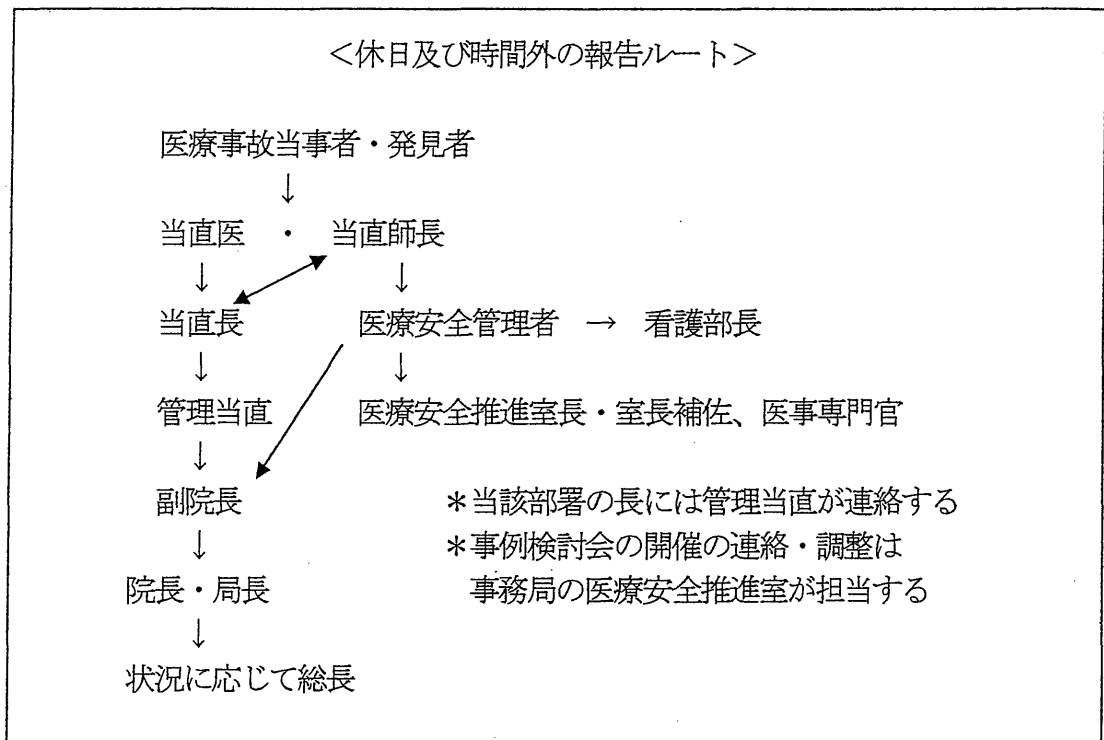
【具体例】

- ・移植に伴う未知の感染症
- ・遺伝子治療による悪性腫瘍
- ・汚染された薬剤、材料、生物由来材料の使用による事故
- ・間違った保護者の元への新生児の引き渡し
- ・説明不足により、患者が危険な行為をおかした事例
- ・入院中の自殺または自殺企図
- ・患者の逸脱行為による転倒、転落、感電等

上記の事例若しくはその可能性がある場合は、直ちに上司に報告する。その医療行為に使用した器具・器材・検体などは保存し、医療安全管理者へ提出する。

<平日時間内の報告ルート>





2) 医療事故等発生時の現場の対応の原則

(1) 事実経過の記録

- ①患者の状況、処置の内容、患者及び家族への説明内容などを診療録に詳細に記録する
- ②記録にあたっては、日時・記載者名を明確に記入し、経時的に記載する
- ③事実を客観的かつ正確に記載する(想像や憶測に基づく記載をしない)

(2) 患者家族への対応と説明

- ①家族に対しては誠心誠意治療に専念すると共に、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、医長以上の者が対応することとし、その際、病状などの詳細な説明ができる担当医が同席する。尚、状況に応じ、医療安全管理者、病院の幹部責任者等も同席して対応する。
- ③明らかになっている事実のみを説明し、想像や憶測は述べない

3) 医療事故等発生時に必要な情報

- (1)事故の概要：いつ、どこで、何が起こったのか
- (2)患者の状態
- (3)患者家族への説明状況

4) 院内での検討会—院内事例検討会—

行った医療行為または管理が誤っているか明らかでない場合は、まず院内事例検討会にて事例の分析・検討を行う。その過程で、病院長が、医療事故調査・対策委員会での検討が妥当と判断した場合は、直ちに医療事故調査・対策委員会に引き継ぐ。

5) 医療事故調査・対策委員会

- (1)設置基準

重大事故が発生した場合(重大事故とは、★医療に係る事故の範囲①を指す)と院内事例検討会で設置が必要と判断された場合

(2)目的・役割

当該医療事故の原因究明及びその原因分析から得られた再発防止策を策定し、医療事故の再発を防止する。また、原因究明、事実経緯や再発防止策について患者・家族に対する説明責任を果たす。

(3)構成委員

医療安全推進委員+外部委員

外部委員には、当該医療事故に関する医療の専門家、患者側及び医療側代理人の弁護士を任命する。

調査手続きの公正さと透明性の確保のため、当該医療事故に関与した医療従事者及びその所属の診療科の医療者は、委員会メンバーに含めない。

(4)開催の時期

当該医療事故発生から速やかに開催することが望ましく、1週間以内に第1回委員会を開催する

(5)調査・分析・再発防止策の提言・報告

医療安全推進室が事務局となり、資料の確認や配布、毎回の議事録を作成・保管する。

原因究明のために事実経緯の確認、システム、連携、マニュアル、勤務状況・体制など種々の側面からの情報の分析を行う。

事故調査・対策委員会で一定の結論が出れば、調査報告書としてまとめる。

(6)患者家族への対応

医療事故発生後、速やかに自発的に事故調査に対する患者家族の意向を尋ねる。また、毎回の事故調査・対策委員会の後で、調査の進捗状況や見通しを患者家族に説明する。

調査報告書の写しを患者家族にも交付する。公表にあたっては患者家族の同意を得てから行う。

(7)各関係機関への報告

<厚生労働省・日本医療機能評価機構への報告を要する医療事故の範囲>

1. 誤った医療行為または管理を行った事が明らかであり、その行った医療または管理に起因して、患者が死亡若しくは心身の障害が残った事例または予期しなかった・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. 誤った医療行為又は管理を行ったことは明らかではないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡若しくは心身の障害が残った事例または予期しなかった・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、当該事案発生を予期しなかったものに限る)
3. 医療機関内における事故の発生の予防及び再発防止に資する事案

①厚生労働省：医療事故報告書(様式4)を速やかに国立病院課に報告する。報告後、国立病院課の指示に従う。

