

# 平成13年度の医療安全管理の取組について

平成14年6月21日

市立大学事務局

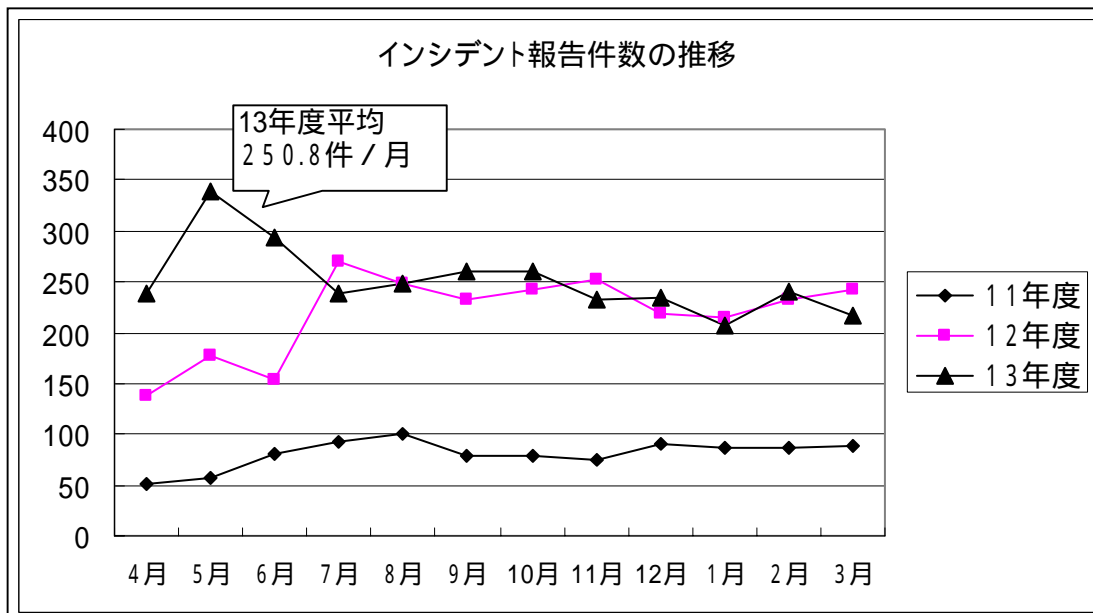
## 目 次

インシデント報告の状況	.....	2
入院患者アンケート結果	.....	4
主な改善検討事例	.....	6
一括公表事案	.....	8

## インシデント報告の状況(13年4～14年3月)

### 1 附属病院

#### (1) インシデント報告の月別件数



#### (2) インシデント報告の職種別内訳・提出率

職 種	件数	構成比	提出率	職員数
医 師	129	4.3%	5.0%	217
看 護 師	2,457	81.7%	34.7%	590
コ・メディカル	402	13.4%	22.0%	152
事務・その他	21	0.7%	1.7%	105
合 計	3,009	100.0%	23.6%	1,064

医師数には臨床系講座教員を含む

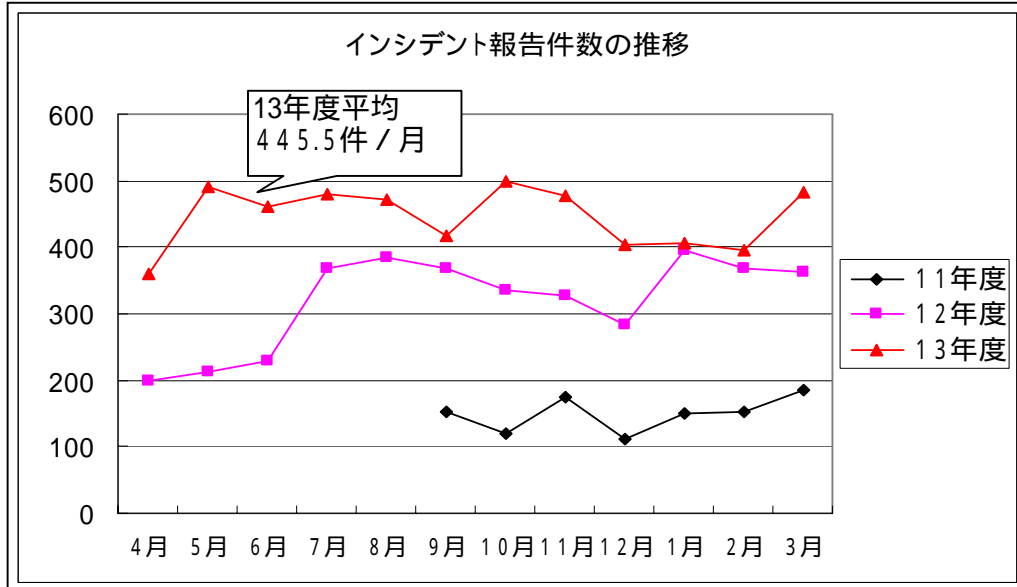
提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数

#### (3) インシデント報告の事象別内訳

事 象	件数	構成比
手術・鎮静・麻酔	76	2.3%
処置・治療・訓練	110	3.3%
輸血	49	1.5%
薬剤	1,135	33.8%
ルート・チューブ ・カテーテル・ドレーン	571	17.0%
検査	428	12.7%
転倒・転落	430	12.8%
ME機器・医療器械	125	3.7%
食事	70	2.1%
外傷	32	1.0%
その他	331	9.9%
合 計	3,357	100.0%

## 2 市大センター病院

### (1) インシデント報告の月別件数



### (2) インシデント報告の職種別内訳・提出率

職種	件数	構成比	提出率	職員数
医師	104	1.9%	11.7%	127
看護師	4,659	87.1%	89.0%	748
コ・メディカル	507	9.5%	44.7%	162
事務・その他	76	1.4%	11.9%	91
合計	5,346	100.0%	67.7%	1,128

提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数

### (3) インシデント報告の事象別内訳

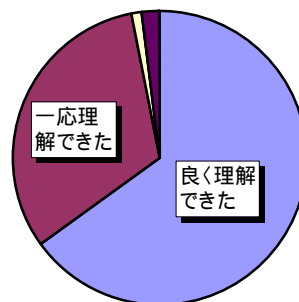
事象	件数	構成比
手術・鎮静・麻酔	91	1.7%
処置・治療・訓練	488	9.1%
輸血	53	1.0%
薬剤	1,738	32.5%
ルート・チューブ ・カテーテル・ドレーン	1,287	24.1%
検査	424	7.9%
転倒・転落	512	9.6%
ME機器・医療器械	302	5.6%
食事	136	2.5%
外傷	145	2.7%
その他	170	3.2%
合計	5,346	100.0%

# 入院患者アンケート調査結果(平成13年4月～平成14年3月)

## 1 附属病院

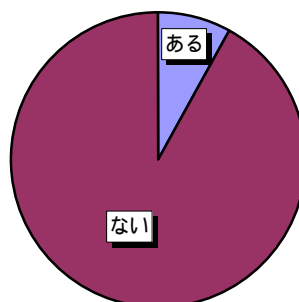
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
良く理解できた	843	65.0%
一応理解できた	416	32.1%
余り理解できなかった	13	1.0%
全く理解出来なかった	1	0.1%
その他	24	1.9%
合計	1297	100.0%



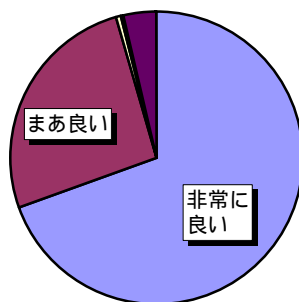
設問2 治療,検査,処置など診療全般について,医療安全管理上問題があったと思われたこと,その他,気づかれたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
ある	103	7.9%
ない	1194	92.1%
合計	1297	100.0%



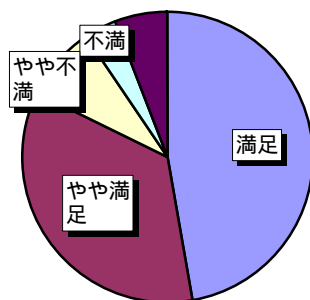
設問3 医師,看護師,薬剤師,技師などの対応について,どう感じたか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
非常に良い	900	69.4%
まあ良い	340	26.2%
やや悪い	8	0.6%
非常に悪い	2	0.2%
分からない	47	3.6%
合計	1297	100.0%



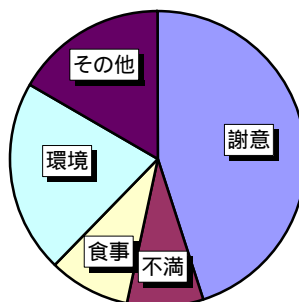
設問4 療養環境について

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
満足	612	47.2%
やや満足	453	34.9%
やや不満	108	8.3%
不満	48	3.7%
なんとも言えない	76	5.9%
合計	1297	100.0%



設問5 その他の意見

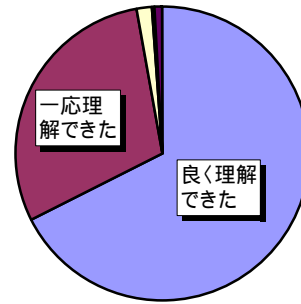
	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
医師,看護師等に対する謝意	455	44.9%
医師,看護師等に対する不満	85	8.4%
食事に関する要望	91	9.0%
環境整備に関する要望	214	21.1%
その他	169	16.7%
合計	1014	100.0%



## 2 市大センター病院

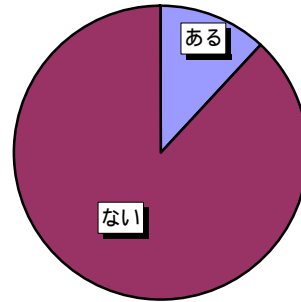
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
良く理解できた	722	67.5%
一応理解できた	318	29.7%
余り理解できなかった	17	1.6%
全く理解出来なかった	4	0.4%
その他	9	0.8%
合計	1070	100.0%



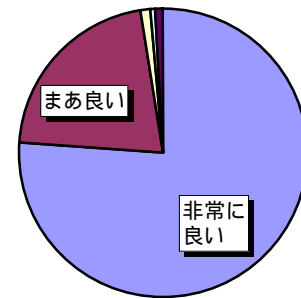
設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
ある	129	12.1%
ない	941	87.9%
合計	1070	100.0%



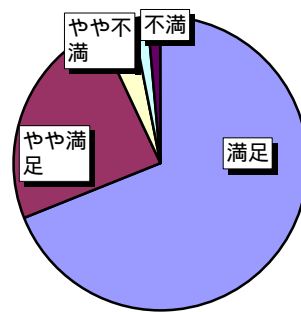
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
非常に良い	813	76.0%
まあ良い	229	21.4%
やや悪い	12	1.1%
非常に悪い	7	0.7%
分からない	9	0.8%
合計	1070	100.0%



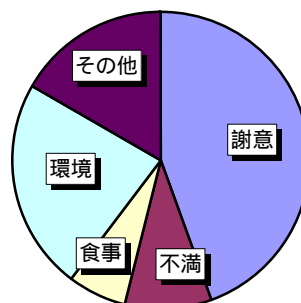
設問4 療養環境について

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
満足	738	69.0%
やや満足	259	24.2%
やや不満	41	3.8%
不満	17	1.6%
なんとも言えない	15	1.4%
合計	1070	100.0%



設問5 その他の意見

	4～3月 合計	
	回答数(件)	比率
医師、看護師等に対する謝意	266	44.5%
医師、看護師等に対する不満	56	9.4%
食事に関する要望	39	6.5%
環境整備に関する要望	138	23.1%
その他	99	16.6%
合計	598	100.0%



## 主な改善検討事例

### 1 附属病院

	検討項目	改善検討内容
1	カルテへの薬剤アレルギー・禁忌薬の表示	薬剤アレルギー・禁忌薬の有無などの重要事項については、カルテの上方に変更し確認しやすくした。同時に赤枠表示に変更し、目立つように改善した。
2	与薬オーダー（コンピュータ入力画面）の改善	サクシン（筋弛緩剤）とサクシゾン（副腎皮質ホルモン剤）との誤入力防止のため、サクシン（筋弛緩剤）はオーダー入力画面上から削除し、手書き対応とした。
3	与薬オーダー（コンピュータ入力画面）の改善	薬品オーダー入力画面で、禁忌薬剤などの「注意喚起画面」での使用確認の際、初期画面を“はい”から“いいえ”に変更し、誤入力防止を図った。
4	患者確認の徹底	手術時に行っているネームバンドでの患者確認を、検査時や与薬（内服・注射）の際にも行うことを徹底した。
5	緊急手術患者の血液製剤の受取手続の明確化	緊急手術患者の血液製剤の受取手続について、病棟・輸血部・手術部の間で一部曖昧であったルールを具体化・明確化した。
6	人工呼吸器管理研修	新採用の臨床研修医と看護師を対象に人工呼吸器管理の理論と実技の講習会を計7回実施した。これに加えて、10月から麻酔科医師と臨床工学技師による病棟巡視（週1回）も開始した。
7	血液浄化療法実施時のルール化と教育	病棟で行われる血液浄化療法に関する院内ルールを策定し、取扱についての周知徹底を図った。さらに正しい基礎知識を学ぶために、院内セミナーを開催した。
8	手術部位の確認	手術室における手術部位の確認方法を以下のようにルール化した。 手術同意書に部位を記載する。 術前に手術部位のマーキングを行う。 主治医もしくは執刀医は、手術室にて、患者確認および手術部位の確認を行い、患者確認書に署名する。
9	手術終了後の管理体制の強化	他院の事故事例から事故防止体制を再点検し、手術終了後、緊急時の医師への連絡方法やバックアップ体制などの取決めを作成、徹底を図った。

## 2 市大センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	職場の安全活動の実態評価，安全活動の推進	院内の安全管理巡回を実施。 安全管理委員が3名1組で巡回し，安全対策上，注意喚起が必要な事項について，改善指導する。リスクマネージャー会議で巡回結果を公表し，各部門に浸透を図る。
2	カナ読み同姓同名患者（入院患者）への対応	毎日，同姓同名患者入院をコンピュータで検索し，当該病棟へ同姓同名患者が入院中であることを連絡し，カルテ類に明記する。患者本人にも事実を伝え協力をお願いすることにした。
3	抗癌剤プロトコルの院内公開	抗癌剤指示違いによる投与量間違いを防止するために，各診療科・センターより抗癌剤プロトコル（投与時の取り決め）を集約した。 指示医・指導医・薬剤師・看護師の4者で，そのプロトコルを利用し，チェック体制を整えた。
4	患者誤認防止ガイドラインの作成	『患者誤認防止ガイドライン』を作成。各部署でガイドラインに添い，ロールプレイを実施し，ガイドラインの浸透と確実な実行を目指している。
5	転倒・転落による外傷の防止	転倒・転落防止のために，「衝撃吸収マット」を購入し，転倒・転落時の外傷の軽減を図った。
6	チューブ管理，特に点滴ルート設定違い防止	点滴ルート設定時に三方活栓の向き違いの発生，機器設定時の操作違い等を防止するため，設定した看護師以外の者が，再確認を実施するよう，試行的に取り組んでいる。
7	輸血マニュアル・輸血チェックリストの作成	輸血療法委員会と看護部業務委員会が連携し，輸血マニュアルと輸血チェックリストの作成を行った。また，各部署で実際にチェックリストを用い，輸血の確実な実施を行っている。
8	手術部位のマーキング開始	患者確認に加え，患者手術部位（特に左右違い防止）のために，患者に必要性を説明し，患者及び家族が黒マジックで手術部位に印をつけることとした。
9	手術終了後の管理体制の強化	他院の事故事例から事故防止体制を再点検し，手術終了後，緊急時の医師への連絡方法やバックアップ体制などの取決めを作成，徹底を図った。



## 一括公表事案

平成13年6月11日，市大センター病院において，医師が誤って適正投与量を超えて抗癌剤を投与し，患者の聴力が低下しました。

再発防止策として，抗癌剤の調剤や投与が適正に行われているかどうかチェックできるチェックシートを作成しました。

平成13年7月12日，附属病院において，腹腔鏡下手術を行った際，鉗子の部品の一部（シャープペンシル芯の太さで長さ数ミリ）が体内に残ってしまい，緊急に除去手術を行いました。

再発防止策として，作業マニュアルとは別に，手術器具の使用前後の形状確認を行うことを各部門にあらためて徹底しました。

平成14年2月27日，市大センター病院において，本来服用させるべき抗癌剤と他の患者の利尿剤などの薬を，看護師が誤って服用させたため，大事をとり緊急に胃の洗浄を行いました。

再発防止策として，患者氏名の確認や患者と一緒に服薬の確認を行うよう，再度徹底しました。

# 参 考 資 料

1 医療安全管理体制	1
2 安全管理対策委員会の活動状況	3
3 リスクマネージャー会議の活動状況	5
4 安全管理研修の開催状況	7
5 入院患者アンケート	9
6 医療事故公表基準	11
7 医療事故公表基準判定委員会設置要綱	12
8 医療事故が発生した場合の公表までの標準的な流れ	14

## **医療安全管理体制**

### **医療安全管理の組織体制**

#### **統括安全管理者**

2名の副病院長の内の1名を任命し、病院における医療安全管理の推進、情報の収集・分析・評価等、医療安全管理活動の推進責任者として位置付けています。

#### **安全管理指導者**

統括安全管理者を補佐して、病院の医療安全管理全般にわたる指導、改善指示、職員研修の企画等を行う職として「安全管理指導者」を置き、日本で初の「医療安全管理学」教授（附属病院）、助教授（センター病院）をあてております。安全管理指導者は、医療安全管理学の学生教育も行っています。

#### **安全管理者（リスクマネージャー）**

医療安全管理に関する職場点検、業務改善、教育・指導、事故発生時の対応及び報告等を行うため、各病院の「医療安全管理室」に安全管理担当係長を2名（看護師、薬剤師）配置しているほか、診療部門・看護部門等の各部門に60余名の安全管理者（リスクマネージャー）を配置しています。

### **安全管理の推進のための委員会活動**

#### **安全管理対策委員会**

統括安全管理者を委員長として、病院の医療安全管理活動を推進する中心として活動しており、インシデント報告の検討、改善策の検討と評価、医療安全管理の情報収集等を行っています。

#### **リスクマネージャー会議**

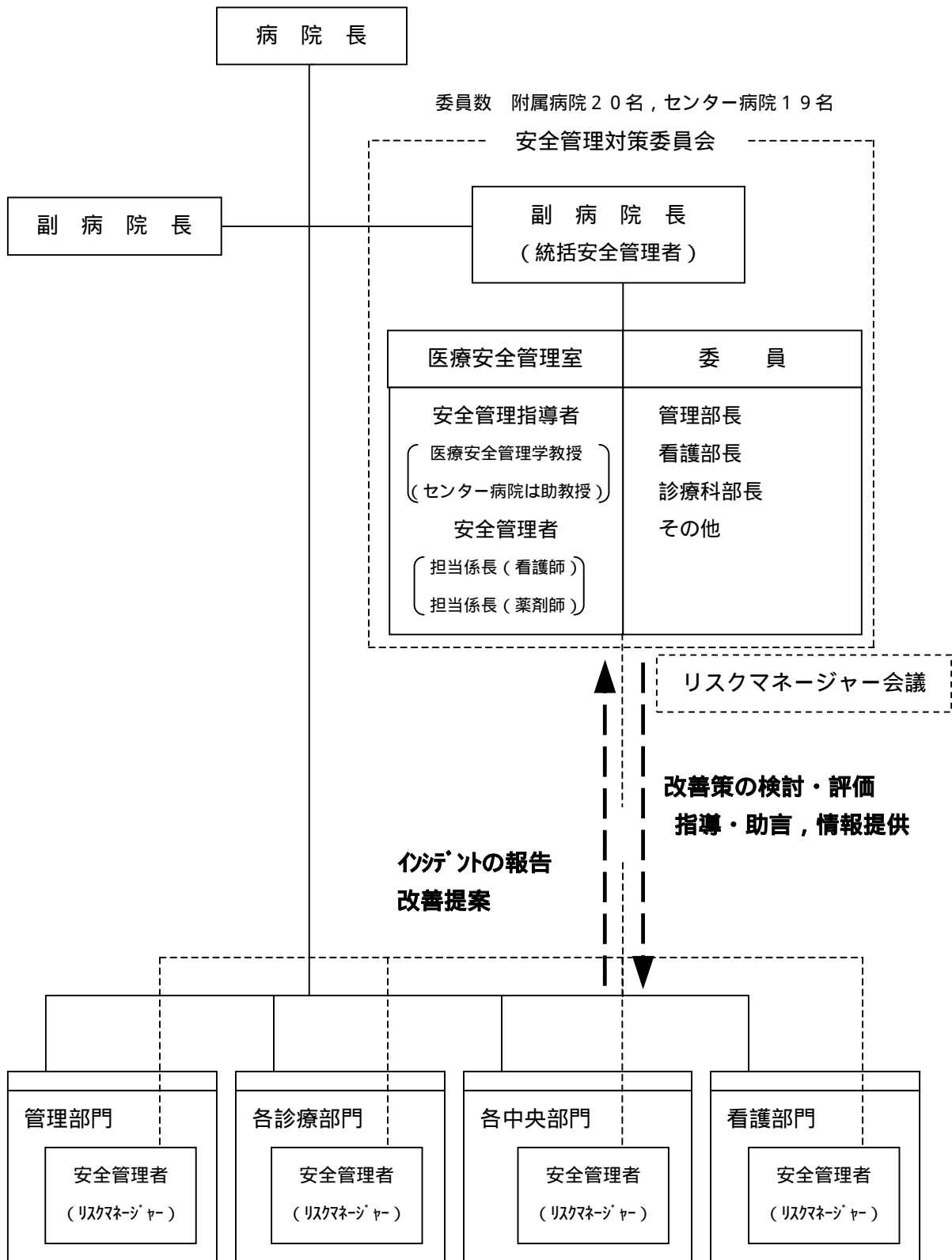
インシデント事例についての検討、各部署の取組の紹介、改善策の周知、「事故予防マニュアル」の作成、医療安全管理の情報提供等を行い、職員の安全管理意識を高める場としています。

### **インシデント報告システム**

病院の日常業務の中で、医療事故につながりかねない「ヒヤリ、ハット」したできごと（インシデント）を医療従事者が自主的に報告し、その情報をもとに、事故を未然に防ぐための改善策を確立するシステムです。

報告は、各部門のリスクマネージャーから医療安全管理室に報告され、安全管理対策委員会とリスクマネージャー会議を通じて改善策の検討と周知などを行っています。

## 市立大学医学部附属 2 病院安全管理体制図



各部門のリスクマネージャー 附属病院 64 名，センター病院 66 名

## 安全管理対策委員会の活動状況

### 附属病院

開催日		主な議題
第1回	4月9日	1 今年度の事業計画について 2 今年度リスクマネージャー会議の運営について 3 平成12年度インシデント報告結果について
第2回	4月23日	1 薬剤マスターからの注射剤の削除等の報告について 2 事例検討 3 新生児の安全管理について
第3回	5月14日	1 同意書の様式等の報告について 2 事例検討 3 今年度の研修計画について
第4回	5月28日	1 病院機能評価受審推進プロジェクトについて 2 ベッド移送に関する改善案について 3 事例検討
第5回	6月11日	1 リスクマネージャー会議(3分科会)の状況報告について 2 安全管理研修について
第6回	6月25日	1 医療の質に関するアンケートについて 2 インシデント報告について 3 事例検討
第7回	7月9日	1 MRMニュースについて 2 6月リスクマネージャー会議の報告について 3 事例検討
第8回	7月23日	1 防犯・無断離院防止について 2 今後の安全管理研修の予定について
第9回	9月10日	1 リスクマネージャー会議の報告について 2 併診時における医師間のルールについて 4 MRMニュースについて
第10回	10月22日	1 リスクマネージャー会議, 同3分科会の報告について 2 医療安全推進週間について 3 事例検討
第11回	11月26日	1 患者確認に関する患者評価アンケートの実施について 2 医療安全推進週間の取組について 3 事例検討
第12回	12月10日	1 患者確認に関する患者評価アンケートの実施について 2 糖尿病とインスリン治療に関するプロジェクト(仮)発足について 3 事故予防週間(1/11~1/18)の取組について
第13回	1月28日	1 「救急医療体制」アンケート(11/19~26)集計報告と今後の予定 2 患者確認に関する患者評価アンケート(11/12~1月現在)の報告状況 3 平成13年度事故予防週間(1/11~18)の実施状況 4 「病棟、ICU、CCUで行われる血液浄化療法についての取り決め」について 5 リスクマネージャー会議3分科会の検討結果等の進捗状況報告
第14回	2月25日	1 ベッド移送に関する院内ルールについて 2 「手術室における輸血の確認および実施入力システム」と輸血の事故予防対策基本マニュアルについて 3 車椅子・歩行入室マニュアル(案) 4 当院の顎口腔領域の手術後管理について(他病院医療事故より)
第15回	3月11日	1 リスクマネージャー会議最終報告 2 院内セミナー「楽しく学ぼう透析の基礎」実施報告 3 「夜間・休日の救急診療ハンドブック(仮・案)」についての現況と今後

市大センター病院

開催日		主 な 議 題
第 1 回	4月16日	1 インシデント報告（3月分）の検討 2 医療事故発生時の対応に関する検討 3 同姓同名患者さんへの対応
第 2 回	5月14日	1 インシデント報告（4月分）の検討 2 安全管理巡回について 3 院外処方箋の確認について
第 3 回	6月18日	1 インシデント報告（5月分）の検討 2 D o 処方時の警告について
第 4 回	7月16日	1 インシデント報告（6月分）の検討 2 チーム医療による抗腫瘍薬に関する確認方法について 3 安全管理巡回について
第 5 回	8月13日	1 インシデント報告（7月分）の検討
第 6 回	9月17日	1 インシデント報告（8月分）の検討 2 患者誤認の防止について
第 7 回	10月15日	1 インシデント報告（9月分）の検討 2 指示に関するサインについて
第 8 回	11月12日	1 インシデント報告（10月分）の検討 2 アレルギー情報の確認方法について 3 注射薬の確認方法について
第 9 回	12月17日	1 インシデント報告（11月分）の検討 2 中央部門安全管理巡回報告 3 手術患者さんの名前確認について（足底への氏名記入）
第10回	1月21日	1 インシデント報告（12月分）の検討 2 患者さん用顔写真について 3 人工心肺使用手術時の対応について
第11回	2月18日	1 インシデント報告（1月分）の検討 2 処方オーダーにおける表記方法について 3 書類等患者不在時の患者氏名確認について
第12回	3月11日	1 インシデント報告（2月分）の検討 2 抗生剤初回使用時の注意について 3 同意書について

## リスクマネージャー会議の活動状況

### 附属病院

開催日		主な議題
第1回	4月16日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 平成12年度インシデント報告状況について</li> <li>2 平成13年度安全管理対策委員会の事業計画について</li> <li>3 平成13年度リスクマネージャー会議の運営について</li> <li>4 「人工呼吸器教育・研修プロジェクト」の企画及び活動について</li> </ol>
第2回	5月7日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 指示票の入力と運用の自己評価結果について</li> <li>2 インシデント報告について</li> <li>3 リスクマネージャー会議3分科会の設置と運用について (第1:与薬システム,第2:検査システム,第3:病院機能評価受審準備、事故予防マニュアル改訂)</li> </ol>
第3回	6月4日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 与薬システムの状況確認(電算システム,病棟薬剤師の役割,麻薬の管理)</li> <li>2 検査システム上の問題点の整理</li> <li>3 病院機能評価と自己評価について</li> </ol>
第4回	7月2日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 電算システム上の問題点,病棟薬剤師の役割,麻薬の管理</li> <li>2 X線フィルム・検査報告書の管理,採血について</li> </ol>
第5回	9月3日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 3分科会からの報告(課題の明確化と取組など)について</li> <li>2 インシデント報告について</li> <li>3 リスクマネジメント研修について</li> </ol>
第6回	10月1日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 インシデント報告について</li> <li>2 安全管理講習会について</li> <li>3 X線フィルム・検査報告書の管理ルール,早朝採血の改善策の検討</li> </ol>
第7回	11月5日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 インシデント報告について</li> <li>2 3分科会からの報告について</li> <li>3 医療安全推進週間について</li> <li>4 ベッド移送に関する改善案(試行案)の評価について</li> </ol>
第8回	12月17日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 インシデント報告について</li> <li>2 3分科会からの報告について</li> <li>3 持参薬の問題点と対応策</li> <li>4 X線フィルム管理適正化について</li> </ol>
第9回	1月7日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 インシデント報告概要と事例(11月)</li> <li>2 12月分科会報告と討議</li> <li>3 「事故予防週間」(1月11日~1月18日)について</li> <li>4 「病棟・ICU・CCUで行われる血液浄化療法についての取り決め」</li> <li>5 同姓(同名)患者確認状況について</li> </ol>
第10回	2月4日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 インシデント報告概要(12月)</li> <li>2 「1・11全体会議とシンポジウム」の報告</li> <li>3 アンケートによる患者側評価「ネームバンドでの患者確認」の中間報告</li> <li>4 「高血糖とインスリン療法」に関する教育・研修プロジェクトからの連絡</li> <li>5 入院患者の持参薬管理について</li> <li>6 深夜帯早朝の採血について</li> </ol>
第11回	3月4日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 インシデント報告概要(1月)</li> <li>2 医療事故報道から当院の事故防止体制を再点検する 顎口腔領域手術について 栄養チューブ気管内への誤挿入、栄養剤注入による死亡事故</li> <li>3 リスクマネージャー3分科会最終報告</li> <li>4 「夜間・休日における救急医療ハンドブック(仮・案)について</li> </ol>

## 市大センター病院

開催日		主 な 議 題
第 1 回	4月23日	1 医療事故発生時の対応について（当事者および所属部長の対応） 2 同姓同名患者の識別に関する問題整理
第 2 回	5月21日	1 呼気フィルター使用時の注意 2 安全管理巡回について 3 番号非通知着信拒否設定電話等への対処法
第 3 回	6月25日	1 病棟巡回結果提示 2 処方オーダー時のD o 処方における警告について 3 報告用紙一部改訂のお知らせ
第 4 回	7月23日	1 チーム医療による抗腫瘍薬に関する確認方法 2 病棟巡回について病棟ごとの問題点を説明
第 5 回	9月26日	1 実施済チェック、中止の指示について 実施済のチェックはVで、中止の指示はxをして中止と記載
第 6 回	10月22日	1 放射線部におけるリスクマネジメント 2 テロ対策に関する情報 3 安全管理研修（講演会）アンケート結果
第 7 回	11月19日	1 アレルギー情報の外来診療票への記載について 2 注射薬の確認方法について
第 8 回	12月26日	1 手術患者さんの患者確認について 2 中央部門安全管理巡回報告 3 アレルギー情報等にMRIにおける金属情報も記載
第 9 回	1月28日	1 転倒転落のインシデント例をあげ注意喚起を行う
第10回	2月25日	1 オーダー入力間違いのインシデント例をあげ注意喚起を行う 2 医師のオーダー時の責任についての注意
第11回	3月18日	1 患者間違いの事例をあげ注意喚起を行う 2 他病院における事例報告



## 安全管理研修の開催状況

### 附属病院

研修区分	月日	対象	参加数	時間	内 容
新採用看護職員リエ ーション	4月9日	新採用看護職員	86人	2時間	医療安全管理 人工呼吸器実技（ME）
臨床研修医採用リエ ーション	4月20日 4月23日 4月24日	臨床研修医	90人	14時間	医療安全管理，医の倫理，人権， 接遇，コミュニケーション 等
人工呼吸器研修	5月11日	臨床研修医	45人	3時間	呼吸管理の基礎と実際
人工呼吸器研修	5月25日	看護職員	22人	2時間	呼吸管理の基礎と実際
安全管理研修	6月15日	医学部学生 大学院生 教職員	200人	2時間	医療の安全・質の向上と医療情報 システム 講師：梅里良正
人工呼吸器研修	6月22日	看護職員	23人	2時間	呼吸管理の基礎と実際
生命倫理研修	7月17日	医師 （助手，特別職診療 医、研修医）他	70人	1時間30 分	AVL宣言 改訂について ～HIV母子感染予防AZT臨床実験を めぐって欧米では何が論争されて いるか～ 講師：光石忠敬（弁護士）
人工呼吸器研修	7月27日	看護職員	25人	2時間	呼吸管理の基礎と実際
新採用・異動者向け 安全管理研修	7月25日	新採用職員 配転職員	150人	2時間	医療におけるリスクマネジ メント 講師：木村ひでみ
安全管理研修	9月13日	医師，リスクマネー ジャー	150人	1時間30 分	リスクマネージャーの役割と活動 事例から学ぶ医療事故・紛争・訴 訟の防止 講師：長野展久
人工呼吸器研修	9月28日	看護職員	20人	2時間	呼吸管理の基礎と実際
人工呼吸器研修	10月26日	看護職員	20人	2時間	呼吸管理の基礎と実際
安全管理講習会 （公開講座）	10月29日	看護職員，その他職員	45人	3時間	安全管理学概論，チーム医療 講師：橋本迪生，山本勇夫
安全管理講習会 （公開講座）	11月1日	看護職員，その他職員	45人	6時間30 分	附属病院における安全管理の実際 患者が医療に求めるもの 講師：平林明美，辻本好子
安全管理講習会 （公開講座）	11月2日	看護職員，その他職員	40人	6時間	リスクマネジメント概論，事例分析演習 講師：山内桂子
安全管理講習会 （公開講座）	11月2日	看護職員，その他職員	311人	2時間	医療におけるコミュニケーション 講師：柳田邦男
安全管理講習会 （公開講座）	11月6日	看護職員，その他職員	108人	3時間30 分	事故防止とリスクマネジメント ～与薬、転倒・転落事例分析より ～ 講師：川村治子
安全管理講習会 （公開講座）	11月6日	看護職員	54人	3時間30 分	生命倫理の今日の課題 看護婦・士の役割と法的責任 講師：佐々木能章，北澤龍也

## 附属病院

研修区分	月日	対象	参加数	時間	内 容
安全管理講習会 (公開講座)	11月7日	看護職員，その他職員	40人	8時間	「課題の取組みに向けて」 個人・グループワーク、発表
医療事故予防週間 全体報告会とシンポ ジウム	1月15日	職員，学生	320人	2時間	13年度医療安全管理の取組活動報 告 シンポジウム「“確認会話”また “良好なコミュニケーション”は 院内に根づいたのでしょうか」
血液透析療法研修	3月5日	職員	104人	90分	血液透析療法の基礎
インスリン治療研修	3月18日	職員	92人	90分	インスリン・インシデント

## 市大センター病院

研修区分	月日	対象	参加数	時間	内容
セミナー	6月27日	医師	44人	1時間	安全な医療を行うために（第1 回）
セミナー	7月3日	医師	36人	1時間	安全な医療を行うために（第2 回）
講演会	5月21日	医師	81人	1時間30 分	情報公開時代のマネージメント 講師 柴田悟一
講演会	6月4日	リスクマネージャー	58人	1時間30 分	ヒューマンファクターの概念に基 づいた事故防止戦略 講師 佐久間秀武
講演会	6月21日	全職員	44人	1時間30 分	老人の心 講師 荒井保男
講演会	7月19日	リスクマネージャー 医師	42人	2時間15 分	医療事件事例からの防止の視点を 学ぶ 講師 長野展久
講演会	10月5日	リスクマネージャー	47人	1時間15 分	こんな場合あなたならどう対応し ますか 講師 高岡正幸
講演会	10月22日	医師その他	65人	1時間40 分	抗菌剤の適正使用について 講師 青木 眞
講演会	11月28日	全職員	43人	1時間30 分	信頼を築く医療 講師 北野邦孝
講演会	2月25日	医師その他	102人	1時間50 分	結核の施設内感染予防のポイント 講師 川城 丈夫

# 入院患者さんアンケート

このアンケートは、皆さんが入院療養中にお感じになったことについてうかがい、病院の安全管理対策や医療サービスの質を向上させていくことを目的としています。皆様から頂戴したご意見を参考に、より信頼される病院づくりに向け、職員一同、励んでまいりますので、率直なご意見をいただければと思います。ご協力をお願いします。

アンケートにつきましては、退院の際または退院後外来にご来院されました折に、2階総合案内カウンター（土・日曜、祝日は1階防災センター）に設置してあります回答箱に投函くださるよう、お願いいたします。

横浜市立大学医学部附属病院長  
横浜市立大学事務局長

1 貴方様が入院期間中に受けた、病状や治療方針の説明は分かり易かったですか。

（該当する にレ点をつけてください）

良く理解できた                      一応理解できた                      どちらでもない  
余り理解できなかった              全く理解できなかった  
その他 \_\_\_\_\_

2 入院中の治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他に気づかれたことや不満に思われたことがありますか。

（該当する にレ点をつけてください）

ある                      ない

3 「ある」とお答えいただいた方は「いつ」「どのようなことか」などを具体的にお書き願います。

---

---

---

---

---

---

---

4 医師，看護師，薬剤師，技師などの対応について，どうお感じになりましたか。  
(該当する にレ点をつけてください)

非常に良い                      まあ良い                      普通                      やや悪い  
非常に悪い                      分からない

5 病室，トイレ，デイルーム，食事など院内の療養環境について，あなたの印象に最も近いものはどれですか。 (該当する にレ点をつけてください)

満 足              やや満足              やや不満              不満              何とも言えない

6 職員の対応や療養環境，その他，お気づきの点があれば自由にご記入下さい。

---

---

---

---

7 おかかりの診療科と病棟を記入して下さい。

入院した病棟 \_\_\_\_\_ 病棟

診 療 科 (該当する にレ点をつけてください)

第 1 内科              第 2 内科              第 3 内科              小児科              神経科  
第 1 外科              第 2 外科              整形外科              皮 膚 科              泌尿器科  
産婦人科              眼      科              耳鼻咽喉科              放射線科              麻酔科  
歯科・口腔外科                              脳神経外科              リハビリテーション科  
形成外科              小児精神神経科                              神経内科

8 差し支えなければご記入下さい。

ア 性 別 : 男 性 ・ 女 性 (該当する方に をつけてください)

イ 年 齢 \_\_\_\_\_ 歳

ウ ご住所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

ご記入の日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (ご協力ありがとうございました)

## 医療事故の公表基準

### 医療事故の公表について

平成13年2月16日  
横浜市立大学病院改革委員会

横浜市立大学医学部附属病院は、平成11年1月の患者取り違え事故をはじめ、薬剤ラベル貼り付けミスなど、これまでに引き起こした医療事故の反省の上に立って、病院を挙げて医療安全管理の徹底に努めてまいりました。

医療の安全管理を進め、患者さんの安全を確保するとともに、医療事故の発生などの情報を公表することによって、病院運営の透明性を高めることが、医療の信頼を回復するために重要であります。

そこで、横浜市立大学では、医学部附属病院及び同市民総合医療センター（以下「附属2病院」といいます。）がどのような場合に医療事故の情報を公表するかを検討するため、平成12年8月7日に市立大学病院改革委員会のもとに医療事故公表基準作成特別委員会を設置しました。

同特別委員会は、これまでに6回の審議のほか、市民、市議員、医療関係者、法律専門家、評論家など多くの有識者・専門家の方々からのご意見を伺いながら検討を進め、附属2病院における医療事故の公表についての考え方をとりまとめました。

#### 1 医療事故の公表の意義

医療事故を公表することには、次のような意義があるものと考えます。

- (1) 平成11年1月に起こした患者取り違え事故を契機に、医療事故が大きな社会問題となっているが、当事者として、医療における安全管理を徹底していくために自発的に医療事故を公表していく責務がある。
- (2) 医療事故を公表し適切な対応をとることは、附属2病院の社会的な責任であるとともに、病院運営の透明性を高めることにより、市民からの信頼回復が図られる。
- (3) 医療事故を公表することは、他の病院の医療安全管理にとっても重要な情報提供になる。

#### 2 用語の定義

本報告において使用する用語の定義は、次のとおりです。

- (1) 医療事故  
患者さんが本来持っていた疾病や体質などの基礎的条件によるものではなく、医療においてその目的に反して生じた有害な事象をさす。医療事故には、医療内容に問題があって起きたもの（過失による医療事故）と医療内容に問題がないにもかかわらず起きたもの（過失のない医療事故）とがある。
- (2) インシデント事例  
医療従事者が医療を行ううえで、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例で、医療事故には至らなかった場合をさす。

#### 3 医療事故の公表基準

附属2病院は、今後、次のいずれかに該当する医療事故が発生した場合は、患者さんご家族の同意のもとに、これを速やかに公表します。公表にあたっては、原則として、4の「医療事故判定委員会（仮称）」の意見を聞くものとします。

- (1) 過失による医療事故で、それが死因となった場合、もしくは「生命の危険等、深刻な病状悪化をもたらす」、「治療しても治癒しない」、「治癒するがかなりの負担を強いる」など、患者さんに相当の有害な結果を生じた場合。

- (2) 過失による医療事故で、有害な事象の程度が軽微であっても、病院の医療安全管理上重大であると判断される場合。
- (3) 患者さんに相当の有害な結果を生じた医療事故で、過失によることが明らかでなくても、公表すべきと判断される場合。

また、上記以外の過失による医療事故は、包括的な形で一括して公表します。  
なお、インシデント事例は原則として公表しません。

#### 4 医療事故の公表の判断・判定について

医療事故の公表の判断・判定に関して、病院長の諮問機関として、外部の有識者、他の医療機関等の医師、横浜市立大学教職員などにより構成する「医療事故判定委員会（仮称）」を設置します。

当委員会は、病院長の諮問により、以下の項目を審議します。

- (1) 速やかに公表すべき医療事故であるか否か、について。
- (2) 医療事故に関して患者さんご家族に対する説明が十分になされたか、また公表に関する同意が得られたかの状況の確認、及び公表の範囲について。
- (3) 患者さんのプライバシー・人権への配慮と、社会に対する説明責任との比較考量について。
- (4) その他、医療事故公表基準の運用に当たって重要な事項について。

病院長は、審議結果を受け、公表について意思決定します。ただし、速やかに公表すべきと判断される場合で、委員会を開催するいとまがない場合は、事後に報告するものとします。

### 医療事故公表判定委員会設置要綱

#### 横浜市立大学医学部附属病院及び附属市民総合医療センターにかかる医療事故公表判定委員会設置要綱

(目的及び設置)

第1条 横浜市立大学医学部附属病院及び医学部市民総合医療センター（以下「附属2病院」という。）における医療安全管理を推進するとともに、病院運営の透明性を高め、医療事故についての社会的な責任を果たすため、市立大学に医療事故公表判定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、病院長の諮問により次の項目を審議し、意見を述べるものとする。

- (1) 諮問された案件が、速やかに公表すべき医療事故であるか否かについて
- (2) 諮問された案件に関して、患者・家族に対する説明が十分になされたか、また公表に関する同意が得られたかの状況の確認、及び公表の範囲について
- (3) 諮問された案件にかかる患者のプライバシー・人権への配慮と、社会に対する説明責任との比較考量について
- (4) 医療事故公表基準の運用に当たって重要な事項について
- (5) 医療安全管理の取組、インシデント報告システムの運用等について

(組織及び任期)

第3条 委員会は、学長が委嘱する次に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 医療安全管理に関する学識者・専門家
- (2) 他の医療機関等の医師
- (3) 横浜市立大学の教職員
- (4) その他学長が指名した者

2 前項の委員の任期は、委嘱の日から2年間とし、再任を妨げないものとする。

3 委員会に委員長を置き、委員長は委員の互選により定める。

4 委員長は、会務を統括し、委員会を代表する。

5 委員長は、必要に応じて委員会を招集し、会議の議長となる。

(秘密の保持)

第4条 委員会の委員として知り得た事項に関しては、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

(庶務)

第5条 委員会の庶務は、市立大学事務局総務部及び附属2病院管理部庶務課において処理する。

(その他)

第6条 委員会の運営その他必要な事項に関しては、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成13年4月16日から施行する。

医療事故公表判定委員会 委員名簿

(敬称略：五十音順)

氏 名	現 職 等	資 格 等
あまかわ たかのり 天 川 孝 則	横浜赤十字病院病院長	医師
かわうち よしただ 川 内 克 忠	横浜市立大学商学部教授	法学者
こ だま やす し 見 玉 安 司	三宅坂総合法律事務所	弁護士，医師
さか い ひでひろ 酒 井 英 洋	神奈川県病院薬剤師会会長 横浜赤十字病院薬剤部長	薬剤師
しい の とく こ 椎 野 憲 子	ランパスの会代表	病院ボランティアグループの 代表者
なかやま ひでゆき 中 山 秀 行	本町中央法律事務所	弁護士
はしもと さだ お 橋 本 禎 夫	横浜市医師会副会長 橋本医院院長	医師
もも た すつよ 桃 田 寿津代	神奈川県総婦長会会長 緑成会横浜総合病院看護部長	看護師

医療事故公表判定委員会開催状況

回	開催月日	主な審議事項	出席委員数
第1回	13.6.27(水)	・2病院の安全管理の取組等について	7名
第2回	13.12.18(水)	・平成13年度の医療安全管理の取組について	7名

医療事故が発生した場合の公表までの標準的な流れ

