

平成14年度の医療安全管理の取組について

平成15年6月19日

市立大学事務局

目 次

一括公表事案	1
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

附属病院

番号	概要
1	術後2日目、下肢に術後肢位の影響と考えられる腓骨神経麻痺が出現しましたが、内服薬投与等により回復しました。 【再発防止策】術後肢位の保持確認と観察の強化を実施しました。
2	動脈ライン確保中、圧波形を確認しながら留置針の外筒を抜去したところ、先端が10mm切れていました。前腕部を約15mm切開し回収しました。 【再発防止策】留置針抜去時は、複数のスタッフによる外筒の全長と先端の有無の確認を行なう等の注意点をルール化し、医療安全管理指針に載せました。
3	外来において検査前処置薬の鎮静剤を過量投与しました。直ちに対処し、検査終了後も経過観察し、帰宅しました。 【再発防止策】医師は指示票に記載した後、指示内容について声を出して医療スタッフと確認することをルール化しました。
4	指示出しと情報伝達の齟齬による検査前処置薬の過量投与。点滴で対処し経過観察しました。 【再発防止策】検査前処置に関する手順を明確化し、スタッフ間で共有しました。
5	研修医による中心静脈カテーテル抜去時のカテーテル切断。即時対処し先端部分を回収しました。 【再発防止策】中心静脈カテーテル抜去を研修医が単独で行なうことを禁止項目としました。更に、カテーテル抜去時の注意点をルール化し、医療安全管理指針に載せ周知をしました。
6	輸液注入ポンプのアラームが鳴って訪室すると注入量設定値が誤っているのを発見、即座に訂正しました。流量設定場所に手が触れた可能性があったものです。 【再発防止策】輸液注入ポンプの機種の一斉化、流量設定等タッチ式からダイヤル式にしました。
7	免疫抑制剤の過量投与。発見後直ちに対処し、副作用としての腎障害も観察されませんでした。 【再発防止策】化学療法時の医療チーム内における手順の共有をしました。

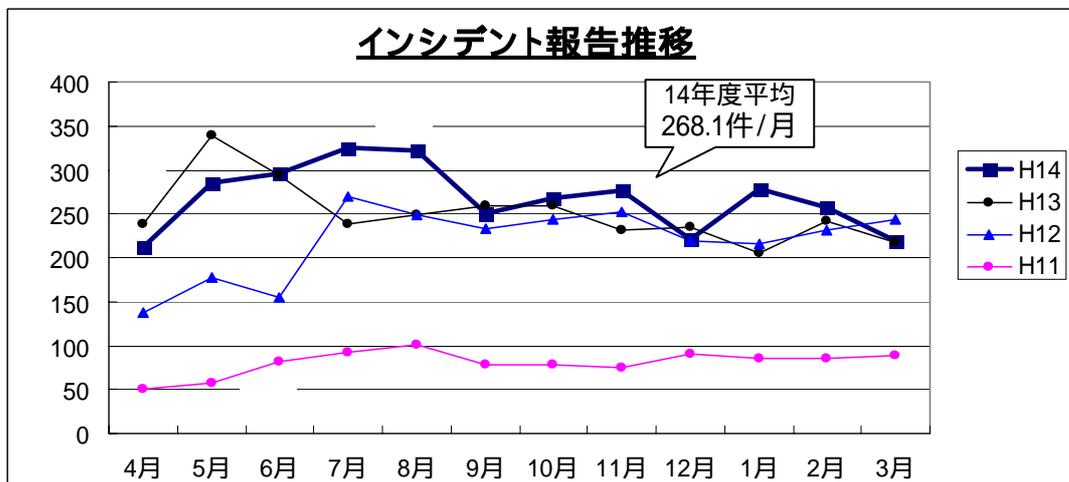
センター病院

番号	概要
1	右脚の人工股関節の手術後、リハビリ訓練を行っているときに股関節に脱臼を生じてしまいました。 【再発防止策】医師は理学療法士にリハビリ訓練の内容を正確に伝えることを徹底いたしました。また、理学療法士の実技指導を実施するとともに診療計画書の見直しを行いました。
2	直腸レントゲン検査でバリウムを注入したところ、直腸に穴が生じてしまいました。 【再発防止策】高齢と重症疾患等の患者の身体的な条件を十分に留意すべき事例として、院内で共有し、改めて注意を喚起しました。
3	左下の8番目を抜歯しようとしたところ、歯肉に埋まった状態であったため隣接する7番目を該当歯と思いこみ、抜歯してしまいました。 【再発防止策】抜歯時に患者の診療データと該当する歯の突き合わせを確実に実施するよう徹底を図りました。
4	外来の紹介患者の情報を確認しないで薬を処方してしまい、血中アミラーゼの上昇を認めたため、肺炎の発症を疑い、安全を期して1週間の入院治療となりました。 【再発防止策】紹介状やカルテに記載されている患者情報の確認を徹底するようにしました。

インシデント報告の状況（平成14年4月～平成15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	月平均	構成比		提出率		職員数
			昨年度 月平均	昨年度	昨年度	昨年度	
医師	107	8.9	10.8	3.3%	4.3%	4.2%	214
看護師	2,756	229.7	204.8	85.7%	81.7%	36.8%	624
コ・メディカル	341	28.4	33.5	10.6%	13.4%	16.8%	169
事務・その他	13	1.1	1.8	0.4%	0.7%	1.3%	82
合計	3,217	268.1	250.8	100%	100%	24.6%	1,089

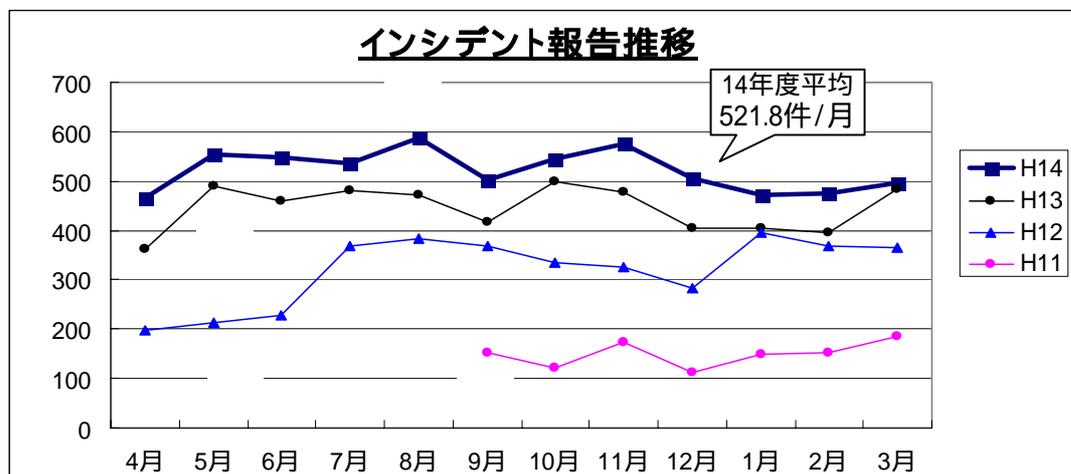
提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数
職員数は、4～3月の毎月初現在員数の月平均

(3) インシデント報告の事象別内訳

事象	件数	月平均	構成比	
			昨年度 月平均	昨年度
手術・鎮静・麻酔	43	3.6	6.3	1.2%
処置・治療・訓練	134	11.2	9.2	3.3%
輸血	41	3.4	4.1	1.1%
薬剤	1,349	112.4	94.6	37.6%
ルート・チューブ	522	43.5	47.6	14.5%
検査	443	36.9	35.7	12.3%
転倒・転落	422	35.2	35.8	11.8%
ME機器・医療器械	105	8.8	10.4	2.9%
食事	71	5.9	5.8	2.0%
外傷	32	2.7	2.7	0.9%
その他	428	35.7	27.6	11.9%
合計	3,590	299.2	279.8	100%

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	月平均	昨年度 月平均	構成比	昨年度	提出率	昨年度	職員数
医師	209	17.4	8.7	3.3%	1.9%	14.0%	6.8%	124
看護師	5,527	460.6	388.3	88.3%	87.1%	58.3%	51.9%	790
コ・メディカル	449	37.4	42.3	7.2%	9.5%	21.3%	26.1%	176
事務・その他	76	6.3	6.3	1.2%	1.4%	8.7%	7.0%	73
合計	6,261	521.8	445.5	100.0%	100%	44.9%	39.5%	1,163

提出率(%) = 職種ごとの1か月あたりの提出件数 / 職員数
職員数は、4～3月の毎月初現在員数の月平均

(3) インシデント報告の事象別内訳

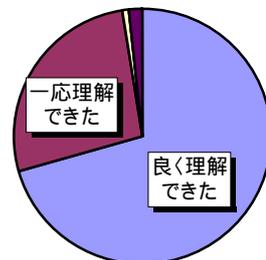
事象	件数	月平均	昨年度 月平均	構成比	昨年度
手術・鎮静・麻酔	122	10.2	7.6	1.9%	1.7%
処置・治療・訓練	734	61.2	40.7	11.7%	9.1%
輸血	64	5.3	4.4	1.0%	1.0%
薬剤	1,893	157.8	144.8	30.2%	32.5%
ルート・チューブ	1,540	128.3	107.3	24.6%	24.1%
検査	567	47.3	35.3	9.1%	7.9%
転倒・転落	545	45.4	42.7	8.7%	9.6%
ME機器・医療器械	343	28.6	25.2	5.5%	5.6%
食事	140	11.7	11.3	2.2%	2.5%
外傷	151	12.6	12.1	2.4%	2.7%
その他	162	13.5	14.2	3.0%	3.2%
合計	6,261	521.8	445.5	100%	100%

入院患者アンケート調査結果（平成14年4月～平成15年3月）

1 附属病院

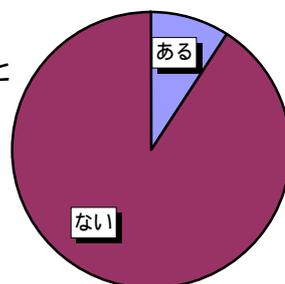
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	750	70.6%	65.0%
一応理解できた	284	26.7%	32.1%
余り理解できなかった	9	0.8%	1.0%
全く理解出来なかった	2	0.2%	0.1%
その他	17	1.6%	1.9%
合 計	1062	100%	100%



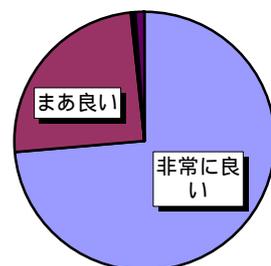
設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われたこと、その他、気づかされたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある	97	9.1%	7.9%
ない	965	90.9%	92.1%
合 計	1062	100%	100%



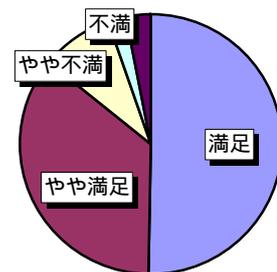
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	782	73.6%	69.4%
まあ良い	261	24.6%	26.2%
やや悪い	5	0.5%	0.6%
非常に悪い	2	0.2%	0.2%
分からない	12	1.1%	3.6%
合 計	1062	100%	100%



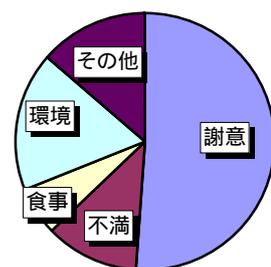
設問4 病室、トイレ、ディルーム、食事など療養環境について

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	533	50.2%	47.2%
やや満足	379	35.7%	34.9%
やや不満	95	8.9%	8.3%
不満	23	2.2%	3.7%
なんとも言えない	32	3.0%	5.9%
合 計	1062	100%	100%



設問5 その他の意見

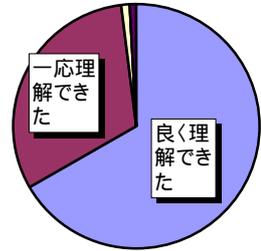
	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
医師、看護師等に対する謝意	482	51.1%	44.9%
医師、看護師等に対する不満	109	11.6%	8.4%
食事に関する要望	59	6.3%	9.0%
環境整備に関する要望	164	17.4%	21.1%
その他	129	13.7%	16.7%
合 計	943	100%	100%



2 市大センター病院

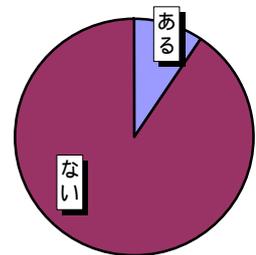
設問1 病状や治療方針の説明はわかり易かったですか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
良く理解できた	766	66.8%	67.5%
一応理解できた	358	31.2%	29.7%
余り理解できなかった	14	1.2%	1.6%
全く理解出来なかった	0	0.0%	0.4%
その他	9	0.8%	0.8%
合計	1,147	100%	100%



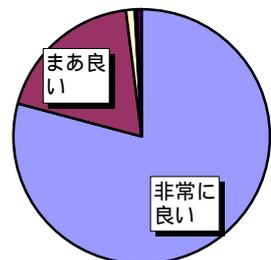
設問2 治療、検査、処置など診療全般について、医療安全管理上問題があったと思われること、その他、気づかれたことや不満に思われたこと

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
ある	108	9.4%	12.1%
ない	1,039	90.6%	87.9%
合計	1,147	100%	100%



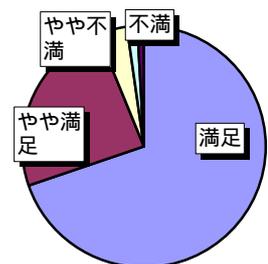
設問3 医師、看護師、薬剤師、技師などの対応について、どう感じたか

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
非常に良い	908	79.2%	76.0%
まあ良い	216	18.8%	21.4%
やや悪い	13	1.1%	1.1%
非常に悪い	3	0.3%	0.7%
分からない	7	0.6%	0.8%
合計	1,147	100%	100%



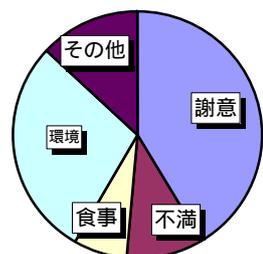
設問4 病室、トイレ、ディールーム、食事など療養環境について

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
満足	799	69.7%	69.0%
やや満足	278	24.2%	24.2%
やや不満	44	3.8%	3.8%
不満	18	1.6%	1.6%
なんとも言えない	8	0.7%	1.4%
合計	1,147	100%	100%



設問5 その他の意見

	4～3月 合計		昨年度 比率
	回答数(件)	比率	
医師、看護師等に対する謝意	346	41.4%	44.5%
医師、看護師等に対する不満	84	10.1%	9.4%
食事に関する要望	57	6.8%	6.5%
環境整備に関する要望	240	28.7%	23.1%
その他	108	12.9%	16.6%
合計	835	100%	100%



主な改善検討事例

1 附属病院		
	検討項目	改善検討内容
1	「高血糖とインスリン療法」に関する教育・研修	前年度に引き続き院内研修会を、臨床研修医を対象に開催した。医師、薬剤師、看護師による、超速攻型（食直前打ち）インスリンなど新しい治療内容と重要な基礎知識を盛り込んだ具体的な事例に基づく教育プログラム。
2	併用禁忌薬コンピュータ入力間違えの予防	<ul style="list-style-type: none"> ・処方オーダ時併用禁忌薬剤に注意を喚起するため、処方マスタの薬剤に関して併用禁忌の設定した。 ・併用禁忌薬剤のオーダ時、画面に「併用禁忌」注意画面を表示した。 ・（5月9日から）併用禁忌設定薬剤は内服薬のみとした。 ・併用禁忌マスタは一般名をグループ化し、併用禁忌マスタは「相互禁忌グループ」として登録した。 ・処方マスタと注射マスタの間ではシステム上併用禁忌として動作しない。
3	胃管に関する事故予防対策基本マニュアルの改訂（胃管の挿入部位間違いの防止）	胃管に関する事故予防対策基本マニュアルの一部を加筆・訂正した。手順の遵守を通知した。
4	患者確認の徹底	「患者識別バンド」「与薬」「点滴」における患者確認の徹底状況について、患者さんからの評価及び医療従事者同僚間での評価などを実施しながら病院全体で再確認し、再度徹底した。
5	人工呼吸器使用時の指示票	病棟での人工呼吸器使用時の指示票を院内統一した。すでに事故予防マニュアル（共通編）に案として掲載されているが、試行結果実用可能と判断。スターオフィスから出力可能とした。
6	中心静脈カテーテルに関する事故予防マニュアルの改訂	中心静脈カテーテルに関する事故予防マニュアルの項目の追加・修正した。
7	検査結果一括出力	検査伝票の貼り間違い防止のため、検査結果の一括出力化を実施した。
8	周術期肺塞栓症対策マニュアルの改訂	周術期肺塞栓症対策マニュアル改訂版を平成14年9月に完成。準備が整い次第、病院を挙げた取り組みとして試行に入った。
9	周術期肺塞栓症対策マニュアルの改訂	病院を挙げた取り組みとしての試行を受け、医療安全管理指針（共通編）に掲載した。（平成15年4月1日施行）
10	硝酸銀棒の使用状況	全部署を調査し、分析、検討し、二診療科を除き全面的に回収した。継続使用する二診療科とは“硝酸銀棒使用・保管確認書”を取り交わし、管理責任の明確化を図った。
11	ヘパリンNaロックの安全な導入	ヘパリンNaロックの安全な導入について薬事委員会・感染対策委員会と連携・検討した。実施案を策定し、院内合意を得た。運用マニュアル作成次第使用開始する。
12	医療事故発生時の対応マニュアルの制定/患者・医療者相談窓口の設置	医療事故発生時の対応として、トラブル対応体制の整備、初期対応マニュアルを作成した。医療安全相談窓口の設置、運営について明文化した。医療安全管理指針（共通編）第4版に掲載した。
13	がん化学療法院内基本ルールの策定	抗がん剤を用いた化学療法院内基本ルールを策定した。教育に関して、対象を院内全体と各部署で行う教育を整理した。
14	診療録記載マニュアル刊行	第1回診療録書き方検討委員会を9月に開催。以後、診療録記載内容評価表を作成し、リスクマネージャーによる自科診療録の監査を試行、臨床部長による他科の診療録監査を試行した。併せて診療録記載マニュアル刊行し、医療安全管理指針（共通編）第4版に掲載した。

2 市大センター病院

	検討項目	改善検討内容
1	転倒転落対策	<p>転倒転落アセスメントシートの作成 7月から各部署に配布し、入院患者全員に使用 初期アセスメントを行ない、患者毎の危険度を点数化し、防止策を看護ケア計画に明示した。 実際の転倒転落件数の減少には繋がっていないが、危険度を点数化したことにより、入院初期から注意喚起が図られるようになった。また、患者・家族にも客観性を持った説明ができ、ケアに繋がられている。</p>
2	抑制基準・抑制初期アセスメントシートの作成	<p>不必要な抑制を避けるとともに、院内の抑制患者数の正確な把握のために、抑制基準を作成し、安全管理マニュアルに記載した。 抑制初期アセスメントシートを作成し、医療者が統一した視点で患者個々の抑制の必要性を査定できるようにした。また、抑制開始後は抑制時の観察事項を明らかにし、患者に弊害が及ぶことのないようにした。抑制を開始後は、不必要に継続されないよう評価日・評価の視点を明確化した。 抑制に関しては、不必要な抑制は今までも行なってはいなかったが、より厳密に抑制の必要性について考えるようになった。また、患者・家族への必要性の説明もより詳細に行なえるようになった。観察点も明らかになり、抑制後の観察に対する認識も高まった。</p>
3	安全管理マニュアルの充実	<p>H12年度から組織的に取り組んできた安全管理の約束事項や、職員個々が安全な医療を提供するために遵守する必要性のある事項を明文化した。</p>
4	確実な指示・実施行為の明確化	<p>指示表に関する問題点を検討し、現在、問題の解決に向け、努力を行なっている。 指示表の3原則(・出力は一日一枚・追加変更は手書き・看護師に連絡)を認識した上で、各部署で指示受けの約束事項を明文化し、新たな職員・医師等も同じ約束で指示を出し・受けができるようにした。 医療情報に関連する入力上の問題点について、医療情報担当と調整を行い、指示表の出力形態の見直しを図る。</p>
5	注射薬剤の入力間違いの警告	<p>1つの注射剤に対して、10A・10V以上の入力があった場合は、端末画面で警告を発生するシステムとした。</p>
6	水薬ラベルの表示見直し	<p>水薬ラベルの表示を薬品名も表示できるようにし、より確認が正確にできるように改善した。 水剤の希釈について、理解しやすい表示を処方箋に記載するよう改善した。</p>
7	MRI室への持込禁止物品について	<p>すべての患者に対して、検査着に着替えた上で、MRI入室とした。</p>
8	抗生剤皮内テストの標準化	<p>抗生剤の初回使用に当たり、皮内テストを実施する必要がある薬剤について標準化を図った。またカルテ・指示表の記載についても定めた。 リスクマネージャー会議等で意見調整ののち広報し、5月から開始とした。</p>
9	当直医の心得について	<p>当直医の心構えを当直日誌表紙裏に綴じこんだ。 リスクマネージャー会等で意見聴取及び注意促しを行なった。</p>
10	安全管理巡回の実施	<p>H13年度に引き続き、安全管理巡回を実施。安全管理上の約束事項の実施状況を確認した。また、患者へ直接インタビューを行ない、患者が点滴確認や日々の療養の中で、当院の安全管理体制をどのように感じているかを確認している。</p>
11	針刺し防止の学習会	<p>針刺し事故の防止を目的にビデオ等を使い学習会を2回実施した。</p>
12	患者確認ロールプレイの実施	<p>患者確認ガイドラインに沿ったロールプレイを実施している。</p>

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 医療事故公表基準	10
6 医療事故公表判定委員会にかかる設置要綱	11
7 医療事故が発生した場合の公表までの標準的な流れ	12
8 入院患者アンケート	13

1 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

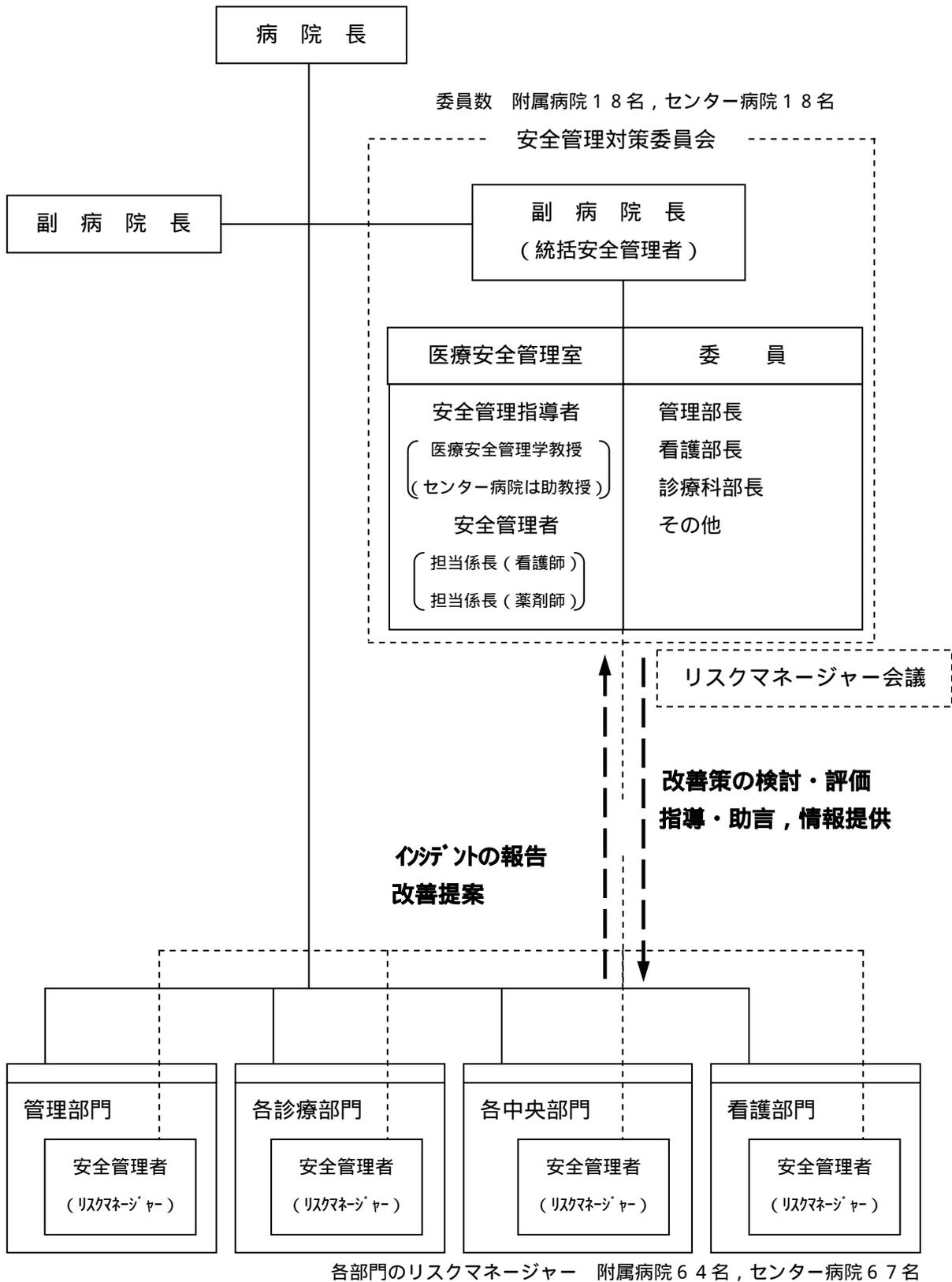
インシデント事例についての検討、各部署の取組の紹介、改善策の周知、「事故予防マニュアル」の作成、医療安全管理の情報提供等を行い、職員の安全管理意識を高める場としています。

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



2 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22日	1 今年度安全管理部門の主な事業計画について 2 医療事故予防マニュアル第3版の全職員への配付について 3 昨年度からの継続審議事項について 同姓同名患者対策 今年度人工呼吸器教育・研修プロジェクトの企画および活動 信仰上の理由による輸血拒否患者に対する対応基準 肺塞栓症対策 併用禁忌薬 剤の安全対策 等
第2回	5月27日	1 院内におけるクリティカルパスの取り組み 2 5月リスクマネージャー会議報告と今後の予定 3 今年度看護部安全管理講習会計画 等
第3回	6月10日	1 5月リスクマネージャー会議報告 2 5月インシデント報告状況、インシデント事例検討 3 事故予防週間(1月)に向けての自己点検実施 4 学生からインシデント報告の受理と試行 等
第4回	6月24日	1 インシデント事例検討後の報告(5月分) 2 「患者の権利と安全の確保」について 3 顎口腔領域の手術を行う場合の「注意事項1・2」の成文化(平14.6.15改訂)について 4 「信仰上の理由により輸血を拒否する患者に対する対応基準」(改訂案)について 5 患者確認の浸透度の調査(患者確認)について 等
第5回	7月8日	1 看護部の「患者確認の徹底に向けた取り組み」について 2 院内におけるクリティカルパスの取り組み 3 「肺塞栓症対策」検討プロジェクト発足について 4 創傷(褥瘡等)予防・対策に関するマニュアル作成について 5 アクシデント・インシデント報告について 等
第6回	7月22日	1 CVルート挿入時の管理(含む閉塞時の対処)について 2 医療事故予防マニュアル活用アンケート結果 3 手術を受ける子どもの移送に関する提案事項について 4 6月インシデント報告状況および事例検討 等
第7回	9月9日	1 CVルート挿入時の管理 (中心静脈カテーテルに関する事故予防マニュアルへの追加事項の検討) 2 手術を受ける子どもの移送について 3 7・8月インシデント報告状況 4 周術期肺塞栓症対策マニュアル(案)について 5 第1回診療録の書き方検討委員会開催(9/4)と講演会の案内 6 《患者相談窓口》の設置について 等
第8回	10月28日	1 平成14年度の医療安全週間(厚労省主催)について 2 附属病院医療安全週間(1月)のテーマと日程について 3 周術期肺塞栓症対策マニュアル(案)に沿った試行について 4 9月インシデント報告状況 等
第9回	11月11日	1 厚労省による特定機能病院対象監視指摘事項について 2 医療法規則一部改正の省令通知について (特定機能病院における安全管理のための体制の確保) 3 周術期肺塞栓症の予防対策について 4 ハパリン生食ロックについて 等
第10回	12月16日	1 院内講演会報告 2 ヘパリン生食キット使用上の運用基準について 3 診療録書き方検討委員会からの報告 4 医療安全週間 講演会と報告会、職場総点検の実施について 等
第11回	1月27日	1 院内講演会報告 2 周術期肺塞栓症の予防対策について 3 オカレンス報告システム(第2分科会検討テーマ)に対する意見について 4 医療安全週間 職場総点検・全職員へのアンケート結果 等
第12回	2月24日	1 第1回附属病院クリティカルパス大会開催について 2 周術期肺塞栓症対策マニュアル試行結果の評価と改善について 3 施設内における薬剤管理に関する病院長通知について 4 診療録記載マニュアル作成とリスクマネージャーによる内容評価状況 (診療録書き方検討委員会) 等

第13回	3月10日	1 3分科会報告 活動の成果を実践への反映について 2 クリティカルパス 次年度の院内全体のの本格的な取り組みに向けて 3 周術期肺塞栓症対策マニュアル(案)の試行結果 プロジェクトの評価結果と改定案(最終案)について 4 インスリンU 100規格統一への安全な切換え実行プロジェクト」の活動について 5 医療安全管理指針改訂版の発行について 等
第14回	3月24日	1 周術期肺塞栓症予防マニュアル(案)の最終(修正案)について 2 次年度リスクマネージャー会議分科会の検討課題について 3 持参薬の取り扱いと確認方法について 等

センター病院

開催日		主な議題
第1回	4月8日	1 インシデント報告(3月分)の検討 2 抗生物質の初回使用時の皮内反応について 3 手術・麻酔等同意書の書式について
第2回	5月13日	1 インシデント報告(4月分)の検討 2 当直医について 3 安全管理巡回について 4 手術・麻酔の同意書について
第3回	6月10日	1 インシデント報告(5月分)の検討 2 安全管理マニュアルの作成について 3 オーダー時の3文字入力について 4 抗生剤初期使用時の注意事項について
第4回	7月8日	1 インシデント報告(6月分)の検討 2 安全管理マニュアルについて 3 抑制初期アセスメントシートについて 4 医療事故公表判定委員会報告について
第5回	8月12日	1 インシデント報告(7月分)の検討 2 肺塞栓予防について 3 造影剤を使用する検査説明書について 4 暴力行為(DV)について 5 安全管理マニュアルについて
第6回	9月9日	1 インシデント報告(8月分)の検討 2 当直医師のあり方について 3 安全管理マニュアルについて 4 指示表に関する現状と問題について 5 クリニカルパス作成状況について
第7回	10月7日	1 インシデント報告(9月分)の検討 2 安全管理巡回報告 3 暴力行為への対応について 4 病状説明の対応について 5 勤務時間内の救急患者の受け入れについて
第8回	11月11日	1 インシデント報告(10月分)の検討 2 救命救急センターに搬送された患者さんの警察対応について 3 患者さんによる暴力行為への対応について 4 人工心肺使用時のチームワークについて
第9回	12月9日	1 インシデント報告(11月分)の検討 2 麻酔説明書について 3 安全管理マニュアルの改訂について 4 安全管理巡回について
第10回	1月6日	1 インシデント報告(12月分)の検討 2 造影剤同意書について 3 外来指示記録について 4 患者説明記録用紙について
第11回	2月10日	1 インシデント報告(1月分)の検討 2 指示表記入、指示受け時の約束事について 3 インスリン製剤切り替えについて 4 医療機器管理に関して 5 手術室での患者確認
第12回	3月10日	1 インシデント報告(2月分)の検討 2 安全管理巡回報告 3 病状説明用紙について

3 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	5月13日	1 平成14年度リスクマネージャー会議の運営（全体会議と分科会）について 2 平成13年度インシデント報告状況と改善事例について 3 部門リスクマネージャー活動報告 4 医療事故予防マニュアル（共通編）第3版の配付について 等
第2回	6月3日	1 「放射線フィルム管理改善実施」について 2 「肺塞栓症対策」に関する再調査とプロジェクト編成について 3 事故報道「点滴の塩化カリウム、直接注入」について（周知、再点検） 4 「指示票ルール」と「患者確認ルール」の徹底化に向けて 5 三分科会の編成、検討項目確認 第一分科会：アクシデント等発生時の院内システム等のあり方点検 第二分科会：オカレンス・レポートシステム導入検討 第三分科会：安全な化学療法実施に向けた院内標準づくり 等
第3回	7月1日	【全体会】 1 診療録記載上の注意について 2 医療器具の安全使用について報告 3 患者確認の徹底への呼びかけ 部署の実際例の紹介 患者確認の徹底の取り組み計画について 等 【分科会】 三分科会の活動方針策定 等
第4回	9月2日	【全体会】 1 クリティカルパス推進委員会(仮) 「肺塞栓対策」検討プロジェクト 診療録の書き方検討委員会(仮)の進捗状況報告 2 入院患者に対する患者識別バンドを用いての患者確認アンケート結果 3 講演会のお知らせ（主対象：医師） 「よりよい診療録記載のありかたについて(仮)」10月21日(月) 等 【分科会】 三分科会の検討内容確認 等
第5回	10月7日	【全体会】 医療関連ニュース（9月、10月より）解説 【分科会】 第1分科会： 事故発生時初期対応マニュアル作成 患者・職員相談窓口など相談システムの検討 第2分科会： オカレンスレポートシステムの導入検討「共同利用・中央部門オカレンス 報告書(案)」のアンケート実施 第3分科会： がん化学療法プロトコール等院内ルールについて確認 持参薬に関するアンケート実施について
第6回	12月2日	【全体会】 1 厚労省による特定機能病院対象医療監視指摘事項について 2 附属病院医療安全週間の企画内容について 3 報告：（3分科会、血液透析セミナー開催、褥瘡対策チームから） 6 ヘパリンNaロックのオーダについて 7 周術期肺塞栓症対策について 8 SOAPによる診療録記載と「診療録監査」の実施について 9 クリティカルパス講演会のお知らせ
第7回	1月20日	【全体会議】 1 医療安全週間 全体報告会&講演会報告 2 職場総点検（自己チェック）集計結果中間報告 3 安全管理に関する職場内会議実施の報告について〔診療科〕 4 リスクマネージャーによる診療録の記載内容評価について 【分科会】 三分科会
第8回	2月3日	【分科会】 ・三分科会の検討内容確認及び提案事項のまとめ
第9回	3月3日	【全体会議】 1 3分科会年間活動報告 2 診療録記載マニュアル（最終案）と診療録監査の試行実施について 3 周術期肺塞栓症予防マニュアル（案）試行実施期間を終えて 本格実施までの予定について 4 「安全管理指針」（事故予防マニュアル）改訂版の発行について 5 インスリンU 100規格統一への安全な切替実行プロジェクトの発足について 6 各部署活動報告（看護部、放部、ME）

センター病院

開催日		主な議題
第 1 回	4月15日	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者間違いについての注意喚起 2 患者情報の管理適切化について 3 リスクマネジメントの実践について
第 2 回	5月20日	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者間違いについて医師への注意喚起 2 院外処方箋発行時の注意（重複発行） 3 抗生剤の初回投与時の皮内テストについて 4 医療機能評価について 5 当直医師のアンケートによる当直医の役割を再度周知徹底
第 3 回	6月17日	<ol style="list-style-type: none"> 1 薬剤部による水剤ラベルの薬品名記載について 2 処方オーダー時に3文字以上で検索を推奨（ヒット率が高くなり入力ミスも減少する） 3 患者の安全確保について（誤認の防止策とエビデンス）
第 4 回	7月15日	<ol style="list-style-type: none"> 1 化学療法のプロトコルの意義再確認 2 患者誤認対策としてIDカードへ顔写真の導入について 3 入院患者アンケート調査結果報告
第 5 回	9月17日	<ol style="list-style-type: none"> 1 当直医の心得について 2 指示表に関する現状と問題点について 3 ネームバンドへのID番号記載の徹底について 4 薬剤アレルギー情報の記載とオーダー入力の際の確認の徹底
第 6 回	10月15日	<ol style="list-style-type: none"> 1 保険会社の医師訪問は運営課で対応 2 指示表に2×、3×の記載がみられるので3回に分けての様に記載するよう注意 3 安全管理巡回報告 4 21世紀の医師憲章について 5 医療過誤を防ぐための20のヒント
第 7 回	11月18日	<ol style="list-style-type: none"> 1 手術や検査の変更は当該部署に確実に連絡を取ることの徹底 2 MR室入室時は金属に注意すること 3 病院機能評価に向けて
第 8 回	12月16日	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者誤認への注意喚起 2 当直医・オンコール医師の役割の再確認 3 入院患者アンケート調査結果報告
第 9 回	1月14日	<ol style="list-style-type: none"> 1 職員が安全管理の認識を正しく持つようリスクネージャーからの徹底を依頼 2 病院のホームページへのメール対応について 3 患者間違いの注意 4 オカレンスレポートの提出 5 当直医、オンコール医師の対応すべき事柄を整理
第 10 回	2月17日	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者に通常の治療過程から逸脱した経過が発生した際の病状説明用紙の検討 2 指示表記入、指示受け時の約束事（案）説明 3 ｲﾝｼﾞﾝ製剤についてお知らせ 4 入院患者アンケート調査結果報告
第 11 回	3月16日	<ol style="list-style-type: none"> 1 手術時の左右間違いを防ぐ、漢字を使用しない等の対策 2 研修医におけるｲﾝｼﾞﾝ・ｺﾐｭｰﾈｰｼｮﾝの取り方 3 安全管理巡回報告 4 安全管理講演会アンケート結果報告

4 安全管理研修の開催状況

附属病院					
研修区分	開催日	対象	参加数	時間	内容
新採用看護師オリエンテーション	4月10日	新採用看護師	100人	1.5時間	講義：安全管理体制と事故防止 講師：平林明美（安全管理担当）
平成14年度配転者対象局内研修	4月15日	局内配転者	50人	30分	講義：医療における「安全」と当院の取り組み 講師：井口博文（安全管理担当）
臨床研修医採用オリエンテーション	4月22日	14年度採用臨床研修医	90人	3時間	講義：医療安全管理と当院の取り組み インスリン・インシデント 講師：橋本迪生（医療安全管理学） 平林明美（安全管理担当） 森 保道（第三内科） 小杉三弥子（薬剤部） 鈴木はるえ（看護部）
人工呼吸器研修	4月26日	14年度採用臨床研修医	90人	5時間	）呼吸管理の基礎（2時間） ）呼吸管理の実際（3時間） 講師：岡崎薫医師、磨田裕医師、三浦真樹臨床工学技士、重症集中ケア認定看護師（土井祐子、稲葉桜）
人工呼吸器研修レベル	5月24日	看護職員	15人	2時間	講義、デモンストレーション
人工呼吸器研修レベル	6月21日	看護職員	14人	2時間	講義、デモンストレーション
医療安全管理研修会	7月1日	安全管理対策委員会委員 リスクマネージャー	80人	1時間	講義：米国における Incident / Occurrence / Accident Report と報告制度 講師：北川明人氏（東京海上MSKK）
安全管理実務研修	7月18日 7月19日	新規採用看護職員	100人	14時間	講義：与薬に関する事故発生時の対応方法 演習：輸液ポンプ。適切な輸液ルートと滴下調節 グループワーク：与薬における看護師の責任
安全管理講習会（公開講座）	8月28日	看護師・職員 リスクマネージャー	50人	6.5時間	講義：安全管理学概論 リスクマネジメント概論 講師：橋本迪生 鮎沢順子
安全管理講習会（公開講座）	8月29日	看護師・職員 リスクマネージャー	30人	6.5時間	講義：イベントレビューによる事例分析 医療におけるコミュニケーション 講師：山内桂子
安全管理講習会（公開講座）	8月30日	看護師・職員 リスクマネージャー	48人	6.5時間	講義：安全管理の実際・チーム医療 生命倫理 講師：平林明美 佐々木能章
安全管理講習会（公開講座）	9月9日	看護師・職員 リスクマネージャー	61人	3.5時間	講義：患者が医療に求めるもの 講師：辻本好子
安全管理講習会（公開講座）	9月10日	看護師・職員 リスクマネージャー	78人	6.5時間	講義：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) 看護師の役割と法的責任 講師：川村治子 北澤龍也
横浜市立病院 新採用者・転配者 研修	9月26日	新規採用職員 転配職員	100人	1.5時間	講義：医療におけるリスクマネジメント 講師：平林明美（安全管理担当）
人工呼吸器研修レベル	9月27日	看護職員	37人	2時間	講義、デモンストレーション、演習
医療安全研修会	10月21日	医師 職員	250人	2時間	講義：米国と日本のカルテの書き方の違い よりよい診療録記載のあり方 講師：松岡光生 只野寿太郎
人工呼吸器研修レベル	10月25日	看護職員	30人	2時間	講義、デモンストレーション
インスリン治療研修	10月29日	職員	70人	1.2時間	講義：インスリン・インシデントに関して 講師：医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師
医療安全研修会	11月18日	全職員	200人	1.5時間	講義：安全な医療の確保のために医療者が知っておくべき 法的側面 講師：高井佳江子弁護士

血液透析セミナー	11月27日	医師 看護師 薬剤師 臨床検査技師 臨床工学技師	60人	1.5 時間	講義：腎の動きと腎不全について血液透析療法の適応 基準・目的・原理ブラッドアクセス、ドライウェイト 病棟の透析看護のポイント 血液透析療法中の合併症とアクシデント 講師：平和伸仁医師（第二内科） 岩崎和子看護師（血液透析室） 奥山計子看護師（血液透析室） 並木陽明 臨床工学技士
クリティカルパス 講演会	12月6日	全職員	206人	1.5 時間	講義：クリティカルパスの活用目的医療連携も含めて 講師：野村一俊国立熊本病院整形外科部長
安全管理講演会	12月9日	リスクマネー ジャーおよび 職員	50人	1.5 時間	講義：オカレンス報告、他 講師：長瀬啓介（筑波大学附属病院 臨床医療管理部副部長）
医療安全週間 全体報告会と講演 会	1月16日	職員 学生	280人	2 時間	<報告会> 今年度の活動状況と今後の課題 リスクマネージャー分科会報告 <講演会> 『医師の技術評価とリスク管理』 講師：牧野永城医師
第1回附属病院ク リティカルパス大 会	2月28日	全職員	141人	2 時間	：「腹腔鏡下胆嚢摘出手術のCP」（二外・74病棟） ：「帝王切開術のCP」（産婦・62病棟） ：「内視鏡下副鼻腔手術のCP」（耳鼻・93病棟） ：「骨髄採取ドナーのCP」（一内・83病棟） ：「白内障手術のCP」（眼科・92病棟） ：「人工股関節全置換術のCP」

センター病院

研修区分	開催日	対象	参加数	時間	内容
新採用者研修	4月8、9 日	新採用看護師	98人	各 7.5 時間	講義：看護体制、教育プログラム、安全管理等 講師：折津副看護部長、石川看護師長、谷川看護師長、 十文字看護師長、尾形看護師長、井原看護師長他
臨床研修医採用オ リエンテーション	4月23～ 25日	14年度採用臨 床研修医	39人	各3 時間	講義：感染対策 安全管理 人工呼吸器研修 生命倫理及びE B M 講師：杉山病院長、山口集中治療部長、田中感染対策 委員会委員長、長谷川安全管理指導者 他
人工呼吸器研修	4月25日	14年度採用臨 床研修医	40人	3時 間)呼吸管理の基礎(1時間))呼吸管理の実際(2時間) 講師：山口集中治療部長、臨床工学技師他
安全管理講演会	5月29日	医師 その他	56人	1.5 時間	講義：リスクマネジメントの実際 講師：三宅祥三（武蔵野赤十字病院病院長）
看護技術研修 スキンケア	6月12日	新採用看護師	55人	3時 間	講義：皮膚のメカニズム、褥創ケアの実際 講師：E T・W O C 認定看護師 井口美奈枝他
看護技術研修 救急蘇生	7月5日	新採用看護師	93人	6時 間	講義：救急蘇生に関する基礎知識、必要な技術の実習 講師：救急看護認定看護師 鈴木久美子、山本多喜子 井原看護師長他
人工呼吸器研修	7月24	看護職員	56人	1.5 時間	講義：呼吸器装着中患者の管理 講師：集中治療部後藤正美医師
看護技術研修 輸血	9月2日	新採用看護師	54人	3時 間	講義：輸血管理、事故防止策等 講師：長谷川看護師長、中川聡美他
看護技術研修 CV介助、CVP	9月20日	新採用看護師	51人	3時 間	講義：挿入介助輸血管理、事故防止策等 講師：鈴木治美看護師長、下平由加看護師他

安全管理講演会	9月24日	研修医 若手医師 その他	56人	1.5 時間	講義：患者の視点から医療コミュニケーションを考える 講師：佐伯静子（東京SP研究会代表）
安全管理研修会	9月30日	職員全員	76人	2時 間	講義：病院での円滑な業務遂行のために 講師：院内職員
看護技術研修 心電図	10月7日	新採用看護師	85人	3時 間	講義：心電図モニター装着時の注意点 講師：牧内看護師長、河原春代看護師他
安全管理研修会	10月8日	職員全員	72人	2 時間	講義：病院での円滑な業務遂行のために 講師：院内職員
人工呼吸器研修	10月18日	看護職員	101人	1.5 時間	講義：動脈血液ガスの読み方、X-Pの読み方 講師：救命救急センター岩下真之医師
安全管理研修会	10月22日	研修医	52人	0.5 時間	講義：インシデントの考え方及び研修医から報告された 事例 講師：安全管理担当者
看護技術研修 ドレーン管理	10月25日	新採用看護師	65人	3時 間	講義：ドレーン管理の実際と基本的手順 講師：鈴木治美看護師長、下平由加看護師他
人工呼吸器研修	11月6日	看護職員	33人	1.5 時間	講義：呼吸器装着患者の看護ケアの実際 講師：救急認定看護師 山村多喜子
看護研修 災害看護	11月13日	看護職員	31人	3.5 時間	講義：災害時における看護職員の役割、災害マニュアル 講師：牧内看護師長、河原春代看護師他
看護技術研修 挿管時の口腔ケア	11月22日	新採用看護師	35人	3時 間	講義：気管内挿管中の口腔ケアに関連した知識について 講師：長谷川看護師長、中川聡美看護師他
安全管理講演会	12月4日	研修医 若手医師 その他	84人	1.7 時間	講義：医療事故を防ぐ9つの方法 講師：平山牧彦（日本医師会医療安全対策委員会 委員長）
安全管理講演会	12月20日	全職員	60人	1.7 時間	講義：医療事件事例から防止の視点を学ぶ 講師：長野展久（東京海上メディカルサービス）
医療シンポジウム	1月7日	全職員	100人	2 時間	講義：穿刺術の適応、手技と合併症 講師：国崎主税医師（消化器病センター） 山口修（集中治療部） 乾健二（総合外科） 轟之大（呼吸器内科） 竹林茂生（放射線部） 岩下真之（救命救急センター） 管野晃靖（心臓血管センター） 杉浦由美子（看護師長）
看護研修 心肺蘇生法	1月21日	看護職員	30人	1.5 時間	講義：心肺蘇生法の技術の習得 講師：救急認定看護師 鈴木久美子看護師長他
安全管理講演会	1月22日	全職員	54人	1 時間	講義：急性期病院における転倒・転落の予防と 患者の行動制限 講師：小宮山純（メディカルジャパン附属 老年医学研究所所長）
安全管理講演会	2月25日	全職員	74人	1 時間	講義：病院職員が知っておくべきプリオン病の知識 講師：金子清俊（国立精神・神経センター神経研究所）
安全管理研修会	3月3日	職員全員	57人	2 時間	講義：「当院のヒヤリハット事例から」経験を 共有するために 講師：院内職員

5 医療事故公表基準

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、患者さんと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と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。

6 医療事故公表判定委員会にかかる設置要綱

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附属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

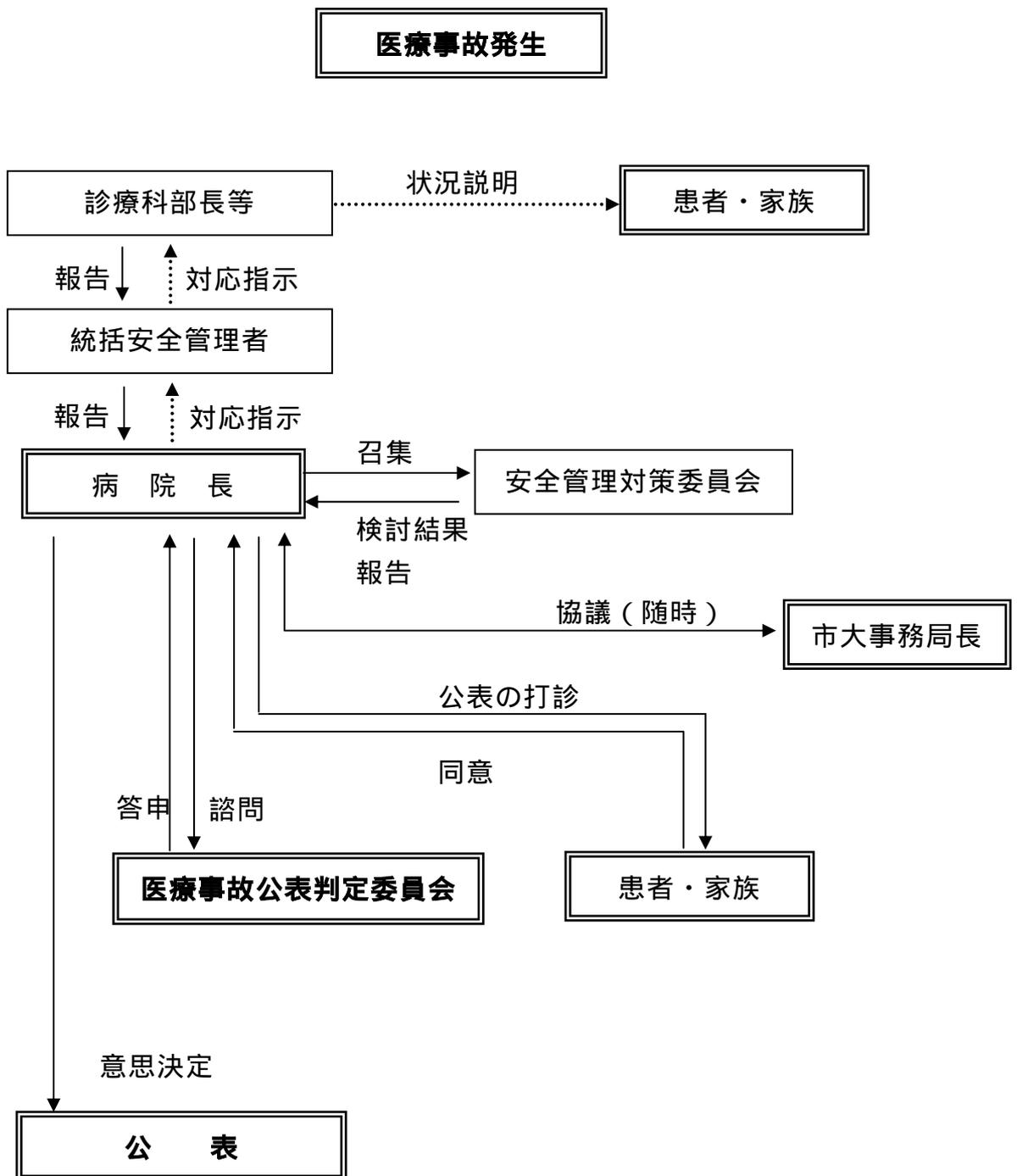
この要綱は、平成13年4月16日から施行する。

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
あさかわ あきこ 浅川 明子	神奈川県看護協会 会長
あまかわ たかのり 委員 長 大川 孝 則	横浜赤十字病院 病院長
いまい みつお 今井 三 男	横浜市医師会副会長 今井整形外科院長
しいの とくこ 椎野 恵 子	ランパスの会(病院ボランティアグループ) 代表
なかやま ひでゆき 中山 秀 行	本町中央法律事務所弁護士
ふ せ つとむ 布 施 勉	横浜市立大学 国際文化学部教授
ほさか ひろお 保坂 洋 夫	済生会横浜市南部病院 病院長
やながわ ちゅうじ 柳川 忠 二	神奈川県病院薬剤師会副会長 聖マリアンナ医科大学東横病院薬剤部部長

7 医療事故が発生した場合の公表までの標準的な流れ



8 入院患者アンケート（附属病院の例）

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 にシ点を付けてください）

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 にシ点を付けてください）

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 にシ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 にシ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 にシ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)