

しているものだが、使用する上での混乱や入力間違いはなかった。また都立松沢病院の集計と8病院の集計と比べても内容に大差はなかった。そのことから医療事故を集計する為の項目は、今回使用した都立病院で使用する統一フォーマットのインシデント・アクシデント・レポートで、十分カバーできると考えられる。しかし、以下の点で問題が生じているために、そのまま使用することは当面は控えることが望ましい。

① 事故の状況が不明である

チェック式であるために事故の詳細が不明確である。事故の分析には記述的な内容からの情報が必要であり、チェック式だけでは不十分である。都立松沢病院では詳細を把握するために、重要事例やアクシデントには「インシデント・アクシデント・レポート第2報」を使用している。今後はそのような制度を参考にしていきたい。

② その他に離院や自殺があるとぼやけてしまう

離院や自殺、暴力などは精神科の特徴的な事故ともいえるために、一般科を対象にしたレポート様式（都立病院で使用する統一フォーマットのインシデント・アクシデント・レポート）ではその内容が不明確となる。そのために離院や自殺などは別に項目立てて置くほうがよいと考える。

③ 対策に関連した情報がない

インシデント・アクシデント・レポートは事故情報だけを伝えるためのものなので、どのような対策をとったかという看護の内容を書き表すスペースがない。それだと肝心なその後の結果が見えてこないために、再発防止に向けた計画が思うように立てられなくなる。そのために対策を記載する欄を設けておく必要がある。

2 精神科における医療安全システムの稼働状況に関して

今回、全国規模で精神病院の医療安全システムが稼働状況を調査したが、結果で示すとおり、ほぼ例外なく医療安全対策委員会が設置されているのをはじめ、どの項目からも医療安全システムが稼働していることが確認できた。このような医療安全対策が積極的に推進されているという背景には、平成14年4月17日に厚生労働省・医療安全対策検討会議より報告された医療安全推進総合対策が大きく影響している。この医療安全推進総合対策により、委員会の設置や事故防止マニュアルの作成等が推進されたものとする。しかし委員会は設置されていても、それが実質的に医療事故防止につながっているという保障にはならない。事実、幾つかの施設から「常に事故の不安に悩まされている」「トップの協力が得られない」「相変わらず事故を起こした個人を責めている」などという苦情が寄せられている。医療安全システムが稼働しているかということは、リスクマネジメントシステムが効率的に運営されているということであり、起こった事故から何を学ぶかということでもある。委員会が設置されてすぐに事故の減少という結果を期待することは無理なことである。今は精神科を有する施設でもようやくリスクマネジメントを主体とする医療安全システムが稼働してきたところである。お互いに医療安全対策に関する情報交換を通して、精神病院（精神科病棟）における安全性を向上させる取り組みをしていかなければならない。

E. 結論

今回、精神科における医療安全対策の基礎的なデータを収集するために、精神科における医療事故データを、都立病院で使用

している統一フォーマットを用いて調査したものと、精神科における医療安全システムの稼働状況を評価するための調査を行った。前者からは、医療事故データの収集は、統一したフォーマットを使うことは有効であるということと、後者からは、全国の精神病院の医療安全システムは、どの項目からも稼働しているということなどが確認できた。ただ、医療安全システムが稼働しているからといってすぐに事故の減少という結果を期待することは無理なことである。今は精神科を有する施設でもようやくリスクマネジメントを主体とする医療安全システムが稼働してきたところである。お互いに医療安全対策に関する情報交換を通して、精神病院（精神科病棟）における安全性を向上させる取り組みをしていかなければならない。

F. 健康危機情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

【資料 2】

調査対象の概要

■ 設置主体

N = 808

設置主体	国	公的機関	社会保険関係	公益法人	医療法人
病院数	39	105	2	67	493
割合(100%)	4.8%	13.0%	0.2%	8.3%	61.0%
設置主体	学校法人	会社	その他の法人	個人	無回答
病院数	14	3	6	26	53
割合(100%)	1.7%	0.4%	0.7%	3.2%	6.6%

■ 精神科病床数

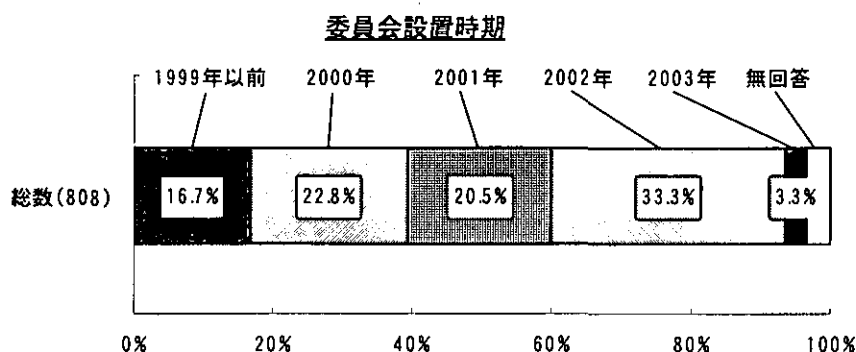
	100床未満	100～ 200床未満	200～ 300床未満	300床以上	無回答
病院数(808)	110	233	229	220	16
割合(100%)	13.6%	28.8%	28.3%	27.2%	2.0%

■ 病院種別

	単科	複数科	その他	無回答
病院数(808)	593	169	22	24
割合(100%)	73.4%	20.9%	2.7%	3.0%

【資料3】

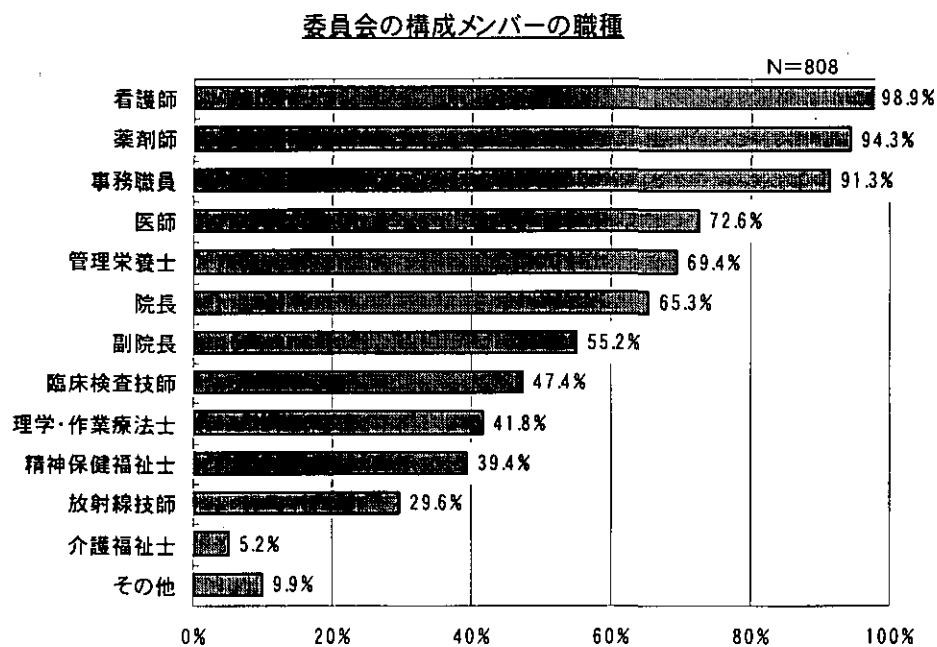
1. 医療安全対策委員会の設置状況



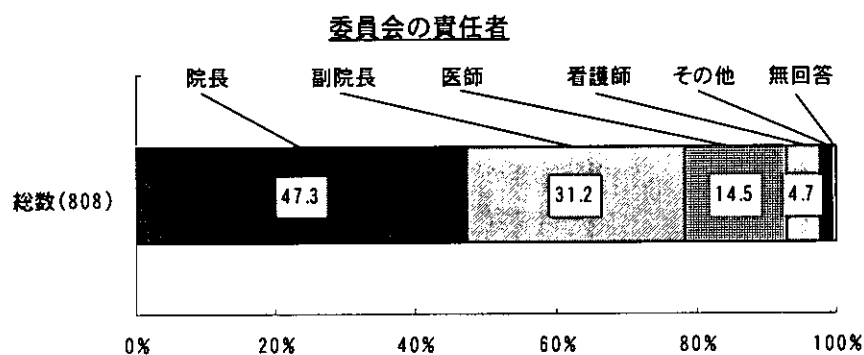
医療安全対策委員会（以下委員会）の設置状況について調査したところ、全ての施設が「設置している」と回答しており、ほぼ例外なく医療安全対策委員会が設置されているとみられる。

また、委員会の設置時期について調査したところ、2000年以降に設置しているところがほぼ8割を占めており、ほとんどの施設で、ここ数年の間に委員会が設置されている状況が窺われる。

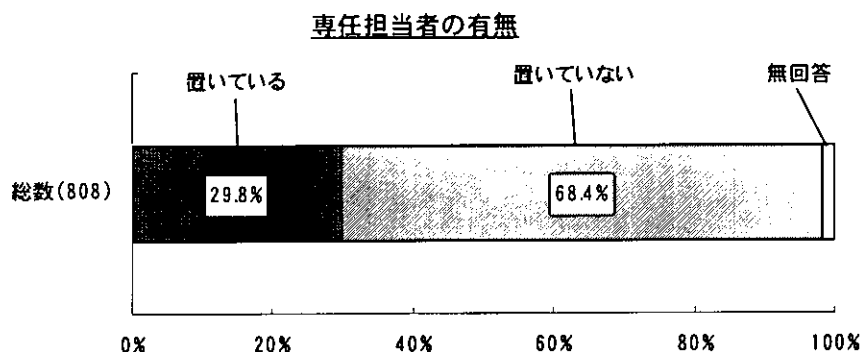
2. 委員会の構成メンバー



委員会の構成メンバーについて調査したところ、「看護師」「薬剤師」「事務職員」を挙げた施設の割合は、いずれも9割を超えている。これに「医師」(72.6%)、「管理栄養士」(69.4%)と続き、病院の代表者である「院長」を挙げたところは65.3%となっている。

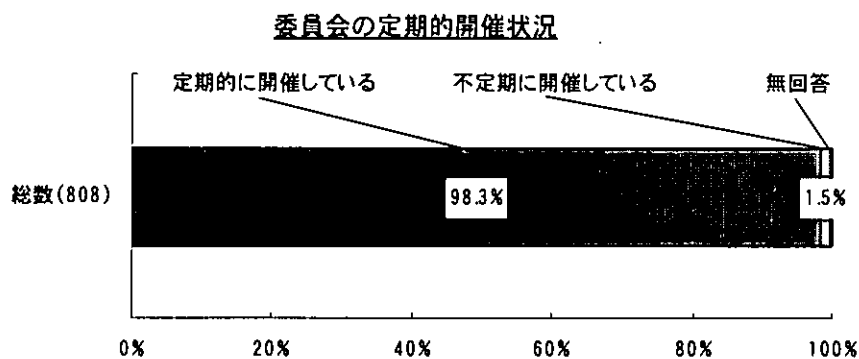


委員会の責任者についてみると、「院長」を挙げた施設の割合が最も高く、47.3%で半数近くを占めている。また、「副院長」が31.2%、「医師」が14.5%であり、9割以上の施設が、医師を責任者にしている。

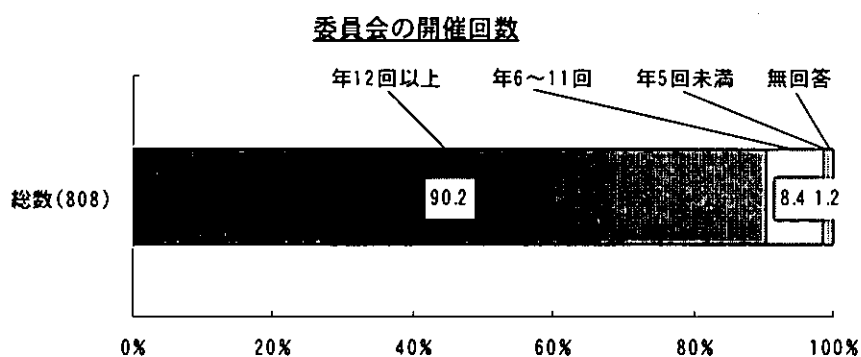


次に委員会の専任担当者の配置状況について調査したところ、「置いている」施設の割合はほぼ3割である。専任担当者の職種についてみると、専任担当者を置いている241施設のうち175施設(72.6%)が「看護師」と回答しており、専任担当者のほとんどが看護師とみられる。

3. 委員会の開催状況

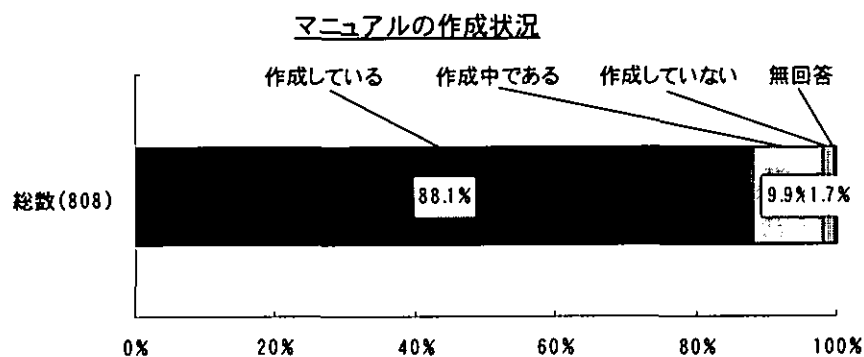


委員会の定期的開催状況について調査したところ、「定期的に開催している」施設の割合が98.3%を占めている。



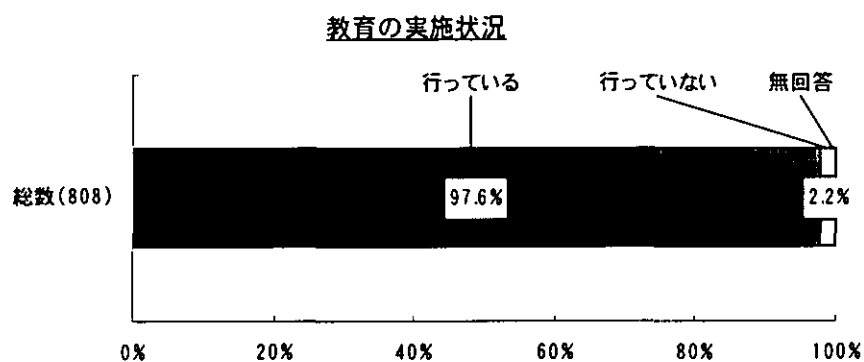
委員会の開催回数についてみると、「年12回以上」と回答した施設の割合が9割以上を占め、ほとんどの施設が月1回のペースで委員会を開催しているとみられる。

4. 医療事故の防止策や対応策をまとめたマニュアルの作成状況



マニュアルの作成状況について調査したところ、「作成している」施設の割合が9割近くを占めている。

5. 医療事故を防ぐことを目的とした教育の実施状況



教育の実施状況について調査したところ、「行っている」施設の割合が97.6%を占めており、ほぼ例外なく実施しているとみられる。

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
精神科領域における医療安全対策に関する研究
分担研究報告書

東北大学病院全体における医療安全の取り組み

分担研究者 松岡 洋夫 (東北大学大学院医学系研究科医科学専攻神経科学講座
精神神経学分野 教授)

研究要旨

東北大学病院では、1999年に医療事故防止対策委員会が設置されて以来、本格的に医療安全管理体制が整備されてきた。組織全体のシステム構築を目的に、看護師(看護師長と医師(講師)の各1名を専任のゼネラルリスクマネジャーとして配備した医療安全進室を中心に、その下にリスクマネジャー会議、インシデント審議部会、広報・教育会、マニュアル作成部会、標準化作業部会、訴訟等対応部会、褥瘡対策チームが統合された。さらに、医療事故防止に関する外部評価委員会等を設置した。

以上の組織をもって様々な取り組みがなされてきたが、効果的であったこととして

1) 医療安全取り組み宣言の会の開催、2) 医療安全に関する研修受講シールの発行
3) 複数の職種で形成したプロジェクトチームの結成、4) インシデントレポートにする具体的なフィードバック、5) QC(Quality Control)的問題解決法の普及、が挙げられる。

今後、2000名規模の病院職員に対してどのようにして医療安全の考えを周知徹底し持っていくか、そしてどのようにして多くの職種間での医療安全に関する意識差を是するかが重要な課題である。

A. 研究目的

精神科領域における医療安全対策の参考資料として、国立大学病院の中にあつて医療安全対策を積極的に行っている東北大学病院を例にあげて、病院全体としての医療安全の取り組みを紹介する。

B. 研究方法

①東北大学病院における医療安全に関する取り組みをまとめた論文(庄子ら2003)(資料1)、②東北大学病院医療安全推進室の平成15年度の資料、③平成16年1月22日

開催の職員研修「医療事故に学ぶ会」、④平成16年3月5日開催の職員研修「医療の質向上に関する活動報告会」での活動内容を中心にまとめた。なお、当院医療安全推進室の専任ゼネラルリスクマネジャーの梅澤昭子講師と庄子由美看護師長から資料提供および説明を受けた。また、今回の研究に関しては、当院医療安全推進室長の大内憲明副病院長の許可を得て行われた。

C. 研究結果

1) 医療安全管理体制(組織)

東北大学病院では1985年頃から看護部を中心に事故報告が行われていたが、本格的に医療安全管理体制が構築されたのは1999年以降である。主なものは、1999年には医療事故防止対策委員会、2000年には医療事故防止に関する外部評価委員会、2001年には、専任リスクマネジャー（看護師長）の配備、医療安全推進室の設置、2003年には医師の専任リスクマネジャーも配備され、現在の医療安全管理体制が整備されるに至った（庄子ら 2003）。

図1（庄子ら 2003）は当院における現時点での医療安全管理体制である。病院長の下、医療安全推進室を中心に、各種の会（リスクマネジャー会議、インシデント審議部会、広報・教育部会、マニュアル作成部会、標準化作業部会、訴訟等対応部会、褥瘡対策チーム）が統合されている。特に、東北大学病院では、医療安全推進室に専任看護師長に加えて専任医師（講師）をゼネラルリスクマネジャーとして配備している。専任医師をおいている国立大学病院はほかに数箇所しかなく、平成15年度に行われた大阪大学医学部附属病院および岡山大学医学部・歯学部附属病院による「医療事故防止のための相互チェック」でも、医師層への働きかけが強化されていると高い評価を受けた。

システム内における各機構間の連携も医療安全推進室を中心にまとまっている。各種会議で検討された具体的な問題や対策などが医療安全推進室会議でまとめられ、翌日には決定機構である医療事故防止対策委員会で最終決定される。医療事故が発生した場合は、医療事故調査委員会が開催され原因究明と対応等が決定される。さらに、東北大学病院の特徴として、年一回、外部評価委員会が設けられている。これは他の国立大学病院ではほとんど行われていないシステムである。

主要な会議の構成と開催頻度等は以下の通りである。

a. 医療事故防止対策委員会

病院長を委員長、医療安全推進室長（副病院長）を副委員長として、弁護士、診療科、看護部、薬剤部、医療安全推進室から18名と、オブザーバー5名で構成されている。月1回開催される。定例の議題は、医療安全推進室会議の報告（前日開催）、リスクマネジャー会議の報告（前日開催）、訴訟対応である。

b. 医療安全推進室会議

医療安全推進室の室長、副室長をはじめ各診療科・部門からとオブザーバーを含めて総勢28名で構成され、定期的に月1回開催される。医療安全にまつわる全ての議題を検討する。

c. リスクマネジャー会議

医療安全推進室、事務職員、各診療科などから副科長か副部長クラスの代表者、病棟および外来の看護師長など、総勢110名をこえる構成員で構成され、毎月1回定期的に開催される。

c. インシデント審議部会

月2～5回の頻度で開催され、報告されたインシデントについて医療事故かどうかの判定を行う。なお、当院ではアクシデントとインシデントについて報告レベルでは両者を分けずに、全てインシデントとして報告している。インシデントは9レベルに分かれている。現在は、医療コンピュータの端末から入力するようになっており、実際の入力項目などは、資料2の通りである。

平成14、15年度に関する具体的なインシデントに関しては、まず、インシデントの内容を多い順に挙げると、1) 処方オーダー・薬剤に関すること、2) 転倒・転落、3) チューブ・ドレイン管理、4) 検査に関すること、5) オーダー（処方以外）・指示・指示受け・申し送り、6) 医療

機器の使用・管理、7)手術オカレンス、8)処置に関すること、9)食事に関すること、10)治療に関すること、11)放射線部の撮影・検査・治療に関すること、その他少数の項目として、輸血に関すること、手術オカレンス以外、無断離院、誤嚥・誤飲、搬送・移送、患者・家族からのクレーム・トラブル、自殺・自傷、火傷・凍傷、血液浄化に関すること、滅菌に関すること、事務・施設・設備、リハビリに関すること、褥瘡、その他、であった。

ちなみに、精神科のインシデント報告(平成15年度分)を見ると、全科とそれほど差はなく、1)転倒・転落、2)処方オーダー・薬剤に関することが圧倒的に多く、次に3)オーダー(処方以外)・指示・指示受け・申し送り、4)食事に関すること、5)検査に関することであった。無断離院と自殺・自傷は少なかったが、リストカットなどの自傷については、病状の範囲内としてインシデントに加えていない場合がある。この扱いについては、医療安全推進室のスタッフとの議論が重要である。

次に、インシデントの当事者としては(全科)、看護師が圧倒的に多く(70-80%)、医師と臨床検査技師がそれぞれ5-10%、その他として、放射線技師、薬剤師、リハ技師、栄養士、臨床工学技師、事務職などが挙げられる。インシデントレベル(資料2を参照)としては(全科)、レベル2が50%弱、レベル3が30%弱、レベル1が10-20%、レベル4が5%、レベル5以上は合わせて数%であった。

d. 医療事故調査委員会

レベル8以上(資料2を参照)のインシデントなどに関して、事故かどうかの判定を適宜行う。

なお、事故の公表については、「国立大学附属病院における医療事故等の公表に関する指針(ガイドライン)」、対応については、

「全国国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会・事務部会による重大事故発生時の対応マニュアル及びチェックリスト(案)」が利用されている。

e. 東北大学病院医療事故防止に関する外部評価委員会

平成12年より、年一回年度末に開催されている。趣旨は、東北大学病院の医療事故の防止に関する安全管理および方策について、学外の有識者による点検および評価並びに提言を受けるためであり、病院長が委嘱したものがその任に当たっている。有識者は、(1)保健・医療行政に関し専門的知識を有する者、(2)法律に関し専門的知識を有する者、(3)病院の管理運営に従事する者、(4)看護について専門的知識を有する者、(5)その他委員会が必要と認めた者、で構成される。平成14年度から16年度は6名の委員が委嘱され、これに病院長、医療安全推進室室長(副病院長)、副室長(ゼネラルリスクマネジャー2名)、事務職員若干名が加わり開催されている。具体的な議題としては、平成16年度においては、「医療事故防止等対策マニュアルについて」、「インシデント報告について」、「医療事故防止のための相互チェックの結果について」、「病院立ち入り検査の結果について」、「医療事故防止対策委員会の活動状況について」、「医療安全推進室の活動状況について」、「リスクマネジャー会議の活動状況について」、「安全管理のための職員研修について」、「医療事故の概要について」などについて検討されている。

2) 医療安全の具体的活動

医療安全推進室が中心となり、医療安全に関して平成15年度に行われた具体的な活動をいくつか紹介する。

a. 安全管理のための職員研修

新採用者研修(3回/年)；「医療事故防止

について」など)、KAIZEN勉強会(事例分析演習)(月2回)、リンクナース研修(月1回)、研修医研修(2回/年;「医療訴訟について」、「医事紛争について」など)、看護実務研修(1回/年;「救急蘇生の応用について)、特別講演会(2回/年;「安全戦争に負けないために」、「医療の質向上には何が必要か」、「医療事故に学ぶ会」(1回/年)、医療の質向上に関する活動報告会(2回/年)である。

b. 医療の質向上に関する活動報告会

医療安全も含め医療の質を向上させるために各部署で検討された結果を報告する会である。参加者は看護職員が圧倒的に多いが、発表者には医師も少ないながら参加している。

平成16年2月20日に開催された報告会での具体的演題名は、「内服薬の誤薬防止」、「危険薬の誤投与防止」、「点滴・注射の誤薬防止」、「共通指示簿」、「内服薬の取扱いに関する取組み」、「手術部安全対策委員会活動報告」、「インスリン治療の安全管理」であった。

平成16年3月5日開催の報告会では、「衛生的手洗いの啓蒙活動への取組み」、「サーベイランスを用いた感染管理教育の試み」、「『院内感染予防のための環境清潔チェック表』作成と実践報告」、「中心・末梢静脈カテーテル留置マニュアル作成を試みて」、「消毒剤適正使用について」、「父親(夫)立会い出産を試みて」、「当院における褥瘡対策の現状と今後の課題」、「転倒転落防止マニュアル作成に向けて」で、最後の2演題は医師が発表した。

3) 医療安全管理体制をさらに効果的にするために

医療安全を向上させるための組織と実際の活動を紹介してきたが、実際には個人レベルの意識の向上なしにはすまない。こ

うした観点で、医療安全推進室が行ってきた実効をあげるための努力について紹介する。詳細は資料1(庄子ら2003)を参照されたい。

a. 医療安全取り組み宣言の会

大学病院の医療安全に対する取り組みを内外にアピールするために、平成14年1月29日に宣言の会を開催して、以下を宣言した。

医療安全取り組み宣言

1. 患者様・家族及び医療チームの相互の意志疎通を良好にし、患者様本位の医療の質と安全を追及します。
2. 医療の質と安全の確保はすべての職員の責務である事を自覚し、失敗に学び改善につなぐ文化を育みます。
3. 医療の質と安全を保障するためのシステムの構築を組織を挙げて行います。

これによって、インシデントレポートに対する意識が高まり、また会議での議論が活性化された。

b. 医療安全に関する研修受講シール

医療安全に関する研修受講シールを毎回発行し、各自のネームプレートに貼付することで、意識の向上がはかられた。

c. 複数の職種で構成されたプロジェクトチーム

例えば、「インスリン治療の安全管理」、「危険薬誤投与防止」を研究テーマとして、医師、看護師、薬剤師でプロジェクトチームを結成して、院内での使用法の標準化等をはかった

d. インシデントレポートに対する具体的なフィードバック

報告されたインシデントレポートを受けて、具体的な改善策を作成し、院内全体に対してそれをフィードバックした。

e. QC(Quality Control) 的問題解決法の

考え方の普及

患者本位の医療の質向上をはかる目的として、KAIZEN勉強会において質保証システムと組織的質管理のあり方のモデルを構築する試みを行っている。具体的には、プロジェクトチームが中心となり、危険予知トレーニング、事例分析方法、要因分析方法、対策立案方法、事例分析演習などを取り上げて複数の職種で検討している。

f. その他

広報活動を積極的に行っており、院内のコンピュータネットワークの利用や、医療安全推進室より“グラジオラス通信”(資料3)を発刊している。

D. 考察

平成15年度に行われた大阪大学医学部附属病院および岡山大学医学部・歯学部附属病院による「医療事故防止のための相互チェック」において、東北大学での医療安全の取り組みに関して、1) 医師の専任ゼネラルリスクマネジャーが存在しており、医師層への働きかけが強化されている、2) 医療事故相談窓口として、退職後の看護師長2名を配備している(本稿では取り上げなかった)、3) 医療安全推進室に2名の専任者の他に専門職種の人員を配置して有効にサポートしている、4) システムが良好に機能している、5) 外部評価委員会を設置している、6) 職員への啓発活動を活発に実施している、などが評価されていた。

一方、今後の課題としては、2000名規模の病院職員に対してどのようにして医療安全の考えを周知徹底しそれを維持していく

か、そしてどのようにして多くの職種間での医療安全に関する意識差を是正するかが重要であろう。さらに、医師に関しては、卒前教育、卒後臨床研修においても積極的に医療安全に関する教育を行う必要があるだろう。

E. 結論

庄子ら(2003)は、医療安全の本質を、「安全文化の醸成」ととらえ、単に組織、システムの整備ではなく、職員の意識向上とすべての職種をこえた組織横断的活動が重要であると指摘している。換言すれば、職員すべてが医療安全に関して相互に啓発しあうことが日常化し、それが共通認識(“常識”)となっていくことが本質なのだろう。

[文献]

庄子由美、梅澤昭子、星邦彦、根本建二、大内憲明：医療の安全文化をいかに醸成するか。医療マネジメント学会雑誌、4(3):445-449、2003

F. 健康危険情報

特記事項はない。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項はない。

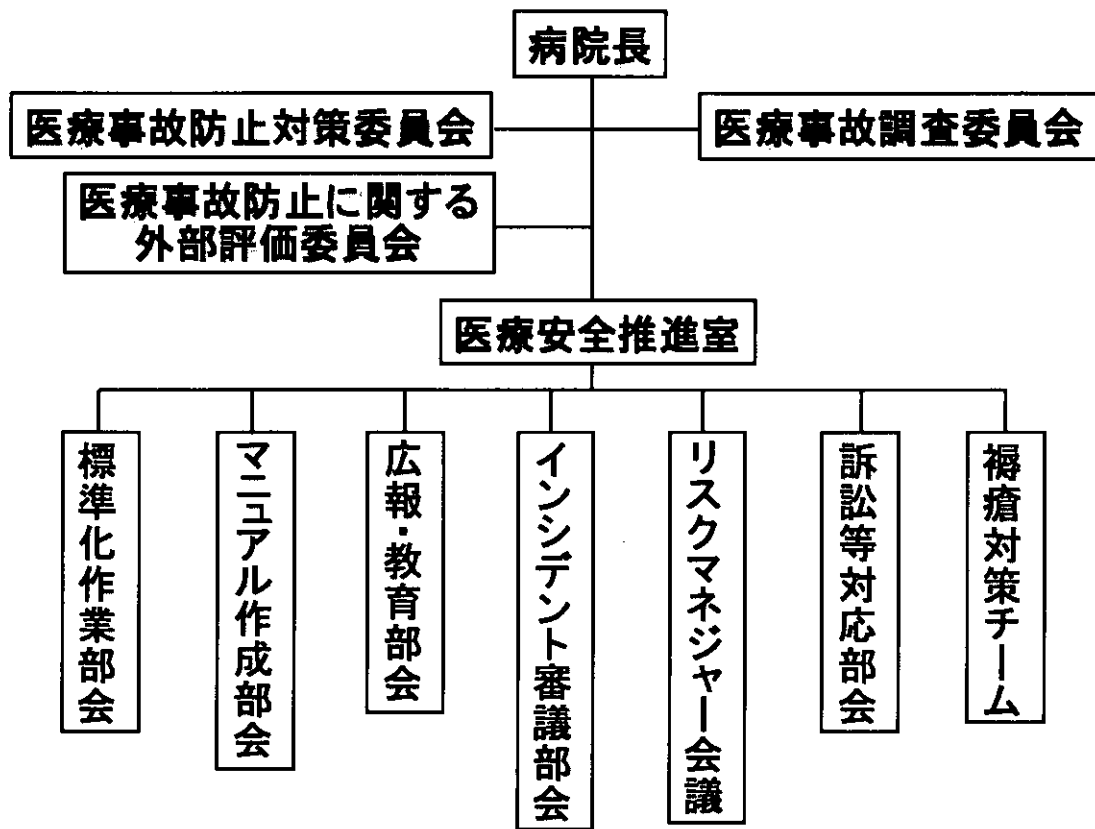


図1 東北大学病院における医療安全管理体制

20031032

P.55-59は雑誌に掲載された論文となりますので、目次をご参照ください。

資料 2

インシデント報告書（コンピュータ端末から入力）

●連絡事項：インシデントレポートを入力したら、入力したことを各部署のリスクマネージャーに報告し、要因と対策を話し合うようにして下さい。

●報告者

部署（※必須）

報告者氏名

いずれかをチェック；報告者が当事者である、報告者が発見者である

●いつ？

発生日時

●どこで？

発生場所

●だれが？

当事者氏名（ ） 当事者職種（ ） 年齢（ ）

経験年数（ 年目） 部署内経験年数（ 年目）

勤務状況（いずれかをチェック；深夜、日勤、準夜、当直、当直明け、その他）

業務状況（いずれかをチェック；超多忙、多忙、普通、余裕、その他）

身体的状況（いずれかをチェック；健康、疲労、睡眠不足、体調不良、眠くなる薬を服用していた、その他）

発生時の心理（いずれかをチェック；ルールを知らなかった、ルールを無視した、ルールを知っていたが、一部省略した、ルールを知っていたが、忙しくて守れなかった、ルールを忘れていた、集中力に欠けていた、思い込んでいた、気づかなかった、その他）

●だれに？

氏名（ ） 年齢（ ） 性別（いずれかをチェック；男、女）

診療科（ ） ID（ ） 病名（ ）

術式（ ） 手術（いずれかをチェック；定期、緊急） 手術予定時間（ ）

●なにを？

いずれかをチェック（1.オーダー（処方以外）・指示・指示受け・申し送り、2.処方オーダー・薬剤に関する事、3.治療に関する事、4.処置に関する事、5.検査に関する事、6.放射線部の撮影・検査・治療に関する事、7.医療機器の使用・管理、情報管理に関する事、8.患者・家族からのクレーム・トラブル、9.手術オカレンス、手術オカレンス以外、10.輸血に関する事、11.チューブ・ドレーン類管理、12.転倒・転落、13.誤嚥・誤飲、14.自殺・自傷、15.無断離院、16.食事に関する事、17.火傷・凍傷、18.褥瘡、19.搬送・移送、20.滅菌に関する事、21.リハビリに関する事、22.血液浄化に関する事、23.事務・施設・設備、24.その他

詳細（なにを・なぜ・どのように）←最大512文字まで＝8行程度（※必須）

●患者・家族への対応

- 患者の信頼度（いずれかをチェック；大きく損なう、少し損なう、あまり損なわない、わからない、その他）
- レベル（以下のいずれかをチェック）（※必須）
 - レベル1：エラーやその他のインシデントが起きたが、患者様に及ぶことを防げた
 - レベル2：エラーやその他のインシデントが起これ患者様に影響が及んだが、健康被害はなく対応を必要としなかった
 - レベル3：健康被害はないか、あっても一過性であり、様子観察や簡単な検査を必要とした
 - レベル4：軽度の健康被害が生じた（消毒・縫合等の処置や侵襲が加わる検査を必要とした等）
 - レベル5：中等度の健康被害が生じた（胸腔ドレナージ等中等度の処置や治療を必要とした等）
 - レベル6：重度の健康被害が生じた（手術等濃厚な処置や治療を必要とした、入院日数が延長した等）
 - レベル7：生命の危険はないが、患者様に後遺症が残る可能性が高いと考えられた
 - レベル8：生命維持のための治療を必要とした
 - レベル9：死亡した
 - その他
- リスクマネジャー欄
コメント（ ）
- 医療安全推進室欄
コメント（ ）



グラスオラス通信 No.8



医療安全推進室
TEL : 7561 FAX : 7562
e-mail: safety-office@umin.ac.jp

平成14年11月29日の医療安全取り組み宣言以来、インシデント報告が増加してきており、皆様と意識の向上とご協力に感謝を申し上げます。その一方、各診療科へのインシデントの定義の浸透はまだまだ不十分のようです。そこで、今回は初心に帰って医療安全管理協議会のガイドラインを改めてお知らせしたいと思います。

NEW!
ご意見をお寄せ下さい

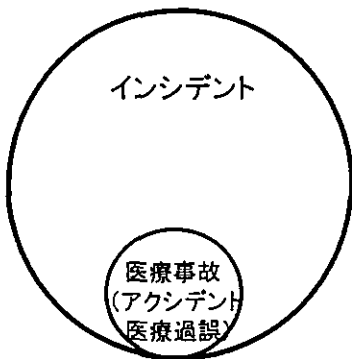
＜インシデントレポートで報告すべき範囲＞

国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会のガイドラインによる(H14.10.31)

対象	対象外
<p>① 患者様に傷害が発生した事象 (ただし、右欄に掲げる事項を除く)</p> <p>② 患者様に傷害が発生する可能性があった事象</p> <p>③ 患者様やご家族からの苦情 (医療行為に関わるもの)</p> <p>※ 上記①、②に含まれるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療用具(医療材料や医療機器)の不具合 ・ 転倒、転落 ・ 自殺、自殺企図 ・ 無断離院 ・ 予期しない合併症 ・ 発見、対処(処置)の遅れ ・ 自己管理薬の服薬ミス ・ 患者様の針刺し <p style="text-align: right;">など</p>	<p>① 院内感染</p> <p>② 食中毒</p> <p>③ 職員の針刺し</p> <p>④ 暴行傷害(事件)、窃盗盗難(事件)</p> <p>⑤ 患者様やご家族からの苦情 (医療行為に関わらないもの)</p> <p>※ 上記については、別途報告システムが整備されている(整備する)。</p> <p>* 当院では、①②③は感染管理室へ報告 ③はエビネット報告を行なう ④は警務員室及び管理課施設管理掛へ報告 ⑤は医事課及び医療相談室へ報告</p>

＜言葉の定義＞

国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会のガイドラインによる(H14.10.31)



1. インシデント
 - ・ 報告のあった全ての事象を「インシデント」とする。
2. 医療事故
 - ・ インシデントのうち、①「医療側に過失があり」、②「患者様に一定程度以上の傷害があり」、③「①と②に因果関係がある」ものを「医療事故」とする。
 - ・ 「一定程度以上の傷害」は、レベル6以上とする。
 - ・ アクシデント、医療過誤も同義(医療事故)とする。

＜インシデントのレベル＞ 東北大学インシデントレポートシステム

<p>レベル1: エラーやその他のインシデントが起きたが、患者様に及ぶ事を防げた。</p> <p>レベル2: エラーやその他のインシデントが起こり患者様に影響が及んだが、健康被害はなく対応を必要としなかった。</p> <p>レベル3: 健康被害はないが、あっても一過性であり、様子観察や簡単な検査を必要とした。</p> <p>レベル4: 軽度の健康被害が生じた。(消毒・縫合等の処置や侵襲が加わる検査を必要とした等)</p> <p>レベル5: 中等度の健康被害が生じた。(胸腔ドレナージ等中等度の処置や治療を必要とした等)</p> <p>レベル6: 重度の健康被害が生じた。(手術等濃厚な処置や治療を必要とした、入院日数が延長した等)</p> <p>レベル7: 生命の危険はないが、患者様に後遺症が残る可能性が高いと考えられた。</p> <p>レベル8: 生命維持のための治療を必要とした。</p> <p>レベル9: 死亡した。</p>
--