

も問題が生じていることが分かった。

それらの問題は、主に、以下の2つの種類に分類できると考える。

- ① 是正・予防処置プロセス、ツールの未整備による問題
- ② 安全管理システム運営上の問題

①のプロセス、ツールの未整備による問題とは、例として一部の検証項目や周知徹底方法の未整備などが挙げられる。現状では、このようなシステムとして未整備な部分は、人の能力に大きく依存する形でシステムが運用されている。しかし、人の能力はバラつきがあるため、システム運用の結果にもバラつきが生じ、不安定な運用となってしまう。したがって、今後はそのような人の能力に大きく依存している部分に対して、システムによる質保証を行っていく必要がある。

また、②の運営上の問題とは、システム運営のためには、どのように適切に人を配置、教育していくかということである。現状では、システム運営に際して、例えばSMや分析組織メンバーには、どのような権限や能力が必要かなどは明確に示されていない。したがって、本来必要である能力に関しても、満たしていないメンバーが存在し、そこへの分析手法の教育なども行われていない。したがって、今後はシステム運営に必要な管理体制を設計し、その質を保証する教育の体系が必要となる。

2.7.2.2 安全管理システム導入推進モデルの設計

他病院への安全管理システムの導入を考えた場合、以下の2つが重要であると考えられる。

- ① 医療の質・安全に関する文化の醸成
- ② 運営に必要な人の質保証

①は、安全管理システム導入上の土台となるものである。本研究で提案システムを導入したA病院では、2001年にISO9001を取得するなど、以前から質向上活動が行われており、質・安全に対する文化はある程度醸成されていた。そのため、導入に際しても、その点に関する阻害要因などはなかった。しかし、医療界において質向上活動は、先進的な一部の病院を除いて、多くの病院ではまだ十分な理解はなく、そのような文化も存在しない。そのような病院において、安全管理システムの導入を行う際には、未成熟な文化によって導入が阻害されるであろう。したがって、どのように質・安全の文化を創りあげていくかが重要な課題となる。

また、②は2.7.2.1で課題として挙げた教育体系の整備を行い、それを新たな病院へ導入していく際に、どのような形で教育を行っていくかの設計が必要となる。

他病院への安全管理システムの導入に際しては、以上の①、②を考慮した導入推進モデルを設計し、実際に導入・運用を行うことが、今後重要な課題となる。

2.7.2.3 ナレッジマネジメントのためのデータベース設計

安全管理システムの運用によって、多くの事故に関する情報が得られる。具体的には、事故の概要から始まり、その要因、分析・対策立案の結果、対策実施後の効果などである。

従来、多くの病院では、模索的に改善活動が行われていたため、このようにシステムとして系統的に事故に関するナレッジが得られることは、非常に有益なことである。

しかし、現在のシステムでは、そのような有益なナレッジの有効活用には至っていない。これは、ナレッジの再利用において、どのように活用していくか、どのように蓄積していくかの仕組みがないためである。

したがって、今後は安全管理システム内に、ナレッジの再利用を目的としたデータベースを作成していくことが重要な課題となる。

2章の参考文献

- [1] 長谷川敏彦ら(2004):“病院内総合的患者安全マネジメントシステムの構築に関する研究”, 厚生労働省科学研究総括研究報告書
- [2] 木村允和ら(2005):“医療安全管理システムに関する研究”, 品質管理学会第35回年次研究発表会要旨集, 45-48
- [3] 中田かおりら(2004):“医療事故の全国的発生頻度に関する研究における有害事象の判定基準について”, 「病院管理」, 41(4), 263-275
- [4] 飯塚悦功, 棟近雅彦, 住本守, 加藤重信(2002):「ISO9000 要求事項及び用語の解説」, 財団法人 日本規格協会
- [5] 医療事故防止ビデオ製作委員会(2003):「医療事故防止ビデオ~附録 医療事故防止マニュアル~」, (株)安井電子出版
- [6] 医療の質用語辞典編集委員会(2005), 「医療の質用語辞典」, 日本規格協会
- [7] 岩澤健次(2005):“与薬業務のプロセスに着目した事故分析手法に関する研究”, 早稲田大学修士論文
- [8] 上原鳴夫, 黒田幸清, 飯塚悦功, 棟近雅彦, 小柳津正彦(2003):「医療の質マネジメントシステムー医療機関における ISO9001 の活用」, 日本規格協会
- [9] 河野龍太郎(2004):“医療におけるヒューマンエラー” , 医学書院
- [10] 川村治子ほか(2000):「厚生科学研究費補助金平成11年度医療評価総合研究事業総括報告書 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」, 13-31
- [11] 久米均(1997):「TQM 推進のための手引き」, 日本規格協会
- [12] 国立大学医学部附属病院長会議編(2001):「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて[提言]」, 日総研出版
- [13] 財団法人 日本医療機能評価機構(2004):「病院機能評価 統合版新要求項目 Ver.5.0 解説集」, 財団法人 日本医療機能評価機構
- [14] 財団法人 日本医療機能評価機構 HP, <http://www.jcqh.or.jp/html/index.htm>
- [15] 堺秀人(2001):「東海大学医学部附属病院のインシデントレポート」, <http://www.u-tokai.ac.jp/hospital/fuzoku/index.html>
- [16] 四病院団体協議会医療安全管理者養成委員会(2005):「医療安全管理者必携医療安全管理テキスト」, 日本規格協会
- [17] 高柳和江(2002):「よくわかる患者安全管理」, 日総研出版
- [18] 徳久哲也(2005):“医療事故防止における医療安全管理者の役割に関する研究”, 早稲田大学修士論文
- [19] 中田かおりら(2004):“医療事故の全国的発生頻度に関する研究における有害事象の判定基準について” , 「病院管理」, 41(4), 263-275
- [20] 中島和江, 児玉安司(2000):「ヘルスケアリスクマネジメント」, 医学書院
- [21] 中條武志, Timothy G. Clapp, A. Blanton Godfrey(2005):「医療におけるエラープルーフ化」, 品質 Vol.15 No.1 pp.41-50
- [22] 西澤喜代子ら(2004):「長野赤十字病院における医療安全対策の取り組み-全職員の意識改

革を目指して-」，看護実践の科学，vol.29，29-41

[23] 日本看護協会(2000)：「組織でとりくむ医療事故防止」，日本看護協会出版会

[24] 長谷川敏彦ら(2004)：“病院内総合的患者安全マネジメントシステムの構築に関する研究”，厚生労働省科学研究総括研究報告書

[25] 細谷克也(2001)：「品質マネジメントシステム要求事項の解説」，同友館

[26] 細谷克也ら(2002)：「品質経営システム構築の実践集」，日科技連

[27] 棟近雅彦(2003)：「医療ケアにおける質管理～インシデントレポートの分析～」，「月刊薬事」，45(2)，97-103

[28] 棟近雅彦(2003)：「医療ケアにおける質管理～改善のための重要な考え方～」，「月刊薬事」，45(1)，91-98

[29] 棟近雅彦(2003)：「医療ケアにおける質管理～標準化と改善～」，「月刊薬事」，45(3)，93-98

2章の付録

付録1 事故報告関係書類

様式-1-1

月	番号	影響度(確定)	ヒアリング	報告日	月	日
				推進室レビュー日		

即時報告レポート

① インシデント関連データ		記入例はハンドブックのp.39~p.42を参照にしましょう。		分類コード番号	-
発生日時:	年 月 日 () 時 分	発生部門:	部署:		
発見日時:	年 月 日 () 時 分	報告者:			
患者ID:	歳	診療科:	患者区分:	入院病棟:	
病名:	当事者:	実務年数:	勤務帯:		

② 予定と異なる点		上段には指示されていた内容を、下段には実際に行った内容を記入しましょう。			
A) 与薬プロセス					
	氏に	を	に	予定	
	<患者ID>	<薬品名・検査名>	<薬品量(単位)・検査部位>	<実施時刻・時間帯>	<実施方法など>
	氏に	を	に	した	
	<患者ID>	<薬品名・検査名>	<薬品量(単位)・検査部位>	<実施時刻・時間帯>	<実施方法など>
B) 与薬プロセス以外					
例)患者Aにモノ(薬, 保険証など)を渡す 予定が					
例)患者Aの名前を呼び出したところ、近づいてきた患者Bにモノ(薬, 保険証など)を渡してしまった					

患者さま身体への影響度	発生要因
患者さま信頼損失度	

発見の状況とその後の対応	発見時の状況と患者さまへの対応処置を記入しましょう。

内容は業務フローに従って5W1Hで記載する ミスをした業務番号

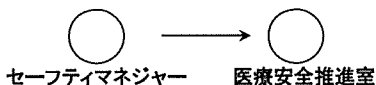
③ 業務の流れを振り返る		実際の業務の流れをできるだけすべて埋めるようにして記入しましょう。	
	標準プロセス(または想定したプロセス)	実施プロセス	エラー
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			

図 A-1 即時報告レポート

④-1 モデル図 すべてを埋める必要はありません。みんなで話し合っ て作成しましょう。			
分析会出席者: _____	開催日: 月 _____ 日 _____ 所要時間: _____ 分		
正しい情報源: 正しい指示・情報: 誤った情報源: 誤った指示・情報:	<div style="float: right; font-size: small; margin-bottom: 10px;"> → 正しい情報・モノ・作業 - - - - - 誤った情報・モノ・作業 x 実際は行われなかった 正しい情報・モノ・作業 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;"> 正しいモノ: 正しいモノの保管場所: 誤ったモノ: 誤ったモノを取ってきた場所: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">○</div> </td> <td style="width: 40%; padding: 5px; vertical-align: top;"> 誤った作業: </td> </tr> </table>	正しいモノ: 正しいモノの保管場所: 誤ったモノ: 誤ったモノを取ってきた場所: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">○</div>	誤った作業:
正しいモノ: 正しいモノの保管場所: 誤ったモノ: 誤ったモノを取ってきた場所: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">○</div>	誤った作業: 		
④-2 誤りのあったプロセス 情報 モノ 作業 ○			
④-3 誤った内容 [「指示を見落とした」などを記入。] ④-4 当事者以外の誤った内容 [他者や他部門の誤った内容を記入。]			
⑤ 部門の手順とローカルルール [自部門で決められている手順と暗黙の了解となっているルールを記入しましょう。]			
⑥ プロセスの問題点 [自部門の問題点だけでなく、他部門との連携の面でも問題点を挙げましょう。]			
⑦ 事故に気付いた状況 [事故に気付いた状況を記入しましょう。 誰がどのような作業中に? なぜ気が付いたのか?			
⑧ 対策 [「確認の徹底」などは避け将来的に可能な対策も挙げてみましょう。]			

(注)この報告書を提出したことによって不利益をうけることはありません。速やかに提出してください。

図 A-2 POAM シート



月	番号	重症度	入万済
記入日:		月	日
受取日:		月	日

インシデントシート(転倒転落用)

分類コード番号 04

① インシデント関連データ	
発生日時:	年 月 日() 時 分 発生部門 部署
患者ID:	歳 病名: 入院年月日: 年 月 日
報告者:	勤務年数: 年 ヶ月 当該所属歴: 年 ヶ月 勤務帯:
② 転倒・転落時の状況のチェック	
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落[<input type="checkbox"/> ベッドから <input type="checkbox"/> 椅子から() <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 不明	
1. 転倒の既往	<input type="checkbox"/> 初めて転倒転落した <input type="checkbox"/> 転倒転落したことがある(回)
2. 発生場所	<input checked="" type="checkbox"/> 病室[<input type="checkbox"/> ベッドサイド <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他()] <input checked="" type="checkbox"/> 病室外[<input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 不明
3. 発生動機	<input type="checkbox"/> 食事・飲水 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
4. 発生時行動	<input type="checkbox"/> 周辺に手を伸ばした <input type="checkbox"/> 座ろうとして <input type="checkbox"/> 立ちあがろうとして <input type="checkbox"/> からだを起こそうとして <input type="checkbox"/> 歩行中 <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> その他()
5. 発生状況(患者)	<input type="checkbox"/> ふらついて <input type="checkbox"/> 滑って <input type="checkbox"/> ぶつかって <input type="checkbox"/> バランスを崩して <input type="checkbox"/> つまづいて <input type="checkbox"/> その他()
6. 発生状況(環境)	<input type="checkbox"/> 暗い <input type="checkbox"/> 床がぬれていた <input type="checkbox"/> 滑りやすい床材 <input checked="" type="checkbox"/> 履物(<input type="checkbox"/> 靴 <input type="checkbox"/> スリッパ) <input type="checkbox"/> 敷物 <input type="checkbox"/> ぶつかったもの() <input type="checkbox"/> つまづいたもの()
7. その他	<input checked="" type="checkbox"/> 同居者[<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 他の医療従事者() <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし] <input checked="" type="checkbox"/> ナースコールが押せる位置にあったか(<input type="checkbox"/> 転倒転落前 <input type="checkbox"/> 転倒転落後) <input checked="" type="checkbox"/> 落下場所から床までの高さ(cm) <input checked="" type="checkbox"/> ベッド欄間 (<input type="checkbox"/> 狭い <input type="checkbox"/> 広い) <input checked="" type="checkbox"/> ベッド欄 (<input type="checkbox"/> 4ヶ所 <input type="checkbox"/> 3ヶ所 <input type="checkbox"/> 2ヶ所 <input type="checkbox"/> 1ヶ所) <input checked="" type="checkbox"/> 離床センサー(<input type="checkbox"/> 可動している <input type="checkbox"/> 可動していない <input type="checkbox"/> 設置していない <input type="checkbox"/> センサーがなかった)
8. 転倒後の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 外傷[<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 縫合切創 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳出血・硬膜下出血 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他()] <input checked="" type="checkbox"/> 報告(<input type="checkbox"/> 医師へ 時 分 <input type="checkbox"/> 家族へ 時 分) <input checked="" type="checkbox"/> 検査[<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 骨X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他)] <input checked="" type="checkbox"/> 転倒直後医師の診察 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> カルテの記載 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
③ 後で資料から情報をとる内容 アセスメントシート、カルテなどを参考にチェックしましょう。	
1. 転倒時期	入院後(<input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上) 転棟後(<input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上) 移室後(<input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上)
2. 患者さまの状態	<input type="checkbox"/> 意識レベルに異常がある <input type="checkbox"/> 認知症の可能性はある <input type="checkbox"/> 自己の行動に対する自信がある <input type="checkbox"/> 強度の混迷・不穏がある <input checked="" type="checkbox"/> 歩行状態(<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖) <input checked="" type="checkbox"/> 装着物[<input type="checkbox"/> 点滴ライン <input type="checkbox"/> 閉鎖式ドレーン()]
3. 予防対策内容	<input checked="" type="checkbox"/> 説明・指導・同意(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> 表示(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> 評価(<input type="checkbox"/> あり 月 日 <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> 離床センサー(<input type="checkbox"/> ローご君 <input type="checkbox"/> おきた君 <input type="checkbox"/> まった君 <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> 防具装着[<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ヘルメット <input type="checkbox"/> プロテクター <input type="checkbox"/> マット)]
4. 薬剤	<input type="checkbox"/> 眠剤(<input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 頓用) <input type="checkbox"/> 麻薬(<input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上) <input type="checkbox"/> 向精神薬(<input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/> 8日以上 <input type="checkbox"/> 常用) <input type="checkbox"/> その他()

図 A-3 転倒転落用インシデントシート(その 1)

④ 転倒・転落後の位置関係図	
⑤ 問題	リスクの予測, 対策, 患者・家族への説明, 評価などでの問題点を抽出しましょう。
⑥ 対策	「確認の徹底」などは避け将来的に可能な対策も挙げてみましょう。

(注)この報告書を提出したことによって不利益を受けることはありません。速やかに提出してください。

図 A-4 転倒転落用インシデントシート(その 2)

＜即時ヒアリングシート＞

通し番号:

実施日:

対象者:

インシデントの具体的な内容

※即時報告によって自動的に埋まる

	標準プロセス	実施プロセス	エラー	エラータイプ	リスクファクター(要因, 誘因)						
					P	m	S	H	E	L	
①											
②											
③											
④											
⑤											
⑥											
⑦											
⑧											
⑨											
⑩											

図 A-5 即時ヒアリングシート

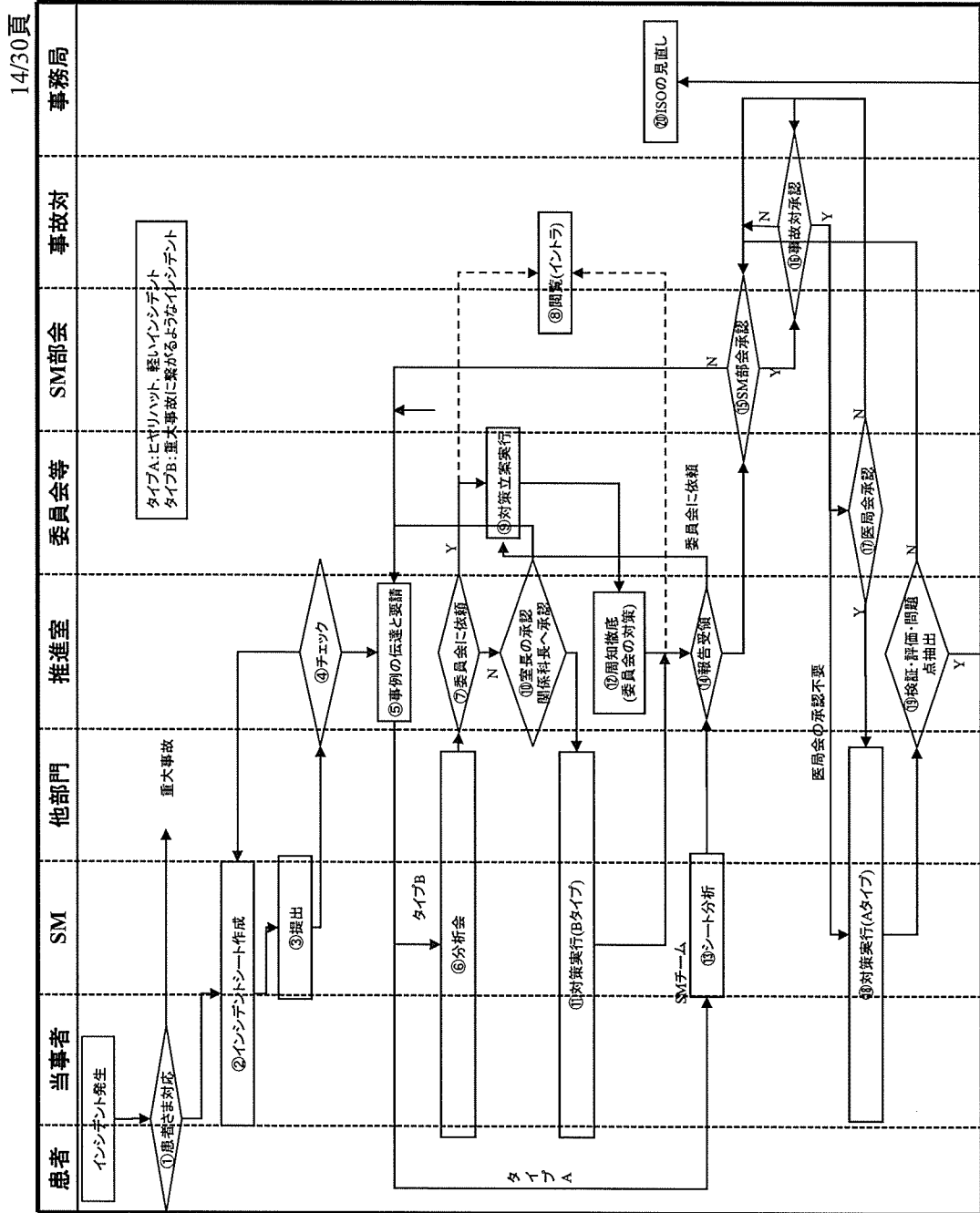


図 B-1 是正処置プロセス図

是正処置

① 是正処置患者さま対応・重大事故判断

バイタルチェックを行い、患者さまの状態を把握する。そして、軽微な事故か説明責任を要する事故か、重大事故かを判断する。重大事故と判断した場合には、重大事故フローに従う。アクシデントの際には医師が必ず現場に向かい、重大事故か否かを判断する。

重大性判断基準

重大事故

- ・ 死亡につながるようなケース
- ・ 救命処置を必要とするケース
- ・ 後遺症が残るようなケース
- ・ 予期せぬ重度な治療(手術や長期入院を課せられる)が必要なケース

② インシデントシート作成

当事者とインシデント関係者および SM で報告書を作成する。シート作成はハンドブックを参照すること。

③ 提出

当該部門の SM は作成したインシデントシートを安全推進室に提出する。

④ インシデントシートチェック

安全推進室はインシデントシートによって、事故状況が整理されているかどうかをチェックする。整理されていないまたは、安全推進室が把握できない場合には再度②インシデントシート作成を行うように促す。

⑤ 事例の伝達と要請

安全推進室はインシデントの内容をインシデント分析システムにより、関連するすべての部門に伝達する。また、安全推進室はインシデントのタイプによって、AB の 2 タイプに分ける。A タイプは 3 ヶ月分の事故に対してトレンド分析などを行い、分析対象を絞って、SM チーム分析会で分析する。B タイプはインシデント関係者による分析会により分析される。

A・・・軽微な事故(⑬を行う)

B・・・重大事故に繋がるようなインシデント(⑥, ⑩を行う)

⑥ 分析会

当事者、および該当する部門からメンバーを収集し、インシデントに関して分析を行い、対策を立案する。分析の内容は事故要因分析・対策立案シートに記載する。分析結果は

インシデント是正・予防処置報告書記載し、事故要因分析・対策立案シートおよびインシデント是正・予防処置報告書安全推進室に提出する。

⑦ 委員会に依頼

安全推進室は分析会により立案された対策に対して、委員会承認を得なければならないものは、委員会に依頼する。

⑧ 閲覧(イントラ)

SM 部会、医療事故予防対策委員会のメンバーは、医療安全推進室から送られてくるインシデントの内容と進捗状況を把握する。

⑨ 対策立案・実行

当該委員会は対策の検討を行い、院長承認を受ける。承認後、ただちに対策を実行する。議事録はイントラに載せる。

⑩ 安全推進室室長の承認、各科長の承認

分析会で決定された対策に対してチェックを行い、妥当だと判断されれば室長の承認を得て、各部門長に報告を行い、承認を得る。承認を得られなければ⑤事例の伝達と要請に戻す。

⑪ 対策実行

該当する部門はインシデント是正・予防処置報告書に従って、対策を実行する。

⑫ 周知徹底

安全推進室は委員会で実行された対策を対策実施状況報告書で周知徹底する。

⑬ SM チーム分析会

SM 分析チームは、事故要因分析・対策立案シートを用い対策を立案する。立案した対策はインシデント是正・予防処置報告書安全推進室に提出する。

⑭ 報告受領

安全推進室は、分析会で実行された対策、委員会で実行された対策、シート分析で立案された対策の報告を受け、それらの対策SM 部会に報告する。シート分析で立案された対策のうち、委員会で検討すべき対策は委員会に依頼する。

⑮ SM 部会での検討

SM 部会は提出されたインシデント是正・予防処置報告書に従い、実行すべき対策であるかどうかを検討する。実行すべきであると判断された対策は、事故予防対策委員会に提出する。

⑯ 事故予防対策委員会での承認

SM 部会から提出された対策に対して、予算案などを考慮して承認すべきかどうかを審議する。医局会での判断が必要だとされた対策に関し医局会に提出する。

⑰ 医局会での承認

事故予防対策委員会で承認された後、医療技術的に対策実施が可能かを判断し承認すべきか審議する。

⑱ 対策実行・周知徹底

安全推進室は対策実施の該当する部門に対策実施報告書を配布し、提出させる。

⑲ 検証・評価・問題点抽出

安全推進室は各部門での対策実施報告書を回収し実行した対策に関して評価を行い、インシデント是正・予防処置報告書に記載する。再考の余地ありと判断された場合には SM 部会で検討を行う。

⑳ ISO の見直し

事務局は変更した業務に関して ISO 文書の管理を行う。

発行日: 月 日

インシデント是正・予防処置報告書

① 分析対象事例	記入者: (安全推進室記入)
事例選択理由	
この3ヶ月間で多発し、潜在的な原因がある	1件であるが、重大事故になる可能性がある
この3ヶ月間で数件だが重大事故の可能性はある	その他
備考	
フォローアップ期限	年 月 日

② 分析(分析シートを使用)						
②-1 準備				記入者: (安全推進室記入)		
出席者				<input type="checkbox"/> 連絡済	期限 月 日	
事前準備資料			準備者	期限	準備済	
			/	/	<input type="checkbox"/>	
			/	/	<input type="checkbox"/>	
			/	/	<input type="checkbox"/>	
分析会開催予定日: 年 月 日 時 分から 時 分まで						
②-2 分析会結果				記入者: (SM記入)		
対策内容					結果入力	
①					期限 月 日	
②					責任者	
③						
④						
⑤						
検討事項			準備者	期限		準備済
①				/	/	期限 月 日
②				/	/	責任者
③				/	/	
④				/	/	
⑤				/	/	

③ 承認					
③-1 準備				記入者: (安全推進室記入)	
事前準備資料			準備者	期限	準備済
			/	/	<input type="checkbox"/>
			/	/	<input type="checkbox"/>
			/	/	<input type="checkbox"/>
開催予定日 SM部会: 月 日 事故対: 月 日 医局会: 月 日					
③-2 セーフティマネジメント部会				記入者: 市村 (安全推進室記入)	
対策内容				検討結果	
①					期限 月 日
②					責任者
③					
④					
⑤					
未承認理由					

図 B-2 是正予防処置報告書(その 1)

③-3 医療事故予防対策委員会		記入者: (安全推進室記入)			入力	
対策内容		検討結果		期限	月 日	
①						
②						
③						
④						
⑤						
未承認理由						
③-4 医局会		記入者: (安全推進室記入)			入力	
対策内容		検討結果		期限	月 日	
①						
②						
③						
④						
⑤						
未承認理由						
③-5 実施すべき対策		記入者: (安全推進室記入)			確認	
準備内容		実施者	期限	実施済	期限	月 日
①			/	/		
②			/	/		
③			/	/		
④			/	/		
⑤			/	/		
④ 周知徹底(対策実施状況報告書を使用)		記入者: (安全推進室記入)			確認	
対策内容		実施者	期限	実施済	期限	月 日
①	対策実施報告書の使用		/	/		
②			/	/		
③			/	/		
④			/	/		
⑤			/	/		
⑤ 効果の確認		記入者: 市村 (安全推進室記入)			確認	
確認方法・確認結果		実施者	期限	実施済	期限	月 日
①			/	/		
②			/	/		
③			/	/		
④			/	/		
⑤			/	/		
⑥ フォローアップ		記入者: (院長)			確認	
コメント					期限	月 日
					責任者	

図 B-3 是正予防処置報告書(その 2)

様式-3
 是正-予防番号:

事故要因分析・対策立案シート

① インシデント概要 記入者: _____ インシデント番号: _____ 発行日: _____ 月 _____ 日

② 作業標準の可視化			
No.	Who 実施者	When 実施時期	Where 実施場所
	What 使用するもの	How 実施方法(手順)	

図 B-4 要因分析・対策立案シート(その 1)

③ 問題点の抽出と対策		問題点	重大度 頻度 影響度	対策内容	実現度		採択
No.	効果				コスト	容易さ	

※問題点は付表「失敗モード一覧表」をヒントに問題点を洗い出す
 ※問題のタイプは付表「問題のタイプ一覧表」の項目【人間・機器・手順書と規則・伝達・作業環境・組織】から選択
 ※対策のタイプは付表「対策のタイプ一覧表」から選択
 ※重大度は選択肢【○;大,△;中,×;小】から選択
 ※実現度は選択肢【○;望ましい,△;まあまあ,×;あまり望ましくない】から選択
 ※採択は重大度,実現度から総合的に判断する。状況によっては,“×”印が付いている対策案であっても採択しても構わない

図 B-5 要因分析・対策立案シート(その2)

④ 改善後の作業標準					
No.	Who 作業標準プロセス 実施者	When 実施時期	Where 実施場所	What 使用するもの、実施対象 実施方法(手順)	How
⑤ 問題点の再考					
No.	問題点			再検討・条件付採択	備考

図 B-6 要因分析・対策立案シート(その 3)

発行日: 月 日

対策実施状況報告書

実施部署: _____

①～④までは2週間以内に行うこと

① 事例の概要	対策を実施する事例の概要を記載する	記入者:	
①～④までの期限	年 月 日		
提出期限	年 月 日		

② 実施すべき対策	実施すべき対策を記載する 対策内容	記入者:	確認
①			期限 月 日
②			責任者
③			
④			
⑤			

③ 準備	対策を実施するために検討すべき作業を記載する 準備方法	記入者:	準備
①			期限 月 日
②			責任者
③			
④			
⑤			

④ 周知	自部署において対策を周知する方法を記載する 周知方法	記入者:	実施
①			期限 月 日
②			責任者
③			
④			
⑤			

安全推進室への提出日: 2 月 25 日

～下記の欄は④周知を行ってから2ヶ月前後空けて行うこと～

⑤ 周知の確認	周知した対策が実施されているかを確認する 周知の状況	記入者:	確認
①			期限 月 日
②			責任者
③			
④			
⑤			

安全推進室への提出日: 月 日

⑥ フォローアップ	再周知の必要性の有無を安全推進室が確認する コメント	記入者:	責任者
			期限 月 日
			責任者
再周知の必要性	なし	あり	期限 月 日

再周知の必要性がありと判断された場合には、対策実施状況報告書の②～⑥を再度実施する

図 B-7 対策実施状況報告書

付録3 各種マニュアル

即時報告シート記入マニュアル

①インシデント関連データ

患者や報告者に関するデータを記入する。

②予定と異なる点

上部に「実際にすべきだった正しい業務内容」、下部に「実際に行った（誤った）業務内容」を記入する。この欄により、ひと目で何を誤ったかが把握できる。「薬品名・検査名、量・部位」は複数の作業を実施する場合はすべて記入する。「～する予定」は注射する予定、内服する予定、検査する予定、などと記入する。

③業務の流れを振り返る

行わずであった業務内容、実際に行った業務内容を記入する。ここで大切なことは『行った事実を詳細に記入すること』である。この部分が正確で詳細であれば、これ以降の分析が容易かつ質の高いものになる。忙しかった、注意不足であったといった個人に関する理由は書かないようにする。また、登場人物はNsA、NsBやDrA、DrBなど統一しましょう。

POAM 記入マニュアル

①モデル図

①-1 モデル図の作成

情報・モノ・作業の欄を埋め、矢印を書き、モデル図を作成する。そして、どの部分のミスだったかを把握する。

正しいモデル図を書くことが目的なのではなく、行った業務を振り返り、業務全体をプロセスと捉えることが重要である。

①-2 誤りのプロセス

誤りのあった部分に○をつける。複数の場合は、最も上流のものにする。

①-3 誤った内容

誤った内容を記入する。

- 例) ・○○を忘れた
・△△と思い込んだ
・□□の確認をしなかった

①-4 当事者以外の誤り

同じ部門内の事故関係者および他部門など、当事者以外の誤りを記入する。

- 例) ・Drが指示を出さなかった
・Phがモノを準備しなかった
・Nsが伝票を出さなかった
・技師が確認しなかった
・業務を引き継いだ人が指示を理解していなかった

②部門の手順とローカルルール

ミスが発生した業務の部門ルールを調査し、決まっていれば記入する。決まっていない場合は、「～するやり方が決まっていない」と記入する。

③プロセスの問題点

部門の手順についての問題点を記入する。この手順に無駄があった、モノの置き方が悪かったなど。

このときに自分たちの部門となるべく他部門の問題点も記入すること。

④事故に気付いた状況

事故に気付いた状況を記入する。どのように事故に気付いたかを知ること、未然に防ぐ対策を導くことができる。

⑤対策

③で抽出した要因に対する対策案を記入する。

その際には、複数部門が協力して行う案も考える。