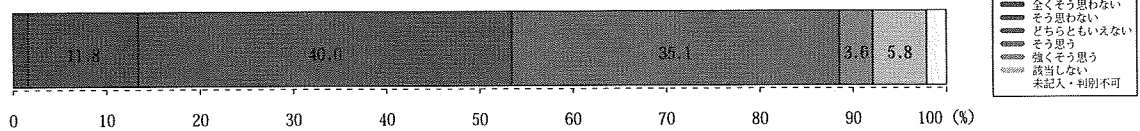
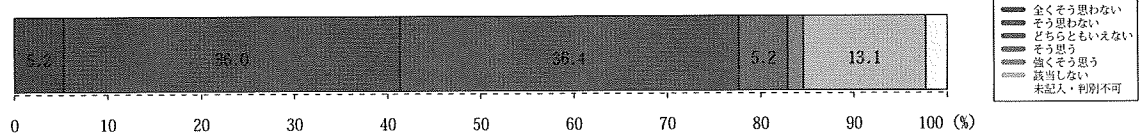


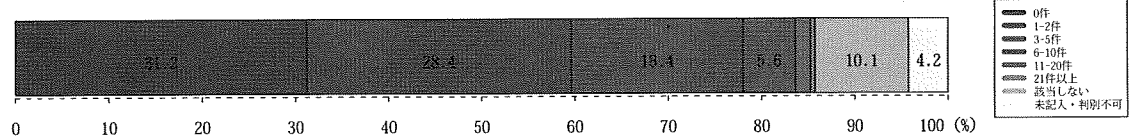
F_10: 患者さんに最高のケアを提供するため、部署同士がよく協力している



F_11: 私の病院の勤務交替制は、患者さんにとって問題がある



G: 出来事報告数



資料 4

カルテレビューの結果と安全文化との関連

カルテレ뷰ーの結果と安全文化との関連

カルテレ뷰ー（GTT）による有害事象の把握結果と医療における安全文化調査の両者を実施した医療機関において、当該医療機関の医療安全管理者に協力を頂き、その関連について検討した。

1. GTT と医療における安全文化調査結果の比較

GTT ラボデータの概要

	診療科	病棟	発生場所
1	泌尿器	5A	自
2	リハ	4C	自
3	耳鼻	5A	自
4	外	8A	自
5	脳	5B	自
6	皮膚科	5A	自・他
7	内	7B	自・他
8	脳	5B	他
9	脳	5B	他
10	内	6B	他
11	内	6A	他
12	脳	5B	他
13	整形	5A	他

- ・ 80 件中、有害事象件数は 13 件（内、自施設でのもの 7 件、他施設でのもの 6 件）
- ・ 診療科別： 脳外科 4 件、内科 3 件、他 1 件ずつ
* 自院発生のみでは、診療科に偏りなく各科 1 件ずつ
- ・ 病棟別： 5A 病棟 4 件、5B 病棟 4 件、他 1 件ずつ
* 自院発生のみでは、5A 件、他 1 件ずつ ←ここがなぜ？の焦点
- ・ 最終的な有害事象の有無の判断（研究者の最終判断）が不明である点、当院に残っている資料がやや曖昧な点により、有害事象件数が実数より多い可能性がある。

<安全文化と有害事象との関連性>

安全文化調査では、5A 病棟、5B 病棟は、14 部署中 4 位、5 位といずれも比較的高い偏差値であった。平均値より低かったのは、5C と 8A であったが、今回のデータでは 5C での発生はなく、8A は 1 件のみであった。この結果から、安全文化が高い部署と有害事象発生との関連性は低いと考えられる。

<インシデント・アクシデント報告数と有害事象との関連性>

2009 年 9 月～12 月までの 3 ヶ月間におけるインシデント・アクシデント報告数の部署別ランキングにおいては、5A 病棟 7 位、5B 病棟 5 位で、1 件ずつの部署は 1、3、4、8、10 位であった。報告数ランキングと有害事象発生との関連性は低いと考えられる。

<看護師由来レベル 1 以上誤薬件数と有害事象との関連性>

病棟別の自院発生のみでは、5A 件、他 1 件ずつ ←ここがなぜ？の焦点と考えると、5A だけが特徴的という因子はあまりないが、ここに関連性があるのかもしれない。当院の看護部では、2009 年度、看護師由

来レベル1以上誤薬件数に焦点を当て調査し対策立案、実施した。看護師由来の誤薬件数が最も多かった部署は5A病棟であった。

考察：

GTTを行なった印象は、安全文化と有害事象発生は関連性がないようである。安全文化が高いことは「安全に対する意識の高さ」であるので、必ずしも「有害事象が発生しにくい（安全な）職場」ということではない。

昨年安全文化調査では、14病棟中、5C病棟、8A病棟が低かったが、これは非常に意外な結果であった。これらの部署は、いずれも報告数は比較的多く、特に5C病棟は一昨年度誤薬件数が50%以上減少した唯一の病棟で、有害事象件数も少ない病棟であった。このことから、「有害事象が発生しにくい（安全な）職場」と、「（総合的な）安全文化が高い職場」は必ずしも一致していないことが示唆されて、これについてさらに考察するには、安全文化と職務満足度との関連を検討する必要があるかもしれない。

また、「有害事象が発生しにくい（安全な）職場」の要因には、ハイリスクな疾病（診療科）、複雑な治療の実施、スタッフの経験年数や技術熟達度なども影響するため、脳外科・5B病棟のように安全文化が高くても有害事象発生率が高いことがある。ただし、5A病棟のように診療科や疾病に偏りはなく、自院での有害事象が発生している部署は、風土・慣習・システムなど何らかの問題がある可能性がある。

今回着目した「看護師由来レベル1以上誤薬件数」は、医療者（看護師）による要因に着目した（患者要因を可能な範囲除外した）誤薬という主観が入りにくい報告であるため、安全を見るひとつの視点になると考えられる。また、この報告はGTTにおける有害事象発生部署と重なっているようである。

安全文化とGTTの調査は、「想い」と「実態」の調査のようである。どちらも重要であるが、その特徴や違いを理解して改善やフィードバックにつなげていかなければならないと考えている。

※研究代表者注

医療安全の取り組みの評価に際して安全文化のようなソフトなアウトカムと実際に発生した有害事象等のハード（固い）なアウトカムと両側面を評価することが重要であり、両側面での評価ツールを本研究において開発を行ってきた。従って指摘された、安全文化とGTTが異なった側面を評価しているという点は、本研究において重要である。

リスクの高い部署では安全文化が高くても有害事象などは起こりうるが、仮説として安全文化が高まると、やはり有害事象は減ってゆくと考えられる。全く無くなることは実際には困難で、あくまでも「減る」であろう。ヒヤリハット報告については安全文化が高まると始めは増え、患者の安全を優先する安全文化がより高まると、ヒヤリハットも減ってゆくと考えられる。

システムとして防げる予測可能な有害事象もあるが、やはりそれだけでは困難で、予測不可能な事態への対応には組織の文化を醸成することがやはり必要だと考えられる。その際に、既に国立保健医療科学院において実施している個人を対象とした研修に加えて、医療チームを対象とした研修がやはり必要であると思われる。

2. 安全文化の各側面と有害事象およびヒヤリハット報告頻度との関連

※研究代表者注

過去の報告では安全文化と転倒転落の報告の有無について安全文化の総合的評価とは関連がなさそうであったが、質問項目のうちその部署の上司の態度によって報告ができていたり、いなかったりする傾向がみられた（厚生労働科学研究：「平成20年度医療安全推進に必須の組織文化（安全文化）の測定および簡便な有害事象把握手法の開発と活用」報告書（研究代表者 種田憲一郎））。

以下は安全文化の各側面と有害事象やヒヤリハット報告等の頻度との比較についての報告である。

「安全文化が真に高まると有害事象は減る」という仮説、そして安全文化の醸成ためには、チーム力を高めることが必要であるということに関しても賛同できる。「部署の上司の態度によって報告ができていたり、いなかったりする傾向がある」ということも他の事故でも実感していることである。実際、報告されなければ対策を立てたりフィードバックしたりできないし、問題の共有もできないという意味で、事故発生要因の一部にもなり得るため、有害事象と安全文化は相関があると思われる。

上記の5 A病棟の例は、「安全文化は高いが事故が多い病棟」となるわけだが、現場で見ている感じでは、単に発展途上なだけで、安全に対して前向きで、とらえ方も適切で良くなる要素はたくさんあると感じている。

一方、一昨年前に誤薬件数が減った5 C病棟のように、「事故件数としての減少は図れており、成果は上がったけれど安全文化は低かったという病棟」について見てみると、良い結果は出たけれど、スタッフが実施した改善策に負担感を感じていて不満を持っていた、長続きする方法ではなかったという側面があった。トップダウンで嫌々やらされている感があったのではと思われる。その結果、5 C病棟は、一昨年前は誤薬件数が減ったが、1年経ったらすぐに逆戻りであった。この2つの病棟は、安全文化が醸成されているところで、真の安全は築かれるのだと実感している事例である。そして安全文化と職務満足度は影響しあっているように感じている。

上記をふまえ、「安全文化が真に高まると有害事象は減る」という仮説は賛同できるものであるが、今回の当院での調査は、G T Tも安全文化も「一時点」での調査であるため、「安全文化が高い職場は、有害事象が少ない」という因果関係を言及することは困難である。G T Tと安全文化を対にした継続した調査が必要である。

また安全文化などの意識調査は、地域差や職種差、個人の物事の捉え方の傾向が影響すると考えられる。例えば、看護部門は、比較的謙遜した回答する傾向があり、その結果、低い（厳しい）評価となることが多いようである。何事もポジティブに捉えやすい集団や、（悪く言うと）あまり深く考えていない状況では、「できていない」ことや「不足な面」が見えにくい場合があるからである。「まだまだ」と謙虚に捉え自己研鑽していこうとする姿勢があれば安全文化の感覚尺度の最高点を選択することはないと思われる。安全文化調査およびG T Tなどによる真の意味でのベンチマークは難しいと思われるが、研究の限界を考慮し、活用することが重要である。

資料 5

2009年度安全文化を醸成するためのカリキュラムデザイン研修

まとめ

安全文化がある・ないと感じるとき
グループ1

安全文化があると感じるとき		安全文化がないと感じるとき	
報告	インシデント報告件数が安定している インシデントレベルの報告がある 報告や相談してくれる	報告	医師のインシデントが少ない インシデント報告がされない 隠している
事例検討	有害事象発生時に、各部署で 対策を立案している 医療安全カンファレンスの開催 GRMIに事例検討の相談をして 事例検討結果を報告してくれる	個人責任 責任転嫁	個人の責任にする 自部署だけ良ければ良いと 思っている 看護師の責任にする インシデントの共有意識がない
実践	手順・ルールが守られている 部署内ルールが明示してある 手順書の改定をしている 対策を実践している 部署内安全目標が提示してあ	ルール違反	手順の遵守がされていない ・名前確認の怠り ・対策の実践がされない ・CV認定制度を守っていない 守れない手順を修正していない
研修	研修会の参加率が上がって 記録で患者の経過がわかる記 録になった	医療安全の理解 不足	部課長が会議に出席しない 「それがインシデントなの？」 「合併症じゃない？」「看護師が 確認しなかったの？」と医師に 言われる 「また、インシデント？」という 部署によって医療安全の温度 差がある 患者から、職員によって安全行 動が異なると相談がある
ムード	患者からの声 明るく働いているスタッフ ラウンド時の職場でのマネー ジメントができていると感じたとき		

安全文化がある・ないと感じる時(続き…)

グループ2

大項目	安全文化があると感じる時	安全文化がないと感じる時
マニュアル遵守	患者誤認防止策として患者に氏名を名乗ってもらい、ラベルを見て確認してもらっている。 ----- マニュアルが定期的に作成されている	手間を惜しんで確認行為を怠ったとき ----- 注意喚起しても同じようなインシデントを起こす
研修会議への参加	安全研修に積極的に参加する 研修会への参加率が高い	医療安全講演会の参加者が少ない リスクマネ会に出てこない
自主的な改善活動	リスクを捕らえて改善策を提案する 患者への説明パンフレットが作成できている 各部門でインシデント事例検討会をしている 自主的なカンファ・勉強会の企画をしている 安全部から請求する前に診療科から改善策の報告がある 自分の行った行為を振り返り、改善できる 事例について報告書をまとめて具体的対策まで安全管理室の指示無く行っている	
チームワーク	自分のできない事にたいして助けが求められる 患者のことについて検討される	事例の一方を入れた職員を責める。
療養環境	整理整頓ができている 患者向けパンフレットの整備	整理整頓できていない
適切な報告	報告連絡相談ができる レポート数が多い 事故発生時に直ちに担当医から連絡がある	間違いを起こしても報告しない 患者の苦情で事故発生が発覚する 事故報告を勧めても合併症と言いつける
適切な行動	一処置、一手洗いを実施し、感染対策が実行できている エレベータの乗降時に患者や外来者が優先的に乗れるように配慮できている	手洗い、手指消毒ができていない ----- エレベータの乗降時に患者や外来者が優先的に乗れるように配慮できていない

－ S G 討論の課題－
公正・正義（公平）な文化とは
事故に関わった個人のうち責められるべき個人とは？
その基準を挙げてください

責められるべき個人とは

グループ 1

- 故意に悪意をもって
- 意図的ルール違反
 - ただし順守しがたいルールもあるが？
- インシデントをもみけす
- 有害事象が発生するとわかっている実施
 - 新しい治療は？
- 違法
 - 飲酒
 - 破廉恥
- 職務規則を守らない
- 個人ではない
 - 遊びすぎ
 - 勤務中のおしゃべり
 - ルールの徹底に関心がない
 - 機器のアラームをうるさいのでオフ
 - EBMにもとづいた業務ができない
 - 繰り返し
 - 自分の立場を優先してしまう

グループ 2

- 個人の問題
 - 自分の非をみとめられない？
 - 理由がなく急変していてもみにいかない
 - 最低限の知識がなくて起きたエラー
 - 故意に
 - ◇ 故意にミスを隠す
 - ◇ 他人のせいばかりにする

- 同じ間違いを繰り返す
- >でもそうしない理由があるかも？
- 個人ではない
 - 素直に反省できない
 - うそをつく
 - エラー反復者
 - ◇ <マネジメントで対応
 - 思い込みなど
 - <仕事量の配分
 - 職場不適應
 - <職場変換
- 議論を重ねて病院にあった基準を検討する

グループ 3

- ルールを守らない
 - 何回？
 - 2、3回以上
 - 独自の判断、正当な理由がない
- 事故から逃げてしまう
- 人間性
 - マニュアルどおりにできない
 - 自分本位
 - 資質にかける
- 個人の利益
- 私的感情
- うそをつく
- 個人の健康管理
- 同じ事故
- 自分中心
- 上司がわかっているに止めずに、大変な思いを経験させる
- 故意に犯罪、虐待
- 報告、連絡、相談しない
- 教育、指導をやっても
- 反省しない
- 明らかな学習不足
- たった一人だけが失敗

- >根気よく指導
- 悪意のある事故

グループ4

- 院内ルールを守らない
 - 何回か繰り返す
 - 院内基準を守らない
 - 前提として基準やルールを知っている
 - 守れる状況にありながら、故意に守らない
 - ◇ 能力や環境
- 情報隠ぺい、改ざん
 - そうさをした
- 法にふれた
- 故意にする
 - 患者さんものをとる
 - 疾病によるものではない
- 失敗したことを隠す
 - 個人的な原因があると責めてもよい
 - システムな要素をのぞいたあと
 - 再教育をしても繰り返す
- 単純ミスを繰り返す
 - 単純ミスの線引きは？
 - 例 レベル0から1
 - 再教育後も繰り返す

医療安全に関わるコンピテンシー

Aグループ

どの職種が、どんな活動・行為・態度が出来ると期待されているのか？

項目・職種	全職種	医師	看護師	コメディカル
情報共有	患者情報を記録として残す。	患者に分かりやすい説明ができる	医師と患者間の対話促進者となる	薬剤師が、患者に分かりやすい薬剤指導を行う
	医療安全や患者安全などの病院指針を、院内職員に示す 職員間での良いコミュニケーション 患者に異常があったとき、医師にすぐに報告が		看護師が患者の疾患を理解している	(例)レントゲンや検査の異常報告
手順書やルールを守る	連絡・報告・相談の徹底		患者ケアの疑問点を複数で確認する。⇒Wチェック	清掃担当者が、院内感染に留意した清掃業務が事務が、手順に準じて患者からの問い合わせに対応できる
	手順書やマニュアルに沿った行動が出来る		ハイリスク薬使用時のWチェックの実施	薬剤師が、医師に疑義照会を行う
	(例)指差し呼称確認、タイムアウト、患者氏名確認	各種ルート使用時の挿入部位を確認して薬剤を投与する		
		医療機器の使用前・使用中の点検		
リスク感性	共同作業で医療安全が成立していることを意識す 疑問に思ったり、あいまいなときは業務を中止し確認している 医療安全講習会に参加する		分からないことは、一人でせずに、誰かに相談する	
レポート報告制度	インシデントを経験・発見したとき報告する 他者のインシデントを共有する	医師が積極的にインシデントを報告する 有害事象発生時にカンファレンスを行う		
	インシデントの再発予防のため分析をする カンファレンスによる事例検討を			

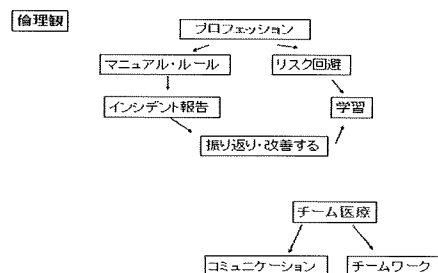
医療安全に関わるコンピテンシー(続き・・・)
Bグループ

コンピテンシー	スタッフ	管理者	良い点	悪い点
開かれた人間関係の構築	不安なことや理解不足なことについて言葉にして表現できる		他部門とも隔てなく意見交換できる。	
効果的コミュニケーション(对患者・医療者)	メンバーが困っているときに手助けできる チーム内に権威勾配があっても危険なことは提案できる 適切なICが実施できる 適切な接遇ができる 多職種から理解と協力が得られるようなコミュニケーションができる		チームで良いことも悪いことも話せる 受け持っている看護師だけでなくチームで相談している。 多職種間のカンファレンスを行っている。 個人のレベルではなくチームや他部署も含めて問題解決に取り組む姿勢がある。	
自発的気づきと報告の実施	危険予知能力を身につけている インシデント・アクシデントについて隠さずありのままに報告できる 報告書を積極的に提出できる インシデント・アクシデントの共有の必要性を理解している インシデント・アクシデントから問題点を明確にし改善策が考えられる リスクから生じたコストへの影響を知っている		進んでインシデント・アクシデントレポートが提出されている インシデント・アクシデントの当事者・発見者がいち早く現場の管理者へ報告される時 事故につながるリスクを認知したら、すぐに対策がたてられている時 インシデントレポートの提出と共にマニュアルの見直しを行っている。 インシデントレポートを分析し、フィードバックしている インシデントやアクシデントが発生しても個人の責任にはしない時 ミスが生じた時責められている印象を持たない時	医師のインシデントレポートがない、アクシデントになって報告される インシデントを隠そうとする レポート書くんですか?と云われる。
医療者としての自己研鑽	必要な情報を得、知識・技術を自ら身につける 研修や学会などに進んで参加する		学会・研修会に参加している。	
EBMに基づいた安全行動の実施	EBMに基づいたマニュアルを理解し実践できる 自院の教育プログラムを理解し参加する 安全のためのルールを理解し遵守する	・EBMに基づいた基準・手順・マニュアルを作成する ・EBMに基づく教育プログラムを提示する ・EBMに基づいた医療実践を教育する	外来初診時に顔写真を撮影を協力依頼をしている。 ハイリスクな領域を理解し未然防止の対策が立てられる。 リストバンドをつける時は患者に確認している。 本人確認する時に患者に名前を言ってもらっている。	手洗い・防護具着用・針捨て容器の使用等をしない。 チーム内のルールを軽視するメンバーがいる時 指示等の伝達方法の規則が守られない。 カルテ記載されていない(説明内容)、同意書の内容が不十分
安全を担保するための労務管理・自己管理	心身ともに適切な自己管理ができる 5Sを実施し、適切な職場環境が作れる	・超過勤務管理を適切に行う ・職務満足度調査と改善	職務満足度が高い。 患者満足度が高い。	多忙を理由に医療環境が整理整頓されていない。 患者層に合った人員配置(勤務体制)がとれていない
倫理に基づいた行動	患者安全が職業人としての自身の安全にもつながることを理解している 医療上倫理的な問題が生じたとき、多職種間で議論できる		「患者の権利を尊重する」ということを文章で渡している。	
医療安全への患者参画の実践	治療計画とそれに伴うリスクについて患者に説明でき参加を促すことができる			
適切なリーダーシップ	安全のためにチームが効果的に機能しているか確認とフォローができる 安全のためのモデル的行動を示すことができる		トップダウンの改善から現場での改善へと移行 医療安全教育が充実している。 医療安全のための投資がされている。	

医療安全に関わるコンピテンシー(続き...)

Cグループ

大項目	
医療安全の意義が理解できる	
危機感、切迫感の共有、理解できる	
マニュアル・ルールを遵守する	<p>院内のルールについて知識として持っている</p> <p>マニュアルに沿って行動できる</p> <p>安全管理指針(部署やLAN)の置き場所を知っている</p> <p>基本的な技術、手順が理解できている</p> <p>患者急変時に院内コールができる</p> <p>事故発生時の迅速な行動ができる</p> <p>自部署での対応ができる</p> <p>指差し確認ができる</p> <p>確認行動がとれる</p> <p>事実や説明内容の記録ができる</p> <p>医療行為前の患者への説明ができる</p>
効果的なコミュニケーションができる	<p>挨拶ができる</p> <p>人の話に耳を傾けられる</p> <p>他の人からの意見を聞くことができる</p> <p>他の人に聞くことができる</p> <p>間違っことを素直に受け入れ改善できる</p> <p>患者の申し出に傾聴できる</p> <p>侵襲的処置・手術の説明は患者が理解できる言葉で行う。選択できるように行う。</p> <p>他の人の質問に答えることができる</p> <p>疑問を持ったら、職種や立場を超えて、意見や発言できる。</p>
チームとして共働できる	<p>チームメンバーの動きが分かる</p> <p>チームメンバーの役割が分かる</p> <p>責任を追及しない態度</p> <p>チームで働くことができる</p> <p>チームメンバーに声をかけることができる</p> <p>情報交換ができる</p> <p>メンバーをサポート、助けることができる</p> <p>リーダーシップが取れる</p>
リスクを回避する行動ができる	<p>「変だ」と思ったら確認できる</p> <p>何がリスクがあるかを知っていてそれを避けるための行動ができる</p> <p>行動予定を立てることができる</p> <p>行動予定を修正できる</p> <p>患者参加を促すことができる</p> <p>初めてと言える</p> <p>分からないと言える</p> <p>知らないことを知らなかったといえて知るための行動ができる</p> <p>できない事をできないと言えて知るための行動ができる</p> <p>自分の能力が客観的に評価できる</p>
インシデント報告ができる	<p>患者に良くないことをしたら報告する</p> <p>インシデント報告できる</p> <p>事故発生時に速やかに上司とリスクマネージャーに報告できる</p>
起こったことを振り返り、改善できる	<p>起こってしまったことの振り返り、分析を客観的に行うことができる(良くないことだけでなくできていたところを含む)</p> <p>深い分析が出来る</p> <p>改善したほうが良いと思ったことはまず口にする事ができる</p> <p>PDCAを廻した改善活動ができる</p>
倫理的な態度がとれる	<p>誠実な態度で処置を行う。</p> <p>うまくいかなかった場合は説明と謝罪を本人家族に速やかに行う。</p>
継続的に学習できる	<p>安全で確実な手技を獲得する(学習する)努力をする</p> <p>医学的知識や技術を学び続けられる</p>
自己管理ができる	<p>自分の体調(心の状態を含めて)を分かっている</p>



医療安全に関わるコンピテンシー(続き...)
Cグループ(続き)

コンピテンシー (期待される活動など)	講義	外部研修
医療安全の意義が理解できる 改善への危機感、切迫感の共有、 理解できる。	改善マネジメント (ペンギン)	業者による説明会
マニュアル・ルールを遵守する	チームSTEPPS救急ビ デオ	体験型実習(新しい機器の 紹介、車椅子・ストレッチ チャー、老人体験)
効果的なコミュニケーションができ チームとして共働できる	チームの鎖	シミュレーター(CV、 BLS)による実技演習
リスクを回避する行動ができる	人生の網	他部署訪問、ラウンド、 シミュレーション(重大事 故、緊急輸血)
インシデント報告ができる	信じて歩く	多職種のワークショップ
起こったことを振り返り、改善でき 倫理的な態度がとれる	人間工学 (カッターナイフ)	(部署内、4ラウンド、 事例の分析、対策)法)
継続的に学習できる	「お」を早くたくさん書く (注意しても間違える)	事例分析(多職種による RCA、メデイカルサー ブ)
自己管理ができる	討論：個人が責められると き	他已紹介 (アイスブレイキング)
	討論：安全文化があると感 じるとき	e - l e a r n i n g
	討論：期待される活動など (コンピテンシー)	講義
	指相撲(アイスブレイキン グ)	
	患者家族ビデオメッセージ	
	クイズ	

医療安全研修(続き)
Aグループ(続き)

病院の想定:規模200床 急性期病院 研修医あり 救急輪番あり 7対1 安全推進委員:各部署RM GRM=医療安全管理者

コ ン ピ テ ン シ ー の 結 果	具 体 的 な 内 容	実 施 対 象	実 施 時 期	5 表 で テ ス ト	自 院 D V D の 作 成	。 ラ ン ニ ン グ	(ア イ ス フ レ ー キ ン) 他 已 紹 介	S - B A R 研 修	危 険 案 の 取 り 扱 い (講 義) (講 義) (講 義)	ク イ ズ	事 故 報 告 セ ー ジ ン グ メ ッ ク	G W 事 例 提 示 を し て 職 業 倫 理 を 考 え ら せ る	G W (ア イ ス フ レ ー キ ン) の 活 動	G W 安 全 文 化 が あ る と 感 じ る と き	G W 個 人 が 責 め ら れ る と き	モ ノ ク ロ が お 城 の 面 像 を カ ラ オ フ ラ ー に 見 え る	バ ス ケ ッ ト ポ ー ル の ビ ジ ネ ッ ス の 見 え 方	信 じ て 掛 く	多 数 の 職 員 が 何 を 期 待 し て い る の を 理 解 し て 現 在 の 実 情 と 照 ら し て 信 じ て 掛 く	S T E P E R (キ ー ワ ー ド) の 理 解	か も め に な ら な い ベ ン チ ン
医療安全の意義・理解 ヒューマンファクターの理 解	重大事故発生想定訓練 ・ロールプレイ研修	全職員	10月			○					○										
	医療安全概論1 ヒューマンファクターとイン シデンツ報告の必要性	安全推進 委員 新委員は 必須	4月							○											
	医療安全概論2 自院での医療事故分析	安全推進 委員 新委員は 必須	8月																		
	医療安全概論3 医療チームについて 副読本を読んで参加	安全推進 委員 新委員は 必須	12月																		○
	医療安全と院内感染対策の 概要を学ぶ	新入職員 中途採用 者	4・9月			○	○														
	被害者体験の共有と医療安 全の風土の必要性	全職員	4-5月								○										
危機感の共有 ヒューマンファクターの理 解						○															
手順書やルールを守る	職種により知っている知識 やスキルが異なっているこ とを職員が知る																				
	技術研修 インシデンツの発生回数 が多いものから選択する	研修医 看護師	年に 2.3回				○														
	死亡診断書の書き方 24時間以内の死亡や異常 死	医師 医師																			
レポート報告制度																					
リスク感性																					
効果的なコミュニケーション																					○
倫理に基づいた行動	職業倫理に基づいた行動が できる																				○
チームとして働く	職種により知っている知識 やスキルが異なっているこ とを職員が知る																				○

医療安全研修(続き)
Cグループ

2010年度 医療安全研修計画書

項目	具体的内容	実施対象 新入職員	推進担当	4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		05.1月		2月		3月		
				前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半	後半	前半
新入職研修	医療安全の基本的知識、マニュアル、インシデント報告制度、患者6月は病院長、院内講師で、現状と今年度の課題、11月は院外講師でセーフティマネ会以拳がコアトピックス	全職員	セーフティマネージャー	○																								
全体研修-講演会	6月は病院長、院内講師で、現状と今年度の課題、11月は院外講師でセーフティマネ会以拳がコアトピックス	全職員	セーフティマネージャー			○													○									
全体研修-分析手法	多職種が関わったコミュニケーション事例(たとえば、薬剤の指示変更事例)を解析(グループワーク)	部署で解析を担当するコア職員数十人	医療安全管理部門											○														
全体研修-改善報告会	各部署から報告された業務改善報告書からのエントリとセーフティマネ会以拳から提案された部署医療事故調査委員会報告書をもとに概要、問題点、対策などの役割(グループワーク)、安全の基本的な考え方、活動の紹介(KYTなど)、コミュニケーション、チーム	全職員	セーフティマネージャー																		○							
全体研修-事故報告会	医療事故調査委員会報告書をもとに概要、問題点、対策などの役割(グループワーク)、安全の基本的な考え方、活動の紹介(KYTなど)、コミュニケーション、チーム	全職員	医療事故調査委員会																									
セーフティマネージャー研修	医療事故調査委員会報告書をもとに概要、問題点、対策などの役割(グループワーク)、安全の基本的な考え方、活動の紹介(KYTなど)、コミュニケーション、チーム	セーフティマネージャー	医療安全管理部門																									

随時