

背景1.

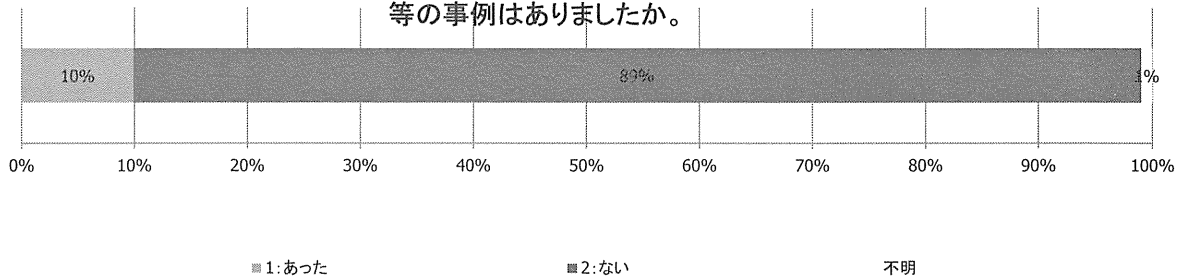
経鼻栄養チューブ挿入時の合併症の発生頻度10%
医療安全全国共同行動登録施設の調査より(2013年)

• 登録施設213の病院中

「3a 経鼻栄養チューブ調査票 アンケート」より(有効回答数:101件)
栄養チューブ誤挿入及び・誤注入等の事例発生

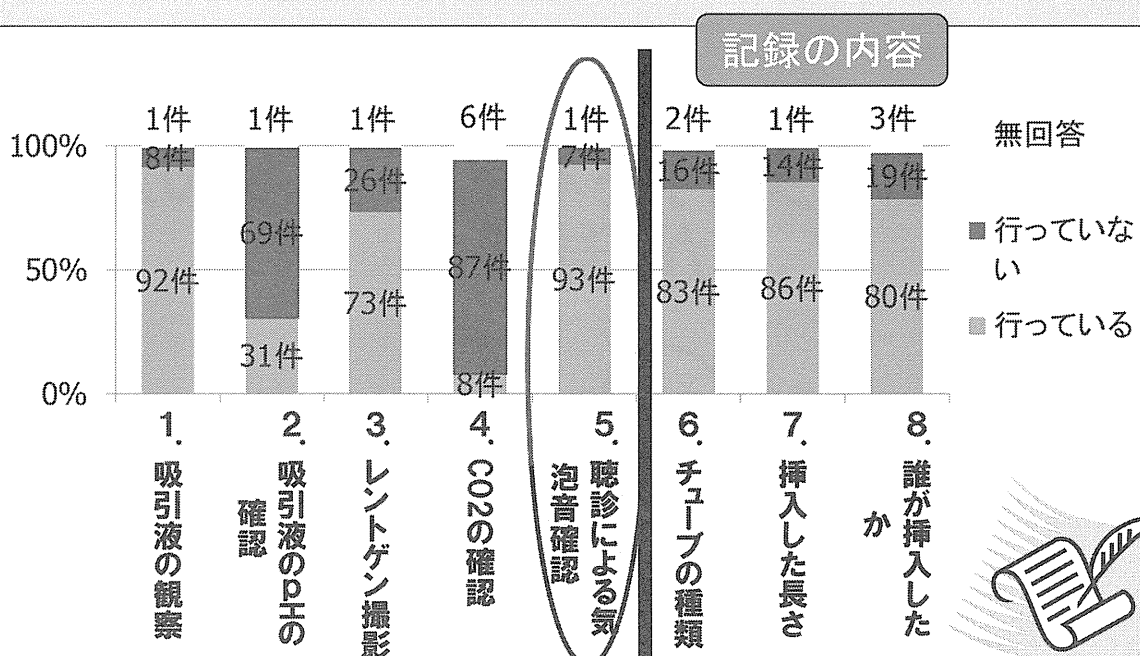
★ 10施設で13事例の事故発生(10%)

VI共同行動参加期間中(2008年5月~2013年)に気道内への栄養剤の誤挿入・誤注入等の事例はありましたか。



背景2. 今も聴診による

気泡音確認を93%行っている。



「3a 経鼻栄養チューブ調査票 アンケート」より(有効回

背景3.複数のチューブの位置確認を実行の推奨しても
現在も誤注入による事故の発生は続いている。

最近の事故報道

2014.11.5の朝日新聞の報道によると 徳島90代の経鼻栄養
チューブによる死亡事故等、

医療安全全国共同行動の推奨策

1. 空気聴診法を位置確認の確定判断基準にしない
2. 初回、挿入留置時はエックス線撮影で位置確認を行う

チャレンジ: pH測定による補強確認を励行する

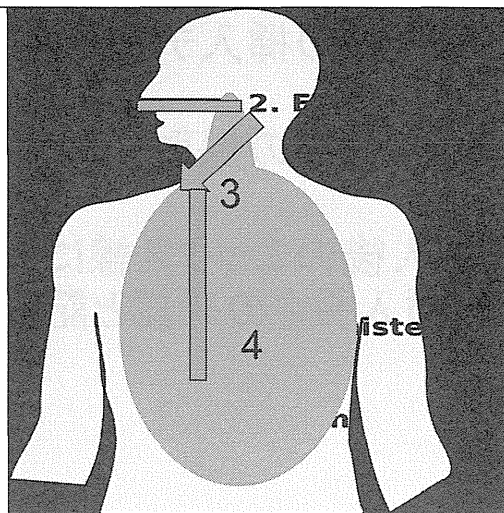
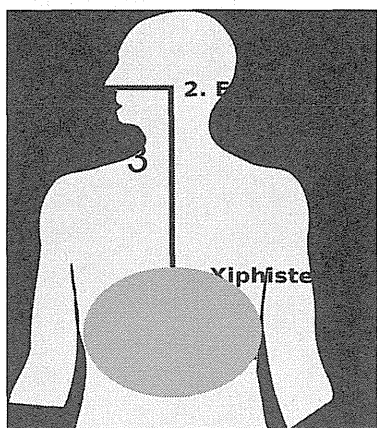
また、芳賀ら(2008年)の報告から3割は胃液採取が困難であり
業務に支障が発生している。

背景4. 事前の挿入長さは喉頭隆起を経由して計測する

【A】値
外鼻孔～外耳孔～心窩部
(剣状突起)

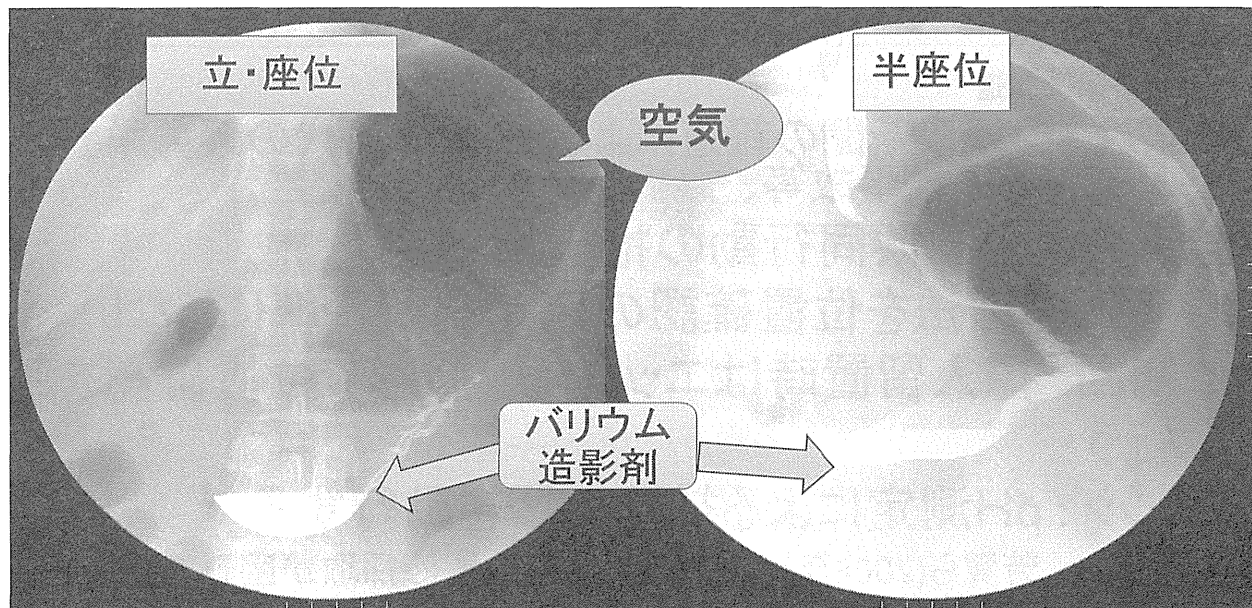
【B】値
1.外鼻孔～2.外耳孔～3.喉頭隆起～
4.心窩部(剣状突起)

1



Aの長さは不適 :西イングランド大学University of the West of England - ブリストル、
イギリス公開資料「経鼻チューブの適正な深さでの挿入:NPSAガイドラインは不適切」
より改訂 オンライン公開日 2014年6月25日

背景5. 胃液をとるためにはエックス線で確認する
(体位の違いによる液体の溜まり方の比較)

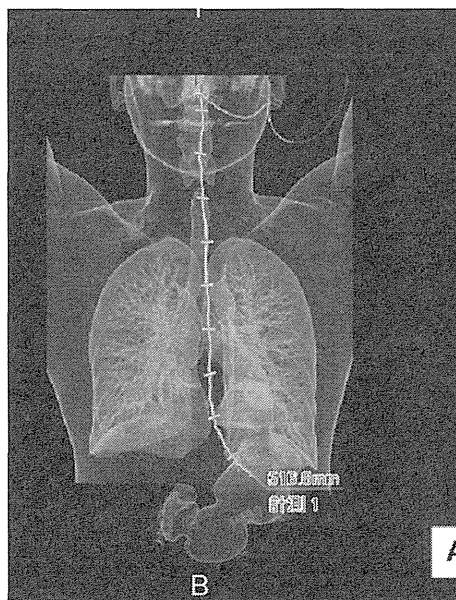


東京北医療センター 関撮影 医療安全全国共同行動資料

15

【医療安全行動の推奨策】

- (1) 挿入前の挿入チューブ長さの計測
- (2) 胃内容液の採取とpH測定
- (3) 挿入後のエックス線による挿入長さの確認と記録



第9回 医療の質安全学会

医療機関に求められる

医療安全行動とは

中小規模医療機関（歯科診療所から）

Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵
2014,11,23 幕張メッセ国際会議場

医療機関に求められる医療安全行動とは何か？

→提供する医療の安全体制を整備し維持して医療の質を高める活動

【最悪のシナリオ（有害事象）発生時の社会的影響】

有害事象の発生があっても地域医療の基幹を
崩壊させられない社会的責任がある

事故発生は即、経営維持の困難を招く
やり直しや改善を許される環境はない

病院の特徴

医療機関数	5%
職員数	大
床数	20床～ 500床～
レポート件数 (インシデント /アクシデント)	数百件～数千件

常に有害事象発生が対策の前提にある

- ・サーベイランス（発生動向調査）
 - ・院内監視
 - ・分析・統計（傾向、重点対策）
 - ・委員会活動と担当管理者の配置
 - ・発生原因の究明
 - ・病院間で情報公開と情報共有
- ↑
- ・外部の客観的評価の受け入れ
 - ・医療監視、ISO、機能評価

組織を横断して対応

診療所の特徴

95%	医科(56.5%)	歯科(38.5%)
	小	
	無床～19床	
	数件～数十件	

有害事象発生自体が稀で特別？

- ・発生自体が社会的に許容されない
- ・自浄的事例抽出や客観的事例調査が難しい
- ・少人数では担当管理者を配置できない
- ・風評被害や経営ダメージが障壁となり
情報公開と情報共有はしにくい

病院の活動を

そのまま適用できる部分は限られる
課題：診療所の特性に合わせた対策

診療所の特性に合わせた対策

1. 対策立案のための自院の分析

小規模医療機関の提供している医療行為によるタイプ分類

長尾能雅の分類から

Type A (有床orスタッフ20名以上) : 入院患者(+)
マンパワー(+)

小規模(有床)ハイリスク : フルオプション

Type B (無床orスタッフ20名未満) : 侵襲的医療行為・危険薬剤使用・高度機器使用 のいずれかが有
小規模(無床)ハイリスク : 基本プログラム+オプション

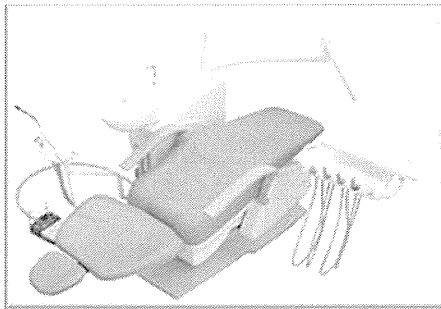
Type C (無床orスタッフ20名未満) : 侵襲的医療行為・危険薬剤使用・高度機器使用 のいずれも無
小規模(無床)ローリスク : 基本プログラム

2. プログラムの選択と達成目標

1. 医療安全管理者の確立・業務の把握
2. クリニカル5S活動・KYT
3. 基本安全確認行動の導入
4. 安全管理マニュアルの整備
5. 院内研修
6. ヒヤリハット事例のレポート
7. 事例分析
8. サーベイランス : 発生状況から対策を立てるは不可能
9. 院内監視 : 客観性、自浄性、信頼度に欠ける
10. モニタリング (医療監視、機能評価など)
11. 立ち入り調査

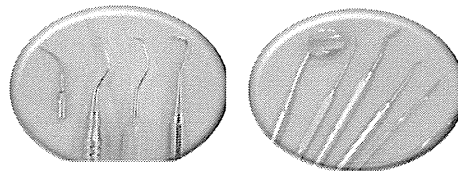
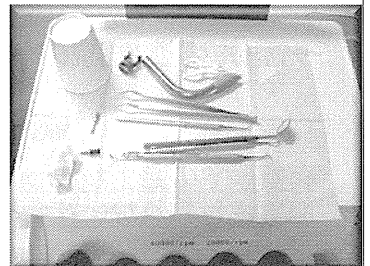
→ 診療所では実現不可能

歯科診療所の実態



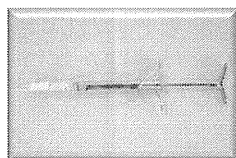
= 診療の様態 =

- ◎ 検査・診断・処置が診療台の上
 - ◎ 使用する器具は小さく鋭利
- 歯科処置は外来小外科処置

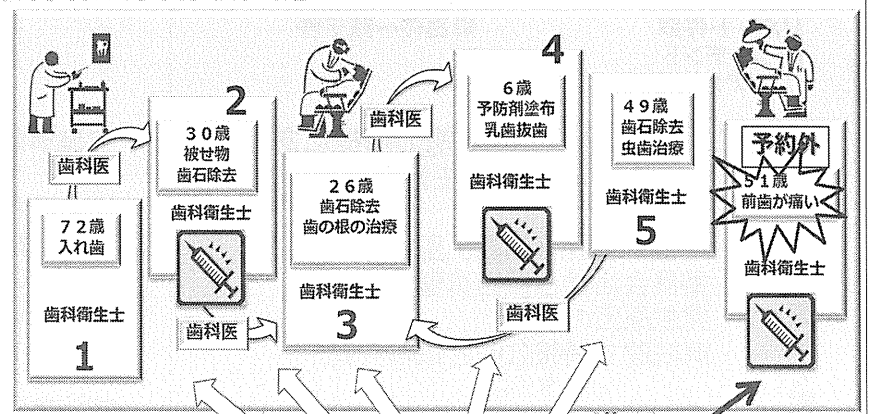


= 診療の特徴 =

- ◎ 気道の入り口が術野
- ◎ 局麻の使用頻度が高い
- ◎ 高齢患者の増加に伴い循環器疾患増悪する可能性
- ◎ 小児患者の体動による注射針の破折の可能性



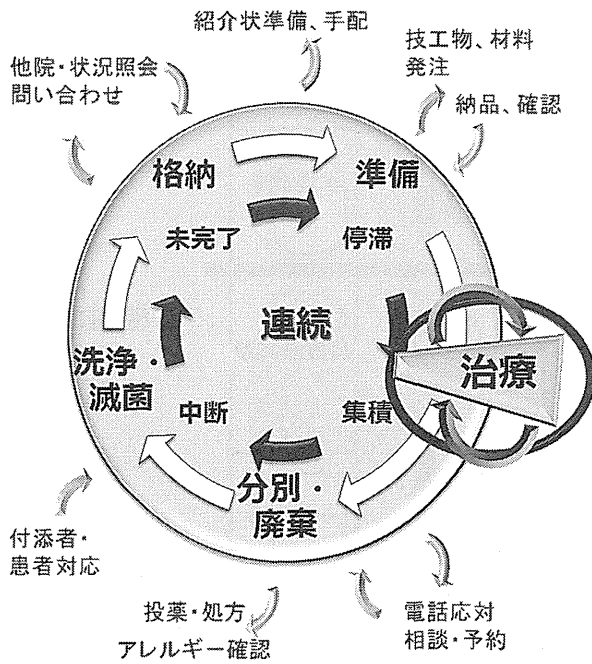
注射針 : 30G~33G (極細)
注射液 : 1/8万アドレナリン添加 (高濃度)



同一時間内に複数の治療台で複数の治療が並行し
多様な年齢の患者や付添者が在する

業務実施上の問題

歯科診療所の日常業務体制 = 兼務の連鎖 = 職員に余裕がない



= 日常業務の問題 =

- ◎ 患者を診ることに集約 (効率・収益性重視)
- ◎ 兼務する業務量に適正な基準がない
- ◎ 個人の能力格差が大きく
業務の集積、中断、未完了、停滞が頻発
- ◎ ミスが起これば個人の不注意

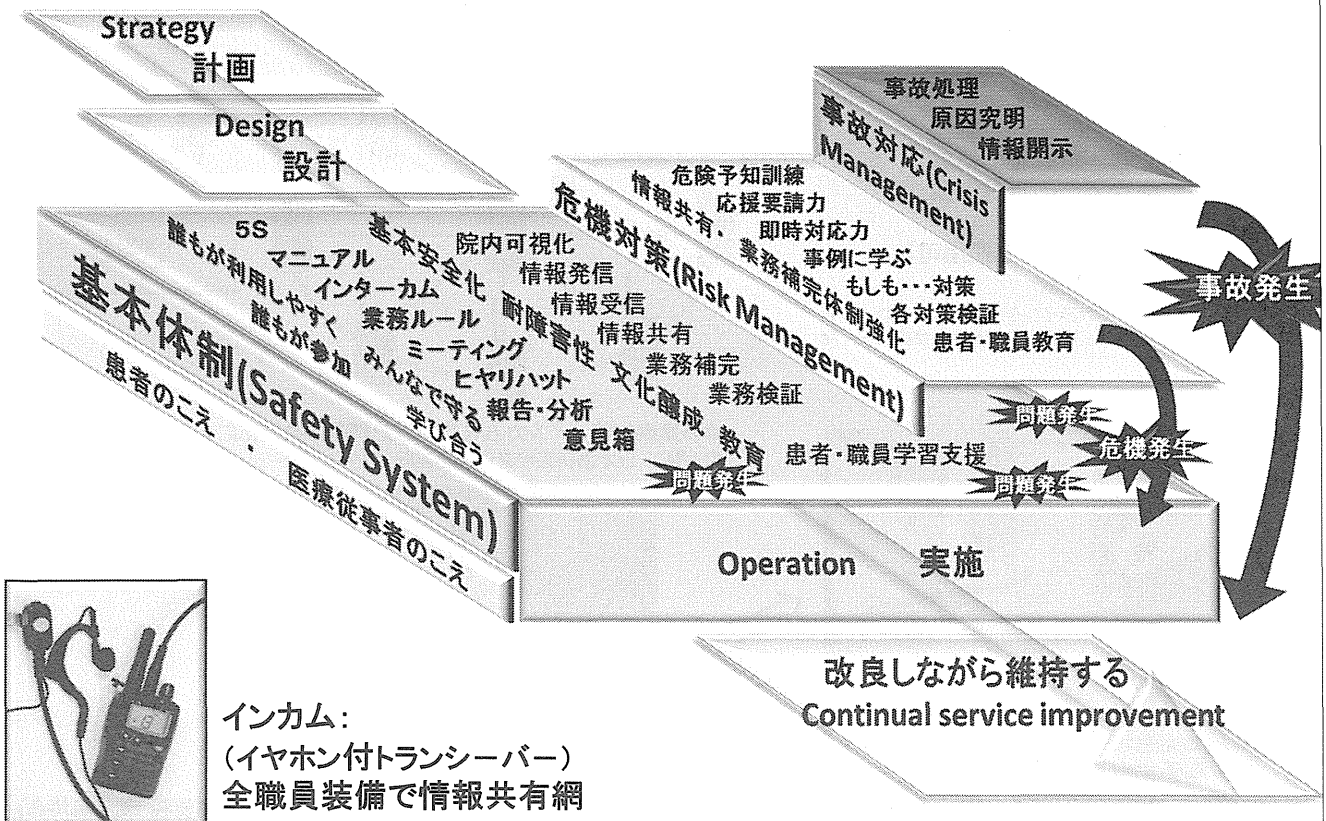
プログラム実施の障壁

1. 職員数が少ない
2. 職務・職責・職能の格差
3. 教育の時間が取れない
4. 兼務就労のため情報共有が困難
5. 職員ごとの安全の価値観の違い
6. 歯科医師の指示の下
自律的行動の経験がない

3. プログラム達成のための方略・方法・資源

到達目標：日常業務を全職員でネットワークを作って監視し

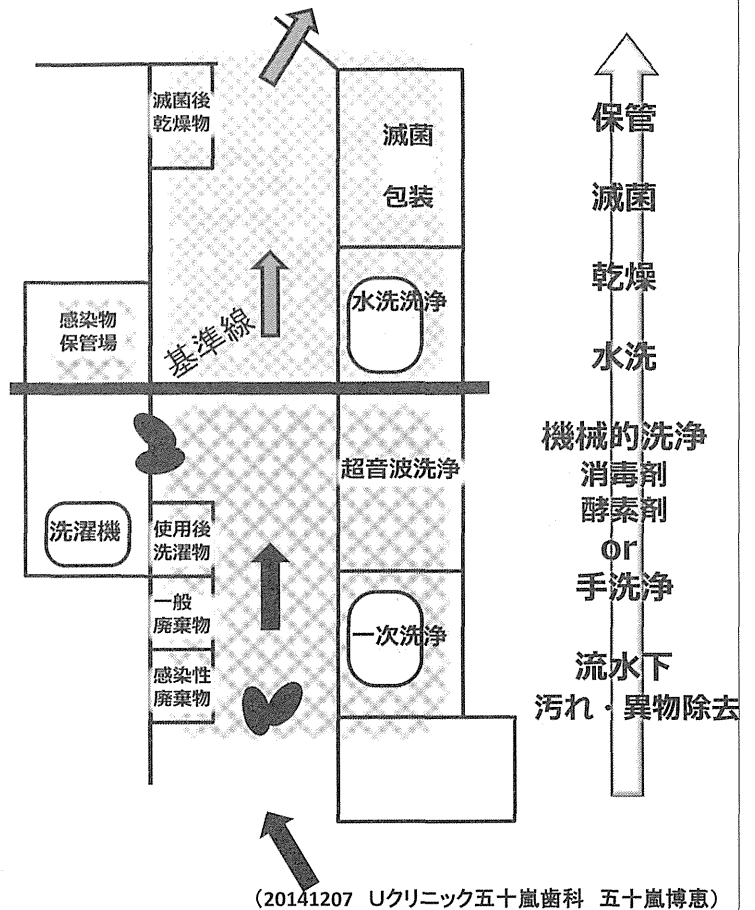
危機の芽を見つけ対応する



インカム：
(イヤホン付トランシーバー)
全職員装備で情報共有網

実践例1 工程と作業と場を合致させ遵守基準を可視化

● ワンウェイ・ゾーニング



(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

実践例2 基本安全確認行動をネットワークの中で実施

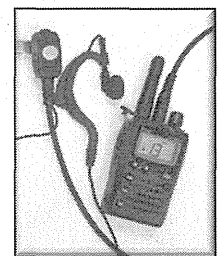
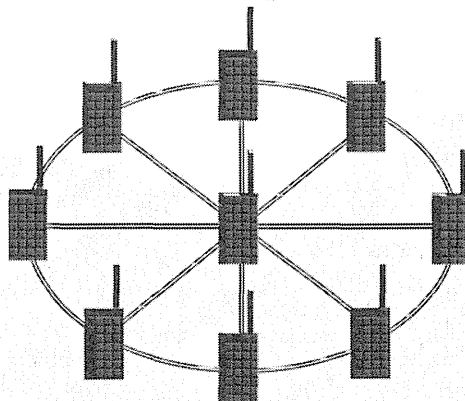
● 院内ネットワーク構築(持ち場を離れず自律的に情報受発信可能な状態を構築)

情報伝達の時差を無くし 情報の共有化・対応の迅速化

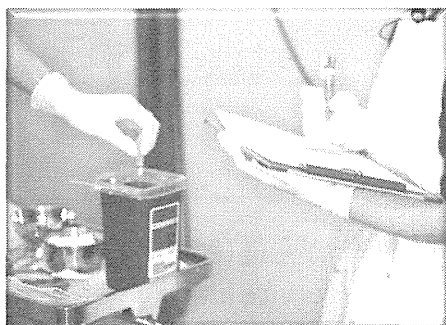
- 緊急時コール
- 業務周知内容の共有化
- マンパワーの指示と配置
- 院内患者・付添者の把握
研修医や学生の行動把握
- 災害時情報伝達
(停電時戸外でも使用可)
- *避難行動支援

* 石橋奈央「災害時におけるインターカムヘッドセット利用の避難行動の有効性」医療の質・安全学会ポスター発表より引用

インカムの通信イメージ



本多真由美著 インカムを応用した情報の共有化による迅速な緊急対応の1例 日本歯科医療管理学会雑誌 44(4), 255-259, 2010-02-25より引用



ダブルチェック・呼称確認
廃棄終了をインカムにて全職員に発信



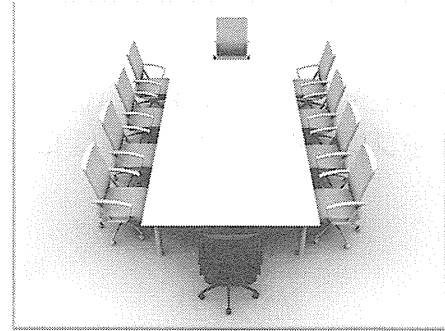
(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

4.プログラムの検証

《 具体的事例 》

-場面-

ヒヤリハット報告会



立場によらない意見を出せる環境
全職員の水平的な関係

見つけたら、気になったら、心配になったら、確認しておきたいことがあったら報告会へ

タスク:

全職員で危機の芽を探す

物理的事象

診療 切削器具で患者切創
治療器具で患者やけど
患者が鑄造体を誤嚥
治療器具で患者切創
治療器具で口唇挟む
被せ物セット時頬粘膜巻き込む
大型機器を患者の頭にぶつけた
薬液が患者の顔に飛散
患者の服に薬液こぼす
手術後の後日確認をせず帰した
手術時血圧の異常値を見落とした
レントゲンデータを他の患者に入力
レントゲン撮影時防護具のつけ忘れ

片付け 印象後、口腔内から小器具発見
大型機器破損
アルコールランプ破損
石膏の混水比を誤り模型を駄目にした
浸麻針を素手で破棄しようとした
血液のついたタオルの始末
使用針を分別せず洗い桶に入れた
感染ごみの廃棄の間違え
抜去歯をビニールに入れたまま洗濯

ヒヤリハット

対応 ミスを報告するのが遅れた
時間がかかりすぎて患者からクレーム
患者の前で不適切な言葉
患者から痛いと言われた
患者を泣かせた（手が優しくない）
保険医登録の遅れ

・・・などなど

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

5.実践の評価 事例分析

当院におけるヒヤリハット件数

年度	H19年 6月～	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年	H25年	H26年 ～10月	総計
報告件数	8件	23件	44件	35件	38件	40件	26件	25件	235件
口腔外科 手術関連	2件	8件	16件	3件	1件	2件	1件	1件	34件

H19年/2件

準備不足で手術の遅れ
患者手術予約忘れ

H20年/8件

メス刃廃棄ミス
術後確認忘れ
縫合針廃棄 2
覆布一般洗濯へ 2
投薬設計ミス
部位間違い

H21年/16件

心電図作動ミス
メス刃廃棄ミス 2
縫合針廃棄 4
部位間違い
器具片付けミス 2
処方薬剤在庫ミス
不十分なリキャップ
インプラント関連
手術に検査結果間に合わず
注射薬剤の作りすぎ 2

・ 院長に指摘をうけて
・ インシデントを報告

・ 自己申告+発見した人
・ ヒヤリハットを報告

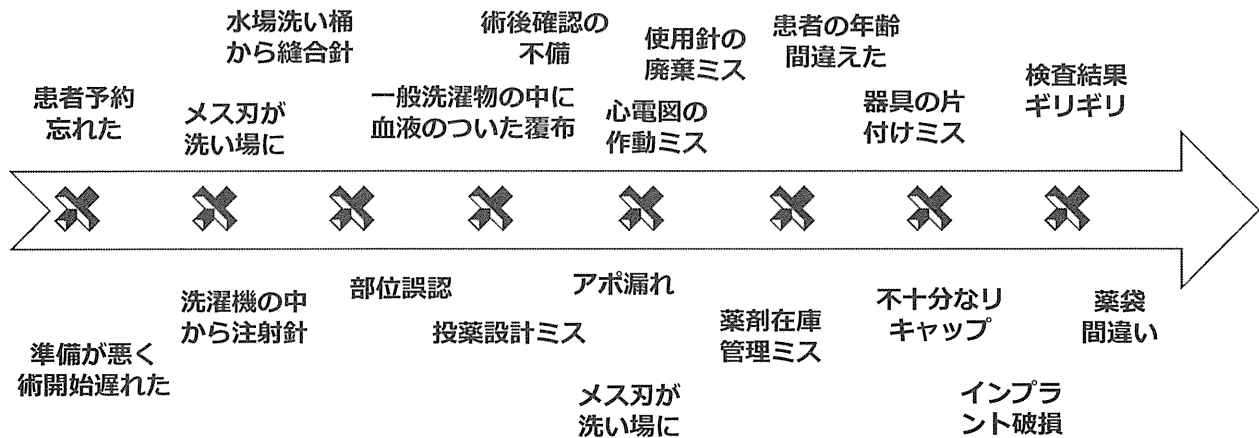
レベルは気になったことまで含む

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

6.安全維持のために取り組むべき対策課題の抽出

- 診療所の事例分析では遑って複数年単位で統計を取る必要がある
診療所のヒヤリハット事例は報告数が多くはないため単年統計だけでは特徴がみえない

1件1件のヒヤリハット事例は点だが遑って統計を行うと繰り返し例や類似事例が発生点をプロットしていくと事例は口腔外科手術に関連し1本の線として出現



口腔外科手術に関連した業務・作業が課題

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

ブリーフィング/タイムアウト

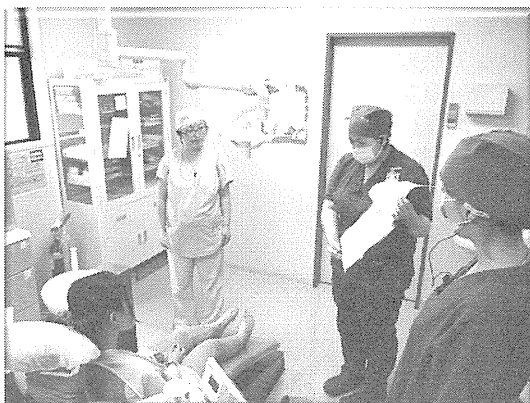
● 患者参加型タイムアウト

手術規模や職種の違いによらず全ての職員が患者を交えて、患者情報や手術手順を一括して整理・確認

日本医療評価機構の「手術の際のタイムアウト」を参考に

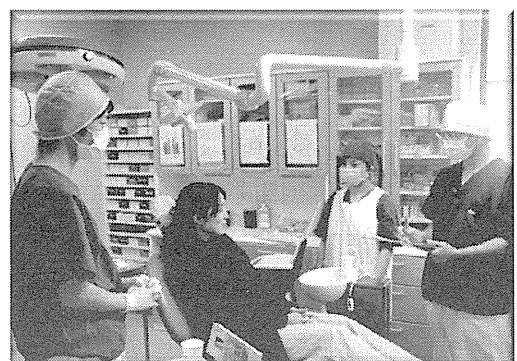
①執刀直前に②チーム全員で③一旦手を止めて④チェックリストに従って⑤患者・部位・手技などを確認する

口腔外科手術のルール： 記載の終わったチェックリストと同意書の両方が揃って手術へ



同意書をいただく際の基準

患者が手術を同意し、該当部位と手術内容が解るまで説明後同意書の記載



タイムアウトの基準

全職員がコーディネーターを務められるよう訓練
同意書のないもの、記載に不備があるものは手術を中止する

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

手術管理チェックリスト(タイムアウト)

患者氏名: _____ 様 手術日: 年 月 日 執刀医: _____

部位: _____ 病名: _____ 処置名: _____ 執刀補助医: _____

• 処置ユニット _____ • 手術開始時間 _____ : _____ : _____

• 手術 予定時間 _____ 時間 分 • 手術終了時間 _____ : _____ : _____

担当衛生士: _____

術前確認

患者名の確認	NO	YES	
手術部位の確認	NO	YES	
手術内容の確認	NO	YES	
同意書の確認	NO	YES	
血液検査結果確認	NO	YES	
CTの確認	NO	YES	

危険物器具の廃棄確認表

浸潤麻酔針の廃棄	NO	YES	針
メス刃の廃棄	NO	YES	枚
縫合針の廃棄	NO	YES	針
薬物注入針の廃棄	NO	YES	針
点滴針の廃棄	NO	YES	針

廃棄者: _____

廃棄時間: _____

手術器具の廃棄確認表

笑気バルブを閉じた	YES	NO
手術器具の処理	YES	NO
使用布類の処理	YES	NO
バキュームの洗浄	YES	NO
診療室の清掃	YES	NO

清掃者: _____

清掃時間: _____

全身既往

高血圧症	/	
糖尿病	HBa1c: _____	
貧血症		
食物アレルギー		
薬物アレルギー		
感染症	• B型肝炎 • C型肝炎	• AIDS • MRSA
過換気症候群		
喘息		
顎関節症		
顎関節脱臼		
花粉症		
骨粗鬆症		
循環器疾患		
呼吸器疾患		
心臓疾患		
脳疾患		
消化器疾患		

Uクリニック五十嵐歯科

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

改善

当院におけるタイムアウト実施数

年度	H21年 7月～	H22年	H23年	H24年	H25年	H26年 ～9月	総計
タイムアウト 実施数	65件	170件	175件	206件	204件	117件	937件
手術当日中止数		1件	1件	1件	1件	0件	4件
チェックリスト 上の不備	*	3件	5件	12件	16件	4件	40件
全身既往		46件	111件	69件	111件	43件	380件

* (薬を受け取る受付窓口で、他院からの処方薬との飲み合わせ相談多数より項目追加)

ヒヤリハット発生件数

年度	H19年 6月～	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年	H25年	H26年 ～10月	総計
報告件数	8件	23件	44件	35件	38件	40件	26件	25件	235件
口腔外科 手術関連	2件	8件	16件	3件	1件	2件	1件	1件	34件

一定の抑止力となっている

- H24年4月～H25年4月
同意いただいた患者95名にアンケート実施

患者95名(100%)は

“次回手術があった際にはタイムアウトを備えた手術を受けたい”

(20141207 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

結論

◎ヒヤリハット報告から

1. 報告の内容から安全体制の遵守状況が確認できる
2. 職員の安全認識や知識などの教育が行われ全体能力向上に活用できる

◎事例分析から

1. 経年振り返りの調査で類似事例や繰り返し事例が見つかる
2. 全職員で向き合うべき重点的対策課題と問題点の共有が明確になる

◎改善から

1. 病院を模倣してプリ-フィンク/タイムアウトを導入した
2. タイムアウトは口腔外科手術全例に実施し、ヒヤリハット報告は減少した
3. 術直前の最終確認で不備、疑問のあったものは中止、中断を可能にした

診療所のプログラムの達成方法の評価

1. 当院の選択した方法・方略の概要

全職員で日常業務に対し直接参加、直接相互監視

2. 監視の効果

職員間の業務・作業の遵守状況を把握可能とした

まとめ

医療機関に求められる医療安全行動とは何か

目標：提供する医療の安全体制を整備し維持して医療の質を高める

課題：小規模の特徴を生かした医療安全の体制整備と活動の持続を図る

方法：日常業務をインカムを用いたネットワークを作って監視し
危機の芽を見つけ対応する

条件：ヒヤリハットが出せる水平的な職場環境の構築

結論：①全職員ネットワークを構築した中で、職員が相互監視に参加することでヒヤリハット事例を的確に収集・分析ができる

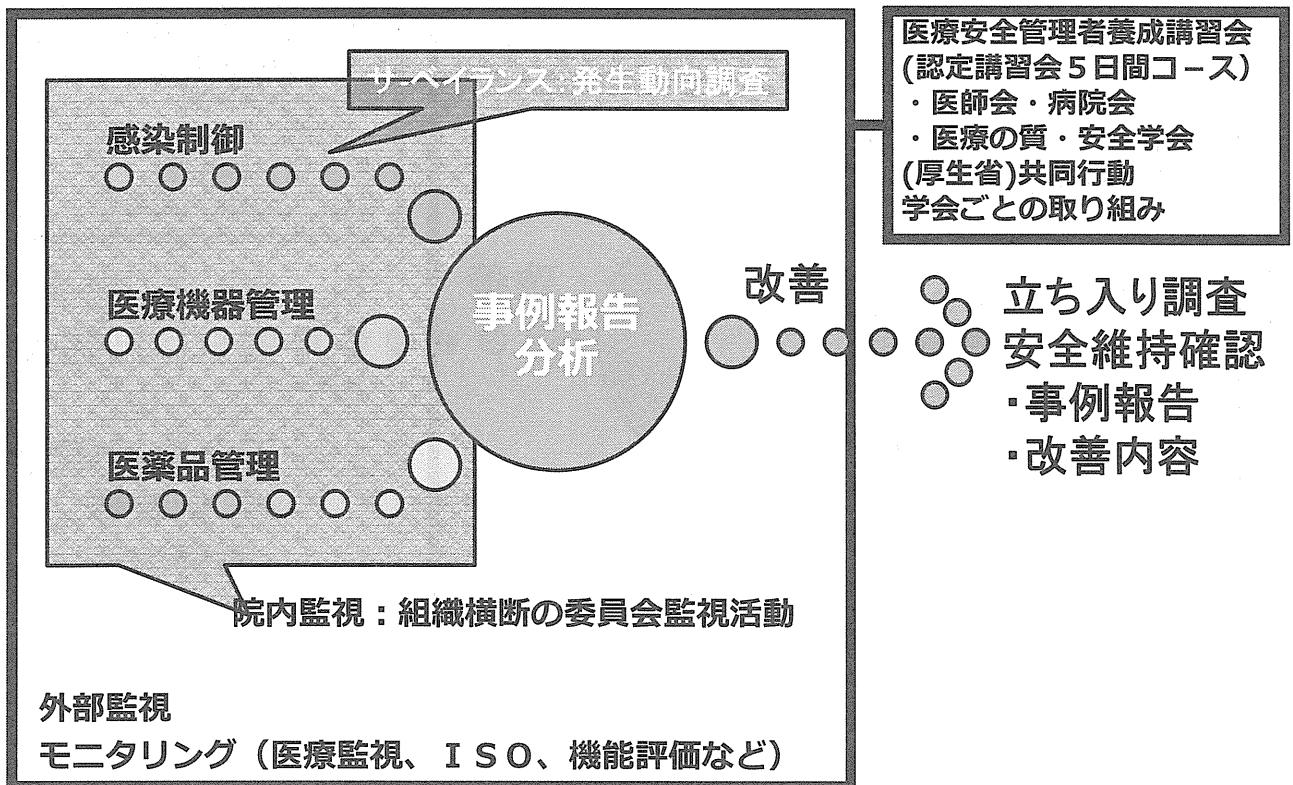
②全職員への周知徹底と迅速対応可能な診療所では、タイムアウトのような強固な医療安全の仕組みを構築できる。

◎診療所では

規模の小ささはデメリットと考えられがちだが
規模の小ささ故に、
スピーディーでブレのない対策と結果を見ることが
できる

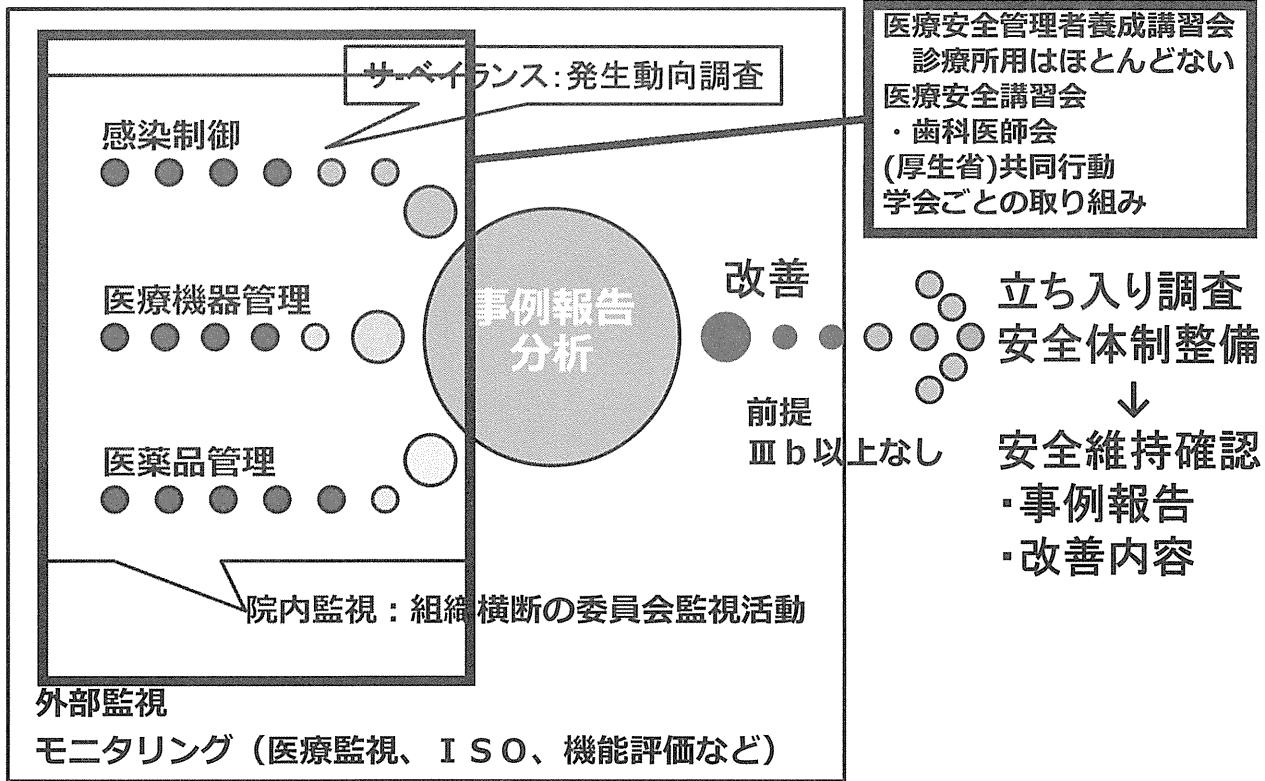
→提供する医療の安全体制を整備し維持して医療の質を高める活動

大型病院の対応…有害事象は常に起こっている…見落とさないを前提に対策



→提供する医療の安全体制を整備し維持して医療の質を高める活動

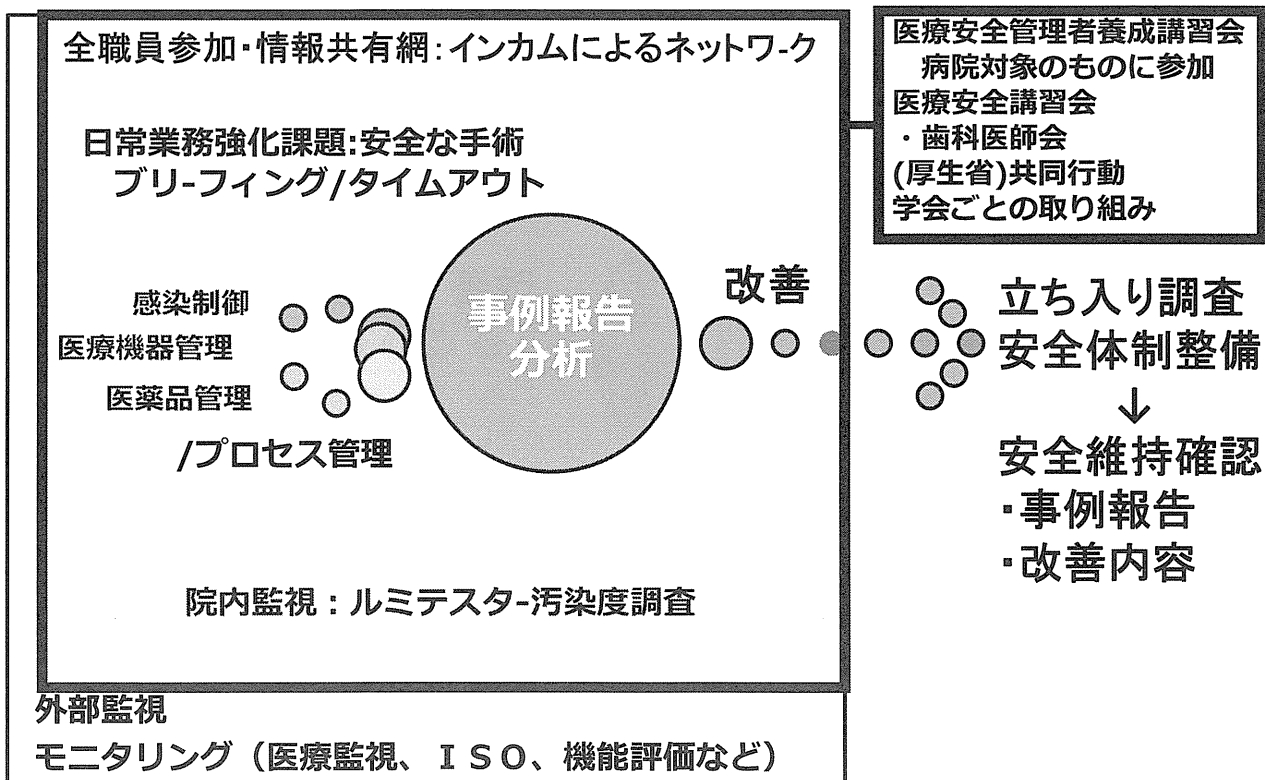
診療所の対応…有害事象そのものが少



(20141130 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

→提供する医療の安全体制を整備し維持して医療の質を高める活動

診療所の対応…有害事象に発展する前を見つける対策…有害事象を発生させない



(20141130 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

第2会場

301

8:30～10:30 ワークショップ5

座長：嶋森 好子(東京都看護協会)

荒井 有美(北里大学病院 医療安全管理者)

医療機関に求められる医療安全行動とは

1 日本医療機能評価機構から求められた医療安全行動

○古田 康之(安房地域医療センター医療安全管理室)

2 JCI (Joint Commission International) から求められた医療安全行動

○寺井 美峰子(聖路加国際病院 QIセンター)

3 行政の医療監視で求められた医療安全行動について

○甲斐 由紀子(宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座)

指定発言：

五十嵐 博恵(Uクリニック五十嵐内科)

山元 恵子(富山福祉短期大学看護学部)

ファシリテータ：

木村 眞子(北海道文教大学 人間科学部 看護学科)

佐々木 久美子(医療法人財団慈生会野村病院)

佐藤 景二(静岡市立静岡病院 医療技術部 臨床工学科)

杉浦 立尚(笑顔のおうちクリニック名古屋)

杉山 良子(パラマウントベッド(株) 技術開発本部)

關 良充(東京北医療センター医療安全管理室)

團 寛子(大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部)

山元 恵子(富山福祉短期大学 看護学部)

山内 桂子(東京海上日動メディカルサービス株式会社メディカルリスクマネジメント室)

ワークショップ 5

医療機関に求められる医療安全行動とは

企画者：嶋森 好子（東京都看護協会）

1999年に生じた重大な医療事故を契機に、医療安全対策が進められてきた。2006年には、医療安全対策加算が設けられ、医療安全管理者の配置が要件となった。2007年には、特定機能病院等に事故報告が義務づけられた。米国に習って医療安全全国共同行動が開始され、特に危険性の高い業務について、推奨される安全なプロセスが提案されている。日本医療機能評価機構は、医療安全確保のための活動も評価の対象としている。国際認証機関である JCI の認証を受ける病院も増加し、その認証の要件として、医療安全確保のための活動とその成果を示すことが求められている。この度の医療法改正では、医療機関の管理者に勤務環境改善マネジメントシステムの構築を努力義務として、また、死亡事故が発生した場合には院内事故調査の実施を義務として課せられることになった。一方、医療安全管理加算要件は、2006年に設けられた当時のままで、医療法が定めている項目に沿った基本的な体制整備を求めているのみである。先進的な医療現場では、これまで10数年にわたり、様々な努力を重ねてきた。その中で、有用な事故防止活動を行っている現場もあり、安全な業務プロセスも提案されている。しかし、これらの安全な業務プロセスを全ての医療機関が実施しているとは限らない。日本医療機能評価機構が“医療安全情報”として提供している安全処置をとらずに同様の事故を起こす医療機関もある。今こそ、今後の医療安全確保を確実にするための医療安全活動を実践する時期に来ている。そこで、本セッションでは、現場の医療安全管理や活動を担っている方々に参集いただき、様々な認証機関等が求めている医療安全行動について、演者に語っていただいたうえで、いずれの医療現場でもなすべき、医療安全行動とその体制整備について検討したいと考えている。（本研究は平成26年度厚労科研の分担研究の一環として企画するものです。ファシリテーター：質・安全学会ネットワーク委員会委員・木村眞子：北海道文教大学、佐々木久美子：野村病院、佐藤景二：静岡病院、杉浦立尚：笑顔のおうちクリニック、杉山良子：パラマウントベッド、關良充：東京北医療センター、山元恵子：富山福井短期大学

ワークショップ 5-1

日本医療機能評価機構から求められた医療安全行動

○古田 康之

安房地域医療センター医療安全管理室

安房地域医療センターは2013年12月に日本医療機能評価機構（以下、「JCQHC」という）の機能種別版評価項目 3rdG : Ver.1.0 一般病院2を認定取得した。JCQHC 認証のための評価項目には医療安全に関連する事項が全般にあり、医療安全が重要視されていた。その中でも特に具体的に行うべき医療安全行動が明示されていた項目などについて紹介させて頂き、これら要求されていることをどう実現しているかについて議論をしていきたいと思っております。この議論を深めることで、いずれの医療現場でもなすべき医療安全行動とその体制について整理されてくると思われま

ワークショップ 5-2

JCI (Joint Commission International) から求められた医療安全行動

○寺井 美峰子

聖路加国際病院 QI センター

JCI (Joint Commission International) (以下 JCI) は国際的な医療機能評価を行う医療施設認証機関であり、聖路加国際病院が2012年7月に認証を取得した当時は日本で3番目だったが、認証取得病院は増えつつあり、病院が受審準備中の病院も多いと聞いている。

JCI 審査内容は3年ごとに更新されるが、当院の受審時の審査・評価内容は、全14分野、1218項目について医療機関のマネジメントや医療現場を詳細に審査・評価するものだった。特に患者安全、医療の質向上に関する評価項目が充実して具体的であり、現場職員の実践を求められた。

14分野の筆頭に最重要事項として位置づけられているのが国際患者安全目標 (IPSG: International Patient Safety Goals) の6目標である。具体的な評価項目が提示され、病院が目標達成のために評価項目を盛り込んだ方針・手順を作成すること、その方針・手順を全職員が順守すること、さらに病院が職員の実践と順守を支援していること、が求められる。

国際患者安全目標は【目標1: 確実な患者確認】【目標2: 効果的なコミュニケーション】【目標3: ハイアラート薬の安全管理】【目標4: 手術と侵襲的処置の患者・部位・手技確認の徹底】【目標5: 医療関連感染リスクの低減】【目標6: 転倒・転落による患者の傷害リスクの低減】の6目標である。評価項目は、例えば目標1の患者確認では、2つの方法での患者確認を行うこと、2つの方法には患者病室番号やベッド番号や患者の居場所を含まないこと、患者確認がすべての治療や手技や医療行為の前に行われていること、である。そしてさらに、病院として職員がこの手順を順守しているかどうかのデータを収集してフィードバックするとともにPDCAサイクルで改善の取り組みを行うことが求められる。

日本では、推奨される医療安全行動・対策の導入は個々の医療機関の判断に任せられインセンティブが働いていない。手術室でのWHO「手術安全チェックリスト」の導入も病院の意向に任されている。JCIは評価項目として推奨される医療安全行動・対策を提示し、審査員はそれらの意図と効果を説いていた。

ここでは、これら JCI が国際患者安全目標で求めている医療安全行動を紹介し、多くの医療機関でなすべき医療安全行動とその体制整備についての検討の導入となればと考えている。

行政の医療監視で求められた医療安全行動について

○甲斐 由紀子

宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査は、医療法に基づくすべての病院を対象とし、医療監視員が施設に赴き、原則年 1 回実施されます。検査要綱には、「病院が医療法及び関連法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて検査することにより、病院を科学的で、かつ、適正な医療を行う場にふさわしいものとするを目的とする」と記載されています。

私は、平成 12 年から 11 年間、病院の医療安全管理者として立入調査を担当しました。立入調査では、事前に調書を提出し、最初に対面による書面及びカルテ審査、重要事例に対する担当者の聞き取り調査・指導が行われ、部署の訪問審査では現場スタッフの直接聞き取り調査や周知手段の確認、手洗いの目視確認等が実施されます。これらの審査結果から、病院が社会的責任を果たすために「根拠法令等に基づく基準」や、「医療安全管理者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針」を遵守し、高い精度で現場実践されているかという視点で改善指導が行われます。

立入調査における具体的な調査項目と内容、改善指導について紹介し、改めて行政が求める医療安全行動と現場の実践活動について討論することを通して、病院として求められている医療安全行動と体制整備について討論していきたいと考えます。

