

医療と安全

Healthcare and Safety

日本医療安全学会機関誌

◆特集：医療処置と医療安全◆



2024

18・19号

日本医療安全学会機関誌

医療と安全

Healthcare and Safety

**JPSCS**

Japan Society of Clinical Safety

18・19号 2024

◆ 目次 ◆

巻頭言 4

第11回日本医療安全学会学術総会 代表総会長 安田 あゆ子

共同総会長 近本 亮

共同総会長 田中 浩平

◆特集：医療処置と医療安全◆

【特集 巻頭言】 7

()

【特集1】 6

医療手技と医療安全

小澤 章子（国立病院機構静岡医療センター）

【特集2】 10

安全な中心静脈カテーテル挿入

小川 覚（京都府立医科大学附属病院医療安全推進部）

【特集3】 26

深鎮静処置の医療安全

中村 猛，木村美樹，内山裕美，柴田かおり，小川覚，井上匡美，佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院医療安全推進部）

【部門紹介】 51

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部（加藤 果林）

【紹介・地域研究会活動】 51

第27回京滋医療安全研究会開催報告（代表世話人：松村 由美，清水 智治，中村 猛）

【医療安全徒然】 53

他業種との安全意識の擦り合わせって難しい？

梁 善光（帝京大学ちば総合医療センター，前・安全管理部長）

【ミニ講座】	55
みんなで Moodle 医療安全 e ラーニング構築 6 「Moodle e ラーニングコースでの受講証の発行」	
佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院）	
【日本医療安全学会 報告事項】	58
2024 年 8 月定例理事会議事録	
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」：刊行の趣旨，編集の方針	61
「医療と安全」投稿規定	62
「医療と安全」執筆要領	63
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員会	64
「医療と安全」投稿時チェックリスト	65
学会活動の概要と年会費支払方法について	66
入退会・変更届け出用紙	67
【編集後記】	68
日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員長 佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院院長）	

● 年会費（日本医療安全学会の一般会員）支払いの方法

年会費は毎年1月1日が起点日です。

入会金：5千円 年会費：正会員 7千円，理事 9千円，学生会員 3千円

振り込み方法

下記金融機関のどちらでもご利用できます。

(1) ゆうちょ銀行口座への振込の場合

支店名：〇一九ゼロイチキュウ)店

口座種類：当座

口座番号：0292830

シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ

口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

(2) ゆうちょ振替口座への振込の場合

店名：〇一九ゼロイチキュウ)店

口座番号：00190-1-292830

シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ

口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

口座番号：00190-1-292830

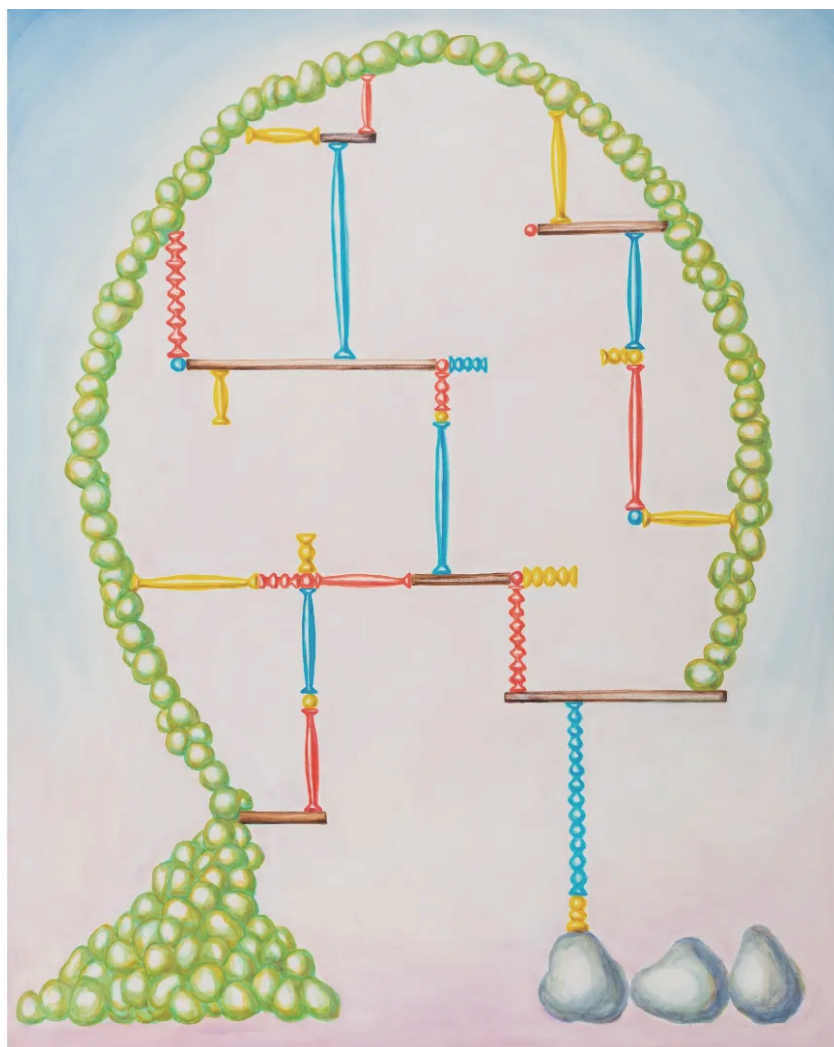
改善しつづける安全な医療システムへ

Think globally,
Act locally.

2025

3.15^{Sat}-16^{Sun}

ウインクあいち
(愛知県労働産業センター)



長谷川篤「タイトルなし」2014-2015 綿布に油彩 227x182cm copyright the artist, courtesy Satoko Oe Contemporary

代表総会長

安田 あゆ子

(国立病院機構名古屋医療センター 外科・医療安全管理部 部長
藤田医科大学大学院医学研究科 病院経営学・管理学 教授)

共同総会長

近本 亮

(熊本大学病院 副病院長 医療の質・安全管理部長 教授)

田仲 浩平

(東京工科大学 医療保健学部 臨床工学科 教授 大学院医療技術学研究所
片柳研究所 デジタルヘルスイノベーションセンター センター長)

◆「医療と安全」18号 巻頭言◆



Think globally, Act locally.

改善しつづける安全な医療システムへ

第11回日本医療安全学会学術総会 代表総会長

国立病院機構名古屋医療センター 外科・医療安全管理部 部長

藤田医科大学大学院医学研究科 病院経営学・管理学 教授

安田 あゆ子

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19: 4, 2024.

第11回日本医療安全学会学術総会 共同総会長
熊本大学病院 副病院長 医療の質・安全管理部長 教授

近本 亮

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19: 6, 2024.

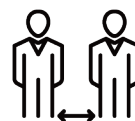
第11回日本医療安全学会学術総会 共同総会長

東京工科大学 医療保健学部 臨床工学科 教授 大学院医療技術学研究科

片柳研究所 デジタルヘルスイノベーションセンター センター長

田中 浩平

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19: 7, 2024.



◆ 特集：医療処置と医療安全 ◆



● 特集巻頭言

佐和 貞治

京都府立医科大学附属病院長

本号の特集では、医療処置に関わる医療安全について、3つの話題提供を頂きました。まず、小澤章子氏（国立病院機構静岡医療センター麻酔科）は、公益社団法人日本麻酔科学会にて麻酔や関連領域での医療安全の中で、特に気道管理やシミュレーション教育に積極的に活動されておられ、今回、医療処置に伴う全般的な医療安全向上への考え方などについてまとめていただきました。次に、小川覚氏（京都府立医科大学麻酔科学）は、心臓麻酔科医の視点から安全な中心静脈カテーテル挿入について、科学的な知見と過去に発生した合併症例などをまとめていただきました。最後に、中村猛氏（京都府立医科大学医療安全推進部）には、循環器内科医の視点から、深鎮静処置に伴う安全対策について、どのように院内全体をまとめて行くかについて、これまでの取り組みをスライド形式でまとめていただきました。処置に伴い、重篤な合併症が発生した場合、もちろん患者さんにとって是不幸な顛末であり、そして医療従事者－患者間の信頼関係が毀損し、係争案件に発展するリスクがあり、処置に係る医療従事者は、過去の事案から危険回避する方法を学習し、最大限の安全に努める必要があるでしょう。本特集が安全な医療処置の普及に寄与することを願っております。 **日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18-19:9, 2024**



◆ 特集：医療処置と医療安全 ◆



医療手技と医療安全

小澤 章子

国立病院機構静岡医療センター

■ 要 旨 ■

医療事故を防ぐにはシミュレーション教育を導入し医療従事者の技術と知識を向上させることが重要である。シミュレーション教育ではテクニカルスキルのみならずノンテクニカルスキルの向上も意識し、シナリオトレーニングで様々な事例を体験し、振り返りで省察の機会を得て自ら学ぶ姿勢を培う。日常業務では徹底した予測と準備を行い、繰り返しリスクアセスメントをして潜在的な危険を事前に特定し適切な対応を準備する習慣を養う。日頃から心理的安全性の高い職場環境を整備し、医療従事者が安心して働けるストレスが少ない環境を提供することは、ミスの報告や改善点の提案の促進につながる。事前に、事故発生後の医療従事者のメンタルヘルスをサポートする体制を整備しておく。「医療事故ゼロ」のために、教育体制の整備と「事故を起こさない、起こさせない」環境を充実させて患者・家族と医療従事者の安全確保を目指していきたい。日本医療安全学会機関誌 **医療と安全 18・19:10-17, 2024.**

キーワード：シミュレーション教育、ノンテクニカルスキル、リスクアセスメント、心理的安全性、デブリーフィング

はじめに

医療現場では患者の安全を確保することが最重要課題である。各種の治療の中でも医療手技は侵襲的行為であり、その適応と確実性が求められる。なかでも、麻酔は生体にとって必要な反射を抑制し、かつ手術という侵襲的行為による各種の生体反応を調節しながら円滑な手術と患者の安全を確保している。安全への配慮なくして麻酔は行えず、麻酔は医療安全と表裏一体と言っても過言ではなかろう。医療事故が発生した場合、患者や家族はもとより事故当事者や関係者は、苦悩とともに膨大な時間と労力を投入しなければならない¹⁾。発生後に時間とエネルギーを費やすのであれば、それは事前に投入して事故の発生を未然に防ぐことが重要ではなかろうか。医療事故ゼロを目指して「事故を起こさない、起こさせない」ためには、シミュレーション教育を中心とした教育体制作り、手技の教育のみならず予測と準備の徹底、そして心理的安全性の高い職場環境の整備が重要であると考えている。本稿では安全

に関する日本麻酔科学会の活動、シミュレーション教育と医療安全について紹介する。

1. 医療事故の現状と課題

医療事故患者の生命に直接関わる重大な問題である。医療事故の統計によれば全世界で年間数百万件の医療事故が発生しており、その多くは防ぎうるものであると言われている。アメリカでは年間約25万人が医療エラーにより死亡し、これは死亡原因の第3位である²⁾。医療事故の主な原因としては、医療手技のミス、コミュニケーションの不足、システムの欠陥などが挙げられる。これらの原因を取り除くためには総合的な対策が必要である。

2. 医療手技

医療の進歩はめざましく、医薬品、資機材、技術などの発達で、さまざまな治療が実施され、生命危機からの回復やその後に実施される濃厚な治療、処置が行われている。厚生労働省は、医療チームのリー

ダーとなる医師の育成にも力を注ぎ、昭和21年に医師の教育制度を設置し見直しを繰り返して現在に至る。初期研修医教育は医療法第16条で規定され、「医師臨床研修指導ガイドライン—2020年度版—」には、初期研修医に対して「経験すべき診察法、検査、手技」が掲載されている。これらの手技は医療の基本となる手技であると同時に侵襲的行為に相当する。治療のために必須の手技であるが、時に生体を傷つけ不可逆的な事態を引き起こすこともあり得るため、医療従事者は手技の手順、利点と欠点、合併症を十分に理解し慎重に実施しなければならない。これらの手技を研修した後に術式、患者に合わせた各診療科の手術手技を習得する。

3. 麻酔学会の安全部門活動

(1) 麻酔科学は危機管理学

麻酔とは、薬剤などによって疼痛や不快な体験をなくすことで、英語の「anesthesia」は「無感覚」に由来する。手術のために、薬剤を用いて人為的に意識を消失させ呼吸を止めて、あらゆる反射を抑制し感覚を消失させる「麻酔」という行為そのものは、安全とは言い難い^{3,4)}。あらゆる事態を予測し適切な麻酔管理を行ってはじめて、手術を安全かつ快適に行うことができる。麻酔は危機管理学に基づいている。手術や処置は治療でもあるが同時に外傷でもあり、生体にとって非生理的な状態を作り出している。治療のための外科的処置による死亡や術後合併症を最小限にするために患者安全は非常に重要である。

(2) 日本麻酔学会の活動

日本医療機能評価機構の調査で「麻酔」に関する事例が複数例、報告されている。日本麻酔学会は手術室内外の周術期の呼吸循環疼痛管理等、患者の全身管理を中心に、手術前後の集中治療、救急医療、疼痛管理、さらに緩和医療領域において患者の命を守り安全で安心できる医療を提供することを目的として、1954年に設立された。常置委員会として安全委員会を設置している。安全委員会は、麻酔および周術期医療に必要なリスクマネジメントに関する事項について検討する安全事業戦略を担当し、安全な麻酔の施行に必要な調査および情報収集を行い、

さらに質の高い安全な麻酔のためのガイドライン作成やマニュアルの策定を主導する。安全事業戦略は、統計調査・情報収集部門、麻酔関連機器部門、薬剤および麻酔手技部門、リスクマネジメント部門の4つに分けられている。各種の情報を収集し発出しているが、中でも「指針・ガイドライン」⁵⁾は、改訂を繰り返し、現在も時代のニーズにあわせて複数のガイドラインを新規作成、あるいは改訂を行なっている。また、日本麻酔科学会は日本医療安全調査機構に加入し、医療事故調査・支援センターの業務依頼等に対応している。

鎮静は、全身麻酔に準ずる⁶⁾とされているが、現在、マンパワー不足のため麻酔科医が全例に対応できてはいない。これは日本のみならず世界でも同様で、鎮静の実施は当該診療科医で、麻酔科医はコンサルタントと位置付けられ、院内の鎮静体制を統括することが求められている。ASA Closed Claims Analysis では、手術室外の麻酔 (NORA: Non Operating Room Anesthesia) は、手術室内よりもリスクが高いことが報告されている^{7,8)}。2009年と2017年を比較すると全体の件数こそ減少したものの、死亡率は手術室外が多く、初回調査から8年の年月を経ても手術室内外の可逆的、不可逆的事例発生率に大きな変化は見られなかった。また、NORAでは過鎮静による有害事象が53%発生し、また、モニタリングで予防可能であった事例は全体の40%であったと報告されている。日本麻酔科学会は非麻酔科医および他職種向けに「安全な鎮静のためのプラクティカルガイド」⁹⁾を発出した。日本医療機能評価機構の調査で「鎮静」事故も多数報告されており、周知に努めたい。

4. 医療手技の教育体制

(1) アクティブラーニング

効果的な教育の方法として、アクティブラーニング⁹⁾が挙げられる。従来は指導者が一方向で講義を行い、それを記憶してきた。教え、授けるという「教授」では習得できる量に限りがある。そこで学習者が自発的、能動的に考え、学習する教育法としてアクティブラーニングが提唱され実施されている。グループワークやディスカッションなどで言葉、行動

を外に出させてみる（外化）ことで各種の能力の習得、向上を目指し、自ら学ぶ姿勢の習得を目指している。筆者も10年前から看護学校の授業や院内教育で導入しており、その効果を実感している。

（2）手技の標準化とシミュレーション教育

専門的な概念を説明する、技能を実演する、適切な態度を定着させるという指導は、患者安全教育においてはいずれも不可欠である¹⁰⁾。具体的な方法として、問題提示型の教育（講師が補助するグループ学習）、シミュレーション型の学習（ロールプレイ、ゲーム）、講義形式の授業（双方向的、通常の講義）などを行い、さらにメンタリングやコーチングも行う。医療手技の教育は医療従事者のスキルと知識の向上に不可欠で、特に標準化された手技のトレーニングはミスを減少させるために重要である。例えば、麻酔科におけるシミュレーション教育では、安全な環境で実際の臨床現場を再現し、標準化された気道管理や心肺蘇生の技術を手技を繰り返し練習することで習得することができる¹¹⁾。これにより、患者の身体を傷つけることなく技術の向上と緊急時の対応力が強化できる。

（3）シミュレーション教育におけるシナリオの活用

医療者が学習すべき知識、技術は多岐にわたり膨大な量となっている。全てを患者で経験することは物理的にもまた生体への影響もあり不可能で、各種のシミュレーショントレーニングが行われており、重要視される項目を挙げる。Bakerらは、患者の安全性向上におけるシミュレーションの役割の重要性を報告している¹²⁾。

①効果的なセミナーを行うにはID（Instructional design）¹³⁾に基づいてセミナーを設計することが必要である。AHA（American Heart Association）のBLS（Basic Life support）、ACLS（Advanced Life Support）コースもこれに準じており、短時間で効果的な教育効果を得られる。

②ブリーフィング、デブリーフィング¹⁴⁾

シミュレーショントレーニングにおいても、指導者から受講生への一方向の会話では効果的な学習には至りにくい。開始時のブリーフィング、そして終了時のデブリーフィングは必須となる。ブリーフィ

ングではトレーニングの目的を提示し、デブリーフィングでは、アウトカムに到達できるように振り返り省察を促していく。各種の方法があるが、

G A S (Gather information, Analysis of information, Summary for future practice) 法¹⁵⁾、Plus Delta¹⁶⁾がよく用いられている。

（4）継続的な教育と評価

医療手技の教育は一度行えば終わりではなく、継続的な教育と評価が必要である。定期的なトレーニングと評価により、最新の知識と技術を維持し、改善することができる。また、フィードバックを通じて自己評価を行い、手技の改善点を見つけることが重要である。定期的にワークショップやトレーニングを実施し、最新の技術や知識を習得する。特に麻酔科においては、新しい麻酔薬や機器の使用に関する教育が重要で、ハーバード大学の医療シミュレーションセンターでは、麻酔危機資源管理（ACRM）に関する集中ワークショップが提供されている。麻酔科医は、継続的な教育を通じて、最新の知識を維持し、患者に対する安全で効果的な麻酔管理を提供することが求められ、アメリカ麻酔科学会（ASA）では、継続教育プログラムを通じて麻酔科医のスキル向上を図っている¹⁷⁾。

（5）継続教育のための On-the-Job Training（OJT）と Off the Job Training（Off-JT）

①OJTとは職場での勤務時に実務をさせながら、その仕事に必要な知識、技術、体動などを指導することを指し、職場を離れての訓練はOff-JTと呼ばれる。業務の内容、性質により適したOJT、Off-JTを選択して教育する。心肺蘇生セミナー（AHA—ACLS、ICLS）、外傷セミナー、をはじめ、日本医学シミュレーション学会はDAM（Difficult Airway management）実践セミナー（IDに基づいたセミナー設計を行い、GAS法を用いてブリーフィングを実施している。）をはじめ鎮静セミナー、中心静脈穿刺セミナー、高機能患者シミュレーターセミナーを開催している。写真は、当院手術室での緊急手術症例の麻酔導入トレーニングの実際である。（写真1）緊急手術症例の麻酔導入トレーニングでは手術室に高機能シミュレータを設置し、各自の動きを確認した。その他、前述のIDを基に新型コロナウイ

ルス感染症対応のトレーニング、輸血のセミナー、医療ガス研修を設計し実施した。Off-JT では、できる限り臨床現場に近づけたい、臨場感を出したいと考えている。ICLS コースは夜間帯に病室で急変があった場合を想定し、空き病室にシミュレータを設置して電気を消してシナリオトレーニングを行っている。参加者は、基本的には勤務時に着用する服装としている。発見者が、まず行うこと、次に行うことを整理して臨場感を体験してもらっている。

これらのセミナーやトレーニングに際して特に注意している点は、① 入口（受講生の経験値、背景）を揃えること、② 出口（達成度、満足度）が揃うように個々の学習効果を意識しながらセミナーを行うこと、③ インストラクター（ファシリテーター）自身の入口（経験値、背景）と出口（達成度、満足度）を意識すること、④ セミナー開始前の準備（受講生、インストラクター、資機材、時間管理など）を十分に行うこと、⑤ 反省という言葉を使わずに、「振り返り」と呼ぶようにしていることである。

② OJT への応用：Off-JT での教育手法は、OJT に応用できる。体験した臨床症例（術中心停止事例、挿管困難事例など）について Plus Delta（図 1）¹⁸⁾ で振り返りを行っている。今後は、挿管や穿刺などで実施回数が多かった場合、後で S E A(Significant Event Analysis) シートを書いてセルフデブリーフィングで気付きを促してアウトカムに繋げるなど、安全を確保するために各種の教育ツールの活用を検討している。

(6) ノンテクニカルスキル向上のためのシミュレーション教育の方法

医療におけるノンテクニカルスキル (Non Technical Skills) は、コミュニケーション、チームワー

ク、意思決定、状況認識など、患者ケアの質を向上させるために不可欠なスキルである。これらのスキルは、特に緊急時や高ストレス環境での医療従事者のパフォーマンスに大きな影響を与えるため、テクニカルスキルと同様に、常に向上を目指すことが安全につながる。

①ローフィデリティシミュレーション：簡易的なモデルやマネキン人形を使用し、基本的な手技やコミュニケーションスキルを強化する¹⁹⁾。

②ハイフィデリティシミュレーション：患者の状態をリアルに模した高精度のシミュレーターを使用し、複雑な医療シナリオでのチームワークや意思決定能力を鍛える²⁰⁾。

③シナリオベースのトレーニング：特定の医療シナリオに基づいてシミュレーショントレーニングを行い、状況認識やチーム内の役割分担を学ぶ。(21)

④フィードバック：シナリオシミュレーション後に参加者にフィードバックを実施することで、自己評価を促し改善点を明確にする²²⁾。

⑤ビデオレビュー：シナリオシミュレーションの様子を録画して後で視聴することで、行動やコミュニケーションの改善点を視覚的に確認する²³⁾

⑥デブリーフィング：シナリオシミュレーション後に参加者全員で振り返りを行なうことで、経験から学び、次回に生かすための議論を促進する¹⁵⁾

例えば、挿管困難時の気管支ファイバー挿管について、若い頃は「技術さえ高めれば安全だ」と思い込んでいた（図 2）。が、今は技術を高めるのは当たり前で、それに加えてノンテクニカルスキルを徹底している（図 3）。麻酔を飛行機の操縦、麻酔科医を機長に例えると、通常とは異なる場面で資機材の準備をし、チーム・ビルディングを行ってチームメ

20歳代、男性、咬筋腫瘍で緊急手術となった。開口制限があったが、経口挿管が可能であると判断して実施した。開口できず気管支ファイバーで挿管した。実施後にデブリーフィングを行った。

Plus : よかった点	Delta : 次回、よりよくするには
<ul style="list-style-type: none">・ブリーフィングをした。・ファイバー挿管の準備をしておいた。・ファイバー挿管の手技を習得してた。・出血を起こさなかった。・円滑に行えた。・筋弛緩薬の拮抗薬を準備していた。・実施後に、チームで共有できた。	<ul style="list-style-type: none">・咬筋腫瘍について把握しておく。 →開口はできない！・CTの読影能力を高める。・術者に確認する。・初めから意識下経鼻ファイバー挿管を検討する。・外科的気道確保の資機材は常備しているが、ブリーフィングも行うべく。

小澤章子、D A 実践セミナーの歩みと今後、第19回日本医学シミュレーション学会 2024.3.17

図 1 挿管困難事例のデブリーフィング Plus Delta を用いた OJT で振り返り

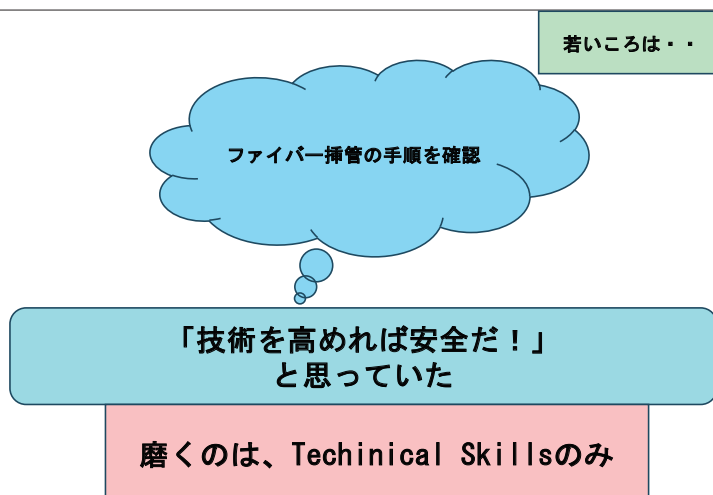


図2 挿管困難症例 ～ファイバー挿管～

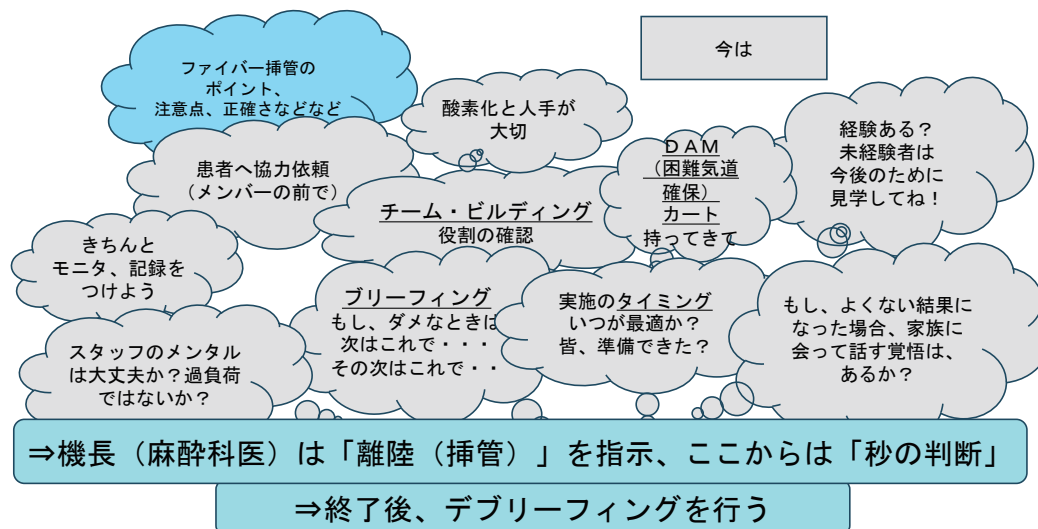


図3 Non Technical Skills が安全を裏打ちする

メンバーのメンタルも考慮した上で「離陸（挿管）」を指示している。ノンテクニカルスキルが安全を裏打ちしている。

（7）1人で行える教育手法

① K Y T：中央労働災害防止協会は、職場の安全のために危険予知訓練（KYT）でチーム行動目標を設定して業務開始前に唱和し意識付けを行うことを推奨している（24）。K Y Tは、「1ラウンド：どんな危険が潜んでいるか、2ラウンド：これが危険のポイント、3ラウンド：あなたならどうする、4ラウンド：私達はこうする」で構成されるオフ座ジョブトレーニングである。筆者は昭和の時代に医師になったが、当時の上司から術前診察終了後に「一人K Y T」の指導を受けた。患者の状態（全身状態、気道の状態など）、緊急性、手術内容、スタッフ（術者、助手、看護師など）の経験度などを踏まえて、

1ラウンド：どんな危険が潜んでいるか、2ラウンド：危険のポイント、3ラウンド：危険への対処、対応策の決定、4ラウンド：チームへの周知である。後にK Y Tを知り、麻酔科医と医療安全の親和性を再認識した。

② PDCA サイクルと OODA ループ^{25, 26)}：事業を行う際のPDCAサイクルは、麻酔や鎮静時も応用できる。Plan: 麻酔計画 —Do: 実施 —Check: 確認 —Assessment: 評価を症例ごとに行い、経験を積み重ねていく。OODA ループとは、ジョン・ボイドによって提唱された意思決定プロセスのフレームワークで、OODA は4つのステップの頭文字を取ったものである。Observe（観察）：環境や状況を把握する。Orient（方向付け）：得た情報を分析し、理解を深める。Decide（決定）：行動の選択肢を検討し、最適な行動を決定する。Act（行動）：決定した行動

を実行する。刻々と状況が変化の中で短時間に効果的な判断を下すためのフレームワークで米国の多くの企業を取り入れており、即座に対応が求められる麻酔管理でも適用できる。

5. 予測と準備の重要性

(1) リスクアセスメント

WHOは、2011年に「患者安全カリキュラムガイド 多職種版」¹¹⁾を発信し、11のトピックスについて紹介している。トピック10では患者安全と侵襲的処置について記載され、外科的処置による死亡が0.4～0.8%、術後合併症は3～16%と報告されている。これらは実施者の能力不足ではなく処置を行う多くの過程での間違いが原因で、侵襲的処置による有害事象を最小限にするための患者安全の重要性が記載されている。

医療事故を防ぐためには、リスクアセスメントが重要である。リスクアセスメントとは、潜在的な危険を事前に特定し、その危険を軽減するための対策を講じるプロセスのことで、手術前のチェックリスト(WHO安全な手術のためのチェックリスト)を用いることで、手術中のミスを減少させることができる。手術や処置の前には詳細な計画を立て、必要な資材や機器の準備を行い、時には緊急時に備えたシナリオトレーニングや定期的なリハーサルも実施することで、予期せぬ事態に対する迅速かつ適切な対応が可能となる。

(2) ガイドラインの重要性

WHOは、2009年に「安全な手術のためのガイドライン」を発信した。サインイン、サインインアウト、タイムアウトといった言葉を含む10項目を示す²⁷⁾。術者がすべきこと、麻酔科医がすべきことを分けてみると麻酔科医がすべきことは7項目に渡り、安全な手術ために麻酔科医が重要な役割を果たしていることがわかる。チェックリストの活用：ハンドテクニクを行う際には、チェックリストを活用することが推奨される。チェックリストは、ハンドテクニクに必要なステップを明確にし、重要事項を見落とさないようにするための有効なツールである。

(3) システムの改善

医療システム自体の改善も事故予防に重要で、エラーの発生を防ぐためには、システムの欠陥を見つけ、改善する必要がある。例えば、電子カルテシステムの導入により、情報の共有がスムーズに行われ、コミュニケーションエラーを減少させることにつながる。

6. 心理的安全性の高い職場環境

(1) チームワークの強化

心理的安全性の高い職場環境を整備することは、医療事故の防止において重要である。チームワークを強化し、全てのメンバーが自由に意見を述べられる環境を作ることで、エラーの発生を減少させる可能性が高まる²⁸⁾。例えば、定期的なミーティングを通じて、問題点や改善点を共有することが有効となる。オープンなコミュニケーションは、チーム内での意見交換を促進し、失敗を恐れずに学び合える環境を構築できる。これにより、医療従事者は自分の意見や意見を自由に表現できるようになり、質の向上につながる²⁹⁾。

(2) コミュニケーションの重要性

手術室では多職種が同時に多数の作業を行うが、職種の違いに加えて経験や能力の違いも加わり現代の手術室の環境は複雑になっていて、より正確なコミュニケーションが求められる。医師が失敗するコミュニケーションの例として、コミュニケーションの状況や場面、伝達された情報が不十分または不正確、グループのメンバー構成、コミュニケーションの目的が不明、不適切などが挙げられている。

(3) サポートシステムの充実

医療現場はストレスが多い環境で、医療従事者が安心して働ける環境を整えるためにはストレス管理のためのプログラムやサポートシステムの充実が必要である。例えば、メンタルヘルスサポートや労働環境の改善などは、医療従事者のストレスを軽減し、集中して業務に取り組むことができる³⁰⁾という報告がある。

まとめ

医療事故を防ぐにはシミュレーション教育を導入し医療従事者の技術と知識を向上させることが重要

である。シミュレーション教育ではテクニカルスキルのみならずノンテクニカルスキルの向上も意識し、シナリオトレーニングで様々な事例を体験し、振り返りで省察の機会を得て自ら学ぶ姿勢を培う。日常業務では徹底した予測と準備を行い、繰り返しリスクアセスメントをして潜在的な危険を事前に特定し適切な対応を準備する習慣を養う。日頃から心理的安全性の高い職場環境を整備し、医療従事者が安心して働けるストレスが少ない環境を提供することは、ミスの報告や改善点の提案の促進につながる。事前に、事故発生後の医療従事者のメンタルヘルスをサポートする体制を整備しておく。「医療事故ゼロ」のために、教育体制の整備と「事故を起こさない、起こさせない」環境を充実させて患者・家族と医療従事者の安全確保を目指していきたい。

利益相反に関する開示事項

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

参考文献

- 1) Hägglund M, et al. The impact of medical errors on healthcare professionals. *BMJ Quality & Safety*. 2015;24:237-245.
- 2) Anderson JA, Abrahamson K. Your Health Care May Kill You: Medical Error. *Stud Health Technol Inform*. 2017;234:13-17.
- 3) Schneider SM, et al. Risk assessment in anesthesia: A review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*. 2009;108:1118-1125.
- 4) 熊本典道. 麻酔事故の法律問題. 信山社. 東京. 1992
- 5) https://anesth.or.jp/users/person/guide_line
- 6) https://anesth.or.jp/files/pdf/practical_guide_for_safe_sedation_20220628.pdf
- 7) Metzner J, Posner KL, Domino KB. The risk and safety of anesthesia at remote locations: the US closed claims analysis. *Curr Opin Anesth*. 2009; 502.
- 8) Woodward ZG, Urman RD, Domino KB. Safety of Non-Operating Room Anesthesia: A Closed Claims Update. *Anesth Clin*. 2017; 569-581.
- 9) https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/004/siryo/_icsFiles/afiefieldfile/2015/09/04/1361407_2_4.pdf
- 10) Patient safety curriculum guide: multi-professional edition 6 July 2011
- 11) Gaba DM. The future vision of simulation in healthcare. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13:i2-i10
- 12) Baker DP, Day R, Salas E. The role of simulation in enhancing patient safety. *Journal of Patient Safety*. 2010;6:198-205.
- 13) 鈴木克明. 研修設計マニュアル. 東京. 北大路出版. 2015
- 14) Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare*. 2002;2:115-125.
- 15) Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: A general method for evaluating community mental health programs. *Community Mental Health Journal*. 1968;4:443-453.
- 16) Ross S. Twelve tips for effective simulation debriefing. A research-based approach. 2020. *Medical Teacher*.
- 17) <https://www.asahq.org/shop-asa#sort=%40searchdate%20descending>
- 18) 小澤章子. 第19回日本医学シミュレーション学会. DAM 実践セミナーの歩みと今後. 2024
- 19) McGaghie WC, et al. "Effect of practice on learning outcomes in simulation-based medical education." *Medical Education*. 2006;40:792-797.
- 20) Issenberg SB, et al. "Simulation technology for health care professional skills training and assessment." *Journal of the American Medical Association*. 2005;293:1267-1270.
- 21) Henneman EA, et al. "Interprofessional education: a review of the literature." *Journal of Interprofessional Care*. 2012;26:346-352. doi:10.3109/13561820.2012.682493
- 22) van der Vleuten CPM, et al. "Assessment of professional competence: developments, research and practical implications." *Advances in Health Sciences Education*. 2010;15:581-592. doi:10.1007/s10459-

- 010-9227-4
- 23) Kessels AG, et al. (2011). "The use of video feedback to improve communication skills in medical education: a systematic review." *Medical Teacher*.2011;33: e295-e303.
- 24) <https://www.jisha.or.jp/zerosai/kyt/file04.html>
- 25) Boyd JR. The Essence of Winning and Losing. In *The Mind of War: John Boyd and American Security*.1996: 1-24.
- 26) チェット・リチャーズ (著) . 原田勉 (訳・監修). *OODA LOOP(ウーダグループ)*. 東京 . 東洋経済新聞社 .2019.
- 27) WHO Guidelines for Safe Surgery 2009
- 28) Nemhard IM, Edmondson AC. Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior* .2006;27:941-966.
- 29) Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*.1999;44:350-383.
- 30) Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92:129-146.

Abstract

Medical procedures and medical safety

Akiko Ozawa

NHO Shizuoka Medical Center

To prevent medical accidents, it is essential to introduce simulation-based education to enhance the skills and knowledge of healthcare professionals. This type of training should emphasize not only the development of technical skills but also the improvement of non-technical skills, such as communication, teamwork, and decision-making. Through scenario-based training, healthcare professionals can experience various situations and gain valuable insights. Reflection on these experiences provides opportunities for self-assessment and fosters a proactive approach to learning. In daily operations, thorough anticipation and preparation are crucial. Regular risk assessments should be conducted to identify potential hazards in advance, allowing for the development of appropriate responses and preventive measures. Creating a workplace environment with high psychological safety is also vital. Ensuring that healthcare professionals can work in a stress-free environment where they feel secure promotes the reporting of errors and the suggestion of improvements. This transparency is key to a culture of continuous improvement and safety. Additionally, it is important to establish systems to support the mental health of healthcare professionals after the occurrence of an incident, providing them with the necessary support and resources to cope with the emotional aftermath. To achieve "zero medical accidents," we must focus on strengthening the educational system and creating an environment that both prevents accidents and discourages conditions that may lead to them. This comprehensive approach aims to ensure the safety and well-being of patients, their families, and healthcare professionals alike. By prioritizing both preventive measures and a supportive workplace culture, we can work towards a safer and more reliable healthcare system. *Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 18・19:10-17, 2024.*

Key words: Simulation education, Non-technical skills, Risk assessment, Psychological safety, Debriefing

◆ 特集：医療処置と医療安全 ◆



安全な中心静脈カテーテル挿入

小川 覚

京都府立医科大学附属病院医療安全推進部副部長，同大学麻酔科学教室（疼痛・緩和部門）講師

■ 要 旨 ■

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19:24-27, 2024.

キーワード：

利益相反に関する開示事項

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

参考文献

- 1) エイミー・C・エドモンドソン．チームが機能するとはどういうことか TEAMING. 東京：英治出版, 2014.

図 1

図 2

図 3

図 4

図 5

図 6

図 7



表 1

Abstract

Coordination of admission and discharge and continuous nursing

Mayumi Horia

Tokai University Hachioji Hospital

Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 18・19:28-31, 2024.

Key words: Patient Flow Management (PFM), coordination of admission and discharge, Community-based Integrated Care

◆ 特集：医療処置と医療安全 ◆



深鎮静処置の医療安全

中村 猛，木村美樹，内山裕美，柴田かおり，小川寛，井上匡美，佐和 貞治

京都府立医科大学附属病院医療安全推進部，同附属病院長

■ 要 旨 ■

非挿管下に行われる医療処置の中で深鎮静に行われるもの（内視鏡処置やカテーテル検査・手術など）について、静脈麻酔薬であるプロポフォールやミダゾラムの使用が広がっています。これらの麻酔薬の使用は、添付文書上も適応外使用となり、また不適切な場所や監視状況で、経験の浅い医師が行う場合、低酸素血症、呼吸停止、更には心停止など、重篤な合併症に繋がる危険を伴う。適正かつ安全な深鎮静に基づく処置を行う院内のルールについて、京都府立医科大学附属病院では、院内ガイドラインとしてまとめて、深鎮静を行う医師の院内認定制度の一貫として受講必須となるeラーニング研修を行っていますが、その際のプレゼンテーション資料を順に左に示して概説していきます。日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19: 26-30, 2024.

キーワード：深鎮静， 医療処置， 医療安全， 適応外使用， インフォームド・コンセント

今回、深鎮静処置の医療安全について、実際に京都府立医科大学附属病院にてガイドラインとしてまとめて、深鎮静を行う医師の院内認定制度の一貫に受講必須となるeラーニング研修を行っていますが、その際のプレゼンテーション資料を順に左に示して概説していきます。

鎮静安全認定ガイドライン

院内で「深鎮静」を実施する際に必要な手続き

「鎮静安全認定ガイドライン」
がなぜ必要なのか？

「鎮静」は患者さんが各種処置の身体的精神的苦痛を軽減するため
に有用ですが、鎮静には一定のリスクも存在します。

- 1) 鎮静を受ける患者安全のため。
- 2) 一部の鎮静薬の使用についてはいわゆる
「適応外使用」となるため。

スライド1：「鎮静安全認定ガイドライン」は、院内で深鎮静を実施する際に必要な手続きです。このガイドラインは、具体的な鎮静方法を説明するものではなく、院内での深鎮静が必要な処置において、その鎮静処置が行える院内認定資格の要件、そして処置が行える場所、更に深鎮静に使われる薬剤と添付文書上の適応外処置であることへの理解、更に適切なインフォームド・コンセントについて、学習するためのものです。

スライド2：「鎮静安全認定ガイドラインがなぜ必要なのか？」について、まず理解してください。鎮静を受ける患者には最大限の安全を提供する責務があり、かつ一部の鎮静薬の使用は、その添付分症状は、いわゆる「適応外使用」となることへの理解が必要です。薬剤の適応外使用については、院内の臨床倫理委員会の事前承認のもので、患者（及び状況に応じて患者家族）より適切なインフォームド・コ

この「鎮静安全認定ガイドライン」 の対象となる「鎮静」の範囲

原則としていわゆる「深鎮静」を対象としますが、それ以下の鎮静でも「深鎮静」となりうる状況であれば対象となります。

- 1) 「非挿管下の手術及び処置時の鎮静」における「深鎮静」を対象とする。
- 2) 「深鎮静」に移行しうる薬剤の静脈投与がおこなわれる鎮静。

院内で「鎮静」を実施する際に 必要な手続き

当院は以下の手続きを定めることにより、**鎮静実施を認可制**として鎮静時の**患者安全確保及び法規遵守**を致します。

- 1) 病院が認可した鎮静安全認定医師が実施すること。
- 2) 病院が認可した場所で実施すること。
- 3) 病院が認可した体制で実施すること。
- 4) 病院が認可した説明同意書を用いてインフォームドコンセントを行う事（適応外使用についての説明も含まれる）。

1: 鎮静安全認定医師が実施すること

鎮静安全認定医師については以下の二段階で認定します。

◆第一段階

各診療科の診療部長から院長に推薦された医師を認定。

→各診療科で鎮静に必要な一定の経験があると診療部長が

認める医師を診療部長が推薦し院長が認定します。

（なお、認定にはこのe-learningの受講が必須です。）

1: 鎮静安全認定医師が実施すること

鎮静安全認定医師については以下の二段階で認定します。

◆第二段階

第一段階で認定された医師の指導の元で一定の実技経験を積んだ医師、あるいは以前に他院で鎮静に必要な一定の経験があると診療部長が認める医師を認定。

→認定方法は第一段階と同じです

ンセント取得の上で行うことが求められています。

スライド3：この「深鎮静安全認定ガイドライン」の対象となる「鎮静」の範囲は、原則として非挿管下の手術及び処置時の鎮静における「深鎮静」を対象とします。「深鎮静」に移行しうる薬剤の静脈投与が行われる鎮静を対象となります。

スライド4：院内で「鎮静」を実施する際に必要な手続きとして、以下の4点に留意する必要があります。鎮静実施を認可性として、鎮静時の患者安全確保及び法規遵守を求めるためです。

- 1) 病院が認可した鎮静安全認定医師が実施すること。
- 2) 病院が認可した場所で実施すること。
- 3) 病院が認可した体制で実施すること。
- 4) 病院が認可した説明同意書を用いてインフォームドコンセントを行うこと（適応外使用についての説明も含まれる）。

スライド5:1. 「鎮静安全認定医師が実施すること」
鎮静安全認定医師については以下の二段階で認定します。◆第一段階：各診療科の診療部長から院長に推薦された医師を認定→各診療科で鎮静に必要な一定の経験があると診療部長が認めて推薦した医師を院長が認定します（なお、認定には、e-Learningの受講が必須です）。

スライド6:2. 「鎮静安全認定医師が実施すること」
鎮静安全認定医師については以下の二段階で認定します。◆第二段階：第一段階で認定された医師の指導の元で一定の実技経験を積んだ医師あるいは以前に他院で鎮静に必要な一定の経験があると診療部長が認める医師を認定します）認定方法は第一段階と同じです）。

スライド7：病院が認可した場所で実施すること。
患者安全確保のために、監視装置や救急救命薬剤機器等が整備されている場所でのみ鎮静の実施が可能です。各診療科の診療部長から鎮静を行う必要のある場所を申請し、認定された場所でのみ鎮静が可能となります。

2: 病院が認可した場所で実施すること

患者安全確保のために、**監視装置や救急救命薬剤機器等が整備**されている場所でのみ鎮静の実施が可能です。

各診療科の診療部長から鎮静を行う必要のある場所を申請し認定された場所でのみ鎮静が可能となる。

3: 病院が認可した体制で実施すること

患者安全確保のために、**認可された場所であつ安全な実施体制**でのみ鎮静の実施が可能です。

各診療科の診療部長が鎮静を行う必要のある場所毎に以下の体制が確保できているか確認して申請

- ☐ 鎮静に対する患者リスク評価を適切に行う体制がある。
- ☐ 使用薬剤とその使用量、使用方法が定められている。
- ☐ 実施する鎮静・処置に応じて必要な人員配置がされている。
- ☐ 鎮静実施時に適切な監視装置が配備されている。
- ☐ 鎮静時の患者状態を記録する体制がある。
- ☐ 緊急時に対応できる器材の配備がある。
- ☐ 実施前の経口摂取制限について事前に説明し、確認する体制がある。
- ☐ 実施後の覚醒等の確認体制がある。
- ☐ 院内共通の鎮静同意書を使用することが遵守されている。

4: 病院が認可した説明同意書を用いてインフォームド・コンセントを行うこと

鎮静については、**行う手術・手技とは別に病院が認可した説明同意書を用いて**インフォームドコンセントを実施します。

鎮静に関する同意は薬剤によっては適応外使用に関する同意も必要です。

院内でこのガイドラインが対象とする鎮静を行う必要のあるときには、医療安全推進部から未承認薬等担当部門に薬剤の適応外使用を含めて申請し認可された「非挿管下での手術及び処置時の鎮静についての説明書」を用いて患者に十分な説明を行い同意を取得してください。

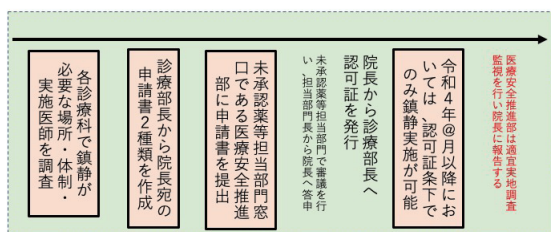
同意書は電子カルテの「掲示板」→「各診療科各部門」→「医療安全推進部」→「@@@」にあります。

これから各科・各部門（以下診療科）に実際に行って頂くこと(全体像)

必要な書式は「医療安全推進部」→ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㏀ ㏁ ㏂ ㏃ ㏄ ㏅ ㏆ ㏇ ㏈ ㏉ ㏊ ㏋ ㏌ ㏍ ㏎ ㏏ ㏐ ㏑ ㏒ ㏓ ㏔ ㏕ ㏖ ㏗ ㏘ ㏙ ㏚ ㏛ ㏜ ㏝ ㏞ ㏟ ㏠ ㏡ ㏢ ㏣ ㏤ ㏥ ㏦ ㏧ ㏨ ㏩ ㏪ ㏫ ㏬ ㏭ ㏮ ㏯ ㏰ ㏱ ㏲ ㏳ ㏴ ㏵ ㏶ ㏷ ㏸ ㏹ ㏺ ㏻ ㏼ ㏽ ㏾ ㏿ 㐀 㐁 㐂 㐃 㐄 㐅 㐆 㐇 㐈 㐉 㐊 㐋 㐌 㐍 㐎 㐏 㐐 㐑 㐒 㐓 㐔 㐕 㐖 㐗 㐘 㐙 㐚 㐛 㐜 㐝 㐞 㐟 㐠 㐡 㐢 㐣 㐤 㐥 㐦 㐧 㐨 㐩 㐪 㐫 㐬 㐭 㐮 㐯 㐰 㐱 㐲 㐳 㐴 㐵 㐶 㐷 㐸 㐹 㐺 㐻 㐼 㐽 㐾 㐿 㑀 㑁 㑂 㑃 㑄 㑅 㑆 㑇 㑈 㑉 㑊 㑋 㑌 㑍 㑎 㑏 㑐 㑑 㑒 㑓 㑔 㑕 㑖 㑗 㑘 㑙 㑚 㑛 㑜 㑝 㑞 㑟 㑠 㑡 㑢 㑣 㑤 㑥 㑦 㑧 㑨 㑩 㑪 㑫 㑬 㑭 㑮 㑯 㑰 㑱 㑲 㑳 㑴 㑵 㑶 㑷 㑸 㑹 㑺 㑻 㑼 㑽 㑾 㑿 㒀 㒁 㒂 㒃 㒄 㒅 㒆 㒇 㒈 㒉 㒊 㒋 㒌 㒍 㒎 㒏 㒐 㒑 㒒 㒓 㒔 㒕 㒖 㒗 㒘 㒙 㒚 㒛 㒜 㒝 㒞 㒟 㒠 㒡 㒢 㒣 㒤 㒥 㒦 㒧 㒨 㒩 㒪 㒫 㒬 㒭 㒮 㒯 㒰 㒱 㒲 㒳 㒴 㒵 㒶 㒷 㒸 㒹 㒺 㒻 㒼 㒽 㒾 㒿 㓀 㓁 㓂 㓃 㓄 㓅 㓆 㓇 㓈 㓉 㓊 㓋 㓌 㓍 㓎 㓏 㓐 㓑 㓒 㓓 㓔 㓕 㓖 㓗 㓘 㓙 㓚 㓛 㓜 㓝 㓞 㓟 㓠 㓡 㓢 㓣 㓤 㓥 㓦 㓧 㓨 㓩 㓪 㓫 㓬 㓭 㓮 㓯 㓰 㓱 㓲 㓳 㓴 㓵 㓶 㓷 㓸 㓹 㓺 㓻 㓼 㓽 㓾 㓿 㔀 㔁 㔂 㔃 㔄 㔅 㔆 㔇 㔈 㔉 㔊 㔋 㔌 㔍 㔎 㔏 㔐 㔑 㔒 㔓 㔔 㔕 㔖 㔗 㔘 㔙 㔚 㔛 㔜 㔝 㔞 㔟 㔠 㔡 㔢 㔣 㔤 㔥 㔦 㔧 㔨 㔩 㔪 㔫 㔬 㔭 㔮 㔯 㔰 㔱 㔲 㔳 㔴 㔵 㔶 㔷 㔸 㔹 㔺 㔻 㔼 㔽 㔾 㔿 㕀 㕁 㕂 㕃 㕄 㕅 㕆 㕇 㕈 㕉 㕊 㕋 㕌 㕍 㕎 㕏 㕐 㕑 㕒 㕓 㕔 㕕 㕖 㕗 㕘 㕙 㕚 㕛 㕜 㕝 㕞 㕟 㕠 㕡 㕢 㕣 㕤 㕥 㕦 㕧 㕨 㕩 㕪 㕫 㕬 㕭 㕮 㕯 㕰 㕱 㕲 㕳 㕴 㕵 㕶 㕷 㕸 㕹 㕺 㕻 㕼 㕽 㕾 㕿 㖀 㖁 㖂 㖃 㖄 㖅 㖆 㖇 㖈 㖉 㖊 㖋 㖌 㖍 㖎 㖏 㖐 㖑 㖒 㖓 㖔 㖕 㖖 㖗 㖘 㖙 㖚 㖛 㖜 㖝 㖞 㖟 㖠 㖡 㖢 㖣 㖤 㖥 㖦 㖧 㖨 㖩 㖪 㖫 㖬 㖭 㖮 㖯 㖰 㖱 㖲 㖳 㖴 㖵 㖶 㖷 㖸 㖹 㖺 㖻 㖼 㖽 㖾 㖿 㗀 㗁 㗂 㗃 㗄 㗅 㗆 㗇 㗈 㗉 㗊 㗋 㗌 㗍 㗎 㗏 㗐 㗑 㗒 㗓 㗔 㗕 㗖 㗗 㗘 㗙 㗚 㗛 㗜 㗝 㗞 㗟 㗠 㗡 㗢 㗣 㗤 㗥 㗦 㗧 㗨 㗩 㗪 㗫 㗬 㗭 㗮 㗯 㗰 㗱 㗲 㗳 㗴 㗵 㗶 㗷 㗸 㗹 㗺 㗻 㗼 㗽 㗾 㗿 㘀 㘁 㘂 㘃 㘄 㘅 㘆 㘇 㘈 㘉 㘊 㘋 㘌 㘍 㘎 㘏 㘐 㘑 㘒 㘓 㘔 㘕 㘖 㘗 㘘 㘙 㘚 㘛 㘜 㘝 㘞 㘟 㘠 㘡 㘢 㘣 㘤 㘥 㘦 㘧 㘨 㘩 㘪 㘫 㘬 㘭 㘮 㘯 㘰 㘱 㘲 㘳 㘴 㘵 㘶 㘷 㘸 㘹 㘺 㘻 㘼 㘽 㘾 㘿 㙀 㙁 㙂 㙃 㙄 㙅 㙆 㙇 㙈 㙉 㙊 㙋 㙌 㙍 㙎 㙏 㙐 㙑 㙒 㙓 㙔 㙕 㙖 㙗 㙘 㙙 㙚 㙛 㙜 㙝 㙞 㙟 㙠 㙡 㙢 㙣 㙤 㙥 㙦 㙧 㙨 㙩 㙪 㙫 㙬 㙭 㙮 㙯 㙰 㙱 㙲 㙳 㙴 㙵 㙶 㙷 㙸 㙹 㙺 㙻 㙼 㙽 㙾 㙿 㚀 㚁 㚂 㚃 㚄 㚅 㚆 㚇 㚈 㚉 㚊 㚋 㚌 㚍 㚎 㚏 㚐 㚑 㚒 㚓 㚔 㚕 㚖 㚗 㚘 㚙 㚚 㚛 㚜 㚝 㚞 㚟 㚠 㚡 㚢 㚣 㚤 㚥 㚦 㚧 㚨 㚩 㚪 㚫 㚬 㚭 㚮 㚯 㚰 㚱 㚲 㚳 㚴 㚵 㚶 㚷 㚸 㚹 㚺 㚻 㚼 㚽 㚾 㚿 㞀 㞁 㞂 㞃 㞄 㞅 㞆 㞇 㞈 㞉 㞊 㞋 㞌 㞍 㞎 㞏 㞐 㞑 㞒 㞓 㞔 㞕 㞖 㞗 㞘 㞙 㞚 㞛 㞜 㞝 㞞 㞟 㞠 㞡 㞢 㞣 㞤 㞥 㞦 㞧 㞨 㞩 㞪 㞫 㞬 㞭 㞮 㞯 㞰 㞱 㞲 㞳 㞴 㞵 㞶 㞷 㞸 㞹 㞺 㞻 㞼 㞽 㞾 㞿 㟀 㟁 㟂 㟃 㟄 㟅 㟆 㟇 㟈 㟉 㟊 㟋 㟌 㟍 㟎 㟏 㟐 㟑 㟒 㟓 㟔 㟕 㟖 㟗 㟘 㟙 㟚 㟛 㟜 㟝 㟞 㟟 㟠 㟡 㟢 㟣 㟤 㟥 㟦 㟧 㟨 㟩 㟪 㟫 㟬 㟭 㟮 㟯 㟰 㟱 㟲 㟳 㟴 㟵 㟶 㟷 㟸 㟹 㟺 㟻 㟼 㟽 㟾 㟿 㠀 㠁 㠂 㠃 㠄 㠅 㠆 㠇 㠈 㠉 㠊 㠋 㠌 㠍 㠎 㠏 㠐 㠑 㠒 㠓 㠔 㠕 㠖 㠗 㠘 㠙 㠚 㠛 㠜 㠝 㠞 㠟 㠠 㠡 㠢 㠣 㠤 㠥 㠦 㠧 㠨 㠩 㠪 㠫 㠬 㠭 㠮 㠯 㠰 㠱 㠲 㠳 㠴 㠵 㠶 㠷 㠸 㠹 㠺 㠻 㠼 㠽 㠾 㠿 㡀 㡁 㡂 㡃 㡄 㡅 㡆 㡇 㡈 㡉 㡊 㡋 㡌 㡍 㡎 㡏 㡐 㡑 㡒 㡓 㡔 㡕 㡖 㡗 㡘 㡙 㡚 㡛 㡜 㡝 㡞 㡟 㡠 㡡 㡢 㡣 㡤 㡥 㡦 㡧 㡨 㡩 㡪 㡫 㡬 㡭 㡮 㡯 㡰 㡱 㡲 㡳 㡴 㡵 㡶 㡷 㡸 㡹 㡺 㡻 㡼 㡽 㡾 㡿 㢀 㢁 㢂 㢃 㢄 㢅 㢆 㢇 㢈 㢉 㢊 㢋 㢌 㢍 㢎 㢏 㢐 㢑 㢒 㢓 㢔 㢕 㢖 㢗 㢘 㢙 㢚 㢛 㢜 㢝 㢞 㢟 㢠 㢡 㢢 㢣 㢤 㢥 㢦 㢧 㢨 㢩 㢪 㢫 㢬 㢭 㢮 㢯 㢰 㢱 㢲 㢳 㢴 㢵 㢶 㢷 㢸 㢹 㢺 㢻 㢼 㢽 㢾 㢿 㣀 㣁 㣂 㣃 㣄 㣅 㣆 㣇 㣈 㣉 㣊 㣋 㣌 㣍 㣎 㣏 㣐 㣑 㣒 㣓 㣔 㣕 㣖 㣗 㣘 㣙 㣚 㣛 㣜 㣝 㣞 㣟 㣠 㣡 㣢 㣣 㣤 㣥 㣦 㣧 㣨 㣩 㣪 㣫 㣬 㣭 㣮 㣯 㣰 㣱 㣲 㣳 㣴 㣵 㣶 㣷 㣸 㣹 㣺 㣻 㣼 㣽 㣾 㣿 㤀 㤁 㤂 㤃 㤄 㤅 㤆 㤇 㤈 㤉 㤊 㤋 㤌 㤍 㤎 㤏 㤐 㤑 㤒 㤓 㤔 㤕 㤖 㤗 㤘 㤙 㤚 㤛 㤜 㤝 㤞 㤟 㤠 㤡 㤢 㤣 㤤 㤥 㤦 㤧 㤨 㤩 㤪 㤫 㤬 㤭 㤮 㤯 㤰 㤱 㤲 㤳 㤴 㤵 㤶 㤷 㤸 㤹 㤺 㤻 㤼 㤽 㤾 㤿 㥀 㥁 㥂 㥃 㥄 㥅 㥆 㥇 㥈 㥉 㥊 㥋 㥌 㥍 㥎 㥏 㥐 㥑 㥒 㥓 㥔 㥕 㥖 㥗 㥘 㥙 㥚 㥛 㥜 㥝 㥞 㥟 㥠 㥡 㥢 㥣 㥤 㥥 㥦 㥧 㥨 㥩 㥪 㥫 㥬 㥭 㥮 㥯 㥰 㥱 㥲 㥳 㥴 㥵 㥶 㥷 㥸 㥹 㥺 㥻 㥼 㥽 㥾 㥿 㦀 㦁 㦂 㦃 㦄 㦅 㦆 㦇 㦈 㦉 㦊 㦋 㦌 㦍 㦎 㦏 㦐 㦑 㦒 㦓 㦔 㦕 㦖 㦗 㦘 㦙 㦚 㦛 㦜 㦝 㦞 㦟 㦠 㦡 㦢 㦣 㦤 㦥 㦦 㦧 㦨 㦩 㦪 㦫 㦬 㦭 㦮 㦯 㦰 㦱 㦲 㦳 㦴 㦵 㦶 㦷 㦸 㦹 㦺 㦻 㦼 㦽 㦾 㦿 㧀 㧁 㧂 㧃 㧄 㧅 㧆 㧇 㧈 㧉 㧊 㧋 㧌 㧍 㧎 㧏 㧐 㧑 㧒 㧓 㧔 㧕 㧖 㧗 㧘 㧙 㧚 㧛 㧜 㧝 㧞 㧟 㧠 㧡 㧢 㧣 㧤 㧥 㧦 㧧 㧨 㧩 㧪 㧫 㧬 㧭 㧮 㧯 㧰 㧱 㧲 㧳 㧴 㧵 㧶 㧷 㧸 㧹 㧺 㧻 㧼 㧽 㧾 㧿 㨀 㨁 㨂 㨃 㨄 㨅 㨆 㨇 㨈 㨉 㨊 㨋 㨌 㨍 㨎 㨏 㨐 㨑 㨒 㨓 㨔 㨕 㨖 㨗 㨘 㨙 㨚 㨛 㨜 㨝 㨞 㨟 㨠 㨡 㨢 㨣 㨤 㨥 㨦 㨧 㨨 㨩 㨪 㨫 㨬 㨭 㨮 㨯 㨰 㨱 㨲 㨳 㨴 㨵 㨶 㨷 㨸 㨹 㨺 㨻 㨼 㨽 㨾 㨿 㩀 㩁 㩂 㩃 㩄 㩅 㩆 㩇 㩈 㩉 㩊 㩋 㩌 㩍 㩎 㩏 㩐 㩑 㩒 㩓 㩔 㩕 㩖 㩗 㩘 㩙 㩚 㩛 㩜 㩝 㩞 㩟 㩠 㩡 㩢 㩣 㩤 㩥 㩦 㩧 㩨 㩩 㩪 㩫 㩬 㩭 㩮 㩯 㩰 㩱 㩲 㩳 㩴 㩵 㩶 㩷 㩸 㩹 㩺 㩻 㩼 㩽 㩾 㩿 㪀 㪁 㪂 㪃 㪄 㪅 㪆 㪇 㪈 㪉 㪊 㪋 㪌 㪍 㪎 㪏 㪐 㪑 㪒 㪓 㪔 㪕 㪖 㪗 㪘 㪙 㪚 㪛 㪜 㪝 㪞 㪟 㪠 㪡 㪢 㪣 㪤 㪥 㪦 㪧 㪨 㪩 㪪 㪫 㪬 㪭 㪮 㪯 㪰 㪱 㪲 㪳 㪴 㪵 㪶 㪷 㪸 㪹 㪺 㪻 㪼 㪽 㪾 㪿 㫀 㫁 㫂 㫃 㫄 㫅 㫆 㫇 㫈 㫉 㫊 㫋 㫌 㫍 㫎 㫏 㫐 㫑 㫒 㫓 㫔 㫕 㫖 㫗 㫘 㫙 㫚 㫛 㫜 㫝 㫞 㫟 㫠 㫡 㫢 㫣 㫤 㫥 㫦 㫧 㫨 㫩 㫪 㫫 㫬 㫭 㫮 㫯 㫰 㫱 㫲 㫳 㫴 㫵 㫶 㫷 㫸 㫹 㫺 㫻 㫼 㫽 㫾 㫿 㬀 㬁 㬂 㬃 㬄 㬅 㬆 㬇 㬈 㬉 㬊 㬋 㬌 㬍 㬎 㬏 㬐 㬑 㬒 㬓 㬔 㬕 㬖 㬗 㬘 㬙 㬚 㬛 㬜 㬝 㬞 㬟 㬠 㬡 㬢 㬣 㬤 㬥 㬦 㬧 㬨 㬩 㬪 㬫 㬬 㬭 㬮 㬯 㬰 㬱 㬲 㬳 㬴 㬵 㬶 㬷 㬸 㬹 㬺 㬻 㬼 㬽 㬾 㬿 㭀 㭁 㭂 㭃 㭄 㭅 㭆 㭇 㭈 㭉 㭊 㭋 㭌 㭍 㭎 㭏 㭐 㭑 㭒 㭓 㭔 㭕 㭖 㭗 㭘 㭙 㭚 㭛 㭜 㭝 㭞 㭟 㭠 㭡 㭢 㭣 㭤 㭥 㭦 㭧 㭨 㭩 㭪 㭫 㭬 㭭 㭮 㭯 㭰 㭱 㭲 㭳 㭴 㭵 㭶 㭷 㭸 㭹 㭺 㭻 㭼 㭽 㭾 㭿 㮀 㮁 㮂 㮃 㮄 㮅 㮆 㮇 㮈 㮉 㮊 㮋 㮌 㮍 㮎 㮏 㮐 㮑 㮒 㮓 㮔 㮕 㮖 㮗 㮘 㮙 㮚 㮛 㮜 㮝 㮞 㮟 㮠 㮡 㮢 㮣 㮤 㮥 㮦 㮧 㮨 㮩 㮪 㮫 㮬 㮭 㮮 㮯 㮰 㮱 㮲 㮳 㮴 㮵 㮶 㮷 㮸 㮹 㮺 㮻 㮼 㮽 㮾 㮿 㯀 㯁 㯂 㯃 㯄 㯅 㯆 㯇 㯈 㯉 㯊 㯋 㯌 㯍 㯎 㯏 㯐 㯑 㯒 㯓 㯔 㯕 㯖 㯗 㯘 㯙 㯚 㯛 㯜 㯝 㯞 㯟 㯠 㯡 㯢 㯣 㯤 㯥 㯦 㯧 㯨 㯩 㯪 㯫 㯬 㯭 㯮 㯯 㯰 㯱 㯲 㯳 㯴 㯵 㯶 㯷 㯸 㯹 㯺 㯻 㯼 㯽 㯾 㯿 㰀 㰁 㰂 㰃 㰄 㰅 㰆 㰇 㰈 㰉 㰊 㰋 㰌 㰍 㰎 㰏 㰐 㰑 㰒 㰓 㰔 㰕 㰖 㰗 㰘 㰙 㰚 㰛 㰜 㰝 㰞 㰟 㰠 㰡 㰢 㰣 㰤 㰥 㰦 㰧 㰨 㰩 㰪 㰫 㰬 㰭 㰮 㰯 㰰 㰱 㰲 㰳 㰴 㰵 㰶 㰷 㰸 㰹 㰺 㰻 㰼 㰽 㰾 㰿 㱀 㱁 㱂 㱃 㱄 㱅 㱆 㱇 㱈 㱉 㱊 㱋 㱌 㱍 㱎 㱏 㱐 㱑 㱒 㱓 㱔 㱕 㱖 㱗 㱘 㱙 㱚 㱛 㱜 㱝 㱞 㱟 㱠 㱡 㱢 㱣 㱤 㱥 㱦 㱧 㱨 㱩 㱪 㱫 㱬 㱭 㱮 㱯 㱰 㱱 㱲 㱳 㱴 㱵 㱶 㱷 㱸 㱹 㱺 㱻 㱼 㱽 㱾 㱿 㲀 㲁 㲂 㲃 㲄 㲅 㲆 㲇 㲈 㲉 㲊 㲋 㲌 㲍 㲎 㲏 㲐 㲑 㲒 㲓 㲔 㲕 㲖 㲗 㲘 㲙 㲚 㲛 㲜 㲝 㲞 㲟 㲠 㲡 㲢 㲣 㲤 㲥 㲦 㲧 㲨 㲩 㲪 㲫 㲬 㲭 㲮 㲯 㲰 㲱 㲲 㲳 㲴 㲵 㲶 㲷 㲸 㲹 㲺 㲻 㲼 㲽 㲾 㲿 㳀 㳁 㳂 㳃 㳄 㳅 㳆 㳇 㳈 㳉 㳊 㳋 㳌 㳍 㳎 㳏 㳐 㳑 㳒 㳓 㳔 㳕 㳖 㳗 㳘 㳙 㳚 㳛 㳜 㳝 㳞 㳟 㳠 㳡 㳢 㳣 㳤 㳥 㳦 㳧 㳨 㳩 㳪 㳫 㳬 㳭 㳮 㳯 㳰 㳱 㳲 㳳 㳴 㳵 㳶 㳷 㳸 㳹 㳺 㳻 㳼 㳽 㳾 㳿 㴀 㴁 㴂 㴃 㴄 㴅 㴆 㴇 㴈 㴉 㴊 㴋 㴌 㴍 㴎 㴏 㴐 㴑 㴒 㴓 㴔 㴕 㴖 㴗 㴘 㴙 㴚 㴛 㴜 㴝 㴞 㴟 㴠 㴡 㴢 㴣 㴤 㴥 㴦 㴧 㴨 㴩 㴪 㴫 㴬 㴭 㴮 㴯 㴰 㴱 㴲 㴳 㴴 㴵 㴶 㴷 㴸 㴹 㴺 㴻 㴼 㴽 㴾 㴿 㵀 㵁 㵂 㵃 㵄 㵅 㵆 㵇 㵈 㵉 㵊 㵋 㵌 㵍 㵎 㵏 㵐 㵑 㵒 㵓 㵔 㵕 㵖 㵗 㵘 㵙 㵚 㵛 㵜 㵝 㵞 㵟 㵠 㵡 㵢 㵣 㵤 㵥 㵦 㵧 㵨 㵩 㵪 㵫 㵬 㵭 㵮 㵯 㵰 㵱 㵲 㵳 㵴 㵵 㵶 㵷 㵸 㵹 㵺 㵻 㵼 㵽 㵾 㵿 㶀 㶁 㶂 㶃 㶄 㶅 㶆 㶇 㶈 㶉 㶊 㶋 㶌 㶍 㶎 㶏 㶐 㶑 㶒 㶓 㶔 㶕 㶖 㶗 㶘 㶙 㶚 㶛 㶜 㶝 㶞 㶟 㶠 㶡 㶢 㶣 㶤 㶥 㶦 㶧 㶨 㶩 㶪 㶫 㶬 㶭 㶮 㶯 㶰 㶱 㶲 㶳 㶴 㶵 㶶 㶷 㶸 㶹 㶺 㶻 㶼 㶽 㶾 㶿 㷀 㷁 㷂 㷃 㷄 㷅 㷆 㷇 㷈 㷉 㷊 㷋 㷌 㷍 㷎 㷏 㷐 㷑 㷒 㷓 㷔 㷕 㷖 㷗 㷘 㷙 㷚 㷛 㷜 㷝 㷞 㷟 㷠 㷡 㷢 㷣 㷤 㷥 㷦 㷧 㷨 㷩 㷪 㷫 㷬 㷭 㷮 㷯 㷰 㷱 㷲 㷳 㷴 㷵 㷶 㷷 㷸 㷹 㷺 㷻 㷼 㷽 㷾 㷿 㸀 㸁 㸂 㸃 㸄 㸅 㸆 㸇 㸈 㸉 㸊 㸋 㸌 㸍 㸎 㸏 㸐 㸑 㸒 㸓 㸔 㸕 㸖 㸗 㸘 㸙 㸚 㸛 㸜 㸝 㸞 㸟 㸠 㸡 㸢 㸣 㸤 㸥 㸦 㸧 㸨 㸩 㸪 㸫 㸬 㸭 㸮 㸯 㸰 㸱 㸲 㸳 㸴 㸵 㸶 㸷 㸸 㸹 㸺 㸻 㸼 㸽 㸾 㸿 㹀 㹁 㹂 㹃 㹄 㹅 㹆 㹇 㹈 㹉 㹊 㹋 㹌 㹍 㹎 㹏 㹐 㹑 㹒 㹓 㹔 㹕 㹖 㹗 㹘 㹙 㹚 㹛 㹜 㹝 㹞 㹟 㹠 㹡 㹢 㹣 㹤 㹥 㹦 㹧 㹨 㹩 㹪 㹫 㹬 㹭 㹮 㹯 㹰 㹱 㹲 㹳 㹴 㹵 㹶 㹷 㹸 㹹 㹺 㹻 㹼 㹽 㹾 㹿 㺀 㺁 㺂 㺃 㺄 㺅 㺆 㺇 㺈 㺉 㺊 㺋 㺌 㺍 㺎 㺏 㺐 㺑 㺒 㺓 㺔 㺕 㺖 㺗 㺘 㺙 㺚 㺛 㺜 㺝 㺞 㺟 㺠 㺡 㺢 㺣 㺤 㺥 㺦 㺧 㺨 㺩 㺪 㺫 㺬 㺭 㺮 㺯 㺰 㺱 㺲 㺳 㺴 㺵 㺶 㺷 㺸 㺹 㺺 㺻 㺼 㺽 㺾 㺿 㻀 㻁 㻂 㻃 㻄 㻅 㻆 㻇 㻈 㻉 㻊 㻋 㻌 㻍 㻎 㻏 㻐 㻑 㻒 㻓 㻔 㻕 㻖 㻗 㻘 㻙 㻚 㻛 㻜 㻝 㻞 㻟 㻠 㻡 㻢 㻣 㻤 㻥 㻦 㻧 㻨 㻩 㻪 㻫 㻬 㻭 㻮 㻯 㻰 㻱 㻲 㻳 㻴 㻵 㻶 㻷 㻸 㻹 㻺 㻻 㻼 㻽 㻾 㻿 㼀 㼁 㼂 㼃 㼄 㼅 㼆 㼇 㼈 㼉 㼊 㼋 㼌 㼍 㼎 㼏 㼐 㼑 㼒 㼓 㼔 㼕 㼖 㼗 㼘 㼙 㼚 㼛 㼜 㼝 㼞 㼟 㼠 㼡 㼢 㼣 㼤 㼥 㼦 㼧 㼨 㼩 㼪 㼫 㼬 㼭 㼮 㼯 㼰 㼱 㼲 㼳 㼴 㼵 㼶 㼷 㼸 㼹 㼺 㼻 㼼 㼽 㼾 㼿 㽀 㽁 㽂 㽃 㽄 㽅 㽆 㽇 㽈

これから各科・各部門(以下診療科)に 実際に行って頂くこと(時系列)

必要な書式は「医療安全推進部」→「@@」にあります



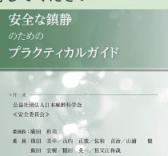
安全な鎮静に必要な知識と実践

実際に鎮静を実施する医師は必ず下記の「安全な鎮静のためのプラクティカルガイド」を必ず読んでください。その上でガイドに準拠した当e-learning講座のQ and Aで基準点を満たすことが実施医認定の必要条件です。

★「日本麻酔科学会HP」→下の方にスクロールすると「医療関係者の皆様」「指針・ガイドライン」があります→「本学会制定ガイドライン」の中の「安全な鎮静のためのプラクティカルガイド」を取得してください

実際の鎮静に当たっては各科でその適応や薬剤使用の必要性を十分に考慮し、このガイドラインを参考に実施場所、実施体制の安全性を確保して申請を行ってください

実際には汎用されている「プロポフォール」「ミダゾラム」は「非挿管における手術・処置の鎮静」については「適応外使用」となります



鎮静安全認定ガイドライン

院内で「深鎮静」を実施する際に必要な手続き

完

説明同意書でインフォームド・コンセントを取得のこと。

スライド 11: 各科・各部門(以下診療科)に実際に行って頂くこと(時系列):

- ①各診療科で鎮静が必要な場所・体制・実施医師を調査。
- ②診療部長から院長宛の申請書2種類を作成
- ③未承認薬等担当部門窓口である医療安全推進部に申請書を提出(未承認薬等担当部門で審議を行い、担当部門長から院長へ答申)(院長から診療部長へ認可証を発行)。
- ④令和4年度以後においては、認可証条件下でのみ鎮静実施が可能(医療安全推進部h適宜実地調査監視を行い院長に報告する)。

スライド 12: 安全な鎮静に必要な知識と実践。実際に鎮静を実施する医師は必ず「日本麻酔科学会: 安全な鎮静のためのプラクティカルガイド」を必ず読んでください。その上でガイドラインに準拠した当e-Learning講座のQ & Aで基準点を満たすことが実施医認定の必要条件です。実際には汎用されている「プロポフォール」「ミダゾラム」は「非挿管における手術・処置の鎮静」については「適応外使用」となります。

スライド 12: 鎮静安全認定ガイドライン「院内で深鎮静を実施する際に必要な手続き」 完。

利益相反に関する開示事項

「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。

Abstract**Medical Safety in Deep Sedation**

Takeshi Nakamura¹, Miko Kimura¹, Hiromi Uchiyama¹, Kaori Shibata¹, Satoru Ogawa¹, Masami Inoue¹, Teiji Sawa²

¹Division of Patient Safety, University Hospital, Kyoto Prefectural University of Medicine

²University Hospital, Kyoto Prefectural University of Medicine

In medical procedures performed under deep sedation without intubation (such as endoscopic procedures, catheter examinations, and surgeries), the use of intravenous anesthetics like propofol and midazolam has become widespread. These anesthetics are used off-label as indicated in the package insert, and their administration in inappropriate locations or under inadequate monitoring conditions by inexperienced physicians can lead to serious complications such as hypoxemia, respiratory arrest, and even cardiac arrest. To ensure proper and safe deep sedation-based procedures, Kyoto Prefectural University of Medicine Hospital has compiled in-house guidelines as part of a mandatory e-learning training course for physicians performing deep sedation as part of the hospital's certification program, and I will now proceed to outline the presentation materials shown on the left in order. **Japan Society of Clinical Safety. Healthcare and Safety 18・19: 26-30, 2024.**

Key words: deep sedation, medical procedure, patient safety, off-label use, informed consent





◆ 部門紹介 ◆



京都大学医学部附属病院 医療安全管理部

加藤 果林



1. 組織の成り立ち・沿革

当医療安全管理室は、2001年4月に病院長直轄部門として設置され、室長として、2002年に廣瀬昌博医師、2005年に長尾能雅医師、2011年に松村由美医師が専任医師として就任しました。2017年6月には京都大学大学院医学研究科・医療安全管理学教室が開講し、松村由美教授が初代教授として着任しました。現在、大学院生・留学生を迎え、研究を行っています。

医療安全管理室は、安全で質の高い医療の提供、意義のある研究の実施、人間性豊かな医療人の育成を目標に、組織横断的に活動しています。患者さんの価値観を尊重した意思決定が可能となるように、医療従事者の教育を行うと同時にシステムを整え、医療の安全性と質向上を目指していきます。

2. 現在の組織概要

2024年現在、松村由美医師（室長・GRM）、山本崇薬剤師（副室長兼任・GRM）、高橋真理子専任看護師長（GRM）、加藤果林医師、森下真理子医師、小石奈月副看護師長、永井洋士医師、錦織達人医師、飯田恵看護副部長および医療サービス課医療安全掛事務員10名から構成されています。

3. 私たちの取組

医療安全管理室は、患者中心の安全で高品質な医療サービスを提供することを目標とし、下記のような業務を行っています。

①職員、学生などへの医療安全教育

最新ガイドラインやベストプラクティスを学ぶ機会やニュースを定期的に提供しています。ニュースは院内の方も京都大学医学部附属病院・医療安全管理室内の HP（図 1）からご覧いただけますので、お気軽にのぞいてみてください。

また、質改善・患者安全のための革新的教育コンソーシアム The Consortium for Integrated Education of Quality Improvement and Patient Safety（略称：CIE-QIPS）（図 1）を立ち上げ、質改善の原理・手法を学ぶ教育事業を通じて医療機関横断的に、医療機関に共通の課題を解決しています。様々な説明同意書やマニュアル、必須の e-learnig を取り揃えており、みなさまの施設に沿った運用ができるようにサポートします。CIE-QIPS に参画してくださる医療機関を募集しております。みなさまからのお問い合わせを楽しみにしております。

②自殺予防

組織横断的な部門であり、外部機関との連携や情報共有を生かし、院内外での自殺リスクを認識し、適切な対応を行うため多職種の専門家と連携するとともに、自殺を身近で経験した方へのサポートに真摯に取り組んでいます。自殺対策に関するマニュアルについても是非お問い合わせください。

③デジタル技術の導入

デジタル技術や人工知能の発展により、医療データの効果的な管理や分析が可能になりつつあります。リアルタイムにこれらの情報を利用し、各部門が連携できるように中立的な立場でマネジメントに関わっています。例えば、救急部門での救急車～救急外来～院内各部門～地域連携病院での連絡をよりスムーズにするシステムの構築に取り組んでいます。また、患者さん自らの情報を管理し医療に参加する「患者中心の医療」を目指す第一歩として、電子お薬手帳を harmo 株式会社と導入しています。今後インフォームドコンセントにおいてもチャットボット等を取り入れることを考えています。

④各部門からのインシデント・オカレンスレポート収集と分析・品質改善

「報告する文化」を大切にし、医療従事者や患者さんからの有害事象の報告を奨励しています。毎日約 30 件のインシデントレポートを受けており、それを重要な情報源として活用しながら、医療の中で「うまくいっていない部分」や「改善したらよいと思われる部分」を見つけ出し、改善の取り組みを行っています。事故が起こってからの反応型対応（reactive）ではなく、先回り型対応（proactive）を目標にし、週 1 回開催される多職種カンファレンスを通じてインシデントや現状から課題を見つけ、絶えまない質改善活動を行っています。

⑤医療安全に関する部門連携・委員会活動

リスクの高い医療を管理する「高難度医療・未承認医薬品等管理室と、医療を提供する上で生じてくる倫理的な問題の相談に応じる「臨床倫理相談室」が医療安全管理部内にあり、患者さんの安全と倫理的な側面を両立させています。

⑥各種安全管理マニュアル・指針等の整備と運用状況のモニター

医療プロセスを整備し、院内マニュアルと指針の作成を行っています。標準的な医療行為を明示することで、潜在的なリスクを低減し、医療の品質を担保します。

日本医療安全調査機構からの「医療事故の再発防止に向けた提言」が公表される都度、院内の関係部署への通知を行い、現状の改善点について検討し、マニュアルを最新の情報に改訂しています。

⑦医療安全における大学間・病院間・地域間連携

内部監査と外部監査を通じて医療安全管理体制整備状況の自己評価と相互評価を行い、課題や改善策を共有しながら多様な連携を行っています。

⑧有害事象発生時の対応と事例調査

被害を最小限に抑え、患者さんや職員の安全を確保することに重点をおいています。また、透明性の高い医療を心がけ、積極的に事例調査を行っています。

上記のように手広く院内の様々なことに関与しております。

我々の分析や手法をみなさまと共有し、みなさまの業務負荷軽減、何よりも患者さんのために協働したいと考えております。

自施設に取り入れてみたいマニュアル・システム・e-learning についてのご連絡・ご意見をお待ちしております（私たちの活動については図1からアクセスください）。

連絡先：karin@kuhp.kyoto-u.ac.jp

京都大学医学部附属病院
医療安全管理室

質改善・患者安全のための
革新的教育コンソーシアム

<https://safety.kuhp.kyoto-u.ac.jp/>

<https://cie-qips.med.kyoto-u.ac.jp/>

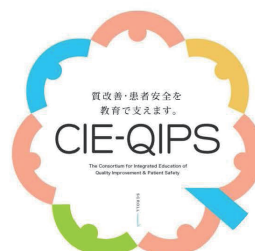


図1 京都大学医学部附属病院 医療安全管理室・質改善・患者安全のための革新的教育コンソーシアム・The Consortium for Integrated Education of Quality Improvement and Patient Safety（略称：CIE-QIPS）のWeb サイト

◆ 紹介・地域研究会活動 ◆



第 27 回京滋医療安全研究会 開催報告 (2024 年 7 月 27 日)

京滋医療安全研究会代表世話人

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授 松村 由美 (代表幹事長)

滋賀医科大学附属病院医療安全管理部 教授・部長 清水 智治 (代表幹事)

京都府立医科大学附属病院医療安全推進部 部長 中村 猛 (代表幹事)

第27回京滋医療安全研究会
テーマ：患者誤認

日時 2024年7月27日(土) 13:00~15:40

参加費 1,000円 ※現地参加 事前申込制 申込用 二次元コード

会場 京都産業会館ホール 南室 〒600-8815 京都市下京区四条通室東入爾谷錦町78

情報提供
13:00~13:10 「シュアブラグADプロテクト」テルモ株式会社
14:30~14:40 「ファントルくん」株式会社メディシステムソリューション

パネルディスカッション
13:10~14:10 「患者誤認の実例について」
ファシリテーター 清水 智治 先生 滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部
中村 猛 先生 京都府立医科大学附属病院 医療安全推進部
成宮 博理 先生 京都第二赤十字病院 救急・集中治療部
パネリスト 伊吹 奈緒子 先生 滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部
求 かおり 先生 武田総合病院 医療安全対策室

休憩交流会 14:10~14:30 *飲み物等をご提供を予定しております
代表幹事の先生方やご参加者の皆様との交流が可能です

特別講演 14:40~15:40
座長 松村 由美 先生 京都大学医学部附属病院 医療安全管理部
「セーフティ II: 『失敗を防ぐ』から『成功を確かなものにする』マネジメントへ」
演者 芳賀 繁 先生 株式会社社会安全研究所 技術顧問 立教大学名誉教授

【個人情報保護の取扱いについて】
・ご記入いただいた個人情報、テルモ株式会社は、開催の京滋医療安全研究会及び株式会社メディシステムソリューションズに提供いたします。予めご了承の上、お申し込み下さい。
・京滋医療安全研究会は、法令で定められる場合の他、当該個人情報も本研究会の運営のために利用します。
・株式会社メディシステムソリューションズ及びテルモ株式会社は、下記の各社Webサイトに掲載している個人情報保護方針に従って、当該個人情報をお取り扱いします。
・ご参加される場合は、お申し込みの個人情報保護方針（プライバシーポリシー）に記載の利用目的のために利用します。
・個人情報保護方針（プライバシーポリシー）
・株式会社メディシステムソリューションズ <https://medi-system.co.jp/privacy-policy/>
・テルモ株式会社 https://www.terumo.co.jp/privacy_policy

共催：京滋医療安全研究会、テルモ株式会社
株式会社メディシステムソリューションズ
後援：京都府医師会・京都府薬剤師会・京都府看護協会
滋賀県医師会・滋賀県薬剤師会・滋賀県看護協会

TERUMO MEDICAL CARE SOLUTIONS
©テルモ株式会社 2024年5月
PC24-0035

京滋医療安全研究会は、2003 年 12 月に京滋リスクマネジメント研究会として京都・滋賀地区の看護師、薬剤師、医師、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技師、事務職員等の医療従事者が共同して、医療安全管理対策の学術的、実践的な検討を行い、医療の質の向上に寄与することを目的に発足しました。2008 年 10 月の第 12 回 研究会から現在の名称に変更され、京都大学医学部附属病院医療安全管理部に事務局を置き、京滋地区で医療安全に関心を有する医療関係者の方々が幹事会を構成しています。新型コロナウイルス感染症が発生する前は、毎年 300 名程度の参加者を得て、医療安全対策について忌憚のない意見交換の場として、積極的な討論が行われる会となっていました。地域の医療安全向上に積極的にご理解とご支援いただく企業として、テルモ株式会社と株式会社メディシステムソリューションにはご共催を頂いております。

第 27 回京滋医療安全研究会は、『患者誤認』

をテーマとして、京都市四條烏丸の新しくなった京都産業会館ホールにて開催されました。まず、パネルディスカッションでは、「患者誤認の実例について」として、成宮博理氏（京都第二赤十字病院救急・集中治療部）、伊吹奈緒子氏（滋賀医科大学附属病院医療安全管理部）、求かおり氏（武田総合病院医療安全対策室）の 3 名のパネリストに事例紹介を頂き、ディスカッションを深めました。特別講演では、芳賀繁先生（株式会社社会安全研究所技術顧問 立教大学名誉教授）に「セーフティ II: 「失敗から防ぐ」から「成功を確かなものにするマネジメントへ」と題したご講演を頂きました。（文責：佐和貞治）日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19:51-52, 2024.

京滋医療安全研究会：これまでの開催履歴：

- 第 1 回 (2003 年 2 月)：リスクマネジメントの実際
- 第 2 回 (2003 年 9 月)：与薬に関する新人教育
- 第 3 回 (2004 年 3 月)：医療事故
- 第 4 回 (2004 年 9 月)：医療現場におけるリスクマネジメント対策
- 第 5 回 (2005 年 3 月)：ヒューマンエラー、コミュニケーションエラー
- 第 6 回 (2005 年 9 月)：医療紛争を解決するために
- 第 7 回 (2006 年 3 月)：医療紛争を解決するために
- 第 8 回 (2006 年 9 月)：医療における安全文化確立を目指して
- 第 9 回 (2007 年 3 月)：医療現場における判断ミス
- 第 10 回 (2007 年 10 月)：医療安全とクリティカルパス
- 第 11 回 (2008 年 3 月)：医療安全と新人教育
- 第 12 回 (2008 年 10 月)：医療安全全国共同行動「いのちをまもるパートナーズ」
- 第 13 回 (2009 年 6 月)：医療安全全国共同行動「いのちをまもるパートナーズ」
- 第 14 回 (2010 年 9 月)：NG チューブの安全管理&中小規模医療機関に求められる安全管理体制
- 第 15 回 (2011 年 7 月)：PEG・CVS ポートの安全管理について & 医療安全におけるコミュニケーションを考える
- 第 16 回 (2012 年 7 月)：薬剤の安全管理
- 第 17 回 (2013 年 7 月)：コミュニケーションエラー
- 第 18 回 (2014 年 7 月)：転倒・転落について
- 第 19 回 (2015 年 7 月)：摂食・嚥下
- 第 20 回 (2016 年 7 月)：医療事故情報活用と医療安全における医療スタッフの役割
- 第 21 回 (2017 年 7 月)：確認行動
- 第 22 回 (2018 年 7 月)：誤認
- 第 23 回 (2019 年 7 月)：コミュニケーション
- 第 24 回 (2021 年 7 月)：医療安全文化を作る為にどう教育時間を作り・どう伝えるか
- 第 25 回 (2022 年 7 月)：医療現場における暴言・暴力・セクハラ等迷惑行為の対策について & 医療安全～組織としてのトラブル対応～
- 第 26 回 (2023 年 7 月)：医療安全における患者参加
- 第 27 回 (2024 年 7 月)：患者誤認



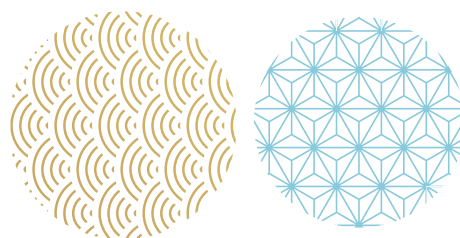


●医療安全徒然●

他業種との安全意識の擦り合わせって 難しい？

帝京大学ちば総合医療センター
同 前安全管理部長

梁 善 光



医療機関でのとても厳格かつ高度な安全管理・危機管理に携わっていると、それが当たり前になってしまい、医療以外の場でも同じ程度に高いレベルの意識を持ってくれていると思いがちです。しかし、実際は必ずしもそうでないようで、今回それを実感する出来事を経験しましたので、そのことをお話ししようかと思います。

私は学生時代あるスポーツ（本当はちゃんと書きたいのですが、そうするとこの後いろいろと差し支えが出てきそうなので曖昧にさせていただきます。）をやっていました。大学では医学部であったにもかかわらず、全学のそのスポーツのクラブに入り4年生の時には図らずも主将まで任されるくらいまでのめりこんでいました。

卒業後は、医師としての研修その他ですっかりこのスポーツからは縁遠くなくなりましたが、一番下の子供が大学に入って手がかからなくなったところに35年ぶりに再開することになりました。

このスポーツ、もちろん若い世代の競技者がそれなりに大勢いてこれらの皆さんが日本の競技レベルをひきあげていますが、それとは別に、それを超えるくらいたくさんの高齢者の愛好者がいます。競技会では、年齢制限のない一般級以外に、年齢制限のある各種シニア戦もあり多くのエントリーがある世界です。つまりは半数近く、もしかしたら半数以上が60歳以上、さらには前期・後期高齢者によって支えられているわけで、競技者による競技会だけでなく、これを楽しむための愛好者の会も巷では数多く開催されています。

私は現在でも競技志向（実際競技会にもでています）なので、愛好者会的なものは好きではありませんが、病院を退職するタイミングで本スポーツの連盟の仕事を手伝ってもらえないかと依頼され、お引き受けすることになりました。

そうすると、連盟が主催する競技会・愛好者会には運営側として参加しなければなりません。医師であるため、連盟はこれ幸いとばかりに私に救護担当の役割分担を依頼してきます。これまで

の競技会で見てきた限り、「足が攣って動けなくなった」だとか「足を引っかけられて転倒した」といった整形外科学的なトラブルがちょくちょく起きる程度でしたので、あまり深刻に考えずに引き受けていました。もっとも、専門が産婦人科ですから整形外科学的な対応も全然わからず最初は困りましたが…。

さてずいぶん前置きが長くなりましたが、事件は昨年末の Xmas のパーティーの際におきました。開宴から 3 時間ほど経ったころ、突然一人の男性が会場で転倒しました。とても大きな音がしましたので、派手に引っかかって転んだものだ、と思いながら救護担当の私が現場に走ると、よく知る老齢の競技選手が仰向けに倒れて、いびきをかいて意識がありません。

私とたまたま参加されていた医療関係の女性と一緒に心肺蘇生をしながら心電計付きのパルスオキシメーターをみると心停止の状態です。ずいぶん時間がかかった感じがしましたが、ようやく到着した AED の一回目の除細動で心室細動になり、2 回目に幸運にも洞調律となって意識も回復しました。そのタイミングで救急隊が到着して搬送され、最終的には急性心筋梗塞の診断で緊急の心臓カテーテルを施行し、ステント挿入後に無事生還することができました。

このような真正正銘の心臓関連の救急処置を必要とする局面に遭遇することなど、産婦人科をやっているとそう滅多にあるものではありません。はるか昔の研修医時代に遡らないといけない（その時だって見ていただけ）わけで、個人的にはこの方を救命できたことでかろうじて面目がたったと思っていますが、本当に冷や汗ものの経験でした。

考えてみると、この会には 200 人くらいは参加者がいたと思いますが、その大部分が前述の高齢者です。今回の当事者も後期高齢者の範疇に入る方でした。これだけ老人がいて何も起きないことの方がむしろラッキーなんだとようやく気が付き、自分の問題意識の低さに愕然としたわけです。

3 週間後、月例の会議が開催されました。驚いたことに古参の役員のほとんどが、「今回の事故は連盟にとっては偶発的、かつある意味不運な出来事であって、無事に解決できたことは結果的によかった。来年も同様にパーティーを開催しよう。」くらいにしか思っていないのです。医療安全的に言えば、「今回の事故は必然の重大事故であり、その原因を究明し再発予防策を策定することは当然」なのですが、そういう思考はどうやらほとんどなさそうです。当然、今回の事故の振り返りは議題として挙がってきていませんでした。

ここからは、私がいかにキレかかりながら（実際はかなりキレていたかな？）説得に説得を重ね賛同してくださる方を少しずつ増やして、効果的な再発予防策を検討するようになったかの話になりますが、そこはまだ道半ばなので割愛します。つまりは、医療安全業界での常識は他業種ではまったく通用しない可能性があるわけで、こんな経験もみなさん今後するかもしれません。

ご参考まで…。

（本稿はフィクションも少しだけ含まれますが、大部分は事実に基づいています。）

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19:53-54, 2024.



ミニ講座

E-LEARNING

5

みんなで Moodle 医療安全
e ラーニング構築

京都府立医科大学附属病院長 佐和 貞治

「Moodle e ラーニングコース：プレゼンテーション」

2024 年の暑い夏がスタートいたしました。連載を続けていただいておりますこの Moodle を用いた医療安全 e-ラーニング構築ミニ講座ですが、前号（17 号）では「受講証の発行」について説明しました。今回と次回は、e ラーニング研修での研修の中心的な課題である「プレゼンテーション」についてまとめてみます..

1. 自作プレゼンテーションビデオの組み込み

「閲覧モード」から「編集モード」へ切り替えてみてください。自前の映像ファイルを用意してください。この際、映像ファイルのタイプやサイズが重要です。アップル社 MAC で作成の方は、mov ファイル等で OK です。mpeg ファイル形式 (m4v) でも OK です。ファイルサイズは、50MB 程度以下としてください(サーバーの PHP アップロードファイルサイズの上限設定がありますので、100MB を越えるような巨大なファイルは、アップロードできないかもしれません。)

「編集モード」になると、画面が少し変化して、トピックの左側に「+」マークや、トピックの右側に「編集」「+活動またはリソースを追加する」というようなものが出現しますね。画面下の方には、「トピックを追加する」も出現しています (図 1)。

次に「トピック」にビデオ映像ファイルをはめ込んでみましょう。ご自分のパソコン上にあるビデオ映像ファイル (mov や m4v) のアイコンをマウスで入れ込みたい「トピック x」の上まで「ドラッグ」して運んで「ドロップ」すればよいだけです (図 2)。

「ドラッグ」して運んで「トピック x」の上まで持っていけば、自動でファイルが映像であると認識されて、以下のようなウィンドウが表示されて、自動で「トピック」内に組み込むことができますね (図 3)。

最後に、「編集モード」から、右のコラムの「管理」の「コース管理」の「鉛筆マーク:編集モードの終了」をクリックして、元の「閲覧モード」へ戻ってください。学生が見るのはこの「閲覧モード」画面です。「トピック」内に入れ込んだ「ビデオ映像ファイル」のファイル名をクリックして、ファイルの映像画面に表示されることを確認して完了です。この仕組みを利用すれば研修会用のビデオ映像を作成しておけば、学



図 1. 活動またはリソースを追加する



図 2. 活動モジュール&リソースを追加する



図 3. ビデオファイルをトピックに追加する。



図 4. YouTube の「共有」方法として、「埋め込む」を選択する。



図 5. YouTube の動画埋め込み用の <iframe> タグ



図 6. リソースのリスト。

習のビデオ映像教材として OK です。

2. YouTube のビデオ映像を埋め込みリンクしてはめ込む方法

まず、リンクしたい YouTube の埋め込みタグを取得します。YouTube の映像ファイルの画面の右下に「共有」というボタンがあります。クリックすれば、共有の方法を選択できるウィンドウが登場します (図 4)。

一番左の「<>埋め込む」を選択すると、埋め込み用の HTML タグが登場しますのでコピーしてください (図 5)。

リソース「ラベル」を追加して、YouTube の埋め込みタグを記載する。次に Moodle に戻って、ビデオ映像をはめ込みたい「トピック」内の「+活動またはリソースを追加する」をクリックしてください。すると、別ウィンドウが開いて、追加できる「活動」や「リソース」のリストがラジオボタンとともに表示されます。この画面の最下段にあるリソース「ラベル」を選択してください (図 6)。

「ラベル」を選択して、「追加」ボタンをクリックすれば、直ちに以下のような「ラベル」の編集画面が自動で表示されます (図 7)。

画面「コース管理」ブロック内の「小テストを編集する」リンクからも問題の作成が可能です。

「一般」の「ラベルテキスト」のエディタが表示されていますが、エディタ上部左のアイコンをクリックして、さらに登場した追加のアイコンの中から「<>」をクリックして、HTML エディタモードを開いてください (図 8)。

この HTML エディタに先程の YouTube の「埋め込みタグ」をペーストすれば、埋め込みリンクの完成です (図 9)。

最後に再び、「編集モード」から、「閲覧モード」に戻って、作業完了です。

3. パワーポイントファイル : Google Drive の利用

マイクロソフトのパワーポイントファイルを Moodle のトピックに組み込むためには少し工夫がいります。簡単には、Google のプレゼンテーション形式である Google Slide に変換する方法です。ご自分で用意された Google Gmail のアカウントから「Google ドライブ」に入って、パワーポイントファイルをアップロードしてください (図 10、図 11)。

Google Slide に変換してから、「パブリックへ公開」で「埋め込む」を選択します。<iframe> タグで囲まれた埋め込み用 HTML を取得して、その埋め込み用 HTML を Moodle の「活動・リソースを追加する」から「ラベル」を選択して、埋め込むフィールド内に HTML モードでペーストします (注意点 : Google ス

●トピック2のラベルを更新中●

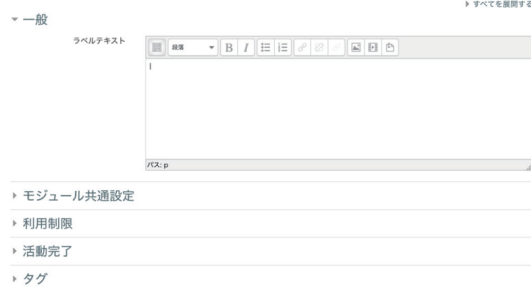


図7. ラベル情報を更新.

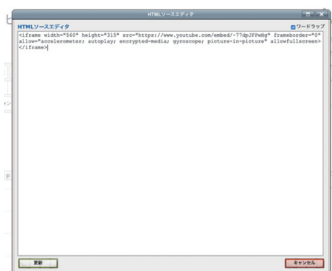


図9. HTML エディターに先程の YouTube の「埋め込みタグ」をペースト

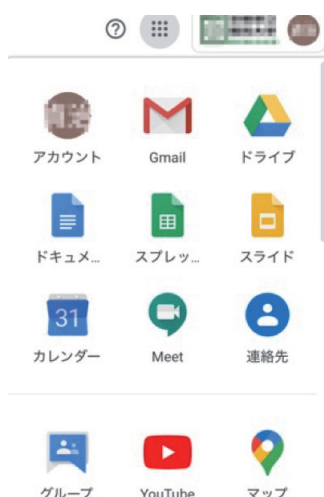


図10. G-Mail から、G-Drive へのログイン

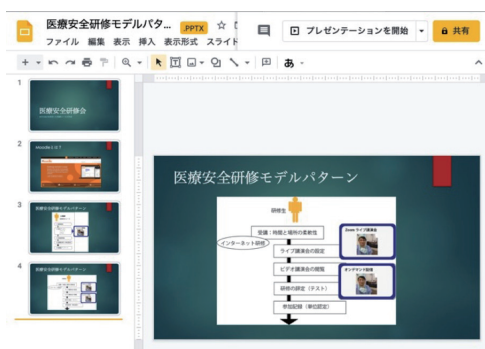
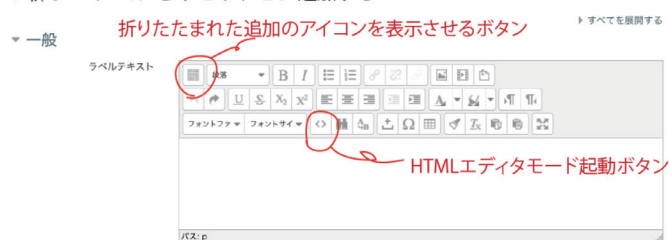


図11. G-Drive でのパワーポイントファイル表示 (Google スライドへの変換)

●新しい ラベル をトピック2 に追加する ●

図8. ラベルをトピックに追加する.
HTML エディタモード

ライドに変換時に、映像（スタート静止画像に変換）や音声は削除されてしまいます（図12, 図13）。

パワーポイントは、そのサイズが50MB以下等とすることが必要です（50MBを超えると、Google スライドへの変換に失敗しますので、50MBを超えときは、ファイルを分割して、プレゼン1、プレゼン2と、それぞれが50MB以下となるようにしてから作業をおこなってください）。

Moodle リソース「ラベル」設定:今度は、Moodle に戻って、プレゼンテーションを加えたいコースを選択し、画面右のコラムから「編集モードの開始」を選択し、編集モードに入り、プレゼンテーションを組み込みたい場所の「活動またはリソースを追加する」の十字マークをクリックして、登場する各種モジュールの中から、一番最後にある「ラベル」を選択してください。「ラベルテキスト」の入力フィールドのアイコンリスト（二段目）をから、編集マーク<>をクリックして、HTML 入力モードとして、先程のコピーした<iframe>の埋め込みタグをペーストすれば、Google Slide ファイルへのリンク完了です。

4. パワーポイントファイル：Microsoft (Office) 365 の利用

マイクロソフト、パワーポイントで作成したプレゼンテーションを、Microsoft 365 (旧 Office 365) を利用して、Moodle へリンクする方法があります。しかしながら、この方法でプレゼンテーションを閲覧するためには、研修者側も Microsoft 365 のアカウントが必要になります。

1) アップしたいパワーポイントファイルを、閲覧者が編集できないように「閲覧オンリー」モードで保存し直しましょう（ファイルメニューから「パスワード」で設定できます）(図14)。

2) 次に、ご自分の Microsoft 365 にログインしてください。ログイン後、オンライン版の Office アプリケーション Power Point を選択して、追加ファイルのアップロードを



図 12. Google Drive ファイルの共有設定



図 13. Google Drive ファイルの共有設定：「ウェブに公開」から「埋め込む」を選択



図 14. パワーポイントファイルの閲覧オンライン設定



図 15. パワーポイントファイル Office 365 共有設定

選択して、ご自分の作成されたデスクトップ上のパワーポイントファイルをアップしてください。

3) アップできたら「共有」を選択して、共有をスタートしてください(図 15)。

4) 次に、オンライン版の Office アプリケーション Power Point のファイルメニューから「共有」を選んでください(図 16)。

「共有する」と「埋め込む」が登場しますので、「埋め込む」を選択してください(図 17)。

5) 「埋め込む」を選択すれば、次に画像のサイズの選択とともに、「埋め込みコード」が登場しますので、コピーしてください。

6) Moodle に戻って、プレゼンテーションを挿入したいコースを選択して、「編集モード」に入りましょう。

7) 活動モジュールの中から「ラベル」を選択してください。ラベルの選択で、入力フィールドが登場します。以下、上記の Google Slide の埋め込みリンクと同じく HTML の編集マーク <> を選択してください。そして、先程コピーした埋め込みタグ <iframe>...</iframe> をペーストしてください(図 18)。

8) 再び編集用のアイコン <> をクリックして、もとに戻ると、プレゼンテーションの画面が呼び込まれたことがわかります。保存して、編集モードを終了すれば、完成です(図 19)。



図 16. パワーポイントファイル Office 365 共有設定



図 17. パワーポイントファイル Office 365 共有設定



図 18. 埋め込みタグを HTML エディタモードで入力



図 19. G-Drive でのパワーポイントファイル表示 (Google スライドへの変換)

連載の最後に

連載企画として述べ5回に渡って、フリーのeラーニングシステムである Moodle の立ち上げから、運用の仕組み、コンテンツ・受講証の作成などについて、概説してきました。フリーソフトにもかかわらず Moodle の機能はたいへん高く、まだまだ書ききれない部分がいっぱいあります。この連載記事をご参考に頂くことで、不必要に費用をかけずに、それぞれの施設で求められる eラーニングのコンテンツを作成していくことが可能になり、そして医療安全の一層の向上に繋がれば幸いです。以上を持って、この連載を終わりにさせていただきます。

日本医療安全学会機関誌 医療と安全 18・19:55-57, 2024.

◆ 一般社団法人 日本医療安全学会 ◆



2024 年 4 月定例理事会 議事録

1. 招集日：2023 年 8 月 2 日（水）
2. 会期：2023 年 8 月 10 日（木）17 時 00 分～18 時 00 分
3. 開催場所：一般社団法人 日本医療安全学会 事務局
浜松医科大学総合人間科学・基礎研究棟 306 号室内
※事務局を拠点に WEB 会議ツール「Zoom」を利用して開催

4. 理事総数：46 名 定足数 23 名
5. 出席理事：32 名

内訳 現地出席

相田伸二，酒巻裕之，松村由美，藤井千恵子，本間寛，佐和貞治，和田仁孝，荒神裕之，井上清成，長谷川奉延，工藤篤，辰元宗人，大磯義一郎，天野慎介，宮崎浩彰，水本一弘，新村美佐香，大野智，道丸摩耶，井手口直子，鈴木明，伊藤英樹，石井庸介，野坂佳生，安田あゆ子，梁善光，辰巳陽一，長島久，山口秀紀，佐藤光利，小林正人（順不同・敬称略）

6. 出席監事：1 名

鈴木孝昭

参加者数が定数に達したので，理事長は開会を宣言し，議長として以下の審議を行った。

【審議事項】

第 1 号議案 2023 年 4 月定例理事会議事録承認の件

大磯理事長より，資料が提出され報告がなされ承認された。

第 2 号議案 委員新任の件

大磯理事長より，機関誌編集委員会，総務委員会，用語返済委員会に新規追加された委員について説明がなされ，承認された。

第 3 号議案 新設部会の件

大野智理事より，「民間療法」のあり方に関する検討部会について説明がなされ，承認された。

第 4 号議案 第 10 回日本医療安全学会学術総会予算書の件

大磯理事長より，第 10 回日本医療安全学会学術総会予算書が提出され報告がなされ，承認された。

第 5 号議案 株式会社 memento への支払いの件

井上清成理事より，第 10 回日本医療安全学会学術総会の運営業務を委託する株式会社 memento への支払いについて説明がなされ，承認された。

第 6 号議案 全国老人保健施設協会と日本転倒予防学会と医療法学研究会の共同声明の件

大磯理事長より，資料が提出され提言の共同声明について説明があり，承認された。

第7号議案 世界患者安全の日シンポジウム企画の件

松村由美理事より、世界患者安全の日に開催するシンポジウムについて説明があった。京都大学医学部附属病院 医療安全部が主催し、当会は共催とする。シェアード・ディシジョン・メーカー（SDM）をテーマとし、WEB 会議ツール「Zoom」を利用して開催する。承認された。

第8号議案 学会誌編集作業外部委託の件

佐和貞治理事より学会誌「医療と安全」の編集作業を外部委託することについて印刷会社 北斗プリント社の委託費見積書とともに説明がなされ、承認された。

第9号議案 認定資格更新要件の件

大磯理事長より説明がなされた。認定資格（高度医療安全推進者・高度看護安全推進者・高度医薬品安全推進者・医療安全管理者）について新規募集を停止したが、すでに資格を取得している会員に対しては引き続き本会で対応している。認定資格の更新要件についてはこれまでと同じ形で更新する。承認された。

第10号議案 メディカルトリビューンでの動画企画の件

大磯理事長より説明がなされた。広報動画「これからの医療安全」の撮影が終了し、公開され好評を得ている。新規会員を増やすためにも今後も動画撮影を継続して行っていきたいと考えており、メディカルトリビューン社との連動企画を計画している。承認された。

【報告事項】報告事項1 第9回日本医療安全学会学術総会収支報告書

大磯理事長より、資料が提出され報告された。

報告事項2 広報動画コンテンツの件

大磯理事長より、資料が提出され報告された。学会ホームページや m3.com のサイトから閲覧できる。

報告事項3 VR セミナー開催報告の件

大磯理事長より、6月24日に開催された VR セミナーについて報告された。

報告事項4 メディカルピアサポーター養成研修会開催報告の件

和田仁孝理事より、8月5日6日に開催されたメディカルピアサポーター養成研修会について報告された。

報告事項5 委員会報告

総務委員会：新村美佐香理事より報告された。本日議題に出ている広報動画コンテンツや共同提言について議論をし、承認した。

財務委員会：井上清成理事より報告された。株式会社 memento 社への支払いや事務局および事務員の経費について議論し承認した。

学術委員会：大磯理事長より報告された。新規部会や部会員の入れ替えについて議論し承認された。

機関誌編集委員会：佐和貞治理事より報告された。17号を今秋に発行予定である。編集作業の外部委託について議論し承認された。

教育研修委員会：辰巳陽一理事より報告された。今後の認定資格の新設や、既存の資格更新について議論した。

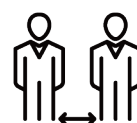
広報委員会：水本一弘理事より報告された。世界患者安全の日記念イベントを計画している。

用語編纂委員会：松村由美理事より報告された。新規メンバーで第1回用語編纂委員会を開催した。

7. 閉会

以上、この議事録が正確であることを証するため、議事録作成者は記名押印する。

2023年8月10日 大磯 義一郎



● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」

(印字版)ISSN 2187-8269

本誌が引用される国内の主なデータベース

国立国会図書館蔵書検索・申込システム

医学中央雑誌データベース

科学技術振興機構文献データベース

医学・薬学関連学会開催情報検索

刊行の趣旨

JPSCS は日本医療安全学会会員の論文の蓄積を以て日本の医学に貢献する必要があります。そこで、様々な関連分野の専門家から構成される編集委員を構成し、学際研究の成果を学会内部に蓄積します。

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」は日本語論文のみを掲載します。それぞれ年間2部ずつ電子刊行します。

本誌には各種委員会からのお知らせ、学術総会のサマリー、シンポジウム・分科会・教育研修のサマリー、医療安全対策の資料、医薬品安全対策の資料、医療機器安全対策の資料などの情報も掲載されます。

編集の方針

投稿論文は査読審査されます。

- 1) 年次総会ないし地方会で発表された演題は、それらの会長ないし開催責任者が「医療と安全」誌への掲載を推薦します。
- 2) 発行回数は年2回の電子刊行です。非会員で購読希望の際には年間購読料(2万円)をお納めください。
- 3) 氏名、所属、住所および抄録の英文を付けてください。

●「医療と安全」投稿規定 (2022 年 9 月改訂 機関誌編集委員会承認)

・「医療と安全」は日本医療安全学会の機関誌であり、医療と安全に関する論文・報告等を受け付ける。その投稿は以下の規定による。

- ・ **投稿先**：日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局（京都府立医科大学附属病院医療安全推進部内）（電子メール）journal@jpscs.org
- ・ 投稿原稿の査読、採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡する。掲載された原稿の著作権は日本医療安全学会に属する。

□ 1. 「医療と安全」の原稿は邦文とし、ワープロソフト（日本語 MS-Word）を用い、横書き、常用漢字で記載する。ファイルを電子メール添付として本学会機関誌「医療と安全」編集事務局宛 journal@jpscs.org に投稿する（印刷原稿を送付する必要はありません）。

□ 2. 投稿に際しては筆頭著者、あるいは責任著者は本会会員でなければならない。

□ 3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。

□ 4. 人および動物を対象にした研究論文は、1975 年のヘルシンキ宣言（1989 年改訂）の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない（下記、「適応される倫理規定」を参照のこと）。

□ 1) 研究指針準拠：人を対象とした臨床研究では、投稿時における最新の生命科学・医学系研究に関する倫理指針に準拠していること。

□ 2) 倫理委員会承認：必要なものについては倫理委員会の承認を得て、その由を論文に記載すること。

□ 3) 個人情報保護：「個人情報の保護に関する法律」（平成 17 年 4 月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などに関してはプライバシー保護に努め、対象となった人、あるいはその適切な代諾者から、本誌への投稿について書面で承諾を得てそのコピーを投稿に添付送付すること。

□ 4) 利益相反開示：日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の執筆要領（本誌巻末参照）に記載された利益相反の開示すべき項目に該当するものがある場合は、論文の末尾（参考文献の前）の項目「利益相反」に記入すること。該当するものが無い場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と記入すること（下記、「利益に関する開示文書」を参考のこと）。

□ 5. 投稿原稿は総説、原著論文、短報、その他とし、以下に投稿区分を別紙のチェックリストに✓マークをしてください。

□ 1) 総説：医療と安全に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。

□ 2) 原著論文：独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。

□ 3) 短報：独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。

□ 4) その他：症例報告（医療事故の治療経験など）・トピックス・意見など、編集委員会が必要性を認めたもの。

□ 6. 投稿には、本誌の次々ページの「日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト」をコピーし、必要な項目に確認✓マークを入れて、責任著者が署名の上で電子スキャンし、PDF ファイルとして、投稿原稿とともに電子メールで送付すること。

・適応される倫理規定

ヘルシンキ宣言（1964 年、1975 年、1983 年、2003 年改訂）、文科省、厚労省、経産省：人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和 4 年 3 月 10 日一部改正）、疫学研究に関する倫理指針（厚生労働省、文部科学省、平成 20 年 12 月改訂）、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いの

ためのガイドラインなどの倫理的指針に従い、さらに、「個人情報保護に関する法律」（平成17年4月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などのプライバシー保護に関しては外科系学会協議会による「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針」に従うこと。動物を用いた研究では、各施設の動物委員会などが定めた基準に従い慈愛深く取り扱い、このことを記載しなくてはならない。臨床試験は、臨床試験登録公開制度システム（UMIN-CTR など）に登録する。ランダム化比較試験（randomized controlled trial; RCT）では、CONSORT 声明に従う。また、科学研究として公平性・信頼性を確保するため、企業等との利益相反について明確にする必要がある。論文採用決定後は、「学会誌（Palliative Care Research）論文発表者の報告事項」に定める事項について「利益相反事項届出書（学会誌発表者用）」の提出をしなければならない。

・利益に関する開示文書

日本医療安全学会学会誌「医療と安全」における利益相反の開示すべき項目

- 1) 産学連携活動に係る受け入れ額が、1企業あたり年間200万円以上（所属機関からの間接経費が差し引かれる前の金額）の場合
- 2) コンサルタント、指導、講演、給与としての個人収益が、1企業あたり年間100万円以上（税金や源泉徴収額を引く前の金額）の場合
- 3) 産学連携活動に係る個人収益（公開・未公開を問わず、当該企業の株式等の出資・取得・保有及び売却・譲渡、ストックオプションの権利譲受、もしくは、役員報酬、特許権使用料等）が1企業あたり年間100万円以上あった場合（但し、投資信託、もしくは、当該個人によって管理・制御できない多角的なファンドにおいて資金運用される場合を除く）
- 4) 上記1～3のいずれかに該当する企業に一親等の親族が現在勤務している場合

該当しない場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と論文の末尾に記入する。

該当する場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項に則り開示します、（企業名）から（○○円）。」と論文の末尾に記入する。なお、個人収益の場合は、前年の1月1日から12月31日までとする。ただし、寄付金や企業からの受託等、産学連携活動に係る研究の場合は、前年4月1日から本年3月31日までの期間でも可とする。

●「医療と安全」執筆要領

（以下、投稿規定からの連番）

- 7. 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表・図の数などを記載すること。
- 8. 和文抄録（400字以内）及び英文抄録（400語以内）を作成する。また、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には目的、対象と方法、結果、考察および結論として見出しをつけて記載すること。
- 9. 和文原稿では英文の抄録ならびに英・和それぞれ5語前後のキーワードを原稿につける。
- 10. 原則として原著論文はA4版刷り上がり8-9頁以内を目安とする（電子版では図表・写真はカラー表示可能、印刷冊子体では白黒表示となる）。原稿の総文字数（タイトル、著者名、要旨、参考文献、英文抄録は除く）は刷り上がり1ページ1,800文字で、12,000文字以内とする。
- 11. 図表は必要最小限にとどめること。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員

会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。カラーの図表は電子体での発刊はそのままカラーとなるが、印刷冊子では白黒に変換されることを前提に含めてください（図表は、1 ページ分が 1,800 文字相当、半ページ分が 900 文字相当、1/4 ページが 450 文字相当でカウントする）。

- 12. 本雑誌の単位符号は原則として SI 単位を用いる（JISZ8203 参照）。
- 13. 参考（引用）文献は 30 件以内とする。引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号：巻数：頁－頁、の順に記すこと（下記、「引用文献スタイルについて」を参考のこと）。

・引用文献スタイルについて

引用文献リストは本文での引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号：巻数：頁－頁、の順に記す。

- 1) 田島静, 千々和勝己. 初夏に某小学校で発生した小型球形ウイルス (SRSV) による集団食中毒事例. 日本公衆衛生雑誌 2003 : 50 : 225-233.
 - 2) Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. J Epidemiol Community Health 2003; 57: 453-455.
- 単行本の場合、編・著者名、書籍名、所在地：発行所、発行年：頁、の順に記す。引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる。
- 3) 川上剛, 藤本瞭一, 矢野友三郎. ISO 労働安全・衛生マネジメント規格. 東京：日刊工業新聞社, 1998.
 - 4) Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002.
 - 5) 川村治子. リスクマネジメント. 高野健人他編. 社会医学事典. 東京：朝倉書店. 2002:98-99.
 - 6) Detels R, Breslow. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002: 3-20.

● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員会

佐和 貞治（編集委員長）京都府立医科大学附属病院

伊藤 英樹 広島大学病院医療安全管理部

小林 正人 埼玉医科大学病院 脳神経外科

鈴木 聡 神奈川工科大学健康医療科学部 臨床工学科

佐々木 毅 東京大学大学院医学系研究科 次世代病情報連携学講座

寺田 員人 日本歯科大学新潟病院矯正歯科

長島 久 富山大学附属病院医療の質・安全推進部

長谷川 奉延 慶應義塾大学病院

布施 淳子 山形大学大学院医学系研究科 基礎看護学

藤井 千枝子 慶應義塾大学看護医療学部教授

水本 一弘 和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部

宮崎 浩彰 関西医科大学・医療安全管理センター

山口 秀紀 日本大学松戸歯学部

梁 善光 市原市医師会理事千葉県産科婦人科医学会顧問 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト

「医療と安全」への投稿に際しては、本ページをコピーし、責任著者が必要な項目に確認✓を記入して著名し、電子スキャンした PDF ファイルをメール投稿時に添付してください。

- 投稿に際して責任著者は、本ページをコピーし、投稿論文が本誌の投稿規定・執筆要領に沿ったのであるか、該当箇所□チェックボックスにチェックを入れて、ご署名を頂き、電子スキャンして PDF 化されたものを投稿論文に添えてください。
- 1. 「医療と安全」の原稿は邦文とし、ワープロソフト（日本語 MS-Word）を用い、横書き、常用漢字で記載する。ファイルを電子メール添付として本学会機関誌「医療と安全」編集事務局宛 journal@jpsc.org に投稿する。
 - 2. 投稿に際しては筆頭著者、あるいは責任著者は本会会員でなければならない。
 - 3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。
 - 4. 人および動物を対象にした研究論文は、1975 年のヘルシンキ宣言（1989 年改訂）の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない（下記、「適応される倫理規定」を参照のこと）。
 - 1) 研究指針準拠：人を対象とした臨床研究では、投稿時における最新の生命科学・医学系研究に関する倫理指針に準拠していること。
 - 2) 倫理委員会承認：必要なものについては倫理委員会の承認を得て、その由を論文に記載すること。
 - 3) 個人情報保護：「個人情報の保護に関する法律」（平成 17 年 4 月）などその時代に遵守すべき法令・省令を遵守する。症例報告などに関してはプライバシー保護に努め、対象となった人、あるいはその適切な代諾者から、本誌への投稿について書面で承諾を得てそのコピーを投稿に添付送付すること。
 - 4) 利益相反開示：日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の執筆要領（本誌巻末参照）に記載された利益相反の開示すべき項目に該当するものがある場合は、論文の末尾（参考文献の前）の項目「利益相反」に記入すること。該当するものが無い場合には「日本医療安全学会学会誌「医療と安全」の定める利益相反に関する開示事項はありません。」と記入すること（下記、「利益に関する開示文書」を参考のこと）。
 - 5. 投稿原稿は総説、原著論文、短報、その他とし、以下に投稿区分をチェック✓してください。
 - 1) 総説：医療と安全に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
 - 2) 原著論文：独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
 - 3) 短報：独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
 - 4) その他：症例報告（医療事故の治療経験など）・トピックス・意見など、編集委員会での必要性を認めたもの。
 - 6. 投稿には、本誌の次々ページの「日本医療安全学会機関誌「医療と安全」投稿時チェックリスト」をコピーし、必要な項目に確認✓マークを入れて、責任著者が署名の上で電子スキャンし、PDF ファイルとして、投稿原稿とともに電子メールで送付すること。
 - 7. 原稿の 1 頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表・図の数などを記載すること。
 - 8. 和文抄録（400 字以内）及び英文抄録（400 語以内）を作成する。また、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には目的、対象と方法、結果、考察および結論として見出しをつけて記載すること。
 - 9. 和文原稿では英文の抄録ならびに英・和それぞれ 5 語前後のキーワードを原稿につける。
 - 10. 原則として原著論文は A4 版刷り上がり 8-9 頁以内を目安とする（電子版では図表・写真はカラー表示可能、印刷冊子体では白黒表示となる）。原稿の総文字数（タイトル、著者名、要旨、参考文献、英文抄録は除く）は刷り上がり 1 ページ 1,800 文字で、12,000 文字以内とする。
 - 11. 図表は必要最小限にとどめること。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。カラーの図表は電子体での発刊はそのままカラーとなるが、印刷冊子では白黒に変換されることを前提に含めてください（図表は、1 ページ分が 1,800 文字相当、半ページ分が 900 文字相当、1/4 ページが 450 文字相当でカウントする）。
 - 12. 本雑誌の単位符号は原則として SI 単位を用いる（JISZ8203 参照）。
 - 13. 参考（引用）文献は 30 件以内とする。引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号・巻数・頁一頁、の順に記すこと（下記、「引用文献スタイルについて」を参考のこと）。

責任著者 署名： _____

署名日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

● 学会活動の概要と年会費支払方法について

・ 入会金

ご入会の際には、正会員・学生会員とも、年会費とは別に入会金 5 千円が必要です。

・ 団体としての入会方法

団体会員の場合は賛助会員制度があり、下記のホームページに記載されています。 <http://www.jpscs.org/support.shtml>

・ 年会費

年会費は毎年 1 月 1 日が起点日です。振り込まれた会費に対して領収書が必要な方は、日本学会事務局にお申し付けください。(正会員)7 千円、(理事)9 千円、(学生会員)3 千円
会員は日本学会での参加の割引料金の適用、ならびに日本学会学術雑誌「医療と安全」の投稿と購読、日本学会会員専用ホームページ閲覧を無料とします。学生会員は学部生が対象です。学生証のコピーを提出ください。なお、大学院生は正会員扱いです。

年会費の振込方法：銀行振込

(1) ゆうちょ銀行口座への振込の場合

支店名：〇一九(ゼロイチキュウ)店
口座種類：当座
口座番号：0292830
シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ
口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

銀行振込の際には、氏名、連絡先住所、電子メールアドレスおよび会費年度を日本語で明記の上、振込書の写しと共に日本医療安全学会本部事務局に郵送ないし FAX: 053-435-2236 ください。

(2) ゆうちょ振替口座への振込の場合

店名：〇一九(ゼロイチキュウ)店
口座番号：00190-1-292830
シャ)ニホンイリョウアンゼンガツカイ
口座名義：一般社団法人 日本医療安全学会

・ 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」購読

日本学会の会員以外の方は、年間 8 万円にて購読ができます。年数回刊行予定。

年間購読料の振込先：

銀行支店名：三東京 UFJ 銀行本郷支店
口座名義：JPSCS 理事長 大磯義一郎
口座番号：普通 0130476

・ 国内学術集会の参加

集会ごとに別途の参加料が必要です。会員には割引料金が適用されます。

● 日本医療安全学会 届出用紙

下記をご記入の上、次の学会本部事務局宛に電子メールまたはFAXにて送信ください。

(メールアドレス) office@jpscs.org (会員登録・変更窓口) regist@jpscs.org

(FAX 番号) 053-435-2236 へ送信ください。

該当項目に○を記入	() 入会届	() 変更届	() 退会届
	新規 / 退会 または変更前	変更後 (変更時のみ該当項目を記入ください)	
氏 名			
所 属			
医療の資格			
職位 (学生の場合は、 在学期間を明記)			
郵送先の住所			
電子メールアドレス			
電話番号			
FAX 番号			
機関誌印刷物の年間購読希望 (年間2千円の加算)	() 希望する () 希望しない		

1) 入会の際には入会金と年会費が必要です。ご申請後に、振込用紙を郵送します。

詳細は下記 (日本医療安全学会ホームページ：入会手続きの方法) をご覧ください。

<http://www.jpscs.org>

2) 学会定款 11 条 会員はいつでも退会することができる。ただし、理由を付した退会届を1ヶ月以上前までに本会事務局に提出しなければならない。

3) 本用紙は国際医療リスクマネジメント学会には適用できません。

4) 国際医療リスクマネジメント学会の場合は下記をご覧ください。

<http://www.iarmm.org/Uregistrationmanner.shtml>

<http://www.iarmm.org/J/>

● 編集後記

今年の夏は、猛暑の中、依然に続く COVID-19 パンデミック第 9 波では、医療機関で働く方々は本当に大変であったと思います。本年 5 月以後に第 5 類に下げられた COVID-19 ですが、世間では宴会会なども復活して、マスクをされる方も激減しました。しかしながら、変異を繰り返す中で弱毒化してきた SARS-CoV2 ウイルスといえ、感染力は益々増強し、第 9 波に至っては、多くの医療機関において、院内感染クラスター発生の対応や、多数のコロナ感染職員休務者を抱える状態となって、苦境を乗り越えられて来られたことと思います。本当にご苦労さまです。

病院の経営は、進行する少子高齢化社会の中で、ウクライナ戦争などの影響で、光熱費の急騰、医療器材医薬品比率上昇、人件費高騰の中、いよいよ医師の働き方改革も待ったなしの状態となり、どうやって対処すれば経営が上向くのかかわからない厳しい時代に突入していく感があります。経営の効率化だけを考えて、医療安全への投資を怠れば、必ずや重大な医療事故発生に繋がることはこれまでの医療安全の歴史が示してきたことでもあり、多職種協働の医療安全文化の醸成を推進する上で、日本医療安全学会の果たす社会的な役割も益々重大であろうと感じています。

そのような中で、今回は、藤井千枝子先生（慶應義塾大学看護医療学部）をお願いいたし、特集「看護安全文化の醸成に向けて」を企画・編集頂きました。おかげさまで、執筆の労を頂きました多数の方々の精力的な論文によって、たいへん充実したものになったと自負しております。本号の編集より、新たに 7 名の編集委員の方に加わって頂き、今後も一層に充実した内容を、日本医療安全学会の会員の皆様に、お届けいたしたいと思っております。

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集委員長
佐和 貞治（京都府立医科大学附属病院 病院長）

● 日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局

〒 602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465 番地

京都府立医科大学附属病院医療安全推進部内「医療と安全」編集事務局

（編集：佐和貞治、校正：中村猛、内山裕美、木村美樹）

電子メール：journal@jpscs.org、FAX; 075-251-5843(医療と安全編集事務局宛)

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」通巻 18・19 号（2024 年 4-10 月）

発行責任者：大磯義一郎 発行者：日本医療安全学会

ISSN 2187-8269 定価：1000 円（税込）

〒 431-3192 静岡県浜松市東区半田山一丁目 20 番 1 号

浜松医科大学総合人間科学基礎研究棟 306 号内

Email: office@jpscs.org TEL: 053-433-3812 FAX: 053-435-2236

ホームページ：http://www.jpscs.org/

日本医療安全学会機関誌「医療と安全」編集事務局

〒 602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465 番地

京都府立医科大学附属病院医療安全推進部内「医療と安全」編集事務局

電子メール：journal@jpscs.org FAX; 075-251-5843(医療と安全編集事務局宛)

印刷所：（株）北斗プリント社 〒 606-8540 京都市左京区下鴨高木町 38-2

電話 (075)791-6125 FAX(075)791-7290

No. 18 • 19 Iryo to Anzen

2024

ISSN 2187-8269