

医療安全管理マニュアル

平成 27 年度版

作成: 医療法人久康会

医療安全管理委員会編集

監修 平田耕太郎

ゲスト安全管理マニュアル

目次

1. はじめに

2. ゲストにとって医療事故とは

3. 基本原理の考察

4. 医療安全とは

5. 医療事故に関連した基本用語の定義

6. 厚生労働省の報告から

7. 当法人での事故分析

 事故防止の方法

8. 分析の結果

9. 事故防止の方法

10. 看護における事故防止

11. 医療事故発生後の対応

12. インシデント・アクシデントの報告制度

13. 職員に対する研修

危険・事故対策の意義を知ってください

1. はじめに

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意が、医療上予期しない状況や望ましくない事態を引き起こし、ゲスト(当院では、患者のことをゲストと呼ぶ。以下、ゲスト)の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

われわれ医療従事者には、ゲストの安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の家庭に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちでゲストに実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針は、このような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって医療事故の発生を未然に防ぎ、ゲストが安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。本院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員の立場からこの問題に取り組み、ゲストの安全を確保しつつ必要な医療を提供していくのとし全職員の積極的な取り組みを要請する。

2. ゲストにとっての医療事故とは・・・

医療事故に対する基本姿勢はゲストの安全を最優先するという事になる。以下にトラブルが起こった時の基本的な私たちの姿勢とその考え方について述べてみたい。

具体的な事故が起こった場合の四原則は・・・

- 1 **ゲストの安全性の確保**: 客観的であって、法律上に照らしても問題の無い手順が誰にでも確認できること。トラブルに対して、その影響が身体にどれだけ及んだかを証明しておく。血液検査やX線写真、必要ならCT検査や内視鏡・エコーなど出来るだけの対応をすること。私たちのミスは意図的でないにしろ、場合によっては「業務上過失傷害罪」またはゲストが亡くなれば「業務上過失致死罪」に問われる事を忘れてはならない。
- 2 **報告・連絡・相談**: 当事者はすぐに状況を部科長に報告し、上司はゲストの生命に少しでも関わるものについては直ちに副院長に連絡し、判断を仰ぐ。と同時に家族にも連絡する。出来るだけ、その情報は多くのキャストに早く知らせるようにする事が大切である。逆に一部のキャストしか知らされず、処理をしようとするれば「トラブル隠し」とも取られかねないことを考えた対応が必要である。情報を早くあげる事はその責任を自分から上司に譲ることになり、早いほうが皆さんにとっても有益であるでしょう。
- 3 **情報の開示**: 起こったトラブルの正確の情報を開示する。特にゲストやゲストの家族に対してはその希望を100%かなえるように最大限の配慮をする。出来るだけ正確な記録が必要であるため、写真や音声、またはビデオでの記録も考えておく必要がある。記録には時間が必要であり、その経過が分かり易いように配慮しておく。
- 4 **誠意のある謝罪**: 自分自身で満足するのではなく、常に相手の気持ちになって謝罪を行う。謝罪とは謝るだけではなく、今後同じような事故が再発しないようにどのようなシステムを考え、すぐに手を打ったかどうか重要になる。再発防止策が適切であればあるほど、早ければ早いほど、キャストへの周知が徹底すればするほど、その事故に対する意識の高さを表すものとなり、家族は安心していただけるであろう。しかし、その対応が不適切であれば、ゲストは私たちのサービスを受ける事を拒否し、またその対応のまずさを広く世間に訴えるでしょう。ピンチはチャンスです。ピンチに対して勇気を持って対処していきましょう。

3. 基本原理の考察

まず、事故を防止することを考える時に重要なことは「人はミスをする」という大原則を前提にそのマニュアルを構築していかなければならない。

一. ミスを少なくするためには・・

- 1 ミスを見逃さないシステム
- 2 ミスを必ず報告するシステム
- 3 ミスの正確を分類し、分析するシステム
- 4 ミスを根絶するシステム
- 5 ミスを根絶するシステムが機能しているかを評価するシステム

二. ミスが起きたときの対応は・・

- ①ミスのレベルを直ちに分析するシステム
- ②分析されたミスのレベルに応じた報告がなされるシステム
- ③いつでも誠意ある報告が内外に出来るシステム
- ④ミスに対する管理責任を明確にするシステム
- ⑤ミスに対する補償制度

三. 起きたミスを減らすための対応は・・

- ①第三者を含めた客観的な検証
- ②ミスなどの統計処理システム

4. 医療安全とは

医療機関は最も安全な所というイメージが一般の方々にはありますし、実際「今晚何かあったら困るので一晩入院して様子を見ましょう」なんて事は良くあります。しかし、医療機関は本当に安全と言えるでしょうか？「医療における安全の定義」とは一体、为什么呢。

WHOの健康の定義とは「健康とは完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。到達し得る最高水準の健康を享有することは人種・宗教・政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別無しに万人の有する基本的人権の1つである」とありますが、なんだか良くわかりません。

「医療とは医学的知識と技術と倫理を持って、疾病や障害によって人としてのQOLが侵害された・またはされる危険性を排除し、または排除していく過程でその人のQOLを確保することを言う。又、結果的にはそのQOLはその人に留まらず、家族のQOLに置き換わることもある」と考えます。

そんな高尚な目的の中で基礎的な基本的な初歩的なことが出来ていないならば、それは大きなトラブルに発展する危険性があります。ゲストが入院する理由は何でしょう。治療を受けるためです。治療とは薬を飲んだり、注射を受けたり、治療食を取ったりが最低あります。そしてこれらの事は日常生活では有り得ないことです。そして、日常有り得ないことの記録がないなら、それはトラブルの原因になることは想像に堅くないものです。

そして薬が間違えて配られたら、生命に危険な状態になることだって否定できませんし、間違えたことさえ分からないならば、ゲストの状態変化の原因が何であったかもわからず、治療も後手になるでしょう。更にその事について結果的に何も分からないままにことが済めば、死人にくちなしで永久に分からないままと言うことになります。病院内ではいかに患者は無力で危険な状態におかれているか、まず私たちが自覚するべきでしょう。

5. 医療事故に関係した基本用語の定義

医療事故とは病院内で起こる全ての人に不利益を及ぼす事件やものを言います。不利益とは経済的・身体的なものは当然、精神的なものも含まれます。系統的に分類し報告していきましょう。

①医療事故と医療過誤

医療事故は、医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や医療行為とは直接関係しない廊下で転倒した場合などを含んでいる。その中でも医療従事者に過失の無い事故と過失がある事故とに分けて考える必要があり、過失がある場合を医療過誤という。

医療過誤は、医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるものをいう。つまり、業務上行うべき事を怠った結果起こる事故等の事を指す。

②アクシデントとインシデント

当院では以下の表のレベル0～2をインシデント、レベル3～5をアクシデントと定義 します。

●ゲストの身心状態の被害によるレベル分け

レベル0	間違っ事が発生したが、ゲストには実施されなかった。
レベル1	ゲストへの実害は無かった。 何らかの影響は否定できないが、影響はないと考えられる。
レベル2	処置や治療を要しなかった。 観察の強化、バイタルサイン(血圧・脈拍・呼吸などの生命徴候)の軽度変化、確認のための検査が生じた。
レベル3a	簡単な処置や治療を要した。 消毒、湿布、皮膚の縫合、カテーテルの自己抜去、鎮痛剤の投与など
レベル3b	濃厚な処置や治療を要した。 バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院など
レベル4	障害が永続的に続く。
レベル5	死亡

●職員への被害があった場合のレベル分け

レベル0	間違っ事が発生したが、実施される前に気付いた事例
レベル1	実害が無かった事例
レベル2	処置や治療は行わなかった事例 バイタルサイン(血圧・心拍数・呼吸など)の軽度変化、確認のための検査の必要性が生じた
レベル3a	簡単な処置や入院を要した事例 初期治療のみで、時間的損失や職務障害なし
レベル3b	濃厚な処置や治療を要した事例 入院が必要となり、時間的損失や職務障害がある
レベル4	障害が永続的に続く
レベル5	死亡

●書類関係の被害レベル分け

レベル0	間違った事が発生したが、実施される前に気付いた事例
レベル1	間違っていたが、害が無かった事例(期限過ぎてしまった)
レベル2	間違った事が発生し、修正をかけた事例(期限過ぎて、害があった)
レベル3a	間違った事が発生し、賠償責任が問われ、10万未満の支払いが生じた
レベル3b	間違った事が発生し、賠償責任が問われ、10万以上100万未満の支払いが生じた
レベル4	間違った事が発生し、賠償責任が問われ、100万以上1000万未満の支払いが生じた
レベル5	間違った事が発生し、賠償責任が問われ、1000万以上の支払いが生じた

●設備や機器等への被害レベル分け

レベル0	間違った事が発生したが、実施される前に気付いた事例
レベル1	間違った操作はあったが異常が無かった事例
レベル2	業者やIT係に診て貰う必要性が生じた事例
レベル3a	業者やシステムサポートチームに診てもらい、10万円未満の修理費が生じた
レベル3b	業者やシステムサポートチームに診てもらい、10万円以上100万円未満の修理費が生じた
レベル4	業者やシステムサポートチームに診てもらい、100万円以上1000万円未満の修理費が生じた
レベル5	業者やシステムサポートチームに診てもらい、1000万円以上の修理費が生じた

6. 厚生労働省の報告から

医療安全への手順:ヒヤリハット事例分析より

1 全事例

発生時間帯では8～9時の間が多い(今回は10～11時)

当事者の職種は看護師が圧倒的(78%)

医師が当事者である場合、他職種からの報告が多い

経験年数が1年未満(2割)3年未満(3割以上)

三大ヒヤリハット:処方・予薬(31%)チューブ類の管理(14%)

療養生活の場面(12%)

発生要因:確認・観察・勤務状況・心理的条件

実施前の発見例(25%)

2 処方・与薬

無投薬が最も多く、次いで量・時間の間違い

発見は当事者もあったが、本人・家族と言う場合も

経験年数が1年未満の場合が3割、部署配属年数が1年未満の場合が4割

発生要因は確認:思い込んでいた・慌てていた・他の事に気を取られていたが多く、勤務状況は多忙だった・夜勤だったが多かった。

間違いが実施された例が多かった

3 チューブ類の管理

曜日時間帯に関係なく発生

男性患者や床上安静の患者に多かった

発生要因として観察不十分・確認不十分が多かった事から患者の状態の
アセスメントが重要と考えられた

自己抜去が最も多いが、次に接続はずれも多かった

点滴ライン・栄養チューブに次いで気管チューブやカニューレも多かった

4 医療機器の管理

人工呼吸器と輸液ポンプに関する事故が多いが使用頻度からの割合からすると人工呼吸器の事故が多い

輸液ポンプでは設定間違い・設定忘れが多かった

発生要因としては確認不足・観察不十分に次いで管理不十分が挙げられており、管理への注意が必要

間違い実施前の発見が2割だったが、重症化していた事例が4割もあった

5 輸血

医師が当事者である事例が多かった(3割)

経験年数・配属年数がやはり1年未満の割合が高かった(それぞれ3割・5割)

発生要因では確認に次いで連携が多いことから、申し送りなどの連携システムへの検討が必要と推察間違い実施前の報告多かった(5割)

→間違いの影響力の大きさが当事者の確認をさせると同時に報告率も高まった。

6 療養上での場面

転倒転落が大部分を占めているが、離院・無断外出・外泊・指示の不履行・誤配膳等も見られた

患者の心身状態に何らかの障害を伴っている場合が多かった

7 集中治療室

チューブ類の管理上の事例が圧倒的に多かった

8 感染

感染に関する事故については『院内感染対策マニュアル』で管理するものである

9 その他

7. 当法人での事故分析

- (1) 全事例
- (2) 処方・与薬
- (3) チューブ管理
- (4) 医療器械の管理
- (5) 輸血
- (6) 療養上での場面
- (7) 集中治療
- (8) 感染
- (9) その他

8. 分析の結果

分析の結果、これらのケースが起きないようにする方法について、それぞれの要因に沿って対応するものとする。それらの要因を示す

- (36) **根本的問題**: 最も解決すべき段階のレベルである。抱えている問題自体そのものを消滅させると同じ解決方法をもって行なうものである。つまり、システムの前の段階である為、キャスト自身も気がつかないまま、そのシステムを使っている可能性があり、きちんとした教育・オリエンテーションが必要である。
- (イ) **事者の要因**: まさにヒューマンエラーの部分であり、リスクマネージャーはこの部分は無くならない事を意識しながら安全性を向上させていくことが重要である。
- (24) **発生要因**: 確認・観察・勤務状況・心理的条件・システムなどトラブルが発生するにはいくつかの要因があり、その要因によっては解決方法も見付かっている。
- (エ) **感染予防**: 『院内感染防止マニュアル』
- (オ) **業務効率化**: 人は多くの事を一気に処理する事は基本的には不可能であるため業務が煩雑になればなるほどミスは起こしやすくなる。システム作成の段階で完全にムダがないようにする事は、できないので普段の業務を行っている中で何らかのヒヤリハットが起こった際に効率化出来る事は無いか検討する必要がある。
- (カ) その他

9. 事故防止の方法

(36) キャストの具体的な行動

申し送りや連絡ミス無くす為に・・・再確認システム:これは受けた支持をもう一度言葉を出して確認することです。

(イ) 人事考課

(ウ) ゲスト自己管理

(34) 「院内事故は減ったか」アンケート:

「医療事故の定義を正確に理解していると断言できますか？」

「医療事故が起こった場合の対応の四原則を知っていますか？」

「ゲスト安全マニュアルをしっかりと読みましたか？」

「うちの病院は医療事故撲滅に真剣に取り組んでいますか？」

「あなた自身は医療事故撲滅に具体的な行動を起こしていますか？」

「病院のリーダーは病院事故撲滅に真剣に取り組んでいると思いますか？」

「あなたは事故を減らすという意識を持って事故報告書を出していますか？」

(オ) リスクマネージャーの配置

(カ) その他

10. 看護における事故防止

(ア) **内服薬と薬業務**: 食後の指示が多く、これは変更することが出来ないので、

この時間帯には他の業務は入れないようにする。また、この時間帯の業務は出来るだけ全員で行い、業務前後にお互いの与薬人数を確認する

- 1 **無薬**: 最も多いのが、無薬であるが当法人ではそれらの事故の発生は少ない。ゲストは薬が来なければ訴えるし、全員を一括管理している為と思われるが、対策としてクリティカルパスの中の記録で確認をすること
- 2 **薬の内容の違い**: 出来るだけ自動分包器による調剤を行う
- 3 **薬の時間**: 最優先業務
- 4 **指示間違い**: パソコンによる確認システムの導入
- 5 **記録漏れ**: パソコンによる記録支援

(イ) **点滴と薬**: 点滴バックを変更する時間が病棟全体の忙しい時間になっていたり、勤務交代の直後になっていたりすると、当然業務が集中し事故の温床になると考えられる。

- ① これまで事故で最も悲惨な事故は点滴のルートに栄養などのチューブをつないだり、注入したりしてゲストが死亡するようなケースである。よって当院では点滴ルートに三方活栓を出来るだけ使用しないこと。また、栄養チューブのコネクターは基本的に点滴とは規格が合わないものを採用することでこれらに事故を防ぐものとする⇒定期的な確認が必要
- ② 接続のはずれなどが起こらないように始めから接続を出来るだけ作らないような点滴ラインを使用する。薬の側管注射はY字コネクターからとする。
- 3 たこ管は何の意味も持たず、却って薬の注入が遅れたり、接続が多くなることから、はずれが起こったりする為使用しないものである。

4 **自己抜去**: 長谷川式知能評価表で10点以下で上肢が自由な男性ゲストは所定の保護処置を行なっていないければ自己抜去すると考えておく必要あり

- 1 **接続はずれ**: 予防する為に接続のない点滴セットに変更する (TIS-51からTISO258へ)
- 2 **点滴漏れ**: 血管を確保しても24時間以上になると血管が裂け、点滴の漏れが起こるので、その前に刺し換えておくと血管が潰れる可能性も少なくなります。
- 3 **点滴表無し**
- 4 **記録漏れ**
- 5 **感染予防**

(ウ) **採血**: 多刺入; 1度ならず2度までも刺す場合、悪意は無いにしろ、ゲストにとっては堪ったものではない。1度で必ず採血できるように十分に血管を露出する必要がある。以下に露出方法を示す

- 1 ゲストをリラックスさせる
- 2 採血するところは温めておく
- 3 採血の難しい人は少し待ってもらい、その間に充分温める
- 4 採血部を叩く場合はゲストに気を使ってから・・

- 5 駆血帯は締め過ぎないように
- 6 採血までは腕は下げておくこと
- 7 温かい物を飲むのもよい

採血後血腫:最も多いのが採血後の血腫形成である。採血の後にゲストが採血部を揉んでいたたり、ほとんど押さえていなかったりする事によって起こっているものではあるが、キチンとした説明と観察さえしておけば、起こらないトラブルである。

⇒起こった場合:

(エ) **経鼻経管**:栄養物を注入する前に必ず胃管が胃に到達しているか、誤って気管に向いたりしていないかをエアを入れて音を確認し、更に胃液が吸引できるかを確認して、その結果を記録し、注入を開始することが望ましい。

⇒起こった場合:栄養物は気管内に入りゲストはすぐにむせたり、咳をし始めるので、直ちに中止する。

(オ)その他

- 1 診療における事故防止
- 2 介護:療養生活の中での事例

これらのトラブルは介護の限った物ではないが、敢えて介護とした。

(ア)転落:2002年2月23日ゲストが窓を開け自ら身を投げ出し死亡する事故が起こった。

(イ)転倒:転倒事故はこの事故報告書制度が出来て毎年報告がある。

(ウ)離院:病院の出入りに関する保安体制の充実

(エ)誤配膳

(オ)盗難

(カ)リハビリテーション

(キ)栄養科

11. 事故発生後の対応

1 基本的な考え方

a. 倫理性の確保

医療的・法的・社会的な観点から、自らの行動に責任が伴う事を念頭に置く。

b. 組織としての判断と対応

病院全体の組織としての判断と対応が必要である。

現場の当事者や部署の中だけで判断して対応しない。

2 医療事故発生時の対応

医療法人久康会 医療安全 心得

0. まず安全

1. 逃げるな！隠すな！ごまかすな！！

2. 情報公開

3. 謝罪(3三参)

4. 再発予防

原則として、上記心得に基づいた対応を行う。

1) 患者に対して最善の処置を行う

2) 直ちに主治医と各部署の医療安全管理委員へ連絡

3) 事故に関係した物品等は保存する

4) 事故の対応が一段落した後、事実関係を時系列で記録しておく

5) 患者・家族への説明者を決定して、窓口を一本化する

6) 説明は事実経過に基づいて誠意を持って述べる。事故原因の判断や見解には、
はっきりしない段階では立ち入らない事

7) 説明内容の記録を残す

8) 過失が無い事故でも保証を求めてくる場合：損害賠償手続きをし、第三者に判断を委ねる。

3 事故の分類と対応方法

各役職の基本的役割

1. 主任:現場検証(インシデント・アクシデントの状況把握)
2. 科長:分析・対策(主任からの報告から分析をし、対策を講じる)
3. 安全管理者:保証・謝罪(事故の保証等の責任者、謝罪が的確に行われているか確認)
4. 診療副院長:安全管理者から報告を受け、事故対応全体が的確に行われているか判断する。
5. 院長:最終統括者

(a)レベル0～Ⅲa

対応責任者:科長
最終責任者:安全管理者
謝罪の方法:病院での謝罪・説明

(b)レベルⅢb

対応責任者:科長 or 安全管理者(過失の有無等で判断)
最終責任者:診療副院長
謝罪の方法:過失なし⇒病院での謝罪・説明
過失あり⇒転院先、家族宅へ出向いて謝罪・説明

(c)レベルⅣ、Ⅴ

対応責任者:安全管理者～院長(過失の有無等で判断)
最終責任者:院長
謝罪の方法:転院先、家族宅へ出向いて謝罪・説明

(d)日・祝日・夜勤帯のレベル0～Ⅲa

対応責任者:日勤リーダーや当直者が行い、内容を事後報告
謝罪の方法:病院での謝罪・説明

(e)日・祝日・夜勤帯のレベルⅢb

対応責任者:日勤リーダーや当直者⇒科長へと連絡
最終責任者:診療副院長
謝罪の方法:過失なし⇒病院での謝罪・説明
過失あり⇒転院先、家族宅へ出向いて謝罪・説明

(f)日・祝日・夜勤帯のレベルⅣ、Ⅴ

対応責任者:日勤リーダーや当直者⇒科長⇒診療副院長へと連絡
最終責任者:院長
謝罪の方法:転院先、家族宅へ出向いて謝罪・説明

12. インシデント・アクシデントの報告制度

医療の現場では過ち＝失敗と考え教育・研修などによる個人の能力の是正に焦点が当てられてきたが、事故の件数を減らせたかどうかは定かではない。医療のシステムは複雑であり、いかに起こり得ない様にするかがテーマとなる。起こりえないようにするには、まずインシデント・アクシデントが報告として報告されるべき人まで正確に報告がなされ、その後、集積し分析し業務改善の考察が為されなければならない。そのためには①報告すべき事例の基準、②目的の明確化、③報告の手順、④分析・改善のための方法がきちんと整理されている必要がある。

①報告すべき事例の基準

医療事故と医療過誤の用語については5で述べたとおりである。報告すべき事としては、全てが医療事故になるため、医療従事者側に過誤や過失がなかったとしても医療行為とは直接関係がなかったとしても報告はすべきである。例としては、転倒や転落による負傷、失踪、自殺(企図)、院内の暴行事件、施設の被害(火災、震災など)が挙げられる。そういったものは医療事故と捉えにくい所はあるが必ず報告をする。

インシデントも何らかの被害が全く無ければ報告する必要はないと考える人もいると思われるが、初期には全く症状が無くても後から出る事もあるし、今後それと同様のインシデントがいつアクシデントに発展するとも限らないのでインシデントの段階でも業務改善の考察が為されるべきである。インシデントをこれからの予防的措置、方策を講じるための学習の機会とする事が院内安全化の第一歩となる。

よってどのような些細な事でもヒヤットしたりハッと気付いたりした場合には報告をする必要があります。

②目的の明確化

インシデントやアクシデントの報告は決して懲罰や人事考課を行いたいがために行っている訳ではないという事をよく知っていただきたい。もし、インシデントやアクシデントを挙げてきても分析する側として攻め立てるような事は全くしてはいけません。「このインシデントのお陰でより院内が安全になった」「業務が効率化されてより働きやすい環境になった」その様な目で見ることがあります。

報告をする事が、ゲストの安全とキャストの働きやすい環境を作るという事をよく頭に置いておいて下さい。

③報告の手順

報告の手順については11に述べたとおりである。速やかに報告する事が被害を最小限にするので速やかな対応をして下さい。

13. 職員に対する研修

医療安全に関する職員への教育・研修の実施

医療安全管理者は職種横断的な医療安全活動の推進や部門を超えた連携に考慮した職員教育・研修を企画し運営する。またその実施と実施後の評価及び改善を行う。なお、研修を企画する際は以下の点に留意する。

- ア. 研修の目的を明らかにし、内容に応じて院内外の講師を選定する。
- イ. 研修の対象者を明らかにし、職員参加型の研修となるよう企画する。
- ウ. 研修は実際の事例を用いて、対応策を導き出せる内容とする。その他、目的に合わせて下記の内容の研修を企画する。
 - ・ 医療の専門知識や技術に関する研修
 - ・ 心理学・工学・労働科学など他分野から学ぶ安全関連知識や技術に関する研修
 - ・ 法や倫理の分野から学ぶ医療従事者の責務と倫理に関する研修
 - ・ 患者や事故被害者から学ぶ医療安全に関する研修
 - ・ 医療の質の確保と向上のために必要な知識と技術に関する研修
 - ・ 患者・家族・医療関係者間等の信頼関係構築のためのコミュニケーション能力向上のための研修
 - ・ その他、医療安全に関する研修
- エ. 研修出席者を把握し、一定期間内に全職員が参加できることを考慮する。また、参加者の意見や要望を反映した研修を企画する。