

	問題点	市としての要因分析	市の指導内容	改善計画書及び是正計画書（抜粋）
1. 医療事故疑いについての検証が不十分	<p>【全般】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療事故の疑いがあり院内調査が必要な死亡事例について、十分な調査・検証を行わなかった。指導中にも関わらず、繰り返し、医療法に違反し公平な調査を行わなかった。 	<p>医療安全管理体制が極めて脆弱であり、組織としてのガバナンスが機能していない。</p>	<p>患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために、根本的な原因を究明し、必要な措置を抜本的に講じること。患者の生命と尊厳を尊重しながら、その実現を目指す態度や考え方としての「安全文化」を醸成し、同様の事案を決して繰り返さないよう、改善策を確実に実施すること。</p>	<p>【抜本的な対策】</p> <p>以下に掲げる5点の目標について抜本的な取り組みを実施していく。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 医療安全文化の醸成 インシデントレポート報告が多く出される文化を醸成する。 ② 透明性のある医療の提供 説明及び同意を徹底する。診療録記載（後述） ③ 救急医療・診療体制の充実 ④ 看護体制及び研修の充実 ⑤ 第三者機関による評価 令和7年度病院機能評価 3rdG:Ver. 3.0 受審。 月に一度、法人本部事務部門担当職員及び医療安全担当職員が訪問し、取り組み状況と進捗確認を行う。 患者満足度調査を継続する（通常は年末だが、必要に応じて追加実施）
	<p>【事例】</p> <p>1) 心臓下肢カテーテル術後の死亡事例（2023年1月以降、術後死が続発していると告発があった。1人の循環器医師が約半年間に検査・治療した患者のうち2名が医療事故調査制度の対象。）</p> <ul style="list-style-type: none"> 「死因が明らかでない死亡例」が続き、職員より検証の必要があると複数の訴えがあったにもかかわらず、医療安全対策委員会での十分な調査を行わず、また再発防止策の協議や情報共有をせず対応を終了。医療安全対策委員会の調査が法人本部主導にて開催されるまで、約半年間の時間を要した。 <p>2) 糖尿病治療中断後の死亡事例（2023年9月）</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書の見落としにより糖尿病の治療が中断され、その後死亡した事例について院内医療安全調査委員会を開催し、同委員会において職員へのヒアリング等の調査が必要と指摘された。しかしその後、保健所が指摘するまで、十分な調査、原因分析、改善策を講じなかった。また同時に、遺族に糖尿病治療の中断について 	<p>【病院の医療安全組織が機能しない】</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者（病院長）を含む管理職に危機管理意識・当事者意識が低いため、十分な検証を行っていないにもかかわらず、合併症等として捉えた。 医療安全対策室が十分機能せず、調査が未完了であったが、管理者（病院長）らはその状況を是正しない。 医療安全組織は職員全体に事例について透明性ある説明をしない。 	<p>【医療事故疑いの発生後のすみやかな適切対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療事故（疑いを含む）発生時の対応に関する基本方針を明確なものにし、非常勤職員を含む職員に周知徹底の上、確実に実施すること。 医療事故（疑いを含む）が発生した場合、医療安全に関する委員会にて原因の究明のための調査及び分析を速やかに行うこと。 医療安全に関する委員会において、医療事故の判断、遺族への説明、院内調査、医療事故調査・支援センターへの報告について役割と責任を明確にすること。 	<p>A 【速やかな調査・分析の手順】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 医療安全管理者は院内のすべての死亡例についてリスト化する。医療安全対策室で毎週火曜日にレビューし、インシデント・アクシデントレポートも整理する。「医療に起因する予期せぬ死亡」の可能性があれば管理者（院長）へ報告し、翌朝の医療安全報告会にて報告を原則とし、不在時は電話連絡する。 ② 医療事故（疑いを含む）を医療安全対策室が把握した場合、医療安全対策室長（副院長）の権限により、当該事例の調査を7日以内に行う。原則14日以内に院内医療安全調査委員会の開催、調査結果の取りまとめまでを実施し、管理者へ報告する。この際、管理者（病院長）への意見は求めない。委員会の開催には、法人内の専門家を招聘する。 ③ 困難が生じたり、見解が分かれる場合、医療安全対策室長は法人本部医療安全管理部の介入を求めることができ、また法人本部は管理者（病院長）に対してこれを指示し、法人本部医療安全担当者の派遣を行い当該事例の対応を一緒に行う。

神戸徳洲会病院の医療安全管理体制の問題点（まとめ）

	<p>伝えていなかったことが判明した。</p> <p>3) 気管支鏡検査後の死亡事例（2023年10月）</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院患者に当直医師が気管支鏡検査を行った後、呼吸状態が悪化し数時間後に死亡した。本件について医療安全対策室が院内医療安全調査委員会で検証が必要と判断したが、保健所が指摘するまで、院長は原因究明のための調査・検証を行わなかった。 	<p>・</p> <p>【医療安全に係る組織体制の問題】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療安全組織において役職の兼任が多く、組織として十分に機能しない。 全ての関係者から話を聞き、全ての情報を集めて、公平に調査委員会での検証をするべきと保健所から指導を受けた後も、繰り返し調査を遂行せず、管理者（病院長）を含む管理職が、調査に関して必要性の認識欠如と、調査に関する責任の所在が不明確である。 <p>【医療安全に係る職員の知識・経験不足】</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者（院長）および医療安全に係る職員が、医療事故調査制度を十分理解しておらず、医療事故の対応手順の理解も乏しい。 	<p>【再発防止策の立案と定着】</p> <ul style="list-style-type: none"> 問題点を把握し病院組織としての改善のための方策を企画立案及び実施し、実施状況を評価しこれらの情報を共有するとともに、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止対策を立案し、病院内で対策を定着させること <p>【医療安全の組織の再編成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療の安全性向上のために、医療安全に係る委員会の再編成を行い各委員会の役割や責任を明確にすること。 医療安全管理体制の変更点を、例えば組織図やマニュアルなどの新旧対照表に示すなどして明確にすること。 医療安全に係る委員会が定めるマニュアルについて、職員が使いやすく機能的なものとし、非常勤職員を含め全職員に周知すること。 <p>【医療安全に係る知識の習得】</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者（院長）および医療安全に係る職員が、その職責に必要な医療安全知識をもつよう、研修を組むこと。 	<p>④ 医療法に基づく「医療事故調査制度」の対象と判断されれば、遺族へ説明ののち医療事故調査・支援センターへ報告する。客観的第三者専門家（2名以上、うち1名以上は地元医師会や関連する専門学会に派遣要請）を含めた「医療事故調査委員会」を設置する。</p> <p>B【改善のための方策の企画立案・実施】</p> <ul style="list-style-type: none"> 院内医療安全調査委員会により企画立案した具体的な対応を、その根拠となる事例の概要とともに、朝礼、医局会や部署長の集まる会（8時会）で報告する。電子カルテのイントラネットに1か月間掲載し職員に共有する。医療安全ニュースなどの紙媒体での全職員への周知を図る。 企画立案された対応が適切に実施され、実施状況を各四半期に評価、総括し、これらの情報を病院全職員で共有する。 その振り返り結果をもとに、部門長に留まらない現場職員や患者さんからの意見も積極的に取り入れ、病院全職員により開かれたPDCAサイクルをまわすことにより、さらに効果的な再発防止策を立案し、医療安全文化が醸成された診療環境の定着を進める。 <p>C【医療安全の組織の再編成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療安全に係る委員会（医療安全対策室、医療安全対策委員会、院内医療安全調査委員会、医療事故調査委員会）を再編した（組織図は是正計画書に記載、改善計画書にて改変）。 改定した医療安全対策マニュアルについて、全職員に対して院内メール等により周知する。電子カルテイントラネットにマニュアルを添付し、いつでもアクセスできる状態にする <p>D【医療安全文化の醸成】</p> <ul style="list-style-type: none"> すべての職種の役職者に「医療安全管理者養成研修」プログラムを修了させる。 医師に対して、毎月一度、具体的事例に基づく医師向けの「医療安全研修」を開催する。
--	---	---	--	--

神戸徳洲会病院の医療安全管理体制の問題点（まとめ）

				<ul style="list-style-type: none"> ・管理者（病院長）の交代を行う。病院長の選出基準としては、管理者としての経験を有し、医療安全に対する認識、理解があることを前提としている。また、医療安全のさらなる理解のため、医療安全管理者養成研修のプログラム（約35時間のEラーニング）を受講させることとする。
2. 医療安全管理体制の不備	<p>【全般】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療事故の原因分析をすみやかにおこない改善策を講じなかったために、医療安全管理体制の不備を放置した。 	<p>医師数が十分配置されず、医療安全組織において役割の兼任が多く、医療安全の意識が低くなり、医療安全管理体制が極めて脆弱となった。組織としてのガバナンスも機能せず、医療安全管理体制を維持できなかった。（別添の医師体制参照）</p>	<p>患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために必要な措置を抜本的に講じること。（再掲）</p>	<p>【抜本的な対策】（再掲）</p> <p>以下に掲げる5点の目標について抜本的な取り組みを実施していく。</p> <p>①医療安全文化の醸成</p> <p>②透明性のある医療の提供</p> <p>③救急医療・診療体制の充実</p> <p>今後さらなる医師増員を通じ、体制の充実を図っていく。医師体制の充実は今後の医療安全体制の構築の重要な対策と考えている。</p> <p>④看護体制及び研修の充実</p> <p>安全な医療・看護が提供できる人員配置、教育研修を実施していく。</p> <p>⑤ 第三者機関による評価</p>
	<p>【事例】</p> <p>4) 血管造影室（カテーテル室）における体制不備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓カテーテル術を施行中に血行動態の維持を目的にIABP*の適応と判断した。しかし3回バルーンの挿入を試みたがいずれも正常に作動せず理由を製品の問題とした。製品について品質の検証を行ったが、異常なしとの回答であった。当時、循環器内科医師は1人で施行しており（常駐の循環器内科医は1人だった）、治療方針等を相談できる医師はいなかった。また、家族へ状況を説明している間、血管造影室に医師不在の状況が生じた。 <p>※最終ページに「用語説明」。以下同じ。</p>	<p>【医師数の不足による医療安全管理の不備】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・循環器科に医師1人が常駐した当月に、心臓・下肢カテーテル治療を開始したが、安全管理を含めた診療体制が確立されていなかった。 ・術者が1人ですべて施行することは違反ではないが、高度な侵襲的な治療において、相談する役、交代する役、蘇生措置など他方の医療行為を担う役として、別の医師が存在することが望ましい状況があった。 ・緊急の心臓カテーテル術適応患者を受け入れ、安全に管理するためには、そのような新規診療を開始する前に、複数の医師（非常勤を含む）にてオンコール体制を含んだ診療体制の構築や、それに足る医師配置が必要であった。また、病院の医療安全組織は新しい診療体制に医療安全の不備がないか管理すべきであった。（別添の医師体制B参照） <p>【職員への教育及び研修不足】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の医療安全に関する知識が乏しい。 ・診療拡充時に、職員研修が不十分であるために、重要な情報が共有されておらず、連携不足へと繋がっ 	<p>【安全に管理された診療体制を構築すること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために必要な措置を抜本的に講じること。（再掲） ・侵襲的処置*を行う際は、不測の事態に対応できるように熟知した人員を十分に確保し、トラブルが生じた場合には、助言を受けられ術者を交代できる等の体制を構築すること。 ・医師のみならず関係する職員は、カテーテル術に関する知識及び使用する医療機器等に精通し、チーム医療の観点から互いに連携して、トラブルに対応できるようにしておくこと。 <p>【職員の研修の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・循環器のみならず、新規診療科が開設される場合は、事前に想定される急変時対応や正しい手順などについて研修を講じること。 	<p>E【診療体制の充実・研修の立案】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後さらなる医師増員を通じ、体制の充実を図っていく。医師体制の充実は今後の医療安全体制の構築の重要な対策と考えている。 ・心臓・下肢カテーテル治療は基本的に2名以上の循環器内科医で対応する。看護師はアンギオ室の経験者1名とその他1名の計2名。臨床工学技士は経験者1名、その他1名の合計6名以上とする。 ・新規診療科が開設される場合は、診療科医師、看護部、コメディカル等当該診療・手術に関わる職員、医療安全対策室（代表者1名）による「プロジェクトチーム」を結成し、医療安全管理体制を含む以下の内容について協議する。医療安全上に関することは医療安全対策室が責任を持つが、当該プロジェクトチーム責任者は診療科医師が担う。 <p>プロジェクトチームでは、外来診療、病棟診療の指針、運営、医療安全管理体制、医療連携体制、開始前・後スタッフ教育、評価、診療録、同意書、クリニカルパス運用等を協議・決定する。必要時</p>

神戸徳洲会病院の医療安全管理体制の問題点（まとめ）

	<p>5) HCU※にて求められる医療提供体制の不備</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞の患者に対して心臓カテーテル術をおこないHCU管理とした。その後、血圧が低下し、酸素飽和度※が測定できない状態について、看護師は「報告した」が、医師は「報告されなかった」と記憶しているが、診療録の記載がない。医師もHCU入室後の患者の状態を確認せず、血管造影室を退室して約1時間後に患者の容態が急変した。HCU管理について医師と看護師等で情報共有体制が不十分であった。主治医が訪室して主治医の指示で心臓マッサージが開始されたが、コードブルーをかけず医師は1人で処置をした。 <p>6) 糖尿病事例における至急の情報伝達不備</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者は、転院して加療された後、同院に再入院した。再入院の際、診療録や診療情報提供書について、医師等が十分に確認を行わなかったため、同院にて外来通院から継続されていた糖尿病治療が中断された。その後、死亡当日に極度の高血糖であることが判明した。情報伝達エラ 	<p>ている。</p> <p>【職員間の情報共有不足】</p> <ul style="list-style-type: none"> HCU入室後、診療録に未記載のため事実は不明だが、術後の患者管理に関して情報共有が不足していた。 患者に蘇生処置が必要なときに、職員は指示がなくともコードブルー※をかけるという認識がたりず、医師を参集しなかった。そのため急変時の検査から緊急カテーテル術、再度の心肺蘇生から看取りまで、医師1人で対応する状況を生み出し、院内に循環器科の応援医師の配置が必要な状況だったと考えられる。（別添の医師体制C参照） 緊急の心臓カテーテル術適応患者を受け入れ、安全に管理するためには、そのような新規診療を開始する前に、診療科の責任者が、治療にあたる職員を研修したり、治療後の看護にあたる職員を研修したり、それらの職員と情報共有するツールを含む診療体制を構築すべきであった。 <p>【患者受け持ち数の偏りによる安全管理の不備】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師数が十分でないため、医師の患者受け持ちに大きな偏りが出ている、組織として是正するガバナンス機能がない。（別添の医師体制D参照） 患者が必要としている診療内容に対し、安全性を十分考慮した診療体制が構築されていない。（別添の医師体制B参照） 	<p>【情報共有の徹底】</p> <ul style="list-style-type: none"> HCU及び一般病棟での心臓・下肢カテーテル術後の管理体制について、医師と看護師等で情報共有体制等の改善策を講じること。 職員は主治医の指示と関係なく、至急の状況で人員が不足している際は、コードブルーにて応援要請をすること。 <p>【安全に管理された診療体制の構築】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の安全を最優先に考えた組織的な医療安全管理体制を実現するために必要な措置を抜本的に講じること。（再掲） 	<p>には臨床倫理委員会にかけ、疾患経過と起こりうる事象の推測、治療方針の利益と不利益の評価、実施すべき／すべきでない治療やケアに関する判断、患者の合意形成のプロセスに関する検討や助言を得る。</p> <ul style="list-style-type: none"> 不測の事態が発生した場合の対応の取り決め（侵襲的な処置を行う前には医師に報告する基準を明確にし、その基準を超えた場合には立ち会った職員全員が把握できる体制を構築等）を遵守する。 <p>F【医師と看護師などでの情報共有体制について】</p> <ul style="list-style-type: none"> 通常時：1日1回のラウンドカンファレンスで情報共有を行う。NEWS（早期警告スコア）でイエロー（急変リスクが中等度）になったら直ちに主治医へ報告する。看護師は急変対応の準備をしておく。 緊急時：急変時はいつでも、どこでもどの固定電話、PHSからもコードブルーをかけて応援要請する。コードブルーの意義については再度全職員に院内チャットシステム・院内メールで「24時間・365日いつでもどの部署でもかけていいこと」を周知する。 <p>G【診療体制の充実】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療安全を考慮し、医師1名当たりの受け持ち上限数を、原則25名とする。また毎朝病院長の責任のもと受け持ち患者の割り振りをする中で、特定の医師に患者の偏りが発生しないように調整する。 診療体制の充実を図るため、医師の充足を計画し
--	---	--	--	--

神戸徳洲会病院の医療安全管理体制の問題点（まとめ）

	<p>一により、主治医が把握するまでに時間を要した。主治医は専門の医師に意見を求めずに対症療法を開始し、患者は死亡した。主治医は遺族に糖尿病治療中断に関して説明していなかった。また、主治医は患者を断らず受け入れる意識が強いあまり、当日の担当患者は 55 人であり、安全体制を担保できない状態であった。</p>	<p>【組織としての管理運営体制の問題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織としての協力・連携体制が整備されていない。 	<p>【連携体制を構築すること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療において疑義があるときは他の医師の対診を求め、又は転医させるなど適切な措置を講じるなど連携体制を構築すること。 	<p>ている。常勤医数について令和 5 年 10 月時点は 15 名であったが、令和 6 年 4 月、令和 6 年 8 月、令和 7 年 3 月までに、17 名、21 名、27 名となるよう、12 名の増員予定が図れるよう務める。</p> <p>（別添の医師体制 E 参照）</p> <p>（参考）医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・創立 1986 年 5 月 ・病床数 309 床 内、一般病棟 230 床 地域包括ケア病棟 40 床 医療療養型病棟 39 床 ・救急指定 2 次救急 ・常勤医師配置の診療科（令和 6 年 4 月時点） 内科、消化器内科、外科、脳神経外科、整形外科、小児科、産婦人科、放射線科 今後、救急科、循環器内科に配置予定 <p>【連携体制の強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対診、地域連携の強化による患者安全確保のため、患者の疾病内容、重症度に応じ、対応が担当医師の能力を超える際には迅速に対診を実施し、早期に転医（主治医の交代）又は転院の是非を検討する。また、当該医師が明らかにその能力を超える状況にあり、関連職員及び他の医師が助言をしたにも関わらず対診に応じない場合は、それらを把握した職員は医療安全対策室に報告する。医療安全対策室長はそれらの状況を管理者（病院長）に報告し、管理者（病院長）は当該医師に説明の上対診または転医（主治医の交代）・転院を進める。 <p>I 【多職種間の連携強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間連携強化の実現のため、必要な情報の周知徹底と共有化を図る。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 入院時患者・診療情報の共有体制 2) 各病棟における定期カンファレンスの励行 3) 病院内全体における情報共有
<p>7) 昇圧薬事例における至急の情報伝達不備 (2024 年 1 月)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・心肺蘇生後の患者に対し、検査の結果回復が望めないことから昇圧薬のみ継続投与すると看取りの方針が定まった。複数回にわたり医療機器（シリンジポンプ）の残量アラーム音が鳴っていると報告があったにも関わらず、複数の職員の中で至急の意図が伝わらず、薬剤を交換出来なかった。結果として、昇圧薬の注入が途絶え死亡した。 	<p>【多職種間での連携不足】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務交代の時間帯に、多職種かつ複数の職員の間で、薬剤準備に関する情報が十分共有されなかった。 ・至急の意図を十分に共有できなかったため、適切な行動をとれなかった。 	<p>【多職種間での確実な連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各医療職間の専門性を十分発揮出来るよう診療情報を共有し職種間連携を確実にを行い、最善の治療にあたる体制を構築すること。 	

神戸徳洲会病院の医療安全管理体制の問題点（まとめ）

<p>3. インフォームドコンセントの不足 診療録の未記載</p>	<p>8) インフォームドコンセントの不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カテーテル術を受けた患者の診療録には、治療経過、診療方針、主治医の判断等の記載が不十分であった。治療に関する合併症の説明など、インフォームドコンセント*が不十分であった。心肺蘇生中止後に、原因究明のため、頭部から腹部領域のCTを撮影したが、家族に対して撮影目的についての説明が無かった。その後も、死因についての十分な説明もなく、遺族は理解されていなかった。 <p>9) 診療録の未記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数の医師の診療録に関して、入院後から急変までの6日間の治療経過の記載がない、死亡に至るまでの7日間の経過の記載がない、死亡診断時の記載がないなど、未記載があった。保健所より医師を指導するよう改善を求めたにもかかわらず、医師への指導を十分に行わず、また医師も未記載を改めず、結果として未記載が続いた。 ・診療録の未記載が多いため、検証が必要な事例においても、正確な検証が非常に難しくなった。 	<p>【患者の権利に関する認識不足】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療録やインフォームドコンセントの必要性かつ重要性を十分に理解していない。 <p>【組織として医師の診療録の未記載を正さず】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者が診療録の未記載を認識しながら、適切に指導しない。 	<p>【適切な理解と実行】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者へのインフォームドコンセントは看護師などの職員の同席のもと十分に行い、適切な治療を受けるという法の原則を順守すること。 <p>【医師の研修および組織として診療録未記載に対する対策設定】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療録は必要事項を全て正確に記載し、かつ最新の内容に保つようにし、組織として未記載を防止する対策を講じること。 ・「診療情報の提供等に関する指針」に則り、患者と家族に対して十分な説明を行い、理解と同意を得たうえで検査や治療を行うこと。また、説明した内容について記録を残すこと。 	<p>J【適切なインフォームドコンセントの実行】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カテーテル術・手術・侵襲的な処置を実施時の患者及び家族に対する説明及び同意書の取得を行う際は、担当医のみならず看護師又はコメディカルが立ち会い複数名で実施する。また、担当医のみならず同席した医療者がそれぞれの立場で診療録に説明内容、家族の反応を記載する。 <p>K【診療録記載の徹底】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療録の未記載防止体制の実施 <ol style="list-style-type: none"> 1) 正確な診療録の記載の徹底 2) 診療情報管理士による診療録記載確認 3) 「医療事故発生/死亡事故カルテレビュー」における診療録記載確認 4) 診療情報委員会におけるカルテ（診療録）監査の実施 5) 記録が不足している医師に対する聞き取りの実施
---------------------------------------	---	--	--	---

【用語説明】

- ・IABP（Intra Aortic Balloon Pumping：大動脈内バルーンパンピング）：
大動脈内でバルーン（風船）の拡張と弛緩を繰り返すことで、心臓の働きをサポートする循環補助装置。重症冠動脈疾患や低心機能の患者に使用される。
- ・侵襲的処置：
患者に対する危険性の水準が一定程度以上の医療行為を行うものとして、外科的な治療や手術などのこと。
- ・HCU（High Care Unit 高度治療室）：
ICU（集中治療室）よりもやや重篤度が低い患者を受け入れる治療施設。ICUと一般病棟の中間に位置するとされている。
- ・酸素飽和度：
心臓から全身に運ばれる血液の中を流れている赤血球に含まれるヘモグロビンの何%に酸素が結合しているか皮膚を通して調べた値。通常96～99%が正常値。
- ・コードブルー
病院内で想定外の救命活動が必要になったときに、職員を現場に集めるための緊急コールのこと。
- ・インフォームド・コンセント：
医療行為を受ける前に、医師から医療行為について、わかりやすく十分な説明を受け、それに対して患者は疑問があれば解消し、内容について十分納得した上で、その医療行為に同意すること。