

医療安全対策管理体制指針

第1. 医療安全管理に関する基本的な考え方

岩見沢北翔会病院(以下「当院」)における医療安全体制の確率を目的とし、医療事故に結びつく可能性のある事象について、情報の収集、分析、対応、評価を系統的に行う必要がある。この一連の作業を恒常的に遂行することにより、医療にかかわる事故の発生を抑制することがはじめて可能となる。又、ヒューマンエラーが起りえる事を前提として、エラーを誘発しない環境や起こったエラーが事故に発展しないシステムを組織全体で整備する。

第2. 医療安全対策管理に関する基本方針

(1) 医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する全ての人的事故を指し、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。なお、医療事故には次を含む。

1) 医療行為に起因して生じた事故

ア. 患者の死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安などの精神的被害の発生を含む。

イ. 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように医療従事者に被害が生じた場合。

2) 医療行為とは直接関係しない傷害等。

(2) 医療事故防止のための基本的な考え方

1) ヒューマンエラーが起りえることを前提として、エラーを誘発しない環境や、起こったエラーが事故に発展しないシステムを組織全体で整備する。

2) 各部門、部署における、自主的な業務改善や能力向上活動を強化する。

3) 継続的に医療の質の向上を図る活動を幅広く展開していく。

4) 患者との信頼関係を強化し、患者と医療従事者との対等な関係を基盤とする
「患者中心の医療」の実現を図る

第3. 医療安全管理体制の整備

当院において次の事項を基本とし、院内における医療安全管理体制の確立に努める。

1. 医療安全対策委員会の設置

(1) 当院は医療安全対策管理委員会(以下「委員会」と言う)を設置する。

(2) 委員長は病院監理者の院長とする。

(3) 委員会は、院内の各部門の責任者または代表者とし、以下の通りとする。

院長・看護部長(総師長)・薬局長・放射線技師長・リハビリ管理科長・臨床検査技師事務長・地域連携室科長(主任)・管理栄養士

(4) 委員会の開催は毎月1回と必要に応じて、臨時委員会を開催できるものとする。

(5) 重大な事故が発生した場合は、委員会においても速やかにそのお発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

(6) 院内研修の企画、実施。

研修は年2回程度、定期的に行う。受講日時、出席者、研修目的については当院院内研修委員会が管理し記録する。

2. 医療安全管理部門(リスクマネジメント部会)の設置

- (1) 当院は医療安全を組織横断的に推進し、適切かつ効率的に事故防止を図るため医療安全管理部門(以下「リスクマネジメント部会」)を設置する。
- (2) リスクマネジメント部会は医療安全管理者および当院各部門の医療安全責任者により構成する。
- (3) リスクマネジメント部会の業務は以下の通りとする。
 - ① 委員会で使用する資料及び報告書の作成。
 - ② 医療安全に関する職員への啓発、広報、教育研修の企画・運営。
 - ③ 各部署におけるマニュアルの作成及び点検、改定に関すること。
 - ④ インシデント・アクシデント報告の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価。
 - ⑤ 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導。
 - ⑥ 事故等の原因追及が適切に実施されていることの確認と必要な指導。

3. 医療安全管理者の配置

- (1) 当院は医療安全管理のため、医療安全管理者を配置する。
- (2) 医療安全管理者は医療安全に関する十分な知識を有する者とし、専任、兼任を問わない。
- (3) 医療安全管理者の業務は以下の通りとする。
 - ① リスクマネジメント部会、医療安全管理委員会の企画立案に関すること。
 - ② 院内巡回などによる病院における医療安全対策実施状況の把握と分析。
 - ③ 各部門の医療安全責任者の支援。
 - ④ インシデント・アクシデント報告書の内容点検・補足・指導。
 - ⑤ インシデント・アクシデント事例の原因分析した統計をまとめ定期的に委員会へ報告する。

4. 医療安全責任者の配置

- (1) 当院は医療安全管理の推進に資するため、各部門の代表者から構成させる医療安全責任者を配置する。
- (2) 医療安全責任者は医療安全管理者の指示により以下の業務を行う。
 - ① 委員会での決定事項やリスクマネジメント部会での具体的方策など、所轄業務の遂行。
 - ② 各部門における医療事故の原因および防止方法ならびに医療安全管理体制の改善帽法についての検討および提言。
 - ③ 各部門における医療安全管理に関する意識の向上。
(各部門における事故防止確認のためのミーティング実施などの敢行など)
 - ④ インシデント・アクシデント報告書の積極的な提出の敢行。
 - ⑤ 委員会において決定した事故防止および安全対策に関する事項の各部門への周知。
 - ⑥ その他、医療安全管理推進に関する事項。

5. 医薬品安全管理責任者の配置

- (1) 当院は医薬品にかかわる安全確保体制の維持のため、医薬品安全管理責任者を配置する。
- (2) 医薬品安全管理責任者の業務は以下の通りとする。
 - ① 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成。
 - ② 従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施。
 - ③ 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施。
 - ④ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施。

6. 医療機器安全管理者

- (1) 当院は医療機器に係わる安全管理のため医療機器安全管理者を配置する。
- (2) 医療機器安全管理者の業務は以下の通りとする。
 - ① 従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施。
 - ② 医療機器の保守点検に関する計画の策定および保守点検の適切な実施。
 - ③ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策と実施。

7. 医療安全管理指針の患者等に対する閲覧について

医療安全管理指針は、患者や家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、患者等の申し出に対し容易に閲覧できるように配慮する。

第4. 医療安全管理のための方策の推進

1. インシデントアクシデント報告

- ① 委員会は医療事故の予防・再発防止に資するため、医療事故ならびにインシデントの報告を制度化し、その収集を促進する。
- ② インシデントアクシデント報告については、当該事例を体験した職員がその概要を報告書に記載し、速やかに医療安全責任者に報告する。且つ、レベル3b以上の医療事故については直ちに部門長を通じて医療安全管理者に報告を行う。
- ③ 各部門の医療安全責任者はインシデントアクシデント報告書等から当該部門および関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握しリスクレベルのチェック、今後の対応策等の必要事項を記載して、医療安全管理者へ提出する。
- ④ インシデントアクシデント報告書を提出した職員に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
- ⑤ インシデントアクシデント報告書は、リスクマネジメント部会において分析・検討が終了するまで保管する。

2. 医療安全管理のための職員研修

当院は個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため、医療に係る安全管理の基本的考え方および具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

- (1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
- (2) 医療に係わる場所において業務に従事する者を対象とする。
- (3) 年2回定期的に開催する。それ以外にも必要に応じて開催する。
- (4) 実施内容について記録を行う。

第5. 医療事故発生時の対応

当院における医療事故の報告制度、患者・家族への対応および保健所・警察署等への届出の対応は以下のとおりとする。

なお、患者影響レベル4以上の事故が発生した場合は、院長へ速やかに報告し、院長の判断により臨時医療安全対策委員会を開催する。

(1) 初期対応

いかなる事故であっても、患者の生命および健康と安全を最優先に考え行動する。事故発生時、発見者は第一に患者の状況を把握しバイタルサイン等からその緊急時に応じた行動をとる

(2) 事故後速やかな連絡と対応

事故がおきたら職員は所属長（不在の場合はそれに殉ずる者）へ報告を行う。緊急の場合は直ちに口頭で報告し、報告書は速やかに提出する。レベル4以上の事故の場合、所属長は速やかに院長、事務長、医療安全管理者に報告する。

(3) 診療録への記録

医師、看護師等は患者の状況、処置方法、患者および家族への説明内容等を、診療記録、看護記録等に記載する。

(4) 届出

① 医療過誤により死亡または重大な障害が発生した場合、またはその疑いがある場合、院長は臨時医療安全対策委員会を開催し届出について協議する。

② 届出が必要と判断した場合、院長は速やかに警察署、保健所へ報告する。

③ 届出の必要について判断が困難な場合は、保健所、警察署へ報告しその指示を受ける

(5) 現場の保全

患者に使用した医薬品や医療機器、医療材料、寝具類は破棄せずそのままの状態での保存する。必要に応じてデジタルカメラ等を用いて、現場の状況を記録する。

(6) 事故の分析と再発防止

医療事故の発生状況等を確認し事象を整理した後、事故報告書を作成する。その報告書等を参考としリスクマネジメント部会にて原因分析を行い、医療安全対策委員会にて再発防止策を検討する。

(7) 当事者への対応

医療事故発生直後において当事者は自信喪失、不安、恐怖等、様々な思いで混乱していることを想定し、第二、第三の事故のリスクを高めてしまう可能性もあるため当事者の心理的支援に努める。

(8) 患者、家族への対応

患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者および家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。患者および家族に対する事故の説明は原則として当院の幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明については担当医師から説明する。なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門責任者も同席し対応する。

第6. 医療安全対策部署マニュアル(手順書)管理

各種マニュアルは適時責任者が医療安全対策管理委員会、承認の上、見直し改善、方策を検討する。マニュアル管理責任者は下記の通り。

・看護科・看護総師長、薬局・薬局長、リハビリ科・管理科長、放射線科・技師長
検査科・検査技師、栄養科・管理栄養士

第6. 本指針の見直し、改正

医療安全対策委員会は必要に応じ、本指針の見直しを行うものとする。
本指針の改正は、医療安全対策委員会の決定により行う。