

町立辰野病院 医療安全管理部門の業務指針

1. 総則

1-1 基本概念

医療の場では医療従事者の不注意が、単独であるいは重複することによって、医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねない。患者の安全を確保する為には、まず、我々医療従事者の不断の努力が求められる。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなどして、単独の過ちが、即ち医療事故という形で、患者に実害を及ぼすことが無い様なしくみを、院内に構築することが重要である。

本指針はこの様な考えのもと、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、病院全体の組織的な事故防止対策の二つを推し進めることによって、医療事故を無くし、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整える事を目標とする。当院においては病院長のリーダーシップのもと、医療安全部門が中心となり、全職員がこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ、必要な医療を提供していくものとする。

事故防止のための基本的な考え方

- (1)患者との信頼関係を強化し、患者と医療職員との対等な関係を基盤とする「患者中心の医療」「患者の安全を最優先に考える医療」の実現を図る。
- (2)ヒューマンエラーが起こりうることを前提として、エラーを誘発しない環境、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。
- (3)職員の自主的な業務改善や能力向上活動を強化する。
- (4)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。

1-2 組織及び体制

医療安全管理部門は病院長の他に、専従又は専任の医療安全管理者のほか、事務長、看護部長、診療部、事務部門、看護部、医薬品安全管理者、医療機器安全管理者により構成されている。

1-3 医療安全管理部門の業務

- (1)各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成しそれに基づく医療安全対策の実施状況および評価結果を記録する。
- (2)医療安全管理対策委員会と連携し、院内研修、患者さん等の相談件数、相談内容、相談後の状況等について記録する。
- (3)医療安全対策に関わる取り組みの評価を週1回、カンファレンスで行う。(木曜日の16:45から)
- (4)カンファレンスには、医療安全管理部門の構成員が参加する。必要時、インシデントレポート発生部署の責任者が出席する。

1-4 医療安全管理者の業務

病院長より任命された医療安全管理者は、医療安全の推進および安全管理に必要な以下の役割を担う。

- ①医療安全管理部門の業務について企画立案および評価を行う
- ②定期的に院内を巡視し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保に必要な業務改善等の具体的な対策を推進する
- ③各部門における医療事故防止担当者への支援を行う
- ④医療安全対策の体制確保のために各部門との連携および調整を図る
- ⑤医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画し実施する
- ⑥相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に関わる患者・家族の相談に適切に応じる

1-5 医療機器安全管理者の業務

医療機器に関する十分な知識を有する職員を医療機器安全管理者として任命し、医療安全委員会との連携のもと、実施体制を確保する。

- ①職員に対し、新しい医療機器を使用する際や安全操作の教育が必要な医療機器に関する研修を定期的 to 実施し記録する
- ②医療機器の保守点検に関する計画の査定及び保守点検を適切に実施し記録する
- ③医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用、保守点検に関する情報整理と管理を行う
- ④医療機器の不具合情報や安全性情報等を製造販売業者等から一元収集し、得られた情報を医療機器取扱者に適切に提供する。
- ⑤管理している医療機器の不具合や健康被害に関する内外の情報収集を関係法令に留意し、医療安全管理者に報告する。

1-6 医薬品安全管理者の業務

医薬品に関する十分な知識を有する薬剤師等を医薬品安全管理者として任命し、医療安全委員と連携して実施体制を確保する。

- ①医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を作成し管理する
- ②職員に対する医薬品の安全使用のための研修を実施し、記録する
- ③医薬品の業務手順書に基づく状況を確認し記録する
- 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を実施する

2. 医療安全委員会

2-1 委員会の構成

- (1)委員会の構成は医療管理部門、各師長、各部署の安全委員をもって構成する。

(2)委員会の会議には必要に応じて病院長が同席する。

2-2 委員会の開催及び活動の記録

(1)委員会は原則として、月1回開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。

(2)委員長は委員会の検討要点をまとめ、二年間保管する。

(3)委員長は必要に応じて活動の状況を病院長に報告する。

3. 報告と改善対策

3-1 報告

医療事故防止対策マニュアルによる。

3-2 改善対策

委員会は、報告された事例を検討し、再発防止にむけ、対策を講じるものとする。又、改善策が実施され、有効に機能しているかを点検し、必要に応じて見直しをする。

4. 安全管理のためのマニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル

安全管理の為、以下のマニュアルを整備する。又、必要に応じて見直すとともに、多くの職員が作成、検討に関わりながらその実行性に努める。

(1) 医療事故防止マニュアル

(2) 院内暴力対応マニュアル

(3) その他、必要に応じて整備する。

5. 医療安全管理のための研修

(1)全職員を対象とした医療安全管理の為の研修会を、概ね6ヶ月に一回開催し、職員の安全意識の向上と、病院全体の医療安全向上に努める。

(2)上記のほか、重大事故が発生した後など、必要があると認める時は臨時に研修を行うものとする。

6. 事故発生時の対応

6-1 救命措置の優先

病院側の過失によるか否かを問わず、事故が生じた時には、患者の救命と被害の拡大防止に努める。(Qコールの活用) また、院内のみで対応できない時には、他の医療機関の応援を求めるなどして万全に努める。

6-2 院長への報告など

(1)事故の状況、患者の状態等を、上司を通じるなどして迅速かつ正確に報告する。

(2)病院長は、必要に応じて医療事故調査(処理)委員会及び医療安全委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させる事ができる。

医療事故調査（処理）委員会は、病院長・副院長・事務長・看護部長・医療安全室長・医療安全管理者・該当する所属長が当たる。

(3)報告を行った職員は、診療記録等に記録を残すものとする。

6-3 患者・家族への説明

(1)事故発生後、救命措置遂行に支障を来たさない限り、速やかに事故の状況等を患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。又、患者が事故により死亡した場合は、客観的状況を速やかに遺族に説明する。

(2)説明を行った職員は、診療記録等に記録を残すものとする。

7. インシデントの収集と対応

(1)インシデント報告書を各部署に置き経験した職員は、遅滞なく報告するようにする。

(2)報告内容は医療安全管理室で収集、分析、分析結果などをカンファレンスで毎回検討する。

(3)医療安全管理者は、インシデント事例を減らすための対策について、必要に応じて職員に周知する。

8. 医療職員と患者との情報共有に関する基本方針

(1)病状や治療方針等に関する患者からの相談については、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じて担当医等に内容を報告する。

9. 医療安全を目的とした定例ラウンド・各部門への支援

(1)定期的な院内巡回による各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析、ならびに医療安全確保に必要な業務改善等の具体的な対策の推進

(2)医療安全対策に係る取組みの評価等を行うカンファレンスを定期的に開催し、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加する。

10. その他

医療安全管理対策委員会は、毎年一回以上本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。

平成14年	8月	作成	平成29年	4月	改正
平成20年	12月	改正	平成30年	5月	改正
平成23年	7月	改正	令和元年	6月	改正
平成26年	4月	改正			
平成28年	8月	改正			

