

(16)第5回職員研修会 (ビデオ研修会3回目)	1月31日	〃	115名
(17)第5回職員研修会 (各部署リスクマネージャーからの伝達講習)	2月1日～3月14日	〃	671名
(18)研修会(1回目, リスクマネージャー対象)	8月28日	背景要因分析手法に関する研修会	12名
(19)研修会(2回目, リスクマネージャー対象)	9月6日	〃	10名
(20)研修会(1回目, 医師・看護師対象)	12月19日	プレフィルドシリンジ薬剤の使用時注意点とシリンジポンプ操作方法について	64名
(21)研修会(2回目, 医師・看護師対象)	12月20日	〃	63名
(22)研修会(3回目, 医師・看護師対象)	12月21日	〃	56名
(23)研修会(1回目, リスクマネージャー・各部署2名以上対象)	2月16日	医療事故電子報告システム説明会～インシデント・アクシデント・合併症報告について～	72名
(24)研修会(2回目, リスクマネージャー・各部署2名以上対象)	2月19日	〃	104名
(25)研修会(3回目, リスクマネージャー・各部署2名以上対象)	2月21日	〃	77名
(26)エラーニング (医師・看護師対象)	6月12日～7月31日	輸液施行中の管理～血管外漏出時影響度の高い薬剤と対処法について～	931名
		計	5651名

⑧ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の状況

・医療機関内における事故報告等の整備 (有・無)

*レポートの集計、分析、改善策の検討・策定・評価、管理

医療安全管理対策室がインシデント・アクシデントレポート、合併症発生報告書の集計、分析、改善策の検討・策定・評価、管理を行なう。当該部署で検討が必要と判断した事例は検討指示を出す。指示を受けた当該部署は、検討会終了後、結果報告書を提出する。検討結果報告書のうち病院全体での協議・周知が必要なものについてはリスクマネージャー会議で取り扱う。医療安全管理対策室で審議後、医療安全対策委員会に報告する。

(1) 「インシデント・アクシデントレポート」による報告

- ①患者に傷害が発生した事例、
- ②患者に傷害が発生する可能性があった事例、
- ③医療行為に関する、患者・家族からの苦情などを、
当事者・非当事者がリスクマネージャー経由で医療安全管理対策室に報告する。

(2) 「合併症発生報告書」による報告

合併症の発生時は、リスクマネージャー・所属部長経由で医療安全管理対策室に報告する。

・その他の改善のための方策の主な内容：

*回報を用いた職員周知と周知状況および理解状況の確認

至急回報の配布により、院内外のインシデント・アクシデント事例に関する防止情報等の職員周知を行なう。

理解状況の確認方法については、PCでeラーニング配信し、確認テスト合格で理解状況の確認を行なう。

医療安全管理指針

1. 基本理念

医療機関は、医療事故の発生・再発を防止することで患者の安全と医療の質の確保を図らなければならない。

本指針は、次のとおりの基本的な考え方に基づいて医療従事者の個人レベルの対策と、病院全体の組織的な対策を推進することによって事故を防止し、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整備することを目標とする。

- (1) 特定機能病院である本院は、安全管理上の問題点を有していることを認識する。①講座制による縦組織であり、横の関係が希薄②高度医療が求められ、患者も大きな期待を抱いて受診する③研修医、医学生の教育研修機関である。
- (2) 個人及び組織として、絶対に事故は起こさないという自覚・意識を持つ。
- (3) 「それでも人間はエラーをおかす」という前提に基づいて、個人及び組織的なチェック体制を整備する。
- (4) 医療を受ける側、患者・関係者に対するインフォームドコンセントの重要性を認識する。患者側との良好なコミュニケーションと信頼関係の保持に努めなければならない。
- (5) 事故等が発生した場合は、当事者や当該部署が個々の判断のみで行動するのではなく、病院として組織的に対応する。

2. 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) インシデント

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常の医療現場で「ヒヤリ・ハット」した事例。事前に誤りが訂正された場合や、誤った行為を実施してしまったが結果的に被害が生じなかった場合などを言う。教職員に被害が生じた場合も含む。

(2) 医療事故・アクシデント

医療の過程において患者に発生した望ましくない事象。医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。また、教職員に発生した

場合も含む。

(3) 合併症

ある医療行為を行うことによって発生すると予測される、あるいは発生した好ましくない副次的結果。ある疾患に伴って起こった他の疾患、余病。予測された結果であった場合や、事前に説明がなされていた場合も含む。

(4) 教職員

本院の業務に従事する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む。医療安全管理に関しては、業務委託先会社等に所属して本院の業務に従事している者も含む。

(5) 担当副院長

医療安全管理を担当する副院長。医療安全対策委員会委員長となる。

(6) 医療安全管理者

本院全体の医療安全管理を中心的に担当する。医師、薬剤師または看護師のうちのいずれかの有資格者。専任として医療安全管理対策室に所属し、医療安全対策委員会及びリスクマネージャー会議の構成員となる。

(7) リスクマネージャー

医療安全管理に係る所属部署の責任者として実務を担い、医療安全文化を醸成する。

3. 委員会、組織（「医療安全管理に係る組織図」参照）

(1) 医療安全対策委員会

安全管理の体制の確保及び推進のため、各部門の責任者等と医療安全管理者により構成し、主に安全管理に係る基本方針について審議し決定する。月1回の定例開催の他、必要に応じて臨時に開催する。この審議の経過及び結果等委員会の全容を病院長に報告する。

(2) リスクマネージャー会議

リスクマネージャーと医療安全対策委員会委員長、医療安全管理対策室長、医療安全管理者により構成し、安全管理に係る実務的活動を行う。月1回の定例開催の他、必要に応じて臨時に開催し、会議の全容を医療安全対策委員会委員長に報告する。

(3) 事故調査委員会

重大医療事故発生時等に、病院長が必要と認めたときに設置するもので、委員長及び委員は、その都度病院長が委嘱する。事実経過を調査し、これに基づいて原因究明を行うとともに改善策を検討し、これらの経過及び結果を病院長に報告する。

(4) 医療安全管理対策室

医療安全対策委員会で決定された方針に基づいて、組織横断的に安全管理の中枢を担う病院長直属の組織。医療安全管理者が所属する。

4. マニュアルの整備

- (1) 各部署に冊子として配備し、併せて院内LAN、学内LANに掲載する。
- (2) 本指針及びマニュアルを要約し、携帯版にまとめて教職員個々に配布する。
- (3) 改訂は、定期的点検時と必要が生じた時点で、医療安全管理対策室の管理のもとに行う。

5. 職員研修

- (1) 安全管理のための基本的考え方及び具体的方策を教職員に周知徹底する。これにより、個々の教職員の医療安全に対する意識、安全に業務を遂行するための知識・技能やチームの一員としての意識の向上等を図るために実施する。
- (2) 全体研修は、年2回以上開催する他、必要に応じて開催する。
- (3) この他、参加対象を関係部署に限定して不定期に開催する。

6. 報告制度

(1) インシデント・アクシデントレポート

当該部署のリスクマネージャーを経て医療安全管理対策室に提出する。

報告者は、その報告を理由とした不利益を受けないことを確認する。また、報告書の取り扱いに際しては、患者側と医療提供側双方の当事者の守秘に配慮する。

(2) 合併症等報告書

合併症であると判断した場合は、当該部署の判断に留めることなく、病院と

しての見解を定めるために、当該部署のリスクマネージャーと所属長を経て医療安全管理対策室に提出する。

(3) 医薬品安全性情報報告書、医療機器安全性情報報告書

医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に基づいて、厚生労働省医薬食品局安全対策課に報告する。

7. 医療事故等発生時の対応（「重大医療事故発生時の対応」参照）

- (1) 緊急処置を最優先し、患者の救命、症状回復・維持に全力を尽す。
- (2) 必要に応じて関係医療従事者を招集して対処する、発生部署のみでは対処が不可能な場合は病院組織のすべてを挙げて支援する。
- (3) その後、速やかに所定の緊急速報を行う。
- (4) 同時に、患者・関係者に説明する。説明は、可能な限りの当該部署の上位者やリスクマネージャーを含む複数であたるものとし、その内容を診療記録に記録する。
- (5) 病院長は、必要に応じて事故調査委員会を設置する。
- (6) 公表は、医療事故等公表基準に基づいて行う。

8. 指針の閲覧

患者等から本指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応ずる。

9. 指針の改訂

本指針の改訂は、医療安全対策委員会において行う。

策定 平成12年4月 1日

改正 平成15年9月29日

改正 平成16年3月 1日