

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

(1 報告制度に関する規程等の整備)

①・無

(2 報告及び改善方策にかかる問題点の把握・分析・検討方法)

(問題点の把握)

インシデント・アクシデント速報システムによる報告、インシデント・アクシデント報告書はすべて安全管理対策室で収集している。

(問題点の分析)

(1)集まった報告は、専任リスクマネージャーが影響度を分類のうえサマリー化する。

(2)サマリーは、定例の安全管理対策室会議において分析を行う。

問題点の把握・分析・検討方法

(1)さらにサマリーは、定例の安全管理対策室会議において、対応策等の検討をおこなう。

(2)安全管理対策室会議の議事は、病院運営協議会・リスクマネージャー連絡会議で報告され、医療従事者へ周知される。

(3)重要な情報・対応策等については、文書・Eメールにより周知を行う。

(4)また、重要な情報・対応策・マニュアル等は、安全管理対策室のホームページに掲載し、随時閲覧できるようにしている。

平成18年度インシデント・アクシデント報告件数		件	(詳細は別添)
平成19年度インシデント・アクシデント報告件数	4月	件	(")
	5月	件	(")
	6月	件	(")
	7月	件	(")

事故防止改善事例等

平成18年	4月	コンクライトP(K)のカリウム量について
	5月	スロンノン注とスロンノンHIの容量の違いについて
	6月	体内へのドレンチューブ類に接続しているルートに貼付する専用シールの活用について
	7月	医療事故等の連絡経路(不在時の代行者を明文化)について
	10月	気管チューブ・カフ圧計の貸出しについて
平成19年	1月	入院患者の同姓同名情報の院内伝達について
	3月	胃管の誤挿入防止について
	4月	注射針等の外径を示すカラーコードのISO規格への統一について

※ 報告様式・報告手順・報告フローチャート添付

※ 平成18・19年度報告件数内訳添付

佐賀大学医学部附属病院安全管理対策室内規

平成16年4月1日
制 定

(設置目的)

第1条 佐賀大学医学部附属病院規則（平成16年4月1日制定）第14条の規定に基づき、医学部附属病院における医療事故等（インシデント及びアクシデント。以下同じ。）の防止を図り、もって医療の安全性の向上に寄与することを目的として佐賀大学医学部附属病院安全管理対策室(以下「安全管理対策室」という。)を置く。

(組織)

第2条 安全管理対策室は、次の各号に掲げる職員をもって組織する。

- (1) 室長
- (2) 副室長（専任及び兼任のリスクマネージャー）
- (3) 内科系のリスクマネージャー及び外科系のリスクマネージャー
- (4) 患者サービス課長
- (5) その他の職員

2 前項第5号に掲げる職員は、リスクマネジメント委員会の議を経て病院長が指名する。

3 第1項第5号に掲げる職員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、欠員により補充された委員の任期は、前任者の残余の期間とする。

(室長)

第3条 安全管理対策室に室長を置き、副病院長（安全管理担当）をもって充てる。

2 室長は、安全管理対策室の業務を統括する。

3 室長は、必要に応じ安全管理対策室会議を招集し、その議長となる。

(副室長)

第4条 安全管理対策室に副室長を置き、専任及び兼任のリスクマネージャーをもって充てる。

2 副室長は、安全管理対策室の業務に関する企画立案、評価及び本院における医療安全管理に関する職員の意識の向上や指導等の業務を行う。

3 副室長は、安全管理対策室の業務に専ら従事し、専門的見地から室長を補佐する。

(業務)

第5条 安全管理対策室は、次の各号に掲げる業務を行う。

- (1) リスクマネジメント委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他リスクマネジメント委員会の庶務に関すること。

- (2) 事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。
 - (3) 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確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。
 - (4) 事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。
 - (5) 医療安全に係る連絡調整に関すること。
 - (6) その他医療安全対策の推進に関すること。
- 2 前項に掲げる業務については、リスクマネジメント委員会と連携を図りながら行うものとする。

(雑則)

第6条 この内規に定めるもののほか、安全管理対策室に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この内規は、平成16年4月1日から施行する。

附 則 (平成19年3月22日改正)

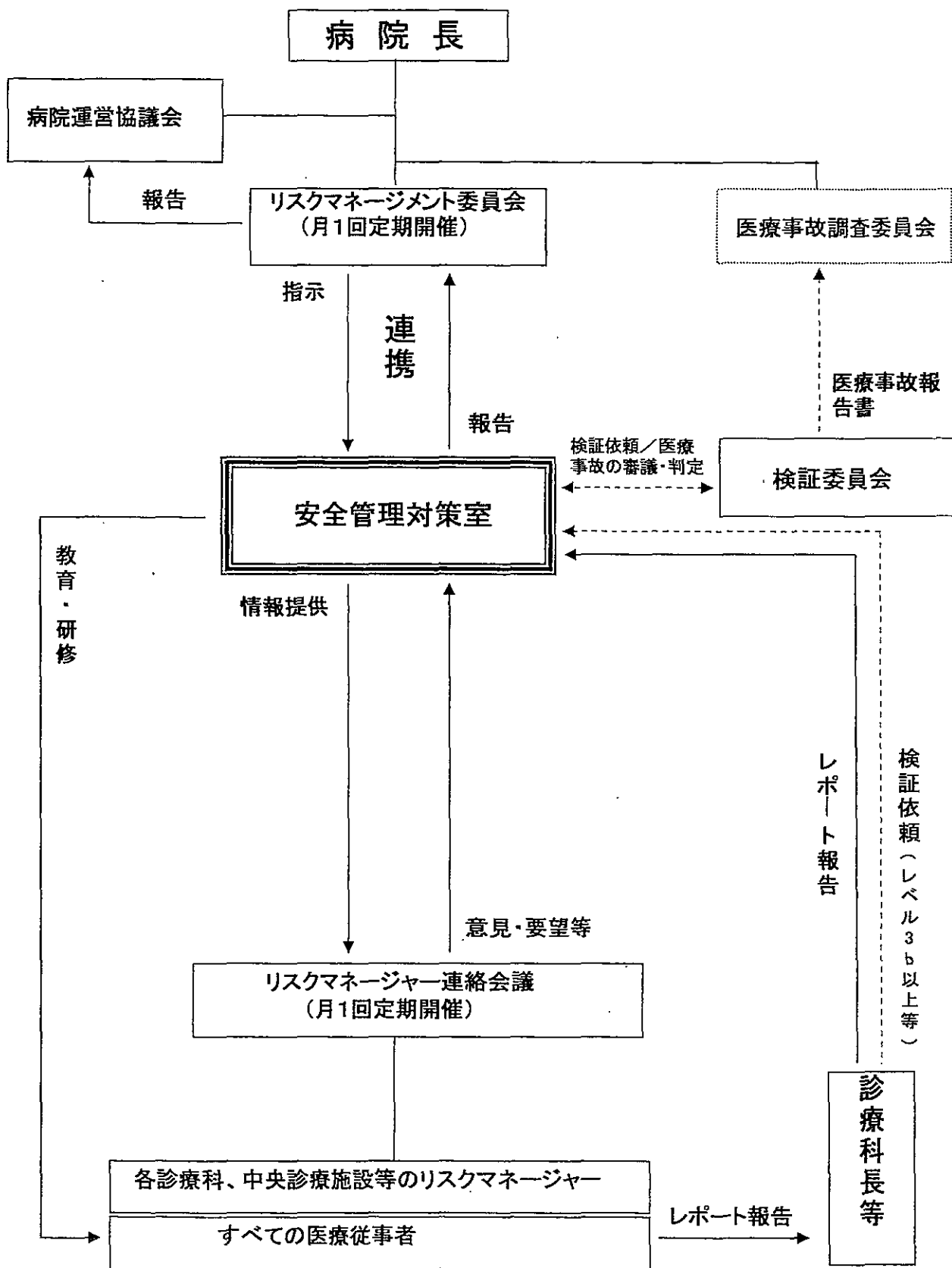
この内規は、平成19年4月1日から施行する。

安全管理対策室

2007.09

	職 名	氏 名	PHS	備 考
1	安全管理対策室長(副院長)	宮 崎 耕 治	2325	兼任
2	安全管理対策副室長(GRM)	毎 熊 恵 子	3363	専任
3	安全管理対策副室長(兼任)	奥 村 徹	2417	兼任 (危機管理医学教授) 2007.04追加
4	肝臓・糖尿病・内分泌内科	水 田 敏 彦	3539	兼任 内科系チーフレジデント 2007.05交替
5	心臓血管外科講師	古 川 浩 二 郎	3639	兼任 外科系チーフレジデント 2007.04交替
6	手術部部長	中 島 幹 夫	2320	兼任
7	放射線部講師	水 口 昌 伸	3769	兼任
8	薬剤部副部長	平 野 和 裕	3896	兼任
9	副看護部長	吉 原 久 美 子	3333	兼任
10	医療情報部助教授	高 崎 光 浩	3338	兼任
11	患者サービス課長	釘 宮 隆	3135	兼任
12	施設課長	阿 部 博	3200	兼任

佐賀大学医学部附属病院医療事故防止体制図



佐賀大学医学部附属病院医療相談室内規

平成 16 年 4 月 1 日
制 定

(趣旨)

第 1 条 佐賀大学医学部附属病院に、患者や家族等（以下「患者等」という。）からの苦情・相談等に対応するため、佐賀大学医学部附属病院医療相談室（以下「医療相談室」という。）を置く。

(業務等)

第 2 条 医療相談室は、次の各号に掲げる業務を行なう。

- (1) 医療行為等に対する苦情・相談に関すること。
 - (2) 診療記録等の開示請求に関すること。
 - (3) 患者様投書「希望の声」に関すること。
- 2 前項第 1 号の申し出があった場合は、医療相談室窓口（病院玄関ロビー横）において、次の各号に定めるところにより対応するものとする。
- (1) 医療相談室窓口の開設時間は、原則として、診療科（外来）の開設日の 8 時 30 分から 17 時 15 分とする。
 - (2) 医療相談室窓口において対応する者は、可能な範囲で当該患者等の氏名、住所、電話番号、当該診療科名、相談内容等を聞き取り所定の様式に記録する。
 - (3) 医療相談室窓口において対応する者は、当該患者等に対し、相談を受けた時点で説明・回答を行ない処理する。相談の処理後は、当該相談内容、処理結果等を速やかに病院長に報告し、併せて、必要に応じ当該診療科医師等に報告する。
 - (4) 医療相談室窓口で処理できない事案については、病院長と協議し、また、必要と認める場合は、佐賀大学医学部附属病院安全管理対策室に諮った上で、その結果を速やかに当該患者等に通知する。
 - (5) 患者等からの相談情報は、プライバシーに配慮し、かつ、相談により患者等が不利益を受けないよう適切な配慮を講じる。
- 3 第 1 項第 2 号及び第 3 号の対応方法は、「佐賀大学医学部附属病院における診療情報の提供に関する取扱要項」及び「患者様投書「希望の声」の取扱要領」に定める方法を準用する。

(組織)

第 3 条 医療相談室は、次の各号に掲げる職員をもって組織する。

- (1) 室長
- (2) 患者サービス課職員 若干名

(3) その他室長が必要と認めた者。

2 室長は患者サービス課長をもって充てる。

(雑則)

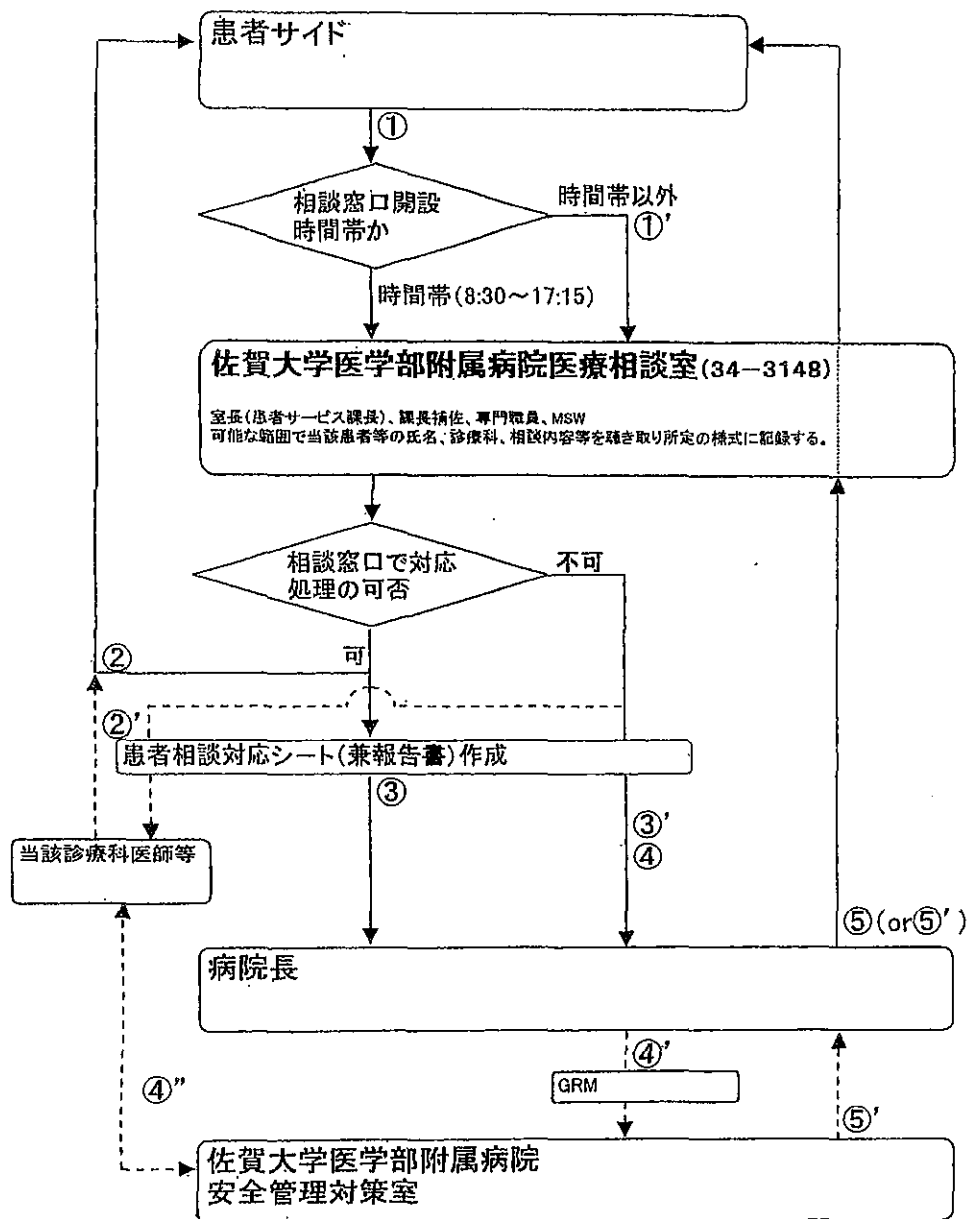
第4条 この内規に定めるもののほか、医療相談室に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この内規は、平成16年4月1日から施行する。

佐賀大学医学部附属病院「医療相談室」窓口処理のフローチャート

H16.4.1



① 相談等の申し出／相談対応

①' 連絡・報告(相談種別の聴き取り/取り次ぎ)

(基本的には「指定日時に担当者より回答」する旨を伝える。／緊急時は担当者を呼出し。)

② 説明・回答

②' 必要に応じ当該診療科医師等へ連絡／回答(事実等)を求む。

③ 相談内容、処理結果等の報告

③' 相談内容等の報告(相談窓口で処理不可の場合)

④ 協議(相談案件の協議)

(患者サイドには、場合により「後日、担当より回答」する旨等を伝え了解を得る。)

⑤ 病院長裁定結果の通知(回答)

④' 必要に応じ安全管理対策室へ紛議(医療行為に係わるもの)の付託

④'' 相談内容等の確認・調査

⑤' 安全管理対策室審議結果の報告

佐賀大学医学部附属病院における医療に係る安全管理のための指針

(平成14年12月19日制定)

第1 本院における安全管理に関する基本的考え方

事故のない安全な医療を提供していくためには、医療従事者一人一人が危機意識を持って、日々の患者の診療に当たると同時に、医療に係る知識や技術を一定のレベル以上に保つことが不可欠である。

しかし、大学病院のように巨大で複雑なシステムの下で行なわれている医療においては、経験豊富な医療従事者であっても、うっかりミスや医療事故を起こすことがある。また些細なミスがいくつも重なり合うような、あるいはシステムに原因するような複合要因によって重大な事故が引き起こされる危険がある。

このため医療においても「人間はエラーを起こす」という前提に基づき、エラーを誘発しない環境や起こったエラーを吸収して事故を未然に防ぐ体制を構築していく。

第2 安全管理委員会その他本院内の組織に関する基本的事項

本院における安全管理に関する基本的な考え方を踏まえて、病院長（管理者）は、医療に係る安全管理のための体制を確保するため、次の委員会等を設置する。

(リスクマネジメント委員会)

本院内の安全管理の体制の確保及び推進のために設けるもので、安全対策に関する重要事項等について審議し、方針を決定する機関（医療安全管理委員会）である。

なお、同委員会は、院内感染対策委員会、薬事委員会及びMEセンター運営委員会などの他の関連組織と連携を取り、効率的かつ効果的な医療安全対策を講じるものとする。

(安全管理対策室)

リスクマネジメント委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に本院内の安全管理を担う部門（医療安全管理部門）である。

(専任のリスクマネージャー)

安全管理対策室に所属し、同室の業務に関する企画立案及び評価、並びに職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行うなど病院全体の安全管理を担当する者（医療安全管理者）である。

(リスクマネージャー)

所属する部署のインシデント・アクシデント情報を把握し、医療安全管理者への報告及び連絡調整を行う。また、当該安全対策の決定方針に基づく改善策等について所属職員に周知徹底を図るとともに、それらが確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているか常に点検・評価するなど各部署単位での安全対策を推進する者（医療安全推進担当者）である。

(リスクマネージャー連絡会議)

リスクマネージャー及び安全管理対策室で構成され、本院でのインシデント事例等及び安全対策の決定方針に基づく改善策などの情報を共有し、リスクマネージャーに周知徹底を図る部会である。

第3 医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針

・病院長（管理者）は、個々の職員の安全管理に対する意識の啓発、安全に業務を遂行するための技能、チーム医療の一員としての意識の向上を図るため、病院全体に共通する安全管理に関する内容についての研修を年2回以上定期的に開催する。

・病院長は、新規採用職員及び医員（研修医）に対し本院の安全管理に対する基本的な考え方、方針、事項を周知させるとともに、その遵守を徹底させる。

第4 本院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に関する基本方針

・本院内で発生したインシデント等の報告は、まず、全職員を対象とした「インシデント・アクシデント速報システム（Web ページ）」を利用して行い、基本的に医療事故につながる可能性のある事例等を早期に広く収集し、これらインシデント事例等を活用した医療に係る安全の確保を図るものとする。

・このために、安全管理対策室は、リスクマネジメント委員会への報告等、予め定められた報告体制に従い事例を収集、分析することにより安全管理に関する問題点を把握して、病院組織としての改善策の企画立案やその実施状況を評価するものとし、これら必要な情報を関係各部署へフィードバックしていく。

・なお、インシデント事例等に対し主体的・積極的な報告は、各医療従事者がお互いに「事例に学ぶ」という姿勢を堅持するという認識と職場環境のもとで行われ、また、原因分析に際しては、「誰が」ではなく、「何が」「何故」起きたかに視点を置くものとする。