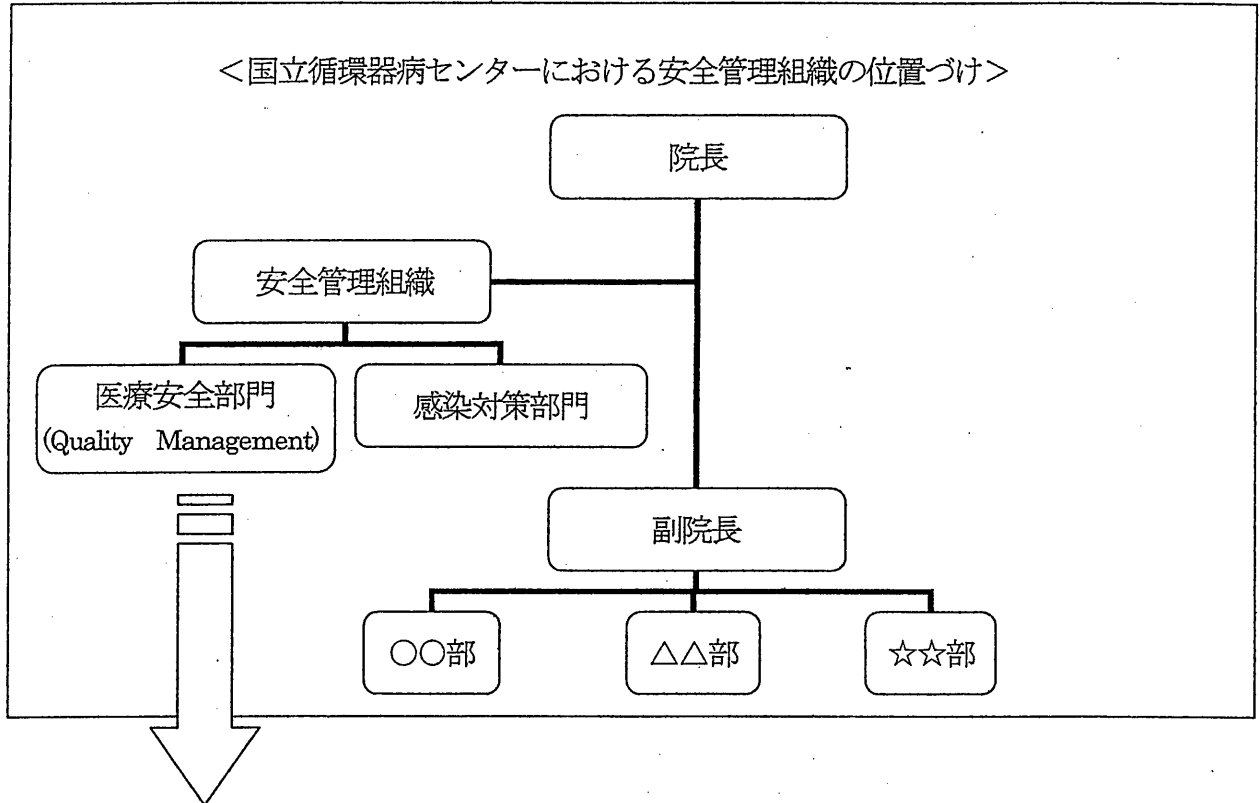
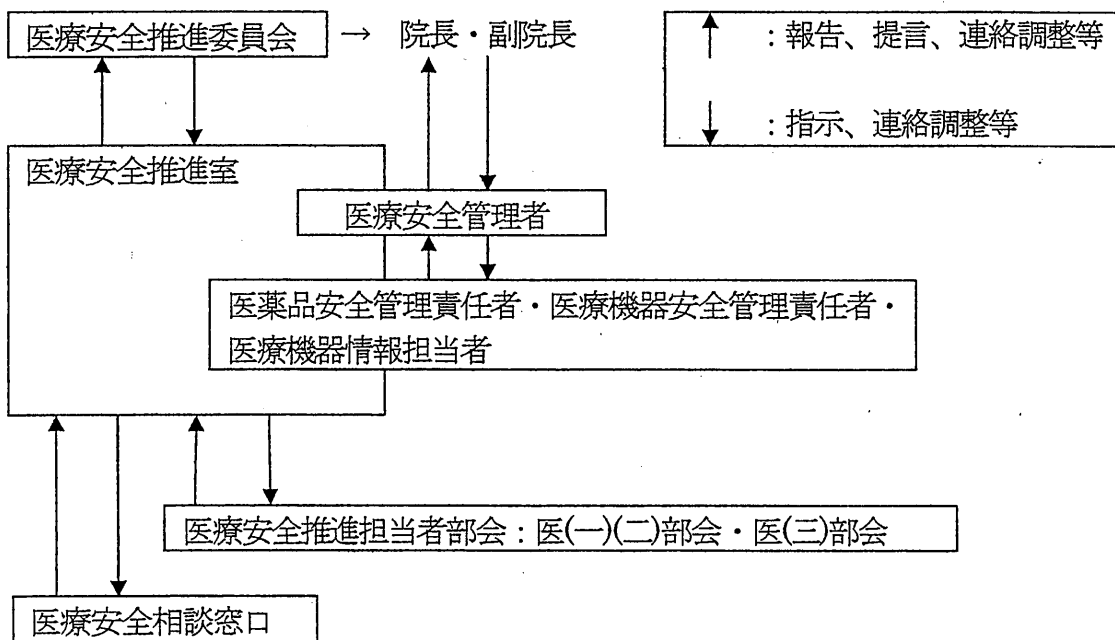


- イ 医療機器情報担当者と連携し、必要な情報を職員に周知できる体制を構築する
- ウ 管理している医療機器による不具合や健康被害などに関する情報収集に努め、医療安全推進室に報告を行う

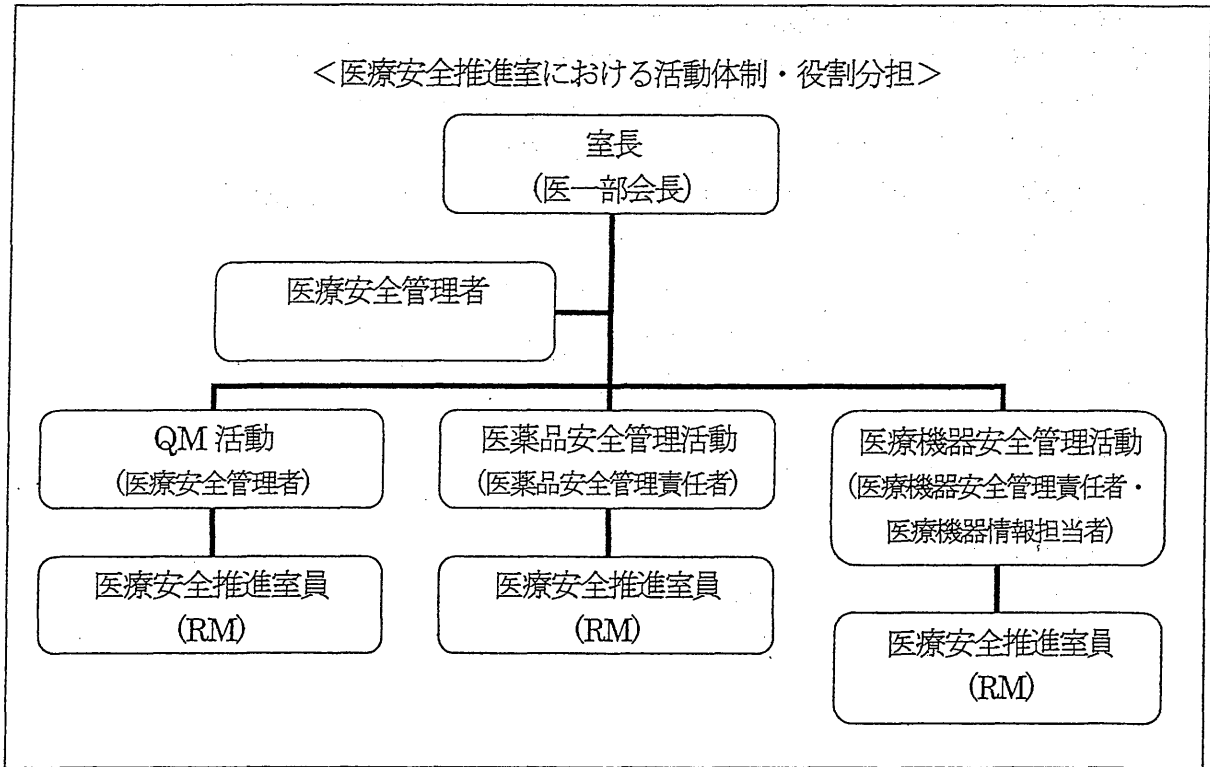
2)医療安全管理に係る組織・体制 (委員会、組織)



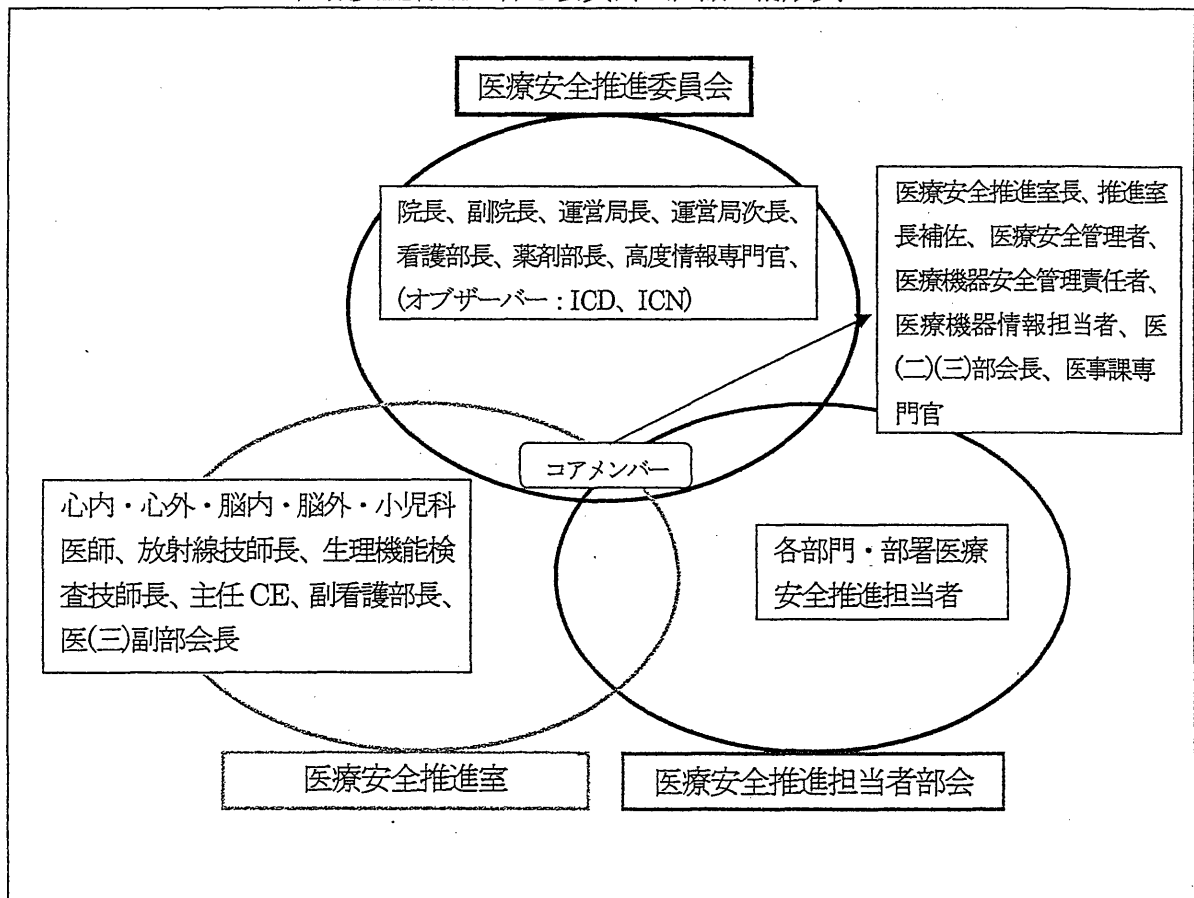
＜医療安全部門の組織体制＞



<医療安全推進室における活動体制・役割分担>



<医療安全管理に係る委員会・組織の構成員>



## 6. 医療安全管理のための職員研修の基本方針

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及び具体的方策について、職員に対し以下の通り研修を行うと共に周知徹底を行う。

- ①医療機関全体に共通する安全管理に関する内容を取り上げ、職種横断的あるいは部門毎など最大の効果を生み出すように企画する
- ②医療に係る場所において業務に従事する者を対象とする
- ③講習会は少なくとも年2回定期的に開催し、必要に応じて課題に沿って開催する
- ④実施内容について記録(開催日、出席者、研修項目)を行う

## 7. 医療安全確保のための具体的な方策

### 1) 医療安全推進マニュアル

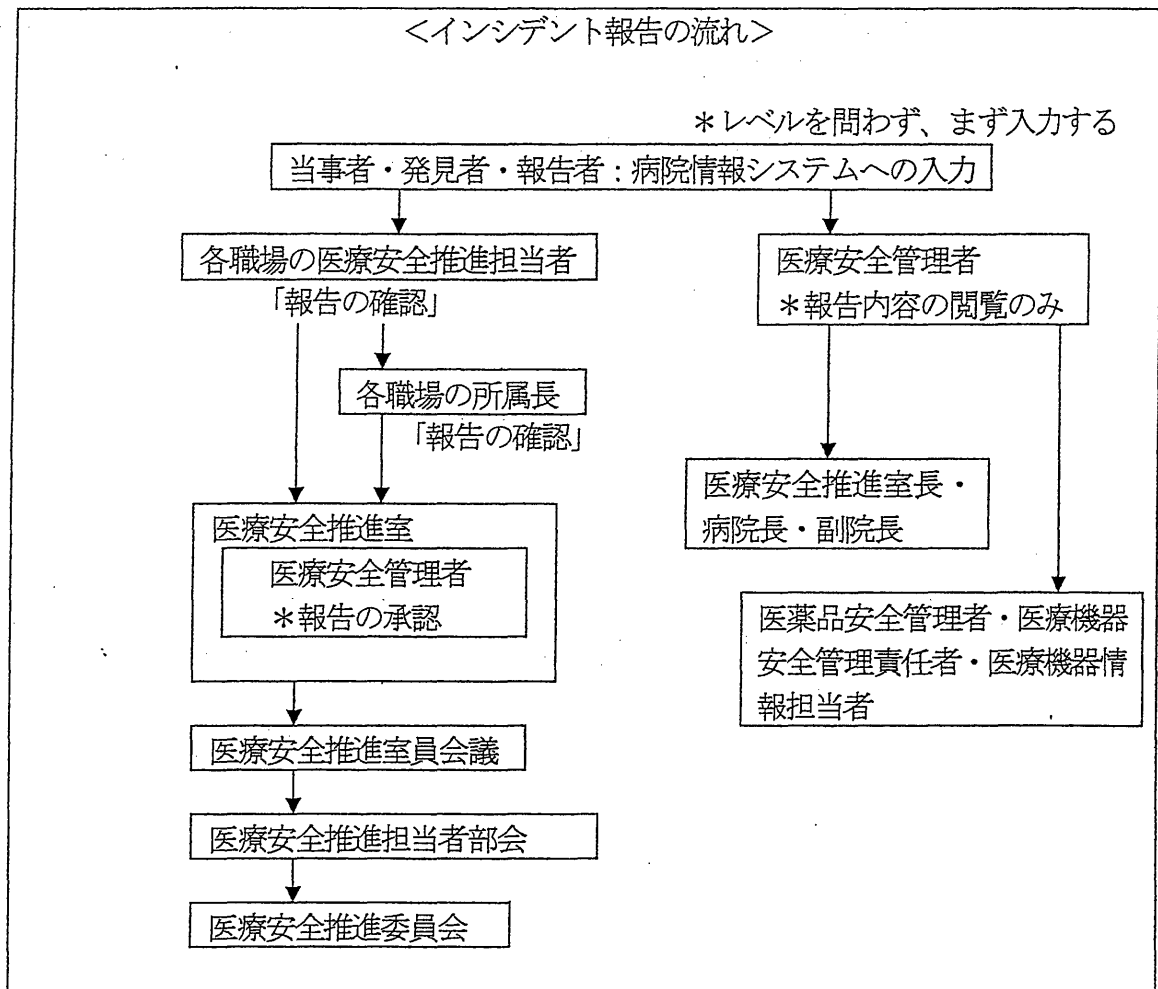
医療事故防止のための要点と対策を文章化したもので、全職員共通の事項と各部門の取り組みに分かれる。医療安全推進担当者が中心となって作成し、医療安全推進委員会で承認を得る。医療安全推進室は、作成の支援・編集・点検・見直しの提言を行う。

### 2) 医療事故等の報告(収集)制度

インシデント・医療事故報告の目的は、①事故の情報を把握し、適切な対処を行う ②原因を究明し、分析し、対応策を検討する ③医療安全に役立てる、ことである。また、個人の責任を追及するものではなく、病院システムの改善を行うためのものであり、報告した者に対して、報告したことを理由に不利益処分を行うものではない。病院長は、医療安全推進に資するようインシデント・医療事故報告を促進するための体制を整備する。報告事例は、医療安全推進室において1年間保管する。

＜医療事故等事故報告の判断基準＞	
レベル	事故の状況
レベル0	患者には実施されなかったが、実施されれば何らかの実害が予想される場合
レベル1	患者には実施されたが、現時点では実害はなく、その後の観察も不要であった場合
レベル2	事故により現時点で患者には実害はなかったが、今後観察の必要があり検査を行った場合
レベル3-1	事故により患者に実害が生じ、何らかの治療が必要とされる場合：軽微な処置
レベル3-2	事故により患者に実害が生じ、患者に侵襲が大きい処置・治療が必要とされる場合
レベル4	事故により患者に重度の障害が発生
レベル5	事故により患者が死亡
その他	医療安全に役立つ警鐘的な事例

\*合併症のレベル判定も同様である

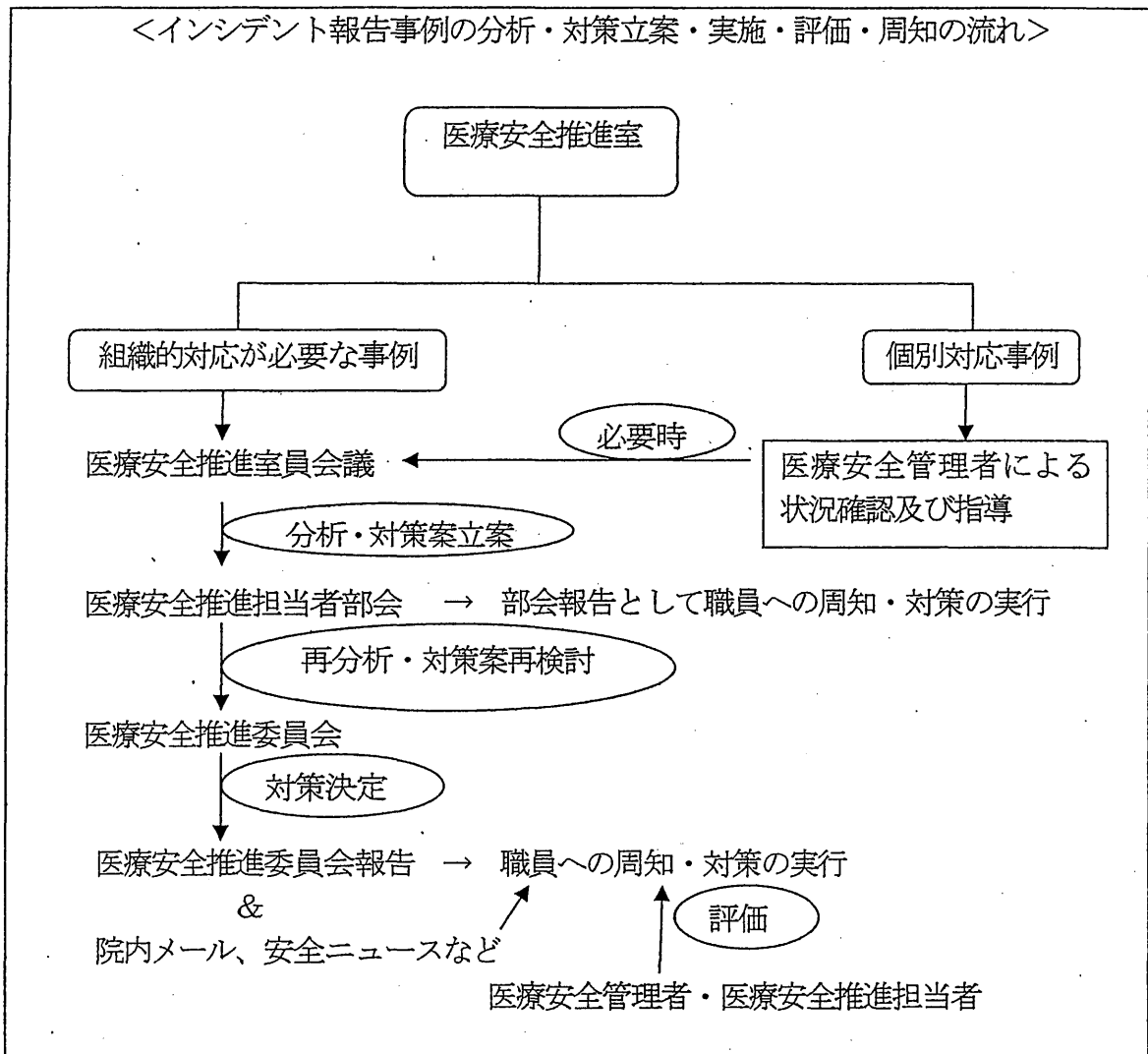


報告システムは以下の通りである。

- ア 当該事例は、その概要を病院情報システム(HIS)端末より入力(様式 1)する。入力の方法は、HIS 端末の「操作マニュアル」を参照する。概要・要因・対策の具体的記述時には、施設及び個人が特定できないよう注意する。
- イ 医療安全推進担当者は、当該部門及び関連する部門に潜むシステムエラーなどの発生要因を把握し、リスクの重大性、生命への危険度、リスクの予測の可否、システム改善の必要性、教育研修への活用など必要事項を速やかに入力し、報告の「確認」を行う。
- ウ 医療安全管理者は、検討を必要とする事例について、患者・家族への対応状況も含めて、医療安全推進室長・副院長・院長へ報告する。検討を必要とする事例の判断基準を以下に示す。
  - ①現在は患者への影響はないが、今後状況によっては影響が大きいと予測される場合
  - ②未然に防げたが、続行・継続されれば重大な事故を引き起こす可能性が高いと考えられた場合
  - ③再発の可能性が高く、組織的対応が必要と考えられる場合
  - ④レベル3-2以上の報告
  - ⑤予期していなかった患者の死亡、重症化、心肺蘇生

⑥説明していなかった合併症の発症

- エ 医療安全管理者は定められた期間の報告事例について、日本医療機能評価機構ヒヤリハット収集事業へCSV ファイルで報告する。



3) 医療事故等報告の分析・対策立案・実施・評価・職員への周知

(1) 分析・対策立案

医療安全推進に資するために必要に応じて分析を行い、再発防止のための対策立案・評価を行う。

医療安全管理者は、多部門に関連する事象や組織的対応の必要性な事例など検討が必要な事例を、医療安全推進室員会議に提示する。医療安全推進室員会議で、事例の分析・再発防止のための対策を立案し、医療安全推進担当者部会及び医療安全推進委員会で更に分析し、具体的な対策について検討を行う。

(2) 実施・評価

医療安全管理者及び医療安全推進担当者は、現場での対策の実行の度合いについて確認する。また、同様の事例の発生や職員への聞き取りなどで対策の有用性等を評価する。

(3) 職員への周知

医療安全推進委員会で決定された再発防止のための対策は、診療管理連絡会議で医療安全推進委員会報告として職員に周知される。また、医療安全推進担当者部会や看護師長会、医療安全推進ニュースや看護安全レター、院内メールなどを通じて周知を図る。

4) 検討を必要とする事例の分析・対策立案・実施・評価・職員への周知

病院長は、前項ウの判断基準に基づき報告された重大・重要事例について、事例分析の必要性を判断し、事例内容に応じた検討会を開催する。院内には、下記の3つの検討会がある。

各検討会名	取り扱い事例の内容
院内事例検討会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レベル3-2以上の報告</li> <li>・事故の発生の予防及び再発防止に資する事例</li> <li>・予期していなかった患者の死亡、重症化、心肺蘇生事例</li> <li>・説明していなかった合併症の発症</li> </ul>
〇〇に関する調査班	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モデル事業申請事例</li> <li>・院内事例検討会にて、更に詳細な調査・分析が必要と病院長が認めた事例</li> </ul>
医療事故調査対策委員会	過誤が明らかな事例

ア 検討会開催が決定されれば、医療安全管理者は速やかに医療安全推進室長と医療安全推進室長補佐に連絡を取り、準備を行う

イ 『〇〇に関する調査班』の初回には、当該事例の関与部門・部署の医療安全推進担当者・所属長は参加するが、2回目以降はオブザーバー参加とする

ウ 院内事例検討会では、当該事例の事実確認、原因分析・再発防止策の検討を行う

エ 再発防止策は、医療安全推進室で詳細に検討後、医療安全推進担当者部会・推進委員会に報告後、職員へ周知後、実施する

オ 対策の実施評価について、医療安全管理者及び医療安全推進担当者は、現場での対策の実行の度合いを確認する。また、同様の事例の発生や職員への聞き取りなどで対策の有用性等を評価する

カ 事例の概要・日時・出席者・再発防止策について医療安全推進室長補佐が記録を行う

5) 院内心肺停止事例の収集・分析

循環器疾患特有の心肺停止や急変事例における医療の質の向上のために、平成18年12月1日より院内で発症した心肺停止や急変事例の報告を行う。この報告により、院内の心肺停止事例や急変による蘇生事例の実情の把握とCPRの初動や救命救急技術などについて検証・評価を行い、また、ICを含めた診療録記載内容の確認をし、医療の透明性及び説明性の検証をする。