

5) リスクマネジメント全体委員会

(目的)

医院全体の安全管理に関する連絡・意見交換を行い、各部門における医療安全活動および問題点の報告等により、適正かつ効率的に事故防止を図る。

(委員会の構成)

委員長：1名

副委員長：医療安全管理者 他2名

RM委員：医師，薬剤師，看護師，放射線・臨床検査技師，事務職員など，各診療科・部門より若干名とし，部門から選任された職員から責任者を置く。その他委員会が認めたもの若干名

(委員会の開催)

委員会は原則として月1回開催する。

(委員会の出席)

委員会へ出席できない場合は必ず代理出席をする。

(小委員会の設置)

委員会は必要に応じて小委員会を設置することができる。小委員会の委員長は委員会の委員長が任命する。

(小委員会の任務)

各診療科・部門から選任されたRM委員は，必ず小委員会に所属し，医療事故の原因，防止方法に関する検討・提言，医療安全管理委員会，委員会活動に対する提案を行う。

(RM委員の役割と業務)

- ①部門から選任されたRM委員は，部門の管理者を補佐し，医療安全対策を推進する。
- ②部門における「医療安全に関する報告」の提出促進・収集・分析。
- ③部門の事故予防策，再発防止策の検討・推進。
- ④途中就任した医療従事者には，安全指針を周知する。
- ⑤病院全体の医療安全管理に関する事項を当該部門の委員会等に報告し，各医療従事者に周知する。周知状況を医療安全管理室に報告する。

6) 医療安全を推進する担当者(リスクマネジャー)

(1) リスクマネジャーの配置

各部門・部署の管理者を補佐し、医療安全管理活動を推進する者として、各部門、部署にリスクマネジャーを配置する。リスクマネジャーは各部門・部署の責任者が任命する。

(2) リスクマネジャーの役割

リスクマネジャーは、次に掲げる各号についてその役割を担う。

- ①各部門・部署における「インシデントレポート」の提出の促進・収集・分析。
- ②各部門・部署における事故予防策，再発防止策の検討・推進。
- ③医院全体の医療安全管理に関する各部門・部署の意見のとりまとめ，提案。
- ④各部門・部署の職員等への周知と周知状況の把握。

(3) リスクマネジャー小委員会

医療安全管理委員会，医療安全管理室と連携して，各部門・部署における安全対策を円滑に進めるための討議を行うことを目的として，リスクマネジメント小委員会および全体委員会を定期的開催する。

7) SE 対策チーム

(チームの構成)

委員長：医療安全推進部長

委員：医療安全管理室長，副室長，医療安全管理者，
感染対策室長，他 1 名

医師：内科系，外科系，精神・神経系若干名 その他，
チームが必要と認めたもの 若干名

(チームの業務内容)

院長，関連診療科または部門の求めにより，医療事故等の原因究明が適切に実施されるよう早急に調査・分析を行い，患者や家族への診療や説明などの対応状況ならびに診療録や看護記録などへの記載状況について確認・指導する。

8) SE 対策委員会

(委員会の構成)

SE 対策チーム，関係診療科医局長，担当医，関係看護師長，看護師，管理課職員，その他随時

(委員会の開催)

重大な問題が生じた場合，または患者や家族からの苦情により，当該診療科・部門のみでは対応が難しい場合に随時開催する。

(委員会の審議)

事故等の原因究明，対応策等を策定し，必要があれば医療安全管理委員会で協議し，事例調査委員会に報告するとともに，医療安全対策への活用を行う。

9) 事例調査委員会

(委員会の構成)

委員長：院長

委員：副院長，総医局長，医療安全推進部長，医療安全管理室長，医療安全管理者，感染対策室長，事務部長，顧問弁護士，管理課長，その他随時

担当部署：教授，前任准教授，医局長，担当医，担当師長，その他随時

(委員会の業務内容)

- ① 重大事故発生後，関連部署職員が集まり事故の概要，原因について時系列で詳細に分析し，患者・家族への対応，外部機関への対応を早急に検討する。
- ② 事故発生の診療科等に医療事故防止の具体的指導を行う。

10) 危機管理・職業倫理委員会(2009年4月発足)

(委員会の構成)

委員長：病院管理学教授

委員：個人情報管理委員長，接遇マナー・職業倫理委員長，危機管理委員長，薬剤部長，看護部長，事務部長，総医局長，RM 全体委員長，臨床研修センター運営委員長，感染対策室長，医事課長，サービス課長，本郷地区情報セン

ター、警備課長、医療安全管理者

危機管理・職業倫理委員会は「個人情報管理委員会」「接遇マナー・職業倫理委員会」「危機管理委員会」の3委員会で構成され、それぞれに委員長と委員を配置する。

(委員会の開催)

「個人情報管理委員会」「接遇マナー・職業倫理委員会」「危機管理委員会」の各委員会は毎月1回、委員会を開催し、リスク情報の収集、病院への影響度の評価、対策等を行い、2ヶ月に1回、3委員会を統合した会議を開催する。

3. 医療の安全確保を目的とした改善のための方策

医療の安全確保を図るためには、各々の業務を医療安全の観点から見直し、その結果に基づいて当院全体で医療安全管理に取り組むべき必要がある。標準化、統一化、規則化の推進、正確で効率的な情報管理を促進するとともに、策定された安全対策を計画・実施・評価という一連の過程から、さらなる改善活動を通じて常に見直していく必要がある。当院における医療事故等の報告体制は、こうした改善活動の一環として重要である。さらに、当院の医療安全管理活動を評価し、改善につなげていくために、内部評価、外部評価を実施する。

1) 医療事故等に関する報告制度

(1) 報告制度の目的

医院では、医療事故につながる可能性のある問題点を把握して効果的な安全対策を講じるため、全職員を対象にインシデントレポート事例の報告を制度化し、その収集を促進するとともに、収集した情報を活用して組織全体で継続的な業務改善に取り組む。

(2) 報告制度の対象とする事例

報告制度で対象とする事例は、以下のとおりとする。

① 医療事故(アクシデント)

医療に係わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。

②ヒヤリ・ハット(インシデント)

日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。

(3)報告経路と報告方法

- ①医療事故ならびにヒヤリ・ハット事例を体験または発見した職員は、その概要をインシデントレポートシステムに入力し、翌日までに上司および当該リスクマネージャーに報告する。
- ②当該リスクマネージャーは、提出された報告の内容を確認し、当該部門・部署の管理者に報告する。
- ③部門・部署の管理者は必要に応じ、リスクマネージャーに調査・分析を指示する。
- ④リスクマネージャーは、調査・分析の結果を部門・部署の管理者及び医療安全管理室に報告する。報告は 24 時間以内に行う。
- ⑤医療安全管理室は、一定期間内に提出されたインシデントレポートを集計し、所定の期日ごとに医療安全管理委員会およびリスクマネージャー全体委員会で報告する。

(4)重大な医療事故の場合の報告

重大な医療事故が発生した場合には、以下に定める手続きに従って報告を行う。

①対象となる医療事故

- i 当該行為によって患者が死亡または死亡に至る可能性がある場合
- ii 当該行為によって患者に重大もしくは不可逆的傷害を与え、または与える可能性がある場合
- iii その患者等から苦情を受けた場合

②報告経路と報告方法

- i 重大な医療事故発生時には、直ちに当該リスクマネージャーに報告する。報告を受けたリスクマネージャーは、医療上必要な指示を与え、各部門・部署の責任者を經由して速やかに院長および医療安全管理室長に報告する。また、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し救命措置の遂行に支障

を来たさない範囲で遅滞なくシステムによる報告を行う。

- ii 患者の生死に関わる重大かつ緊急な場合は、上記経路を省略して院長に直接報告することができる。

(5) インシデントレポートの分析

医療安全管理室は、報告されたインシデントレポートから当該部門・部署担当のリスクマネジャーと連携し、事例の分析・対処にあたる。複数部門・部署間に関連する問題、本院全体の医療の質に関わる問題などは医療安全管理室ならびに医療安全管理者が中心となって事例の分析にあたる。医療安全管理室は事例分析と策定した事故予防策案ならびに再発防止策案を医療安全管理委員会に報告する。

(6) 事故予防策・再発防止策の検討と決定

医療安全管理委員会は医療安全管理室からの報告に基づいて、分析結果の妥当性、リスクの重大性、リスク予測の可否、システム改善の必要性、事故予防策ならびに再発防止策等について協議する。

(7) 事故予防策・再発防止策の職員への周知徹底実施

医療安全管理室は、医療事故およびヒヤリ・ハット事例の分析・実施・評価結果や、医療安全管理委員会の協議に基づいて決定された事故予防策・再発防止策について、リスクマネジメント全体委員会で報告した後、各部門・部署の責任者およびリスクマネジャーを通じて全員に周知・徹底する。また、定期的な職員研修の実施、ニュースレター等により、周知徹底を図る。

(8) 事故予防策、再発防止策の実施状況の調査・評価と継続的な改善活動

医療安全管理室は、事故予防策や再発防止策の実施状況を定期的に調査・評価し、必要に応じた見直しを継続的に行う。

なお、事故予防策や再発防止策の調査・評価結果や見直しに関する、医療安全管理委員会への報告等の手続きについては、「(5) インシデントレポートの分析」、「(6) 事故予防策・再発防止策の検討と決定」に準ずる。

(9) リスクマネジャーとの連携

医療安全管理室は、インシデントレポートの分析・評価、事故予防策・再発防止策の検討およびその実施状況の調査

等にあたっては各部門・部署のリスクマネージャーと連携してこれを行う。

(10) 診療録への記載

医療事故が発生した場合には、その内容と、患者や家族への説明など事故発生時の対応状況を診療録、看護記録等に正確に記載する。

(11) 報告者の保護

インシデントレポート報告者に対し、報告があった事実のみで、正当な事由なく不利益な処分を行わない。

(12) 守秘義務

医療事故やヒヤリ・ハット事例について本報告制度によって職務上知りえたものは、その内容を正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。

2) 医療の安全確保を図るためのその他の方策

(1) 標準化・規則化等の推進

医療の質の向上と安全性を高めるためには、医療行為等の作業手順の統一化、入院時診療計画(クリニカルパス)の活用、物品の保管や配置等の統一化等によって標準化を図るとともに、院内における業務活動については可能な限り規則化し、その遵守を徹底することが重要である。また、高度化・複雑化する医療において、適切な診療情報管理、情報伝達を行うため、情報管理手法の統一化や、情報システムの導入・活用を推進する。

医院では、業務活動の標準化、規則化等を推進するため、各部門・部署における業務マニュアルを整備するとともに、医療安全管理にとって重要な規則や手順等は院内規則・手順として明記し、その内容の周知徹底を図る。また各業務マニュアルおよび院内規則・手順は、適宜評価・見直しを行い、現場の安全と医療の質をより向上させるものとしなければならない。

(2) 医療安全管理活動の評価

①内部評価活動

医療安全管理室は、医院における医療安全管理活動の成果を評価し、一層の改善を行うため、日常的な院内の巡回等を活用して、以下の事項について内部評価活動を行う。