

北海道立緑ヶ丘病院医療安全管理指針

この指針は、北海道立緑ヶ丘病院における医療の安全管理のための体制を確保するために、医療事故の予防、再発防止対策及び医療事故発生などの基本方針、対応方法等を定め、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とする。

1 医療安全管理に関する基本的考え方

常に患者に信頼される医療サービスの提供と医療の質の向上を求めていくことを当院の医療安全の基本姿勢とし、医療安全活動の必要性、重要性を全部署及び全職員に周知徹底し、院内共通の課題として積極的な取り組みを行う。医療安全活動においては「医療事故はいつでも誰にでも起こりえる」という観点に立ち、医療事故を起こした個人の責任を追及するのではなく、医療事故を発生させた安全管理システムの不備や不十分な点に着目し、その根本原因を追及し、これを改善していくことに努める。

また、離院、暴力、自傷等精神科医療特有の医療安全について、調査、研究等の取り組みを推進する。

2 医療安全管理に関する組織・体制

医療安全対策と患者の安全確保を推進するため体制等については、次のとおりとする。

(1) 医療安全管理者

医療安全対策に係る適切な研修を修了した医療有資格者を医療安全管理者として配置し、次に掲げる業務を所管する。

ア 医療安全管理部門（リスクマネジメントチーム）の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。

イ 定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。

ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ 医療安全対策の体制確保のため、各部門との調整や医療安全対策委員会への提言を行うこと。

オ 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・実施すること。

カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

(2) 医療安全管理部門（リスクマネジメントチーム）

医局及び各科、事務など全ての部門ごとに、医療安全対策を担当する職員を配置し、次に掲げる業務を所管する。

ア 院内における「インシデント・アクシデント報告書」による報告事例を分析し、協議・検討した安全対策及び改善事項等は、医療安全対策委員会

に報告するとともに、必要に応じて医療安全対策委員会に「提言」及び「勧告」を行うこと。

- イ 医療安全管理者が行う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及び点検・評価を行い結果を医療安全対策委員会に報告すること。
- ウ その他、医療安全管理者及び医療安全管理部門（リスクマネジメントチーム）の活動実績等について、医療安全対策委員会に報告すること。
- エ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催すること。
- オ 医療安全に関する資料・情報を収集・管理し、医療事故等の防止に向けた啓発・広報などを実施すること。

(3) 医療安全対策委員会

医療安全対策に関する総合調整の場として、院長ほか管理職員、医療安全管理者、室・各科（課）長等で構成し、次に掲げる業務を所管する。

- ア 医療安全管理者及び医療安全管理部門からの報告・提言・勧告等について協議する。
- イ 医療事故防止対策を検討及び推進すること。
- ウ 医療事故発生時の対応を協議すること。
- エ 医療事故後の関係諸記録等の点検、再発防止のために必要な対策を検討・実施すること。
- オ 医療事故に係る調査及び情報の収集を行うこと。
- カ その他医療事故の防止対策に関すること。

(4) その他の組織

看護部門に医療安全委員会を設置し、看護部門内のインシデント報告・アクシデント報告など医療安全に関する情報収集・分析・改善策を検討し、リスクマネジメントチームに報告又は提言を行うこと。

3 医療安全管理のための職員研修の実施

医療の安全確保のためには、組織全体が安全管理に継続的に取り組むため、全職員を対象とした研修を年2回以上行い、医療事故防止に対する意識の高揚を図る。

- (1) 安全確保のため、病院全体で教育・訓練に取り組む。
- (2) 安全確保のため病院内の体制や方針・手順を職員が周知する。
- (3) 安全確保のための基本的考え方、具体的方策について職員に周知徹底を図る。
- (4) 新任者に対しては安全管理の基本的考え方についての研修を行う。

4 医療事故報告書の取り扱い

各職員が医療事故（0～5）報告書を提出し、エラーの発生要因を明らかにするとともに職種ごとの安全確保につながる予防策・改善策を検討し、院内における情報の共有化を図る。

- (1) 報告書は各部署の長を経由して、副総看護師長（事務局）に提出する。提出された報告書はリスクマネジメント部会で検討し、医療安全対策委員会で報告する。併せて改善策も報告・協議する。
- (2) 統計
報告書は年1回病院全体の統計的分析を行う。
- (3) 報告書の取り扱い
報告書は医療事故を防止するため、システム等の改善や教育・研修の資料にのみ使用し、人事評価や処分には使用しない。

5 医療事故発生時の対応

医療事故が発生した場合は、過失の有無にかかわらず、患者及び家族等に対し誠実な対応をすることを第一に心がけなければならない。また、透明性のある対応をしなければならない。

- (1) 救命措置の最優先
患者に望ましくない事象が生じた場合、可能な限り院内の総力を結集し、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。院内のみでの対応が困難と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報、資材、人材等を提供する。
- (2) 患者・家族への説明
窓口を一本化し、主治医が誠意をもって事実経過について説明する。説明に際しては、複数の職員で行うこととする。
- (3) 病院長は必要に応じて医療安全対策会議を招集する。
- (4) 重大事故が発生した場合は速やかに発生原因を分析し、改善策の立案及び実施と職員への周知をはかる。
- (5) 事実経過の記録
説明者の名前・時刻・内容・説明を受けた人の名前及び患者との続柄・患者側の質問の内容などを診療録に記録する。

6 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

平成 11 年 8 月 作成
平成 15 年 11 月 改訂
平成 16 年 10 月 改正
平成 21 年 11 月 改正
平成 25 年 11 月 改正
平成 29 年 3 月 改正