

伊達赤十字病院 医療安全管理指針

第1 医療安全管理に関する基本的な考え方

- (1)人は過ちを起すという前提に立ち、それを誘発しない環境や、患者への障害に発展しない体制を構築する。
- (2)過ちの前兆を見逃さず、発生した事故に対して適切に対応できる能力を養う。
- (3)医療事故等の分析に際しては、個人の追及ではなくその根本原因やシステム、プロセスに視点をおき対策を講じる。
- (4)発生した医療事故に対しては、隠蔽することなく迅速な報告と対応を行う。
- (5)医療に必要な情報を患者に提供し、十分な説明を行い、診断治療方針の同意を得たうえで診療を実践することで、医療安全文化の醸成を図る。

第2 医療安全管理に係る体制確保のための組織等

安全管理体制の確保及び推進のため、次に掲げる組織、病院長により任命を受けた人員等を配置し、別途規定等に定める。

- (1)医療安全推進室
- (2)医療安全管理委員会
- (3)医療安全推進部会
- (4)医療事故調査（紛争処理）委員会
- (5)医療安全管理者専従看護師
- (6)医療安全推進担当者（リスクマネージャー）
- (7)医薬品安全管理責任者
- (8)医療機器安全管理責任者

第3 職員の教育・研修

「医療事故防止マニュアル」「医薬品の安全使用のための業務手順書」を策定し職員へ周知するとともに、安全管理に関する全職員対象の研修を年2回以上実施する。

第4 医療事故発生時の対応

医療事故が発生した場合には、患者に対しては医療上最善の治療処置を行うとともに、状況の悪化に直ちに対応できる体制を整える。また、患者・家族等に対しては、誠実に速やかな事実の説明を行う。重大な医療過誤や医療紛争が発生した場合は、医療事故調査（紛争処理）委員会が組織として対応する。

第5 医療事故等の報告及び改善策の立案

医療に係る安全管理の確保のために、レポート提出基準に基づいて広く医療事故報告を収集し、「レポート分析検討会」で根本原因の分析・改善策の立案・実施・評価まで一連で行なう。

第6 当該指針の閲覧

本指針については、伊達赤十字病院のホームページに掲載するものとする。

第7 患者相談・苦情・クレーム対応

①患者やその家族からの意見（苦情・クレーム・不満など）及び相談については、窓口を医療相談室とする。常に誠実に対応し、関係者への報告を行う。必要時、医療安全管理者が相談に応じる。

②院内意見箱の管理を行う。

定期的（1回／1週間）に開封し、内容の確認、部署への注意喚起・指導、院内周知、対応検討を行う。

患者への案内は、正面玄関に掲示し、入院のしおりに掲載する。

第8 その他

(1)医療安全推進のため、医療事故防止対策マニュアル及び医薬品の安全使用のための業務手順書の見直しを継続して行い、改訂内容については、職員への周知徹底を速やかに行う。

(2)他の医療機関等の安全対策や医療事故等の有用な情報収集を行うとともに、医療安全対策の推進を図る機関への報告を行う。

平成 19 年 12 月 18 日策定

平成 23 年 10 月 11 日改訂

平成 25 年 4 月 1 日改訂

平成 27 年 4 月 1 日改訂

平成 28 年 12 月 1 日改訂

医療安全管理委員会規程

- 第 1 条 総合病院伊達赤十字病院における医療事故・紛争の予防対策等の推進を図るため、医療安全管理委員会（以下「委員会」という）を設置する。
- 第 2 条 委員会は、院長の命を受け、次の事項を所掌する。
- (1) 医療事故の予防対策の検討及び推進に関すること。
 - (2) 発生した医療事故及び医療紛争問題の今後の対応等に関すること。
 - (3) 医療事故の情報交換に関すること。
 - (4) リスクマネジャーの指名及び研修に関すること。
 - (5) その他、医療事故・紛争に関すること。
- 第 3 条 委員会に委員長 1 名、委員 11 名以内と若干の事務局を置く。全体で 19 名。
- 2 委員長は、院長が指名する副院長とし、委員は病院職員の中から院長が任命する。（別添、職指名）
- 第 4 条 委員長及び委員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。但し、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 第 5 条 委員長は、会務を総括し、委員会を代表する。
- 2 委員長に事故あるいは、あらかじめ委員長の指名する委員がその職務を代行する。
- 第 6 条 委員会は、月毎第 2 週水曜日を定例として開催する。ただし、委員長が必要と認める場合は随時開催することができる。
- 第 7 条 委員会は、必要があると認めたときは、委員以外の者を委員会に出席させ、意見を聴き、または委員以外の者から資料の提出を求めることができる。
- 第 8 条 委員長は、必要と認めるときは、専門小委員会を置くことができる。
- 2 専門小委員会は、委員長の諮問に応じ、第 2 条に規程する事項に関して専門的に調査審議するものとする。
 - 3 専門小委員会は、委員長意の指名する者で構成する。
- 第 9 条 委員会の委員として知り得た事項に関しては、正当な理由なく他にもらしてはならない。
- 第 10 条 委員会の庶務は、総務課において処理するものとし、委員会の開催の都度、議事録を作成するものとする。
- 第 11 条 前各号に定めるものを除くほか、委員会の運営その他必要な事項に関しては、別に定める。
- 附 則 この規程は平成 14 年 9 月 1 日より施行する
平成 10 年 12 月 1 日より施行のメディカル・リスクマネジメント委員会規程は、平成 14 年 9 月 1 日をもって廃止する。平成 28 年 4 月 1 日改訂

医療安全推進室規程

(設置)

第1条 病院全体の医療安全管理に資する為、医療安全推進室（以下「推進室」という。）を設置する。

(目的)

第2条 推進室は、病院における医療事故の防止及び医療の安全性の向上に関する体制の強化を図り、その実践的活動を行うことを目的とする。

(組織)

第3条 推進室に下記の職員を配置する。

1. 室長はゼネラルリスクマネージャーである副院長があたる。
2. 推進室に医療安全管理者1名の看護師を専従として配属する。
3. 推進室に医療安全管理者1名の医師を専任として配置する。
4. 委員として医薬品安全管理責任者1名、医療機器安全管理責任者1名、その他必要な職員を配置する。

(権限と業務)

第4条

1. 推進室は、次の各号に掲げる業務を行う。
 - (1) 各部門の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を推進する。
 - (2) 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
 - (3) 医療安全に係る指導に関すること。
(定期的な現場の巡回・点検・マニュアルの遵守状況の点検)
 - (4) 医療安全に係る情報の管理に関すること。
(最新情報の把握と職員への周知・啓発・広報及びインシデントレポートの分析・管理)
 - (5) 医療安全に係る会議等に関すること。
(会議招集・議事録等作成)
 - (6) 医療安全に係る教育に関すること
(マニュアル作成・教育研修の企画・運営)
 - (7) 医療事故の調査に関すること
(医療事故調査委員会の指示を受け情報等の収集)
 - (8) 医療事故発生時の対応に関すること
(医療事故調査委員会の指示を受けて現場責任者への指示・指導)
 - (9) 医薬品及び医療機器・用具の安全管理
(管理体制の改善、取扱い方法の周知徹底)
 - (10) その他、医療における安全管理に関すること
(医療の質の向上を図る体制の構築)

2. 医療安全推進室室長

- (1) 院長から安全管理のために必要な権限の委譲や必要な資源を付与され、院長の指

示に基づいてその業務を行う。

委譲された権限に基づき、安全管理に関する院内体制の構築及び委員会等の各種活動など、その全般を統括する。

3. 医療安全管理者

(1) 院長から安全管理のために必要な権限の委譲や必要な資源を付与され、院長の指示に基づいてその業務を行う。

付与される権限は、体制の構築、事故防止に向けた活動、発生事例に対する組織横断的な対応、改善策策定などの実務的活動における必要事項の決定、職員指導・教育、ワーキンググループやプロジェクトの立ち上げ等である

(2) 医療安全管理者は次の業務を行う

① 医療安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価

② 定期的なラウンドを行い、各部門における医療安全対策実施状況の把握・分析。

また、医療安全確保の為に必要な業務改善などの具体的な対策を推進する

③ 各部門のリスクマネジャーの支援

④ 医療安全対策の体制確保の為に各部門・部門管の調整を図る

⑤ 医療安全に関する体制を確保する為の職員研修を企画・実施する

⑥ 相談窓口の担当者と良好な連携を図り、医療安全対策に関連する患者・家族の相談に応じる体制を支援する

⑦ その他

・ 医療安全の為に院内評価業務：レポート集計・分析・評価・指導

・ 医療安全関連委員会に関する業務：会議資料作成・提供

・ 医療安全関連の指針や各マニュアルの作成

・ 医療安全関連の院内外業務：医療安全に関する情報収集と情報提供、地域ネットワークの参加

・ 医療事故発生時の業務：患者・家族並びに職員への支援

・ 医療紛争・医療過誤に関する業務：委員会参加、再発防止への対応

※医療安全管理者が不在、緊急時には、その対応を看護部長、看護副部長及び医療安全推進室員の総務課長に委譲する。

4. 医薬品安全管理責任者

(1) 院長から安全管理のために必要な権限の委譲や必要な資源を付与され、院長の指示に基づいてその業務を行う。

付与される権限は、医薬品の適切な使用・管理、医薬品事故防止に向けた活動、医薬品発生時の対応、職員指導・教育、ワーキンググループやプロジェクトの立ち上げ等である

(2) 医薬品安全管理責任者は次の業務を行う

① 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成・改訂とその遵守

② 従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施

③ 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施

④ 医薬品の安全管理のために必要となる情報の収集

⑤ その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施

5. 医療機器安全管理責任者

(1) 院長から安全管理のために必要な権限の委譲や必要な資源を付与され、院長の

指示に基づいてその業務を行う。

付与される権限は、医薬品の適切な使用・管理、医薬品事故防止に向けた活動、医薬品発生時の対応、職員指導・教育、ワーキンググループやプロジェクトの立ち上げ等である

(2) 医療機器安全管理責任者は次の業務を行う

- ①医療機器の安全使用のための手順書の作成・改訂とその遵守
- ②従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- ③医療機器の保守点検に関する計画の策定及び適切な保守点検の実施
- ④医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集
- ⑤医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

(会議・カンファレンス)

第5条 会議は毎月1回程度開催ならびに室長が必要と認めた場合に開催する。
また、週1回程度のカンファレンスを開催する。

(庶務)

第6条 推進室の庶務は、医療安全推進室室長のもと事務部門がおこなう。

附 則

この規程は平成19年9月1日から施行する。

平成21年8月19日一部改正

平成25年4月1日改訂

平成26年4月1日改訂

平成27年4月1日改訂・追加

平成28年12月1日改訂

医療安全推進部会（リスクマネジャー部会）規程

（設置）

第1条 各部署の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進部会（以下「推進部会」という）を置く。

（目的）

第2条 医療安全の強化・充実を図るため、ラウンドの実施、インシデントレポートの提出、分析、評価、改善、検討を行い、それによって得られた結果、情報及び対策を各部署や研修会等を通じて迅速に院内職員に周知徹底することを目的とする。

（構成）

第3条 1. リスクマネジャーは医局及び各看護単位にそれぞれ1名をまた、薬剤部、放射線科部、検査部、リハビリテーション科部、医療技術部、医療社会事業部、事務部、各部門より1名おくものとし院長が指名する。
2. 部会長は医療安全推進室の副室長から1名（医療安全管理者専従）を指名する。

（業務）

第4条 1. 部会長の指示により以下の業務を行う
①インシデント・アクシデントレポートの提出促進、分析、評価
②医療安全に関する指導及びマニュアル遵守を働きかける
③委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各部署への周知徹底
④医療安全に関する研修会等の企画運営
⑤各部門別マニュアル作成、見直し、改訂
⑥事故発生時に当事者となったスタッフへの適切な対応
⑦医療安全推進室との連携調整
⑧ラウンド実施による各部署の点検、評価、改善
2. 推進部会に次のワーキンググループを置く
①インシデントレポート分析グループ
②医療安全マニュアルグループ
③ラウンドグループ
④研修会企画運営グループ

（リスクマネジャーの召集及び開催）

第5条 1. 部会は定期に月1回開催し、部会長が必要と認めた場合この限りではない
2. グループ活動はリーダーが日程調整・決定し招集する

（秘密の保持）

第6条 リスクマネジャーとして知り得た事項に関しては、正当な理由なく他にもらしてはならない。

（庶務）

第7条 推進部会の庶務は、総務課において処理するものとし、推進部会の開催の都度議事録を作成するものとする。