

# 市立旭川病院 医療安全管理指針

## 第1 医療安全に関する基本的な考え方

安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、その必要性、重要性を職員一人一人が自分自身の課題と認識し、安全な医療を遂行することが重要である。このため、医療安全管理体制を確立するとともに患者が安心して医療を受けられる環境を整備し、安全かつ適切な医療を提供するために全職員の安全意識向上を目指し、組織横断的に取り組むことを基本姿勢とする。

## 第2 用語の定義

### 1 医療事故 (= アクシデント)

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、次の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

ア 患者の死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合

イ 患者が廊下で転倒し負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合

ウ 患者だけでなく、注射針の誤刺のように医療従事者に被害が生じた場合

### 2 医療過誤

医療事故の一類型であって、医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、患者に被害を発生させたもの。

### 3 インシデント

日常診療の場で、誤った医療行為等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等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすまでに至らなかったもの。「ヒヤリハット」とも呼ぶ。

## 第3 医療安全管理体制の整備

### 1 医療安全管理委員会

医療安全管理を総合的に検討し実施するため、医療安全管理委員会を設置する。なお、委員会の設置については「市立旭川病院医療安全管理委員会設置要綱」に定める。

### 2 医療安全管理課

医療安全管理課は、医療安全対策を総合的に企画、実施し、組織横断的に院内の医療安全管理を担う部門として、医療安全担当副院長（以下、GSM：ゼネラルセーフティマネージャーという。）を課長とし、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者（以下、専従SM：専従セーフティマネージャーという。）及び各部門の専任の職員で組織する。

#### （1）業務指針

- ・各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づく、医療安全確保のための業務改善計画書を作成、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録
  - ・患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他医療安全管理者の活動実績の記録
  - ・医療安全対策に係る取組の評価等を行う医療安全カンファレンスの開催（週1回程度）
- なお、カンファレンスでの検討事項は次のとおりとする。

- ア 医療安全管理の検討及び研究に関すること
- イ 解決策の指導及び改善内容確認に関すること
- ウ 医療安全を目的とした研修・教育に関すること
- エ 医療安全相談窓口での対応に関すること
- オ 医療安全に関わる各種委員会等との連携に関すること
- カ 医療事故の対応に関すること
- キ 医療事故レベル3 b以上（後述の市立旭川病院医療事故等公表基準による）及び重大事故につながる恐れのある事例に関すること
- ク その他医療安全に関すること

## （2）ワーキンググループ

医療安全推進に関連して、必要な業務を遂行するために適切な構成員を招集してワーキンググループを設置することができる。

## 3 医療安全管理の担当者

### （1）医療安全管理者（専従SM）

病院全般にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理のための組織横断的な活動を行う担当者として、院長の指名により医療安全管理者を置く。

医療安全管理者は、GSMの指示の下、各部署のセーフティマネージャーと連携し以下の業務を行う。

- ・ 医療安全に関する調査・指導
- ・ I・Aレポート（後述）の収集・分析と提出に関する指導
- ・ 医療事故の再発防止に関する検討や調査・指導
- ・ 医療事故発生時の調査・指導
- ・ 死亡症例のモニタリング
- ・ 医療安全管理課の業務に関する企画立案及び評価ならびに改善計画（業務改善計画書の作成を含む）
- ・ 定期的な院内巡回による各部門における医療安全対策実施状況の評価・分析
- ・ 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の推進
- ・ 各部署におけるセーフティマネージャーへの支援
- ・ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整
- ・ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の企画・実施
- ・ 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の支援

### （2）医薬品安全管理責任者

医薬品の安全使用のため、医薬品に関する医療安全推進活動を行う担当者として医薬品安全管理責任者を置く。なお、医薬品安全管理責任者は薬剤科長とし、次の業務を行う。

- ・ 職員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
- ・ 医薬品の安全使用のための業務手順書の整備、及び当該手順書に基づいた業務指導
- ・ 医薬品の安全使用に必要な情報収集及び改善のための方策の実施

### （3）医療器機安全管理責任者

医療機器の安全使用のため、医療機器に関する医療安全推進活動を行う担当者として医療機器安全管理責任者を置く。なお、医療機器安全管理責任者は医療安全管理課長とし、次の業務を

行う。

- ・職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施。
- ・医療機器の保守点検に係る計画の策定と適切な実施。
- ・医療機器の安全使用のために必要な情報収集及び改善のための方策の実施

#### 4 セーフティマネージャー

インシデント事例の詳細な把握、検討等を行い医療事故の防止に資するため、各部署にセーフティマネージャーを置く。

##### (1) セーフティマネージャーの構成等

セーフティマネージャーは原則以下の職員で構成し、院長が指名する。

ア 診療部門：各診療科から1名

イ 看護部門：各ナースステーションから2名、外来部門から数名

ウ メディカルスタッフ：薬剤科、中央放射線科、中央検査科、リハビリテーション科、臨床器材科、栄養給食科から各1名

エ 事務部門：経営管理課、医事課、地域医療連携課から各1名

##### (2) セーフティマネージャーの任務

ア 各部署における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言

イ I・Aレポート（後述）の内容の分析及び必要事項の記入

ウ 医療安全管理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所属職員への周知徹底、連絡調整等

エ 職員に対するI・Aレポートの積極的な提出の励行

オ その他医療事故の防止に関する事項

## 第4 医療安全管理のための職員研修

医療安全に関する基本的な考え方及び具体的方策について、病院職員へ周知徹底を図るために次のとおり職員研修会を開催し、職員の医療安全に対する意識向上を図る。

(1) 全職員対象の研修会を年2回以上開催する。

(2) 医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を基に次年度の研修計画に反映させる。

## 第5 医療事故防止のための具体的方策の推進

### 1 医療事故防止の要点と対策の作成

医療事故防止のため、医療安全管理課において人工呼吸器等の医療機器、注射等の医薬品についての具体的な注意事項を定める事故防止の要点と対策を検討し、関係職員に周知徹底を図る。

また、輸血、未承認新規医薬品を用いた医療の提供については、各関係委員会等と協力し、ガイドライン等を参考に医療事故防止に努め、関係職員に周知徹底を図る。

### 2 インシデント・アクシデントの報告及び評価分析

(1) 医療事故の防止に資するよう、院内で発生したインシデント事例等を一元的に把握するため「インシデント・アクシデント レポート」（以下、I・Aレポートという。様式別添）による報告体制を整備する。

- (2) インシデント・アクシデント事例を体験または発見した職員は、その内容を I・A レポートにより速やかにセーフティマネージャーに報告する。なお、I・A レポートを提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならないものとする。
- (3) セーフティマネージャーは、I・A レポート等から当該部署及び関係する部署に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等、必要事項を記載して医療安全管理課に提出する。
- (4) 提出された I・A レポートは、医療安全管理課で評価分析し、医療安全管理委員会に諮り、その結果を各セーフティマネージャーを通じて関係部署や病院内にフィードバックする。
- (5) I・A レポートは医療安全管理課において 1 年間保管する。なお、I・A レポートは、同様事例の再発防止を図るため、事例の背景・要因を把握し、今後の改善策を検討・協議するための内部資料であること、また、率直な意見交換の機会が不当に損なわれないようにするため、非公開とする。

### 3 施設内における医療事故防止対策の周知徹底

院長は、医療事故防止の周知徹底に努めるものとし、具体的に次の対策等を講ずる。

- ア 医療事故防止月間行事の実施
- イ 医療事故防止ポスター等の掲示
- ウ 医療事故防止講演会の開催
- エ 各部署における事故防止確認のためのミーティングの実施
- オ 他の施設における事故事例の学習

### 4 医療安全対策地域連携

連携する医療機関との間で医療安全対策にかかる評価を相互に行い、適切な安全管理を推進する。

### 5 高難度新規医療技術を用いた医療の提供

高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合には、関係学会から示される「高難度新規医療技術の導入を検討するに当たっての基本的な考え方」やガイドライン等を参考に実施する。

## 第 6 医療事故発生時の対応

### 1 医療事故発生時の対応に関する基本方針

- (1) 医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、病院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ものとする。
- (2) 医療事故発生時の対応方法等については、「医療事故発生時の対応マニュアル」に定める。
- (3) 医療安全管理委員会に報告すべき事例の範囲は、医療事故レベル 3 b 以上及び重大事故につながる恐れのある事例とし、報告手順は前述の I・A レポートによる報告とする。

### 2 医療事故に関する委員会等

#### (1) 医療事故院内判定会議

医療法に規定する医療事故調査制度への届出等の要否を判断するため、医療事故院内判定会議を設置する。なお、設置については「医療事故院内判定会議設置要綱」に定める。

#### (2) 医療事故調査委員会

前号の届出が必要と判断された医療事故に関して事実確認及び原因究明等の必要な検討を行うため、医療事故調査委員会を設置する。なお、設置については「市立旭川病院医療事故調査委員会設置要綱」に定める。

### (3) 医療事故対策委員会

前2号の規程にかかわらず、当院で発生した重大な医療事故・紛争について、院長が事実確認や原因究明等が必要と認めた場合は、医療事故対策委員会を設置する。なお、この委員会は条例で定める附属機関である「医療事故調査委員会」の1つであり、審議事項を区分するための呼称である。設置については前号による。

## **第7 職員と患者との情報共有**

- 1 本指針の内容を含め、職員は患者との情報共有に努めるとともに、患者または家族から本指針の閲覧の申し出があった場合には、これに応じるものとする。
- 2 本指針の閲覧、説明に関する窓口は医療安全管理課とし、旭川市情報公開条例に基づき対応する。

## **第8 患者からの相談への対応**

患者や家族からの医療安全に関わる相談に対応するため、医療安全相談窓口を設置する。窓口の設置については「市立旭川病院医療安全相談窓口設置要綱」に定める。

## **第9 医療事故の公表**

社会に対する説明責任を適切に果たすため、重大な医療事故が発生した場合は、別に定める「市立旭川病院医療事故等公表基準」に基づいて、速やかにこれを公表する。

附 則 この指針は2019年3月13日から施行する。