

1. 基本理念

継続的な医療の質向上の活動を通して安全確保・事故防止に努め、質の高い医療を提供する。そのために安全を最優先に位置づけ、医療安全管理を個人の努力のみに依存せず、計画・実施・評価・改善のサイクルにより迅速な対応を行う。また、院内の情報共有や職員の医療安全に関する教育・啓発を通じて安全文化の醸成を図る。

2. 基本方針

- 1) 処置や検査の前には、必ず患者氏名を確認します。
- 2) 同様のインシデントをおこさないために、情報の共有に努めます。

3. 組織

1) ジェネラルリスクマネージャー

院長から任命されて医療安全に関する統括指導、監督を行い、医療安全推進室の活動のリーダーとなる。また、医療事故発生時には院長と緊密に連絡を取り、病院の方針を明確にして再発防止に全力を尽くす。6)～10)の会議に関して召集する。

2) 専任リスクマネージャー

院長から任命されてジェネラルリスクマネージャーと協働し、院内の医療安全管理全般に関する活動を行う。

3) リスクマネージャー

院長から任命されて各部署の医療安全活動の中心的役割を担う。各部署における医療事故防止活動の推進やインシデント・オカレンス事例の報告・分析を行う。

4) 医療安全管理委員会

インシデント・オカレンス及び医療事故防止の取り組みを積極的に推進し、医療安全管理体制の整備を図るための必要な事項を協議、推進する。

5) 医療安全推進室

医療安全管理委員会と連携しつつ、医療安全に関わる状況を把握し、その分析結果に基づき医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施し、必要に応じてリスクマネージャーへの支援を行う。また医療安全確保のための職員研修を計画的に実施する。

6) 迅速対応検討会

突発的に発生した医療事故に関して、病院としての対応が早急に必要の場合に開催される。

7) RCA 事例分析対応検討会

医療安全推進室が部署だけでは対応が困難と判断した場合や、組織横断的な対策が早急に必要と判断した事例の検討をMedical SAFERを用いて行う。

8) 有害事象検証会

死亡事例、予期せぬ転帰となった症例を関連のある職員、医療安全推進室員で原因の分析、再発防止策を検証する。

9) 有害事象カンファレンス

自由参加の会とし、結果は院内に公表する。有害事象検証会で検証した事例を個人の特定ができないよう配慮しつつ情報共有をして、院内全体で改善策を検討する。

10) リスクマネージャー会議

各部署の医療安全の責任者が情報の共有や安全対策について検討する。

4. 事例報告に関する方針

インシデントレポート・オカレンスレポートは医療事故につながる可能性のある問題点を把握し、再発防止策を講じるための機会と捉える。そのため、全職員を対象にインシデントレポート・オカレンスレポートの報告を義務付ける。報告した事を持って、当該職員に不利益な処分は行わない。

5. 医療事故発生時の方針

医療事故発生時には、患者の救命を最優先とし、医療上の最善の処置を講ずるとともに、患者・家族に誠実に説明を行う。事故の内容を明らかにし、再発防止策を早急に検討し、職員に周知徹底する。

6. 職員の医療安全研修に関する方針

医療安全に関する基本的な考え方や、医療事故防止の方策を周知徹底することで職員の安全に対する意識を高め、安全な業務の遂行のための能力の向上を図る。

7. 情報共有に関する方針

本指針は当院のホームページに掲載する。指針に関する問い合わせは医療安全推進室が対応する。

8. 患者相談対応に関する方針

患者ならびに家族からの医療安全に関する相談は医療安全推進室が窓口となる。

9. 医療安全管理指針の見直し及び周知について

本指針は必要に応じて見直し、改定すると共に、研修等を通じて職員に周知する。