

# I .医療安全管理組織体制

## 1 .釧路赤十字病院 医療安全管理指針

### (指針)

日本赤十字社がめざす医療の実現に向けて、医療安全の観点から釧路赤十字病院の基本指針を次のように示す。

当院の理念である赤十字精神をたずさえて温かみのあるより良い医療を提供するためには、質の高い安全な医療を実践し、検証、計画、再び実践と日々進歩しなければならない。医療はより高度になり、複雑化している現実には職員個人の能力に依存した医療安全管理は困難である。当院で診療を受ける方々の安全を確保するためには、当院においては組織的に取り組み、そのための体制を構築し、それが円滑に機能する仕組みを作り上げる必要がある。また、職員の能力向上がより安全な医療の提供には不可欠であり、個人に対する教育・研修も組織的に行うことは当然である。

医療事故を未然に防ぐ取り組みのみならず、医療事故に際しては患者の救命を迅速に行い再発防止のための対応を全病院で行う必要がある。そして、個人の責任追及よりも組織として全職員が改善のための事故分析を行い、再発防止に努力するものである。

### (組織及び体制)

当院の医療安全対策、患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき以下の役職および組織等を設置する。

- 〔役職〕
- ・医療安全推進室長
  - ・医療安全管理者
  - ・医薬品安全管理責任者
  - ・医療機器安全管理責任者
  - ・医療事故・紛争担当者
  - ・医療安全推進担当者（リスクマネージャー）

- 〔組織〕
- ・MRM（メディカルリスクマネジメント）委員会
  - ・医療事故調査委員会
  - ・医療事故対応委員会

- 〔体制〕
- ・医療に関わる安全確保を目的とした報告
  - ・医療に関わる安全管理のための研修

## **(医療安全推進室の設置)**

医療安全管理のための基本理念に則り医療安全管理対策を総合的に企画、実施し、組織横断的に院内の安全管理を担うため医療安全推進室を設置し、次のとおりの機能を有する。

1. 医療安全に係る指導に関すること。
2. 医療安全に係る情報の管理に関すること。
3. 医療安全に係る会議等に関すること。
4. 医療安全に係る教育に関すること。
5. 医療事故の調査に関すること。
6. その他、医療における安全管理に関すること。

## **(医療安全推進室長の配置)**

医療安全推進室の責任者として医療安全の総括的役割を果たす。

1. 安全管理の指針の策定及び安全管理体制の構築。
2. 医療安全に関する職員への教育・研修実施・評価
3. 安全の確保に関する活動管理
4. 医療事故への対応
5. 安全文化の醸成

## **(医療安全管理者の配置)**

院内の各部門の医療安全推進担当者（リスクマネージャー）と連携を図り、医療安全対策を組織横断的に実行する。医療安全推進活動の実践的管理者の役割を果たし、医療安全推進室長と協議し、次のとおりの具体的な活動を行う。

1. 各種委員会の運営準備等、安全管理体制の構築
2. 医療安全に関する職員への教育・研修の実施
3. 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価
4. 医療事故への対応
5. 安全文化の醸成

### **(医薬品安全管理責任者の配置)**

医薬品に関わる安全管理に関する体制確保のために医薬品安全管理責任者を置く。

1. 医薬品の安全使用のための職員への研修実施
2. 医薬品の安全使用のための業務手順書の整備
3. 業務手順書に基づいた業務指導
4. 医薬品の安全使用に必要な情報収集及び職員への周知
5. 医薬品の安全使用を目的とした病院内ルールの見直し及び改善

### **(医療機器安全管理責任者の配置)**

医療機器の保守点検・安全使用に関する体制を確保するために医療機器安全管理責任者を置く。

1. 医療機器の安全使用のための職員への研修実施
2. 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検
3. 医療機器の安全使用に必要な情報収集及び職員への周知
4. 医療機器の安全使用を目的とした病院内ルールの見直し及び改善

### **(医療事故・紛争担当者の配置)**

医療事故・紛争が発生した場合に病院の窓口となり、患者・家族へ対応する。

1. 本社・支部等関係機関への報告・連絡
2. 発生した医療事故・紛争に関連した会議の運営
3. 弁護士・保険会社等との連絡調整
4. 解決のための交渉
5. その他、医療事故・紛争に必要な事務手続き

### **(医療安全推進担当者の配置)**

各部門のすべての責任者は医療安全推進担当者（リスクマネージャー）である。これに関しては、「医療安全に関する責任者」および「リスクマネージャーについて」の中でこれを定める。

1. 各部門の医療安全の責任者（リスクマネージャー）
2. 院内の医療安全推進活動を所属職員に周知し、実践を指導する。

## **(MRM (メディカルリスクマネジメント) 委員会)**

安全管理に対する基本理念に則り、当院の安全管理に関する最高議決機関とした MRM 委員会を設置する。

## **(医療事故発生時の対応)**

医療事故が不幸にして起きた場合、救命措置を最優先することは当然であるが、速やかに「事故調査委員会」および「事故対応委員会」を設置する。

報告の手順は「医療事故・紛争対応マニュアル」要領による。

## **(インシデント・アクシデントの報告および分析)**

院内の医療安全管理資するようヒヤリ・ハット事例報告を促進するための体制を整理する。インシデント・アクシデントレポートの提出、レポート記載マニュアルおよび分析については別紙の手順による。

## **(医療事故の報告)**

医療事故が発生した場合、救命措置を最優先することは当然であるが、その報告の手順と対応に関しては、「医療事故・紛争対応マニュアル」要領による。

医療事故報告書については、報告書記載日の翌日より起算して 10 年間保存する。

## **(医療安全管理のための指針・マニュアルの整備)**

安全管理のため、当院において以下の指針・マニュアルを整備する。

## **(医療安全管理のための職員研修)**

一人一人の職員に安全に対する意識、安全業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識向上等を図り、全体の医療安全を向上させるために医療に関わる安全管理のための基本的考え方及び事故防止の具体的な手法等について全職員に対し、以下のような内容の研修を行うものとする。

- (1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容である。
- (2) 医療に関わる場所で業務に従事する人間すべてを対象とする。
  - ① 医療に係る安全管理のための職員必須研修（年 2 回程度）
  - ② 医薬品安全使用のための研修（必要に応じて）
  - ③ 医療機器の安全使用のための研修（医療機器導入等）
- (3) 実施内容について、その概要(開催日時、出席者、研修内容等)を記録し保存する。
- (4) 業務により参加できなかった職員に対しては研修資料を提示し、研修内容の周知徹底を図る。
- (5) 医療安全のための研修は、医療安全推進室長、外部講師を招聘しての講演、外部の講習会・研修会の伝達報告会などの方法で行う。

## **(院内ラウンド)**

病棟、外来及び各部門に対し、医療安全に関わるルールの認知度と実践状況を確認し再発防止策を徹底させるため、定期的に医療安全のためのラウンドを行い、実態把握と問題の抽出に努める。

但し、必要を認める場合は随時行うこととする。

- (1) 医療安全ラウンド 月 1 回
- (2) 医療機器ラウンド 月 1 回
- (3) 医薬品安全管理ラウンド 月 1 回

## **(医療安全情報の共有)**

安全で質の高い医療を提供するために必要な情報は、院内の職員全員で共有できるよう医療情報システムを通して周知。また、医療安全情報については「本社情報エクスプレス」「日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業」「患者安全推進ジャーナル」より収集し、適宜、ニュースを発行し情報共有を図る。

## **(本指針の周知および見直し、改正について)**

本指針の内容については、院長、医療安全推進室長、MRM 委員会等を通じて全職員に周知徹底する。MRM 委員会は、毎年 1 回、本指針の見直しを議事として取り上げ検討する。本指針の改訂は、MRM 委員会の決定により行う。

## **(医療安全管理指針の患者等に対する閲覧)**

医療安全管理指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努める。本指針はインターネットホームページに掲載し一般に公開する。

## **(患者相談窓口の設置)**

患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、患者相談窓口を常設する。医療安全に関する相談については、医療安全管理者が相談に応じる。