Ⅰ松戸市立総合医療センターにおける医療安全管理

Ⅰ-1　安全管理に関する基本指針

2018/12/12

松戸市立総合医療センター（以下、当院）は千葉県東葛北部の基幹病院として、患者に高度かつ良質の医療を提供することを責務としている。そしてその過程での安全確保は最も優先されるべき事項である。しかし、高度化、複雑化する医療環境においては、個人の努力のみで安全を確保するには限界があり、組織的な取り組みが必要である。そこで、当院が医療上の事故防止のために包括的に医療安全管理及びその推進を行っていくものとし、基本方針を定める。

1　安全管理に関する基本的な考え方

「人は誰でも間違える」という前提に基づき、エラーを誘発しない環境や、エラーが事故に発展しないシステムを組織全体として整備していくことが責務と考える。そして患者・家族からも協力を得ることで、より安全で質の高い患者参加型の医療を提供するべく全力で取り組むことを宣言する。

2　委員会・組織に関する事項

病院における医療上の事故防止対策は、病院長をはじめ医療安全局及び医療安全対策委員会を中心に病院全体で取り組む。さらに各部署に「リスクマネージャー」を配置する。医療上の事故発生時には「医療事故等対策委員会」を設置し、必要に応じて外部委員を含む「医療事故調査委員会」を設置する。

1）医療安全対策委員会

医療上の事故の発生防止、医療の安全性の向上等、医療安全管理に関する全般的事項を審議し決定する。特に病院全体に関わる重大なインシデント事例について、発生要因・防止対策を討議・検討し病院としての方向性を決定していく。

2）医療安全推進室

医療安全局は病院長直属の組織である。医療に係る安全管理を行う部門であり組織横断的に活動する。医療安全推進室には、常勤の医師・薬剤師・看護師・事務の職員を専任又は専従として配置する。医療安全対策委員会で決定された方針に基づ

き、組織横断的に安全管理対策を企画・立案・実施および改善する。主に、医療上の事故及びインシデント・アクシデントの情報収集・調査・分析を行い根本原因の究明をし、その具体的な事故防止対策を講じる。

3）医療安全管理者

(1) 医療安全管理責任者

医療安全管理部門の責任者として常勤の医師を、病院事業管理者が任命する。

(2) 医療安全管理者

医療安全に係る適切な研修（医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む 40 時間以上の研修）を終了した医療有資格者を、専従として置く。病院事業管理者が任命する。

(3) 医薬品安全管理責任者

医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員（薬剤師）を、医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者として置く。病院事業管理者が任命する。

(4) 医療機器安全管理責任者

医療機器の適切な使用方法、保守点検の方法、医療機器に関する十分な経験および知識を有する常勤職員（臨床工学技士）を、医療機器の使用に係る安全な管理のため責任者として置く。病院事業管理者が任命する。

(5) リスクマネージャー

各部署に配置し、インシデント・アクシデントレポートの原因分析、事故防止対策を検討し再発防止に努める。また、安全管理に関して所属職員に周知・徹底を図る。専従リスクマネージャーを医療安全推進室に配置し、統括的に院内の安全管理に努める。

3　職員の研修に関する事項

1）職員の安全管理に対する意識の啓発、安全に業務を遂行するための技能やチーム医療の一員としての意識の向上を図ることを目的として、職員に対する研修を行う。医療法施行規則第 1 条の 11 の規定により、全職員を対象に医療安全や医療上の事故防止に関する基本的な研修を年２回以上計画的に実施する。また、必要に応じて、各局・各部署においても随時実施する。

2）医療安全の日研修会

平成 17 年 10 月、当院において重大な医療事故があった。この医療事故をきっかけに 10 月 23 日を医療安全の日とし、10 月に研修会を開催する。対象は全職員とする。

4　事故報告等、医療安全確保を目的とした改善方策に関する事項

1）インシデント・アクシデントは迅速な報告を求めるとともに、その原因分析は当事者の責任を追及するのではない。起こったインシデントをシステムの問題として捉えて改善策を立て、医療の質向上に努める。

2）インシデント・アクシデント報告、合併症等報告、医療安全に関わる患者・家族からの相談や苦情は患者相談窓口と連携し医療安全推進室で分析を行い、必要な対策を検討する。改善策は各部署にフィードバックし、医療従事者全員に情報を共有することにより注意を喚起させ、再発防止を図る。

3）病院全体の問題として取り上げる必要がある事例は、医療安全対策委員会に進言する。

5　医療事故等発生時の対応に関する方針

1）第一に患者の生命と安全を最優先に考え、治療に最善を尽くす。
2）患者及び家族への連絡・説明は事実を速やかに、誠意を持って行う。
3）公表にあたっては、患者のプライバシー保護に十分配慮する。
4）病院全体の組織として判断を行い、医療行為の倫理性、透明性を確保し、迅速かつ適切な対応を行う。
5）具体的には「医療安全対策マニュアル」に沿って対応にあたる。

6　医療従事者－患者間の情報共有に関する基本方針

本指針はホームページに掲載し、一般に開示する。また、患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合は、これに応じる。

7　患者からの相談対応に関する基本方針

相談窓口を設置し、患者・家族等からの医療上の苦情、経済的・心理的及び社会的相談の対応、その他、意見・要望の受け入れなど、病院機能の改善に努力する。

8　その他医療安全推進に必要な基本方針

1）インフォームドコンセント、診療情報の開示及びセカンドオピニオン等により、患者が自らの治療方針を決定できる環境を整える。

2)「医療安全対策マニュアル」を作成し、職員に周知・徹底させる。
3)「医療安全対策文書」等により、院内及び院外の医療上の事故に関する情報を職員にタイムリーかつ迅速に発信し、安全意識の向上に役立てる。
4)「標準化」等、医療機関以外の企業でも採用している安全活動を積極的に取り入れる。
5) 院外研修、各種学会等に積極的に参加し、常に最新の医療安全管理、事故対策に関する知識・情報を得て、院内の安全管理に役立てる。
6) 医療安全推進室及び医療安全対策委員会は、他の関連委員会等と連携し，医療上の事故防止に取り組む。
7) 本基本方針は必要に応じて医療安全対策委員会を通じて見直す。

平成 19 年 3 月 1 日改訂
平成 21 年 4 月 1 日改訂
平成 23 年 11 月 1 日改訂
平成 24 年 9 月 1 日改訂
平成 25 年 10 月 1 日改訂
平成 28 年 9 月 27 日改訂
平成 29 年 3 月 8 日改訂
平成 30 年 2 月 21 日改訂
平成 30 年 8 月 8 日改訂
平成 30 年 12 月 12 日改訂