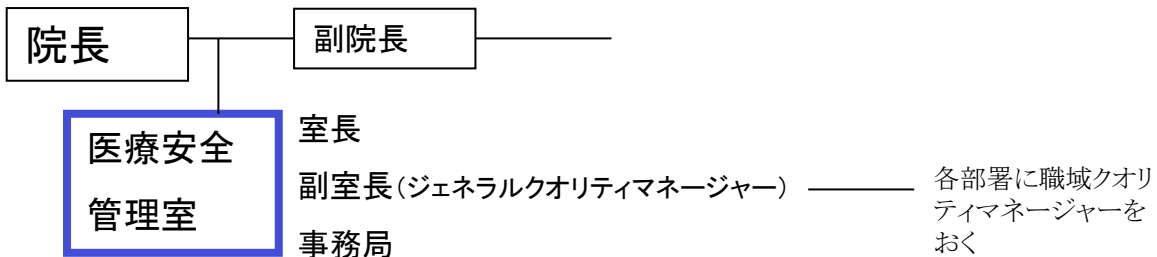


6、「目に見えるリスクマネジメント」：具体的な戦略と作戦

6-1: 医療安全管理体制

6-1-1 ●当院の医療安全管理体制

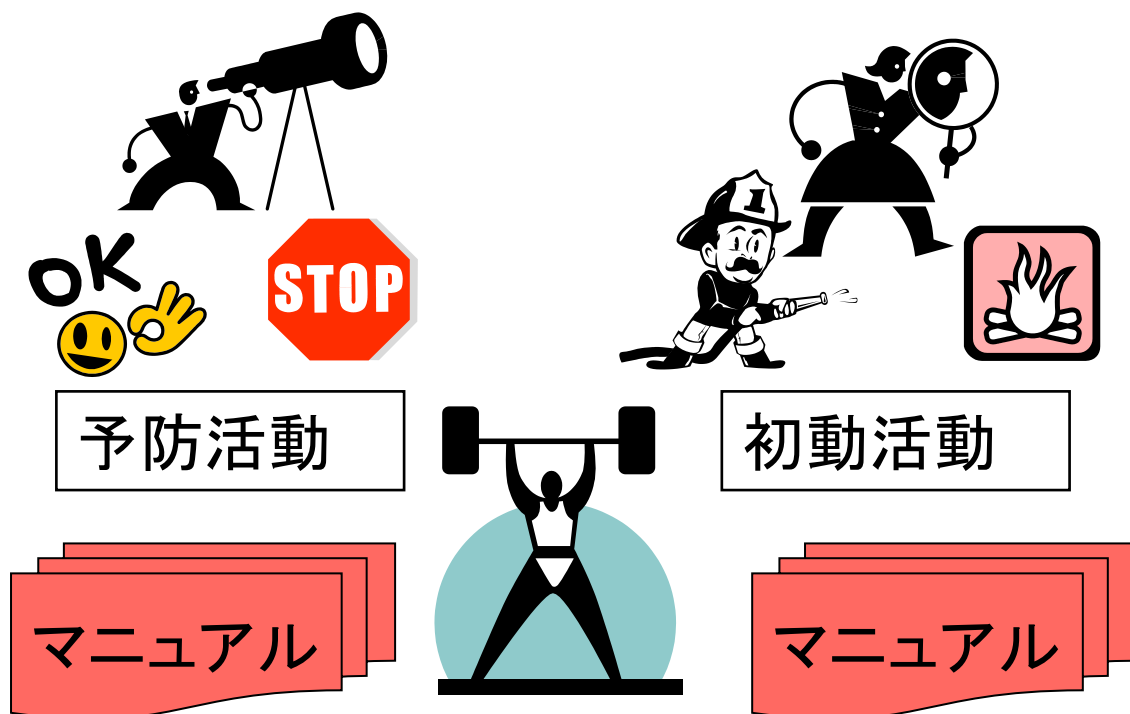


医療安全管理室は
院長直属機関です。

①運営連絡会議(医療安全に関する委員会に相当)

②質と安全の合同会議(医療安全に関する委員会に相当、教育および接遇に関することを兼ねる)

③職員の医療安全研修会：年2回



医療安全管理室は、予防活動と初動活動を最重視しています

6-1-2 ●医療安全管理指針



医療安全対策
文書 No.767

船橋市立医療センター医療安全管理指針 (平成21年6月2日改定)

1	本指針の策定及び変更	医療法施行規則にしたがい船橋市立医療センター医療安全管理指針を定める。本指針は、医療安全管理室及び関係会議等で起案・審査し、院長が承認する。必要に応じて適宜改訂する。
2	当院における医療安全管理の基本理念	<p>どのような医療行為にも何らかのリスクは存在する。このような医療の不確実性を認識し、次の3点を当院における医療安全管理の基本理念とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 品質マネジメントシステム(QMS)を活用し、医療の質を向上させることにより安全性を確保する。 2) 患者・家族参加型で目に見えるリスクマネジメントを行う。 3) 過失の有無を問わず、有害事象が発生したら、患者・家族に対して真摯に対応するとともに、再発防止のための対策等を実施する。
3	当院における質と安全の管理体制	<ol style="list-style-type: none"> 1) 品質マネジメントシステム(QMS)を活用して、医療の質と安全の管理を行う。 2) 次の組織等を設けて質と安全を確保する。適宜、医療安全対策文書等で院内周知を図る。 <ol style="list-style-type: none"> ① 医療安全管理室：QMSの管理統制本部 ② 運営連絡会議および質と安全の合同会議(兼：教育および接遇に関すること)：院長が主催する「医療に関わる安全管理のための委員会」であり、各部署の責任者等(各部署の職域クオリティマネージャー：QM)が参加する部門横断会議。 ③ 患者相談窓口：患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる。 ⑤ 職域クオリティ・マネージャー(QM)：各部署における安全管理を行う。 3) 医療安全に関する職員研修・勉強会等を実施する。 4) 報告システムにより情報を収集し、分析・評価し改善策を実施する。
4	医療安全管理室(H16.7.1設置)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医療安全管理室は質と安全に関する院長直属機関である。 2) 医療安全管理室に室長・副室長(統括品質管理者：GQM)・主幹を置く。室長はQMSの確立・実行・維持の責任者である。 3) 分掌事務：以下①から⑧に関すること：①医療事故に係る問題点の把握及び解決、②医療安全対策の立案及び実施、③関係部署等との連携及び協力、④各部署のクオリティ・マネージャーの指名、⑤医療安全対策の実施結果の評価、⑥医療安全環境の整備、⑦患者及びその家族と医療従事者との相互信頼及び協力関係の確立、⑧その他。 4) 文書等の作成：品質マニュアル、医療安全対策文書、医療安全対策ルールブック、医療安全管理室掲示板、医療安全管理指針、その他 5) 情報セキュリティ：ISO 27001の国際規格にしたがう。
5	医薬品安全管理委員会(H19.6.7設置)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医薬品の安全管理体制の確保を目的として委員会を設置し、責任者を置いた。平成21年4月から、薬事委員会の中の業務とする。 2) 業務：業務手順書作成とそれに基づく業務の実施、職員研修の実施、改善策の実施、その他
6	医療機器安全管理委員会(H19.6.7設置)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医療機器の安全管理体制の確保を目的として委員会を設置し、責任者を置いた。平成21年4月から、医療機器・ガス・廃棄物安全管理委員会の中の業務とする。 2) 業務：職員研修の実施、保守点検計画とその実施、改善策の実施、その他
7	職域QMの業務	各部署内の医療安全管理と事故防止、部署間の連携と調整、部署内の力量向上、報告、事故発生時の部署内対応、その他
8	有害事象発生時の対応	過失の有無は問わず有害事象が発生した場合には、病院の総力をあげて患者の治療に全力を尽くす。できるかぎり早期に家族へ連絡し、担当者が適宜説明を行う。その後も病院として真摯に対応するとともに、有害事象の経緯を明らかにし、原因究明と再発防止を図る。院長は、必要に応じて会議・委員会等の設置を指示する。
9	患者相談窓口	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当者：医事課、看護部 2) 患者等への明示：患者・家族の安全対策20か条、院内掲示、ホームページ内掲示 3) 業務：患者等からの相談・意見・苦情等に対応する。患者等が不利益を受けないように配慮する。必要に応じて各部署の責任者・医療安全管理室に連絡する。
10	本指針の閲覧等	患者等が本指針を閲覧可能とするために、本指針をエントランス・ホール及びホームページの医療安全管理室掲示板に掲示する。

6-1-3 ●医療安全に関する文書整備

1)医療安全対策文書

医療安全対策文書とは、システム改革を文書化したものです。平成14年9月から平成21年1月まで6年5ヶ月の期間に、No. 1からNo. 730までが文書化されました。



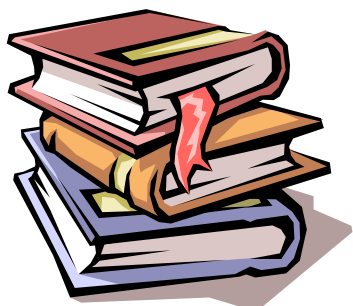
この医療安全対策文書は、当院における医療安全管理の仕組みそのものです。

2)医療安全対策ルールブック



各委員会・各部署で過去に決めた約束事項のいくつかがあやふやになっています（ベテランはルールの内容や存在を忘れていて、新入職員はオリエンテーションで何もきいていない）。そこで、平成15年4月に、医療安全に多少なりとも関係するルールを収集し、ルールブックを作成しました。年度初めに改訂されます。各部署に配付しますので、活用してください。なお各委員会・各部署で新しいルールができた場合は、それに従ってください。

3)RMライブラリー



平成15年6月、当院の図書室内にリスクマネジメント・ライブラリーを開設しました。当院の図書館にある蔵書でリスクマネジメントに関係するものをリスト化し、単行本はリスクマネジメント関係としてコーナーを設けました。雑誌内にある文献も容易に取り出せるようにしてあります。これらの閲覧・貸し出しを希望する職員は図書司書までお申し出ください。

医療の分野でも「ほうれんそう」



報告

- 上司に結果と経過を報告すること
- マイナス情報は即座に報告すること
- タイムリーに事実を正確に報告すること

連絡

- 必要情報は関係部署に連絡すること
- 連絡していないと事故が起こりやすくなります。
- 正確な情報を伝えること

相談

- 事後相談より事前相談が重要です。
- 「おや」「？」と思ったら、まず立ち止まってください。
- 「まあいいや」としないで、誰かに相談してください。

ビジネス界の新人教育では「ほうれんそう」という言葉が登場します。仕事において重要なキーワード「報告、連絡、相談」の頭文字からできた言葉です。

医療の分野でも「ほうれんそう」は大切です。報告、連絡、相談の中で最も重要なのは「相談」です。「？」と思ったら自分だけで判断しないで、必ず誰かに相談してください。参考までに次のページに「新人ナース用学習計画ハンドブック（ビジネスブレイク平成12年4月1日発行）」より「こんな場合には報・連・相」を掲載しておきます。

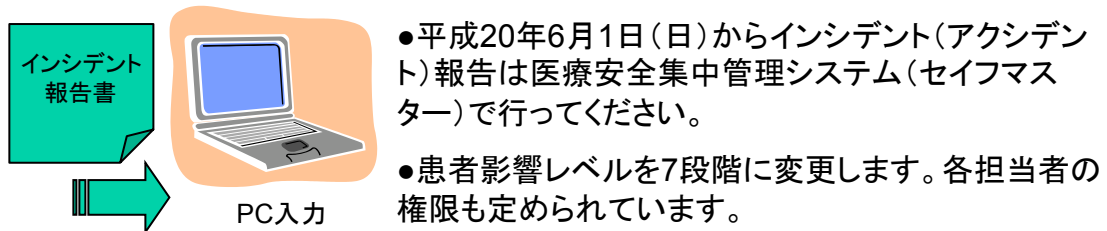
こんな場合には「報・連・相」

新人ナース用学習計画ハンドブック

ビジネスブレイン平成12年4月1日発行

- 1) 指示された仕事が一区切りついたとき、完了したとき
- 2) 事故が起きたとき
- 3) 器物を破損したとき
- 4) クレームがあったとき、
クレームにならないまでも自分に落ち度や失礼があったとき
- 5) 仕事が予定より長引くことがわかったとき
- 6) 会合、打ち合わせなどに行くとき、帰ったとき
- 7) 長期の仕事を受けているとき、途中で
- 8) 日常の指導者以外から、指示・命令を受けているとき
- 9) 始めて経験する仕事にとりかかるとき
(知識がある場合でも自分の考え、判断の正否を確認する意味で行う)
- 10) 個人的なことでも、職場管理に関わる出来事が発生したとき
(結婚、退職、病気、休暇)
- 11) 院内で受診するとき
- 12) 「自分の能力」に不安を感じる仕事にあたったとき
- 13) 職場の人間関係に悩みがあるとき
- 14) 個人的な悩みで仕事に打ち込めないとき
- 15) 一度教えてもらった仕事でも、理解できないとき
- 16) 患者さまの様子が「いつもと違う」と感じたとき
- 17) ME機器の様子が「いつもと違う」と感じたとき、
壊れていると気づいたとき
- 18) ME機器の使用法が、いまひとつよく理解できていないとき、
不安なとき

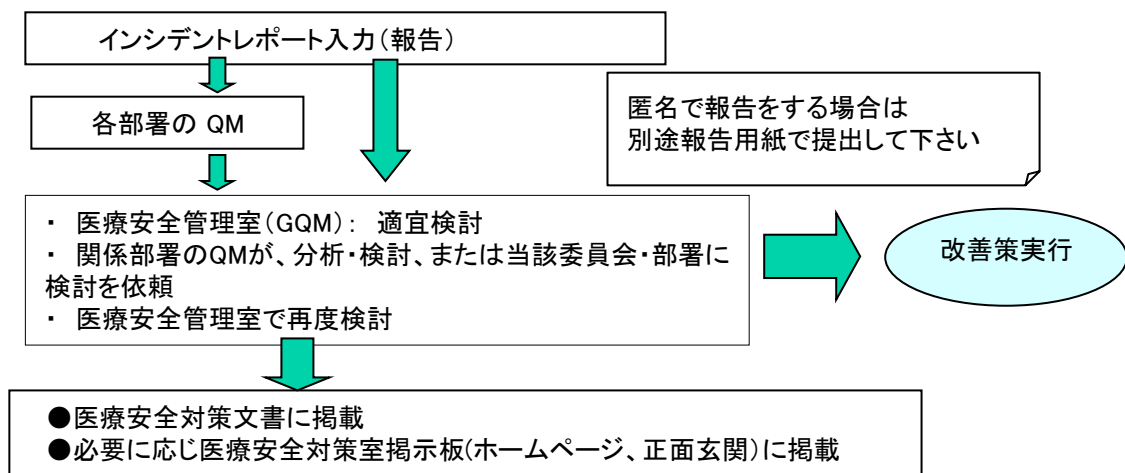
インシデントレポート提出方法



1. 入力基準、入力方法

入力基準	<ul style="list-style-type: none"> ◆インシデント報告は個人の責任を追及するものではなく、医療事故防止対策の一環として事例の傾向を把握し、問題点を抽出し、対策に役立てるために使用するものです。従って実際に起きた事例だけでなく、ヒヤリ・ハットしたこと、危険を感じたこと、カットしたことなども報告して下さい。 ◆インシデント入力時は、速やかに当該QMに、口頭でも報告して下さい。 ◆同一事例に対して、複数の方が入力する場合は考えられるときは、事例関与者が各々の立場から入力して下さい。 ◆患者影響レベル3b以上で、医療安全管理室が必要と判断した場合は、当該部署の責任者に対して「医療事故報告書」の提出を指示する場合があります。 ◆委託職員は、別途報告用紙に記入し、当該部署に提出して下さい。 ◆匿名で報告をする場合は、別途報告用紙で報告して下さい。(①医療安全管理室、②医局秘書室内のレターケース、③C館4階の投函箱に投函) ◆各部署のQMは、入力内容を確認後、必要時コメントを入力して「閉じる」または「確認済み」を選択し、速やかに対応して下さい。
入力方法	◆「セイフマスター」簡易マニュアル、「セイフマスター」部署責任者向け簡易マニュアルを参照。

2. インシデント入力(報告)後の流れ



【統計資料】 3b以上の医療過誤(平成20年度)

3b:1例、 4:ゼロ 5:ゼロ

6-1-6 ●医療安全管理室と責任当直医への報告

医療安全管理室と責任当直医への 報告マニュアル (No.38, 301の改訂)

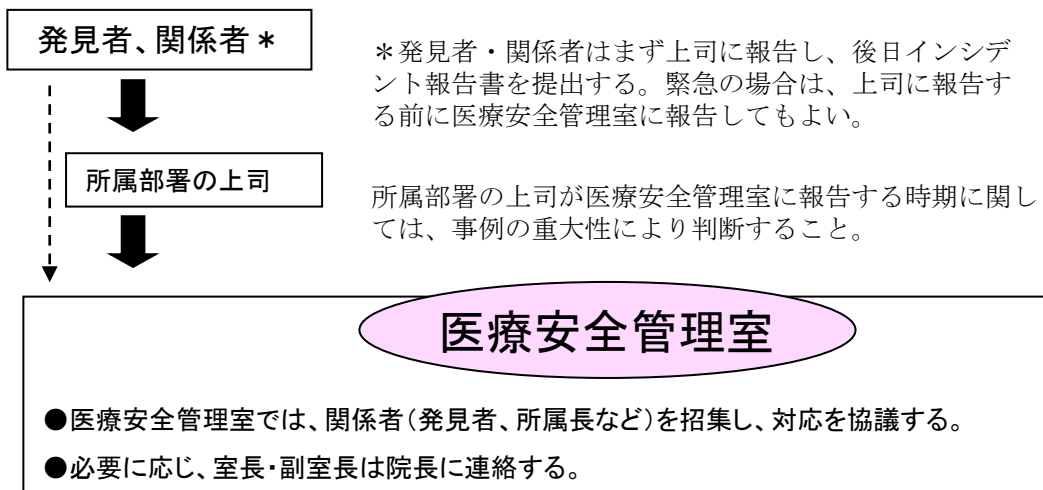
医療安全対策
文書 No.596



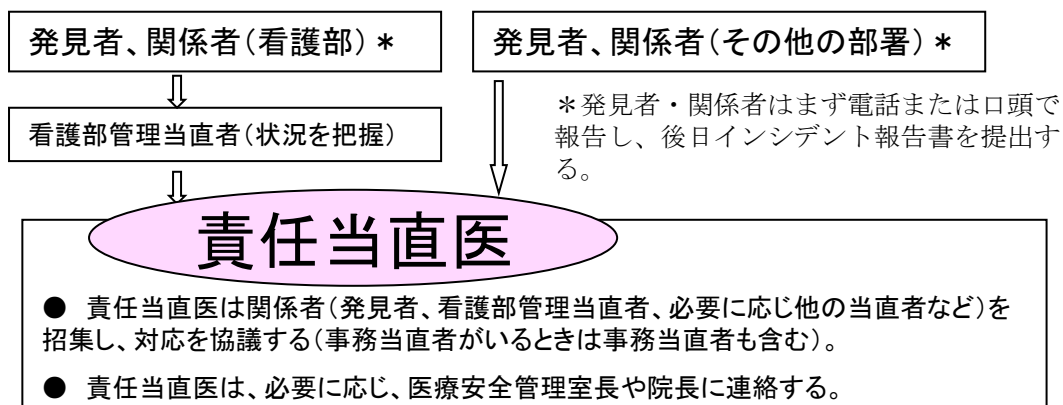
本マニュアルは、医療安全管理室（室長・副室長）・責任当直医師への報告事項および報告方法に関して定めたものです。該当する事項がありましたらこのマニュアルにしたがって行動してください。なお発見者および関係者が複数の場合、報告が重複されてもかまいません。当該者は必ず報告してください。



1) ウィークデイの日勤における報告のフロー



2) 夜間、休日における報告のフロー



発見者・関係者が報告すべき事項（ウィークデイの日勤は医療安全管理室へ、夜間・休日は責任当直医へ）

発見者・関係者が報告すべき事項		
A すべての 部署・場所 に共通する 報告すべき 事項	1	患者の予期せぬ死亡・心停止・呼吸停止
	2	診断の誤りまたは遅れにより重大な障害が生じた、または生じる可能性がある場合
	3	誤って行われた手技、処置（例：部位の誤りなど）
	4	治療行為に伴う重大な合併症（医原性の消化管穿孔、血胸、気胸、腹腔内出血など）
	5	患者誤認による重大な障害
	6	検査結果の誤り（内容の誤り、値の誤りなど）により重大な障害が生じた場合
	7	医療機器や手術機器による傷害
	8	輸血過誤
	9	重大な薬剤投与エラー
	10	重大な院内感染
	11	造影剤・薬剤投与による重大な副作用（死亡、後遺症、ショック状態、入院または入院期間の延長が必要となる場合、特別な治療が必要となる場合など）
	12	転落や転倒による重大な傷害（骨折、脳挫傷など）
	13	院内で受傷した火傷、熱傷、化学的熱傷
	14	薬剤の血管外漏出による重大な障害
	15	誤嚥による窒息
	16	院内で発症した重大な他疾患（入院中の脳卒中、心筋梗塞、肺塞栓など）
	17	患者の自殺、自殺企図、自傷行為
	18	患者が診療を拒否し、それにより重大な状態変化が発生したまたは予想される場合
	19	暴行事件（患者・家族、外来者、職員に対するもの）
	20	児童虐待
	21	患者の無断連れ出し、患者誘拐、新生児の連れ出し・誘拐・置き去り
	22	院内での盗難事件
	23	当院から他院に転院後、何らかの重大な問題が発生した場合
	24	医療費に関する何らかのトラブル
	25	その他報告した方がよいと考えられる場合
B 救急外来 における報 告すべき 事項	1	当院退院後7日以内に心停止・呼吸停止などで救急搬入された場合（悪性腫瘍などの末期を除く）
	2	診断の遅れ、誤りなどにより重大な障害が生じたまたは生じる可能性がある場合
	3	なんらかの緊急事態により患者の診療ができなかった場合
	4	患者を診察後他院に搬送したが、その後何らかの重大な問題が発生した場合
	5	集団事故、集団災害
C 手術室に おける報 告すべき 事項	1	手術中の心停止、死亡
	2	誤認手術（患者誤認、部位誤認）
	3	予期せぬ損傷や摘出、予期せぬ再手術
	4	麻酔事故、挿管・抜管による損傷（歯牙損傷など）
	5	手術または処置でガーゼ・針などの紛失、体内遺残
	6	誤った手術方法の実施
	7	予想以上の大量出血
	8	医療器具の不良による手術の中止や医療事故の発生
	9	不慮の清潔区域の汚染（ハエの飛来など）
	10	手術前後における搬入・搬出中に起きた患者の障害

責任当直医マニュアル
(No.89, 118, 308の改訂)

医療安全対策
文書 No.597

責任当直医は
院長代行なんだ。



責任当直医は、夜間・休日の院長代行です。本マニュアルにしたがって院内の危機管理にあたってください。

No.	業務	内容
1	困難な事態における相談と指示と解決のための行動	院内の職員が困ったときには、責任当直医に連絡することになっている(患者・家族に関する事、職員に関する事、警備に関する事、災害に関する事など)。これらの相談にのり、院長代行として適切な指示を行うこと。また、困難な事態を解決するために自ら行動すること。
2	重大事例・判断に困るときの協議	重大事例・判断に困る事例に関しては、看護管理当直者および必要に応じ他の当直者と協議し、院内関係部署に指示・連絡を行うこと。
3	連絡	必要に応じ、医療安全管理室長や院長に連絡すること。
4	責任当直医日誌	責任当直医日誌に必要事項を記載すること。必要に応じ、翌日の責任当直医に申し送りを行うこと。日誌は医療安全管理室の副室長が定期的に行う確認する。日誌の用紙の補給は医療安全管理室の事務員が行う。
5	職員の感染対策など	職員の針刺し事故における対応に関しては、医療安全対策ルールブック内の院内感染対策委員会の部分を参照して適切に対応すること。
6	検食	検食を行い、検食簿に必要事項を記載すること
7	参考資料	医療安全対策文書および医療安全対策ルールブックを参考にすること。

夜間、休日における報告のフロー

