

静岡県立静岡がんセンター 医療安全管理指針

平成 20 年 7 月 14 日 策定

平成 21 年 11 月 2 日 一部改正

平成 23 年 12 月 8 日 一部改正

平成 24 年 10 月 22 日 一部改正

平成 26 年 4 月 1 日 一部改正

平成 27 年 6 月 15 日 一部改正

平成 27 年 9 月 7 日 一部改正

平成 28 年 8 月 22 日 一部改正

平成 29 年 11 月 27 日 一部改正

平成 30 年 2 月 26 日 一部改正

目 次

- I 目的
- II 医療安全に関する基本的考え方
- III 医療安全管理体制の整備
- IV 職員の教育・研修
- V 医療事故防止のための具体的方策
- VI 医療事故発生時の対応
- VII 信頼性確保のための取組み
- VIII インシデント・アクシデントの公表
- IX その他

I 目的

この指針は、静岡県立静岡がんセンター（以下「静岡がんセンター」という。）における医療安全管理体制に関する事項について定める。

- 1 医療に係る安全管理に関する基本的考え方
- 2 医療に係る安全管理のための委員会等の組織・体制に関する基本的事項
- 3 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本的事項
- 4 医療に係る安全確保のための改善方策に関する基本方針
- 5 医療事故発生時の対応に関する基本方針
- 6 医療の信頼を確保するための取り組みに関する基本方針
- 7 医療の透明性を高めるためのインシデント・アクシデントの公表に関する基本方針
- 8 その他医療安全の推進のために必要な基本方針

II 医療安全に関する基本的考え方

1 安全な医療の確保

医療は、患者と医療従事者の信頼関係のもとに、救命や健康回復のために行われるものであり、患者の安全がすべてに優先して確保されなければならない。よって、医療従事者には、常に最大限の能力が発揮できるよう医療に当たるとともに、高い倫理観と知識・技術を備え、日々自己研鑽し医療の質の向上に努めることが求められている。

今日の医療は、様々な職種からなる医療従事者、医薬品や診療材料、医療機器等の施設・設備、病院組織とこれを運用するシステムにより提供されており、これらのいずれに問題があっても安全な医療を提供することはできない。このため、医療安全対策は、医療従事者個人の質の向上とともに、病院システム全体の問題としてとらえ、実施する必要がある。

重要なことは、「人は誰でも間違える (To Err Is Human)」ことを前提として、事故を起こさない仕組みを追求することであり、病院システムの中で、間違いを誘発しない環境を整え、起こった事例については分析し事故を未然に防ぎ再発を防止する仕組みを整備し、事故そのものを起こさない対策を組織的に講じていかなければならない。

医療は、患者と医療従事者とが互いの信頼関係に基づき協力して取り組むべきものであり、患者の主体的な参加が不可欠である。そのため医療従事者は、患者が自らの治療法を選択できるよう、分かりやすい言葉や方法で説明し、患者の十分な理解と納得のもとに医療提供をする。

また、県立病院の社会的責任を果たすために、県民に対し積極的に情報提供を行い、医療の透明性を高め、信頼確保に努める。

2 用語の定義

医療事故 (アクシデント)	医療従事者が予想しなかった悪い結果が患者に起こった象とする。
インシデント	患者に障害を及ぼすことがなかったが、日常診療の現場などヒヤリとしたりハットした事象とする。

3 インシデント・アクシデント分類基準

レベル	傷害の 継続性	傷害の 程度	傷害の内容
レベル0	—	—	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
レベル1	なし	—	患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
レベル4a	永続的	軽度～ 中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル4b	永続的	中等度 ～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル5	死亡	—	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

III 医療安全管理体制の整備

静岡がんセンターにおける医療に係る安全管理と医療の質の管理のための体制は以下の役職及び組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理責任者
- (2) 医療に係る安全管理及び医療の質向上のための委員会（以下「院内 RMQC 委員会」）
- (3) 医療に係る安全管理を行う部門（以下「RMQC 室」）
- (4) 医療安全管理監
- (5) 医療安全管理者

- (6) 医薬品安全管理責任者
- (7) 医療機器安全管理責任者
- (8) 医療安全推進者（以下「RMQC マネージャー」）
- (9) 静岡がんセンターの安全管理と質の向上のための取り組みの妥当性を検証するための部門（以下「QI 室」）

1 医療安全管理責任者の配置

医療安全管理責任者は、次に掲げる要件を満たす者とし、RMQC 室、院内 RMQC 委員会、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を統括する。

- ア 医療安全、医薬品安全、医療機器安全について必要な知識を有すること。
- イ 副院長（副院長と同等の者を含む）のうち病院長が指名するもの。
- ウ 静岡がんセンターの常勤職員で、医師又は歯科医師の資格を有すること。

2 院内 RMQC 委員会の設置

- (1) 医療安全と質の向上の体制を確保し推進するために院内 RMQC 委員会を置く。
- (2) 院内 RMQC 委員会は、病院、マネジメントセンター、疾病管理センター及び事務局の責任者が指名する者をもって構成する。
- (3) 院内 RMQC 委員会は次に掲げる事項を所掌する。
 - 1) 医療安全対策に関すること。
 - ア 医療安全対策の検討及び研究に関すること。
 - イ 医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること。
 - ウ 医療事故防止のための職員に対する指示に関すること。
 - エ 医療事故防止のために行う提言に関すること。
 - オ 医療事故発生防止のための啓発、教育、広報及び出版に関すること。
 - カ 院内 RMQC 委員会で立案された改善策の実施状況の把握・分析・改善に関すること。
 - 2) 医療の質及び患者満足度の向上に関すること。
 - ア 医療の水準及び患者満足度の向上に関する方針の決定
 - イ 医療の水準及び患者満足度の向上に関する指導と教育
 - ウ 医療の水準及び患者満足度に関する広報
- (4) 院内 RMQC 委員会で決定した事項のうち重要な事項については、病院管理会議に報告する。
- (5) 院内 RMQC 委員会は、原則として月 1 回の定例会を開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
- (6) 院内 RMQC 委員会委員長は、必要があると認めるときは、部会またはワーキンググループを設置し、事案の検証、対応方針などを検討するものとする。
- (7) その他、委員会の運営で必要な事項について別に定めるものとする。

3 RMQC 室の設置

(1) RMQC 室は、院内 RMQC 委員会で策定された方針に基づき、組織横断的に病院内の医療安全と医療の質の向上を担う部門であって、次に掲げる職員で構成する。なお、原則として、医療安全管理業務に専従する医師、看護師及び薬剤師を配置する。

ア RMQC 室長

イ RMQC 室長補佐（室長不在時の代行者）

ウ 医療安全管理監

エ 医療安全管理者

オ 医薬品安全管理責任者

カ 医療機器安全管理責任者

キ 診療部門の職員（複数の診療科の医師）

ク 薬剤部門の職員

ケ 看護部門の職員

コ 事務部門の職員

サ 高難度医療技術を用いた医療の提供に関する責任者

シ 未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関する責任者

ス 手術部に所属する職員

セ その他室長が必要と認めた者

(2) RMQC 室は、次に掲げる業務を行う。

ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、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記録すること。

イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録すること。

ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週 1 回程度開催すること。

エ 院内 RMQC 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他院内 RMQC 委員会の庶務に関すること。

オ 医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認と指導に関すること。

カ 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と指導に関すること。

キ 医療事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と指導に関すること。

- ク 医療安全に係る連絡調整に関すること。
- ケ 医療安全対策の推進に関すること。
- コ 医療安全の確保に資する診療状況の把握に関すること。
- サ 医療安全に係る職員の意識向上の状況の確認に関すること。
- シ 死亡の確実な把握のための体制の確保に関すること。

4 医療安全管理監の配置

医療安全管理監は、RMQC 室が担当する上記業務を行うものとする。

5 医療安全管理者の配置

- (1) 医療安全管理者は、次に掲げる基準を満たすものであること。
 - ア 医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のいずれかの資格を有していること。
 - イ 医療安全に関する必要な知識を有していること。
 - ウ 院内 RMQC 委員会の構成員であること。
- (2) 医療安全管理者は、次の業務を行う。
 - ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
 - イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、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を推進すること。
 - ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
 - エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
 - オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
 - カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、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を支援すること。

6 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品安全管理責任者は、医薬品の安全使用のための研修の実施、手順書の作成、情報の収集等の業務を行う。

7 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器安全管理責任者は、医療機器の安全使用のための研修の実施、保守点検に関する計画の策定及び適切な実施、情報の収集等の業務を行う。

8 RMQC マネージャーの配置

RMQC マネージャーを、各部門に配置し、医療安全管理者と連携してインシデント・アクシデント報告制度の推進、原因分析、医療安全対策の周知徹底を行い、医療安全を推進する。

9 QI 室の設置

- (1) 医療安全と医療の質の改善策の妥当性を検証するためにマネジメントセンターに、QI 室を置く。
- (2) QI 室は、QI 室長及びその他関係する職員をもって構成する。
- (3) QI 室は、次に掲げる業務を行う。
院内 RMQC 委員会、RMQC 室等の業務について、妥当性の検証を行い、必要に応じて助言等を行う。

IV 職員の教育・研修

静岡がんセンターは、すべての職員が安全に関する必要な知識・技能を維持・向上できるように、次に定める事項に基づいて、十分な研修体制を整備する。

- ア 職員全体が共有すべき倫理意識と医療安全に対する意識を高めるための教育・研修とする。
- イ 職種、部門、職位にふさわしい医療安全管理能力が得られる教育・研修とする。
- ウ 教育・研修は年2回程度開催する。また、必要に応じて、適宜、開催する。

V 医療事故防止のための具体的方策の推進

1 マニュアルの整備

静岡がんセンターは、医療安全のための業務マニュアルを策定し、医療現場で日常的、潜在的な危険を予測し、医療事故を未然に防ぐための方策を、すべての職員が実施できるように整備する。

- ア マニュアルは院内 RMQC 委員会及び関係委員会等において策定することとし、また、SCC ノーツ「業務マニュアル」に掲載して共有化を図る。
- イ 静岡がんセンターは、マニュアルどおり実施されているか確認し、業務マニュアルを必要に応じて変更する。

2 インシデント・アクシデント報告制度

静岡がんセンターは、医療安全が確保されるよう、診療場面で生じたインシデント・アクシデントについて、すべての職員を対象とした報告体制を次に定める事項に基づいて整備する。

- ア 報告すべき事例及びその方法を定め、全職員に周知し報告を促進する体制
- イ 報告された事例から、リスク要因を把握し効果的な安全対策を講ずる体制
- ウ 改善策が、周知され遵守されているか、またその効果について評価し見直す体制
- エ 報告された収集事例は、発生の領域・原因等の定量的分析を行い効果的な医

療安全対策に活用する。なお、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行われることはない。

3 人員の活用及び健康管理

(1) リスクを考慮した人員の配置

医療安全を確保するためには、業務の質や量、及び職員の資質や能力に応じて人員体制を整備することが重要である。静岡がんセンターは、リスクの高い部署、リスクの高い時間帯、職員の能力を把握し、必要な人員の配置に努める。

(2) 職員の健康管理

静岡がんセンターは、職員が健康を保持しつつ業務に当たることができるよう、職場環境の整備に努める。

VI 医療事故発生時の対応

1 事故発生時の病院における対応について

(1) 初動体制

ア 医療事故が発生した場合、医療従事者は連携して患者の救急処置を行う。また、他の患者にその影響が拡大しないよう迅速に対処する。

イ 静岡がんセンターは、緊急時に応援を呼集できるよう、予め応援体制を整備し、職員に周知する。

(2) 事故発生時の報告体制

医療事故が発生した場合は、職員は、「インシデント・アクシデント報告システム実施要綱」及び「医療事故発生時の対応マニュアル」により報告する。ただし、緊急時は直ちに病院長に報告することとし、その後速やかに手順により報告する。事故発生時の報告体制については、休日・夜間においても滞りなく実施できるよう職員に対し周知する。

(3) 患者・家族への対応

ア 初期対応の後、できるだけ早い段階で、患者及び家族などに対し、発生した事実や行った処置等について、誠実かつ分かりやすく説明を行う。

イ 説明は、原則として担当医師が行う。必要に応じて RMQC 室の長を含めた医療従事者が同席する。

ウ 原因が明らかでない場合は、十分な調査検討を行った上で、できる限り早い時期に説明することを約束し、理解を得るよう努力する。

エ 説明を行ったときは、日時、説明者、説明を受けた人、同席者、内容、質問、返答等を診療録に記載する。

(4) 事故の分析と医療安全対策への反映

医療事故が発生した場合は、院内 RMQC 委員会において、事実の詳細把握や原

因分析などを行い、医療安全対策への反映を図る。

また、病院長は必要に応じて「医療事故調査委員会」を開催し、原因の究明と再発防止策等を検討する。医療事故調査委員会は、必要に応じて、専門知識を有する第三者に委員会への参加を求め、意見聴取するなど、調査の専門性と客観性を高める。

2 外部機関への届出

(1) 保健所への報告

病院長は、平成14年1月4日付け健医第647号健康福祉部長通知「病院の医療事故等への対応について」で定める「医療事故等」が発生した場合は保健所に報告する。

(2) 警察への届出

医師は、医師法第21条により、病院内で患者が死亡し、異状があると判断した場合は、病院長と協議し、所轄警察署に届け出なければならない。届出に当たっては、事前に家族に説明する。

(3) 日本医療機能評価機構への報告

日本医療機能評価機構「病院機能評価認定に関する運用要項」に定める重大な医療事故が発生した場合は、当該事故が発生した日から45日以内に、同要項に定める「医療事故報告書」を提出する。

(4) 登録分析機関への報告（医療法施行規則第12条）

医療法施行規則第9条の23第1項第2号に定める事故等事案が発生した場合は、当該事故が発生した日から原則として2週間以内に事故等報告書を登録分析機関に提出する。

(5) 医療事故調査・支援センターへの報告

医療法第6条の10に定める医療事故が発生した場合は、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を医療事故調査・支援センターに報告する。

VII 信頼確保のための取組み

医療の信頼を確保するためには、医療への患者の参加を推進し、透明性を高めることが必要である。このためには、患者と医療従事者の対話により、相互理解をより一層深める必要がある。

静岡がんセンターは、患者が主体的に医療に参加できるように、以下の項目について整備する。

1 医療従事者と患者との情報共有

(1) 患者が自ら治療法等を理解し、選択できるようにするために、医療従事者

は、分かりやすい説明に努めるとともに、その説明内容を診療録や看護記録等に記載する。

- (2) 医療従事者は医療を提供する際には、その内容を日々の診療の場で患者に説明するとともに、想定しない結果が生じた場合は、患者に対して遅滞なく説明をする。

2 相談窓口の設置

- (1) 患者からの相談に適切に応じる体制を確保するため、次に定める事項に基づいて、相談窓口を設置し、患者などからの苦情や相談に応じられる体制を確保する。

ア 患者相談窓口の活動趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。

イ 相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、相談内容の報告等に関する規定を整備する。

ウ 患者や家族等が相談を行うことにより不利益を受けないよう、適切な配慮を行う。

- (2) 相談窓口で受けた苦情や相談は、医療安全対策等の見直しにも活用する。
- (3) 上記の相談窓口は、疾病管理センターよろず相談に設置する。

3 本指針の閲覧

患者等が本指針を閲覧するために、疾病管理センター(よろず相談、あすなろ図書館等)に本指針を配架する。

VIII インシデント・アクシデントの公表

静岡がんセンターは、医療の透明性を高め医療事故防止の取組みを推進するとともに、他の医療機関での医療事故防止に資するため、インシデント・アクシデントについて次に定める事項に基づき自主的に公表等を行う。

1 インシデント・アクシデントの公表

- (1) インシデント・アクシデント報告の件数をホームページに公表する。
- (2) 公表する医療事故は、別に定める基準に基づき判断する。なお、公表する際には患者、家族から公表及びその内容について同意を得た上で公表する。

2 医療安全推進のための取組み

インシデント・アクシデント事例のうち、事故後の対応、再発防止策等が、他の医療機関等の医療安全の推進に資すると判断される事例については、その概要を(公財)日本医療機能評価機構に報告する。

IX その他

1 高難度新規医療技術

高難度新規医療技術を用いた医療の提供については、別途定める規定により実施する。

2 未承認新規医薬品等

未承認新規医薬品等を用いた医療の提供については、別途定める規定により実施する。

附則

この指針は、平成 20 年 7 月 14 日より施行する。

附則

この指針は、平成 21 年 11 月 2 日より施行する。

附則

この指針は、平成 23 年 12 月 8 日より施行する。

附則

この指針は、平成 24 年 10 月 22 日より施行する。

附則

この指針は、平成 26 年 4 月 1 日より施行する。

附則

この指針は、平成 27 年 6 月 15 日より施行する。

附則

この指針は、平成 27 年 10 月 1 日より施行する。

附則

この指針は、平成 28 年 8 月 22 日より施行する。

附則

この指針は、平成 29 年 11 月 27 日より施行する。

附則

この指針は、平成 30 年 2 月 26 日より施行する。