

医療安全管理指針

第1. 医療安全管理に関する基本的な考え方

当院は、患者が安心して安全な医療を受けられることを最優先に考え、病院理念でもある患者の立場に立った医療を実践するために、職員一人一人が、医療人としての職業倫理を持ち、患者との信頼関係を構築することで患者にとってより安全性の高い、より質の高い医療・看護を提供していく。

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題であり、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す「安全文化」を組織に醸成し定着していくことが求められている。

「人間は過ちを起こすもの」ということを前提とし、職員個人の問題としてとらえるのではなく、組織的に病院全体で事故防止対策に取り組むものである。

第2. 医療安全管理のための体制に関する基本的事項

当院において、以下の事項を基本として、医療安全管理体制の確立に努める。

1 医療安全管理規程について

- (1) 当院は、施設内関係者に協議に基づき医療安全管理委員会で医療安全管理規程を策定及び改定する。
- (2) 医療安全管理規程には、以下の事項を規定する。
 - ア 医療機関における医療安全管理に関する基本的な考え方
 - イ 医療安全管理のための施設内体制の整備
 - ウ 医療安全管理委員会の設置及び所掌事務
 - エ インシデント（ヒヤリ・ハット）事例の報告体制
 - オ 医療事故報告体制
 - カ 医療事故発生時の対応
 - キ 医療安全管理のための職員研修について
 - ク 患者等に対する医療安全管理規程の閲覧について
 - ケ その他、医療安全に関する事項
- (3) 医療安全管理規程の閲覧について
医療安全管理規程については、患者及び家族等に対し、その閲覧に供することを原則とし、各患者等の申し出に対し容易に閲覧できるように配慮する。

2 医療安全管理委員会の設置

- (1) 当院は、医療安全管理委員会（以下「委員会」という）を設置する。
- (2) 委員長は院長とし、委員は副理事長（診療部）、事務局長、事務部、薬剤部、看護部、在宅医療部、放射線部、検査部、栄養管理部、地域医療部の医療安全の

責任者、医療安全管理者等をもって構成する。

- (3) 委員会では、医療事故防止対策の検討、医療事故防止のために行う提言、職員に対する指示・啓発・教育・広報などの協議を行い、月1回開催するものとする。

3 医療安全管理部門の設置

- (1) 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当院内の安全管理を担うため、医療安全管理部門を設置する。
- (2) 医療安全管理部門は、医療安全管理者、各部門責任者、医薬品安全管理者、医療機器安全管理者、患者相談窓口責任者で構成され、以下のような業務内容がある。

ア 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関すること。

イ 医療安全に関する日常活動に関すること

医療安全に関する病院内の巡回、点検、評価、マニュアルの遵守状況、改善策の実施状況、調査、見直しに関すること。

マニュアルの作成及び点検、改訂に関すること。

医療事故およびインシデント（ヒヤリ・ハット）報告の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価。

医療安全に関する職員への啓発、広報、教育研修の企画・運営。

医薬品及び医療機器の安全使用・管理体制の整備に関すること。

⑥ 医療安全管理に係る連絡調整。

ウ 医療事故発生時の指示、指導等に関するもの

診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成について、職場責任者に対する必要な指示、指導。

② 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必要な指導。

③ 院長又は医療安全管理者の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を招集。

④ 事故等の原因追及が適切に実施されていることの確認と必要な指導。

⑤ 医療事故報告書の保管

エ その他、医療安全対策の推進に関すること

4 医療安全管理者

病院全体にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理を組織横断的に行うための中心的役割を担う。

5 医薬品安全管理者

- (1) 当院は、医薬品の使用に際して、医薬品の安全使用のための体制を確保し、医薬品に係る安全管理のための体制を確保するために、医薬品安全管理者を置く。
- (2) 医薬品安全管理者は、次の業務を行う。
 - ア 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成。
 - イ 従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施。
 - ウ 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施。
 - エ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施。
 - オ 医薬品の安全使用のための業務手順書を必要に応じ、改定し遵守を促す。

6 医療機器安全管理者

- (1) 当院は、その管理する医療機器に係る安全管理のための体制を確保するために、医療機器安全管理者を置く。
- (2) 医療機器安全管理者は、次の業務を行う。
 - ア 従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施。
 - イ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施。
 - ウ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施。

7 患者相談窓口の設置

- (1) 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、院内に相談窓口を設置する。
- (2) 患者相談窓口の活動の趣旨、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。
- (3) 患者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、管理者への報告などに関する規程を整備する。
- (4) 相談により、患者等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- (5) 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理部門に報告し病院の安全対策の見直し等に活用する。

8 医療安全管理指針の患者等に対する閲覧について

医療安全管理指針は、患者や家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、各患者等の申し出に対し容易に閲覧出来るように配慮するとともにホームページ等にて広報する。

第4. 医療安全管理のための方策の推進

- 1 インシデント（ヒヤリ・ハット）事例の報告
 - (1) 委員会は、医療事故の予防・再発防止に資するため、医療事故ならびにインシデントの報告を制度化し、その収集を促進する。
 - (2) インシデント事例については、職員が当該事例を体験したり、クレームを受けた場合は、報告書に記載し、48時間以内に部門長まで提出・報告する。部門長は、確認後24時間以内に医療安全管理者まで提出・報告する。
 - (3) 各部門の責任者は、インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクレベルのチェック、今後の対応策等の必要事項を記載して、医療安全管理部門に提出する。
 - (4) インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書を提出した職員に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
 - (5) インシデント（ヒヤリ・ハット）報告書等は、医療安全管理部門において、分析・検討が終了するまで保管する。
- 2 医療安全管理のための職員研修

当院は、個々の職員の安全に対する意識、安全に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の向上等を図るため、医療に係る安全管理の基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

 - (1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
 - (2) 医療に関わる場所において業務に従事する者を対象とする。
 - (3) 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
 - (4) 実施内容について記録を行う。

第5. 医療事故発生時の対応

当院における医療事故の報告制度、患者・家族への対応及び医療事故調査・支援センター並びに警察署等への届出の対応は以下のとおりとする。

- 1 初期対応

いかなる事故であっても、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え、行動する。事故発生時、発見者は第一に患者の状況を把握し、バイタルサイン等からその緊急時に応じた行動をとる。
- 2 事故後速やかな連絡と対応

事故が起きたら職員は所属長（不在の場合はそれに準ずる者）へ報告を行う。緊急の場合は直ちに口頭で報告し、報告書は速やかに提出する。そして、所属長は直ちに院長、副理事長、事務局長、医療安全管理者に報告する。

3 医療事故調査・支援センターへの報告

当院に勤務する医療従事者が提供して医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡であって、その死亡を予期しなかったものが発生した場合には、直ちに医療事故調査・支援センターへ報告すると共に必要な調査を行い、その結果を医療事故調査・支援センターに報告する。

4 診療録への記録

医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療記録、看護記録等に詳細に記載する。初期対応が終了後、速やかに記載する。出来る限り経時的に、事実を客観的かつ正確に記載する。

5 届出

(1) 医療過誤により死亡又は重大な障害が発生した場合、またはその疑いがある場合、院長は緊急会議を開催し、届出について協議して対応する。

(2) 届出を行うに当たっては、事前に患者、家族に説明を行う。

(3) 院長は、所轄官公署に対する報告が必要と認めるときは当該官公署に速やかに報告する。

(4) 院長は、届出の判断が困難な場合には、所轄官公署を協議してその指示を受ける。

6 現場の保全

患者に使用した医薬品や医療機器、医療材料、寝具類は破棄せずそのままの状態で保存する。必要に応じてデジタルカメラ等を用いて、現場の状況を記録しておく。

7 事故の分析と再発防止

医療事故の発生状況等の事実を確認し、事象を整理した後、医療事故の原因分析を行い、再発防止策を検討する。そのために、医療事故調査委員会を設置する。医療事故調査委員会は院長、副理事長、医療安全管理者、各部門の責任者で構成する。

8 当事者への対応

医療事故発生直後において、当事者は自信喪失、不安、恐怖など様々な思いで混乱している。これらは、業務の集中を妨げ、第二、第三の事故のリスクを高めてしまう可能性もあるため、当事者の心理的支援に努める。

9 患者、家族への対応

患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、

病院の幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門の責任者等も同席して対応する。

第6. 本指針の見直し、改正

医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを行うものとする。本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

(附則) 本指針は、平成28年10月1日改定
平成29年5月26日改定
平成29年9月25日改定

医療法人 創生会 渡辺胃腸科外科病院