

豊岡中央病院 医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

当院は、患者が安心して安全な医療を受けることができる環境を整え、良質な医療を提供することを通して地域社会に貢献することを目指す。

【医療安全に対する当院の基本的な考え方】

安全で良質な医療を提供することは、我々医療従事者の責務であり継続的課題である。しかし、近年、医療の高度化並びに専門化により業務は複雑化し、医療機器の数、種類も増えている。また、入院患者の高齢化等も伴って医療事故の発生要因はますます多くなっている。さらに、医療従事者の仕事は堪えず緊張を強いられ、その中には慣れやすい業務も存在することから、「過度の緊張」と「慣れ」が事故を引き起こす要素となり得る。

これらを踏まえて、病院に医療安全管理室、医療安全管理対策委員会を設置し医療安全管理活動を行なうが、万が一医療事故が発生してしまった場合も、その本人のみを追求するのではなく、それと同時に管理として、システムとしての改善点はないか、等の視点を加えて再発防止を考える。「誰でも事故を起こす可能性はある」という自覚のもと、他人のエラーから学ぶ姿勢を徹底させたい。しかし、起きてしまった医療事故、ニアミスの実態把握、分析だけではエラーを減少させることはできない。そこで、発生する前に対策を立ててエラーを防止するというリスク管理の視点を持つことが重要となる。

職員一人一人が「患者は人権を持った主体的存在として尊重され、安全で質の高い医療を受ける権利がある」ことを良く理解し、医療安全管理活動そのものが安全で質の高い医療提供を目指していくプロセスであるという認識を高め、病院長を中心に全職員を包括して病院全体で活動を行う。

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む

(2) インシデント

ミスが発生したが、患者に障害を及ぼすに至らなかったもの

日常医療の場でミスは発生しなかったが「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした出来事

(3) 職員

本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(4) 医療安全管理者

医療安全対策に係る適切な研修を修了した職員であり、病院長の指名により、当院全体の医療安全管理を中心的に担当する者であって、専任、兼任の別を問わない

診療報酬の「医療安全対策加算」の施設基準に規定する「医療安全管理者」とは限らない

(5) 医薬品安全管理責任者

医薬品安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長の指名により、当院全体の医薬品安全管理を中心的に担当する者であって、専任、兼任の別を問わない

(6) 医療機器安全管理責任者

医療機器安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長の指名により、当院全体の医療機器安全管理を中心的に担当する者

1-3 組織および体制

当院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき当院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理者
- (2) 医薬品安全管理責任者
- (3) 医療機器安全管理責任者
- (4) 医療安全管理対策委員会

2 医療安全管理対策に係る組織

2-1 医療安全管理室の設置

本指針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、病院長直轄の部門として医療安全管理室を設置する。構成及び業務に関しては「医療安全管理室の業務指針」に定める。

2-2 医療安全管理対策委員会の設置

本指針に基づき、医療安全管理対策について周知徹底するため、医療安全管理対策委員会を設置する。構成及び業務に関しては「医療安全管理対策委員会規約」に定める。

3 報告等に基づく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

3-1 報告とその目的

この報告は医療安全を確保するためのシステムの改善や教育、研修の資料とすることのみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。

具体的には、①当院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価、点検等に活用しうる情報を院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、医療事故等の報告を行なうものとする。

3-2 報告に基づく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、当院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、速やかに報告するものとする。（報告すべき具体的項目及び報告手順は医療安全管理マニュアル参照）

① 医療事故

医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合は、発生後直ちに所属長へ、所属長からは直ちに所属部長、医療安全管理室、病院長へと報告する。

② 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例は、速やかに所属長へ報告する。所属長は医療安全管理室へ報告する

③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況については、所属長に報告する。

(2) 報告の方法

① 前項の報告は、原則として別に定める書面をもって行う。ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。

② 報告は、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成する。

③ 自発的報告がなされるよう、報告者名を省略して報告することができる。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理室は、前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、医療の安全管理対策上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、当院の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理対策委員会は、医療安全管理室と連携しすでに策定した改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを常に点検、評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

3-4 その他

- (1) 医療安全管理者および医療安全管理対策委員会の委員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本項の定めにしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

4 安全管理対策のための指針及びマニュアルの整備

4-1 医療安全管理マニュアル等

安全管理対策のため、当院において以下の指針、マニュアル等（以下「マニュアル等」という）を整備する。

- (1) 医療安全管理指針（本指針）および医療安全管理マニュアル
- (2) 院内感染対策指針および院内感染対策マニュアル
- (3) 輸血マニュアル
- (4) 医薬品の安全使用のための業務手順書
- (5) 褥瘡対策マニュアル
- (6) その他

4-2 安全管理マニュアル等の作成と見直し

- (1) 上記のマニュアル等は、関係部署共通のものとして整備する。
- (2) マニュアル等は、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアル等は、作成、改変のつど、医療安全管理対策委員会に報告する。

4-3 医療安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) 医療安全管理マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成、検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、医療安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2) 医療安全管理マニュアル等の作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論においては、すべての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

5 医療安全管理のための研修

5-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理対策委員会は、1年に2回以上、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、当院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 当院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理対策委員会は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修テーマ等）を記録し、2年間保管する。

5-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、病院長ないし医療安全管理者等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会ないし研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

6 事故発生時の対応

6-1 救命措置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、可能な限り、何よりもまず当院の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、当院のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報、資材、人材を提供する。

6-2 報告手順

- (1) 事故が発生した場合は事故の状況、患者の現在の状態等を、所属長を通じてあるいは直接に病院長・医療安全管理室等へ迅速かつ正確に報告する。（医療安全管理マニュアル医療事故発生時の連絡体制参照）報告すべき事例の範囲は指針3-2に準じる。
- (2) 病院長は、必要に応じて医療事故対策委員会を緊急招集、開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実および報告の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-3 患者・家族・遺族への説明

- (1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現

在実施している回復措置、その見直し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。

(2) 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-4 医療事故調査と医療事故調査支援センターへの報告

(1) 制度の対象となる医療事故が発生した場合、医療事故調査制度に則り対応する。

7 その他

7-1 本指針の周知

本指針の内容については、病院、医療安全管理者、医療安全管理対策委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改訂

(1) 医療安全管理対策委員会は、必要に応じて本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。

(2) 本指針の改訂は、医療安全管理対策委員会の決定により行なう。

7-3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。また、本指針についての照会には医療安全管理者が対応する。

7-4 患者からの相談への対応

医療安全対策に係る患者・家族からの相談に対しては、相談窓口の担当者と連携を図り誠実に対応し、必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

- ◎ 平成 22 年 4 月 1 日 策定
- ◎ 平成 22 年 12 月 1 日 一部改訂
- ◎ 平成 24 年 4 月 1 日 一部改訂
- ◎ 平成 28 年 3 月 1 日 全面改訂
- ◎ 平成 28 年 10 月 1 日 一部改訂
- ◎ 平成 29 年 3 月 1 日 一部改訂
- ◎ 平成 30 年 6 月 14 日 一部改訂
- ◎ 平成 31 年 2 月 14 日 一部改訂