

# 相生病院 医療安全管理指針

## 1. 安全管理に関する基本的考え方

医療現場では医療従事者のちょっとした不注意等が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。我々医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程にいくつかのチェックポイント設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故という形で患者に実害がないような仕組みを院内に構築することも重要である。本方針はこのような考え方のもと、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。本院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員の積極的な取り組みを要請する。

### 1-2 安全管理のために委員会その他の組織に関する基本的事項

本指針で使用する主な用語の定義は以下の通りとする

- 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.本院:医療法人相生会 相生病院
- 3.職員:本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、看護補助、事務職員などを含む
- 4.上席者:当該職員の直情で管理的立場にある者
- 5.医療安全推進者:医療安全管理に必要な知識及び技能を有する職員であって、病院長の指名により、本院全体の医療安全管理を中心的に担当する者。(医療安全管理者と同義、以下同じ)であって、専任・兼任の別を問わない。診療報酬の「医療安全加算」の施設基準に規定する「医療安全管理者」とは限らない

## 2. 安全管理のために委員会その他の組織に関する基本的事項

### 2-1 医療安全委員会の設置

本院内における医療安全対策を総合的に企画・実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

### 2-2 委員の構成

- (1) 医療安全管理委員会の構成は以下の通りとする
  - ① 理事長
  - ② 医療安全推進者
  - ③ 看護師長
  - ④ 薬剤部長
  - ⑤ 事務長
  - ⑥ 医事課長
  - ⑦ 管理栄養士
- (2) 委員の会議には必要に応じて病院長が同席する
- (3) 委員の指名及び役職は院内掲示などの方法により公表し、本院の職員及び、来院者に告知する
- (4) 委員長に事故がある際は理事長が職務を代行する

## 2-3 組織及び体制

本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、本方針に基づき本院に以下の役職及び組織などを設置する。

1. 医療安全推進者
2. 医療安全管理委員会
3. 医療にかかる安全確保を目的とした報告

## 2-4 任務

医療安全管理委員会は主として以下の任務を負う

- (1)医療安全管理委員会の開催及び運営
- (2)医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討、及び職員への周知
- (3)院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案
- (5) その他、医療安全の確保に関する事項

## 2-5 委員会の開催及び活動記録

- (1)委員会は原則として、月一回程度定期的に開催する他、必要に応じて委員長が招集する。
- (2)委員長は、委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保管する。
- (3)委員長と、委員会における議事の内容および活動の状況において、必要に応じて病院長に報告する。

# 3 安全管理のための職員研修に関する基本方針

## 3-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1)医療安全管理委員会は予め作成した研修計画に従い、年に二回程度全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (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、本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、受講するように努めなくてはならない。
- (4)病院長は本方針 5-1 の定めに関わらず、本院内で重大事故が発生した後等、必要があると認める時は臨時に研修を行うものとする。
- (6) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときはその概要(開催日時、出席者、研修項目)を記録し、2年間保管する。

## 3-2 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、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招致しての講習、外部の講習会 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。

# 4. 事故報告等の医療安全確保を目的とした改善のための方策に関する 基本方針

## 4-1 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本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これらの対象の実施状況や効果の評価・点検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うものとする。

## 4-2 報告に基づく情報収集

### 4-2-1 報告すべき事項

すべての職員は、本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、それぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

#### 4-2-1-1 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発生した場合は、発生後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全推進者より院長へと報告する。

4-2-1-2 医療事故にはいたらなかったが発見、対応が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例：速やかに上席者または医療安全推進者へ報告する。

4-2-1-3 その他、日常診療の中で危険と思われる状況：適宜、上席者または医療安全推進者へ報告する。

## 4-3 報告内容の検討等

### 4-3-1 改善策の策定

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

### 4-3-2 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は既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はかるものとする。

## 4-4 その他

(1)院長、医療安全推進者及び、安全管理委員会の委員は、報告された事例について職務上知り得たないよう、正当な理由なく第三者に告げてはならない

(2)本稿の定めに従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り扱いをしてはならない。

# 5. 医療事故発生時の対応に関する基本方針

## 5-1 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発生した場合には、可能な限りまず本院内での総力を主決して、患者の被害の拡散防止に全力を尽くす。また、本院内のみでの対応が不可能であると判断された場合には、遅延なく他の医療機関の応援を求め、必要ならあらゆる情報・資材・人材を提供する。

## 5-2 院長への報告等

(1)前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状況などを、上席者を通じてあるいは直接に病院長等へ迅速かつ正確に報告する。

(2)病院長は必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急召集開催させ、対応させることができる。

(3)報告を行った職員は、その事実及び報告の内容を、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。

## 5-3 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、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意を持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)報告を行った職員は、その事実及び、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. 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針

本方針は、医療安全マニュアルに掲載するとともに、ホームページに内容を開示して、いつでも閲覧できるものとする。

## 7. 患者からの相談への対応に関する基本方針

本方針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに患者及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。また本方針についての照会には医療安全推進者が対応する。

## 8. その他

### 8-1 本方針の周知

本方針の内容については、院長、医療安全推進者、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

### 8-2 本方針の見直し、改正

- (1)医療安全管理委員会は少なくとも毎年一回以上、本方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)本方針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

### 8-3 患者からの相談への対応

病状や治療方針等に関する患者からの相談に関しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師へ内容を報告する。

### 8-4 安全管理マニュアル等

安全管理のため、本院において以下の指針 マニュアル等(以下「マニュアル等」とする)を整備する。

- (1)院内感染対策指針
- (2)医薬品安全使用マニュアル
- (3)輸血マニュアル
- (4)褥瘡対策マニュアル
- (7) その他

### 8-5 安全管理マニュアル等の作成と見直し

- (1)上記のマニュアルなどは、関係部署共通のものとする。
- (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、改変の都度、医療安全管理委員会に報告する。

### 8-6 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1)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、自己を未然に防ぐ意識等を高め、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、安全管理マニュアル作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2)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、すべての職印員はその職種、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。

\*平成 30 年 6 月 1 日 医療安全管理指針

\*令和 5 年 4 月 1 日 医療安全管理指針

改正