

医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

医療の場では医療従事者の不注意が、単独あるいは重複したことによって医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねない。患者の安全を確保するためには、まず我々医療従事者の普段の努力が求められる。さらに日常診療の過程にいくつかのチェックポイントを設けるなど、単独の過ちが即ち医療事故という形で患者に実害を及ぼすことの無いような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故と医療施設全体の組織的な防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故を無くし、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。なお当院では、医療過誤の発生防止およびリスクマネジメントの推進のため、以下の活動理念に基づいて、計画・立案および対策の実施を行うこととする。

- (1) 失敗を個人のものとし、組織(チーム)全体のものとして捉える。
- (2) 全職員が失敗に学ぶ姿勢をもつ。
- (3) 失敗を共有し、失敗を活かすシステムづくりを目指す。
- (4) 失敗を隠さず報告できるよう、職員相互の信頼に基礎を置いたチームケアを目指す。

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下の通りとする。

- (1)医療事故: 医療の過程において患者に発生した望ましくない事象。また医療提供側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: 栗山病院(介護医療院)
- (3)職員: 本院に勤務する医療従事者、事務職員等すべての職種を含む。
- (4)上席者: 当該職員の直属の上司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および機能を有する者。下記2-2の(1)の②医療安全委員会の副

委員長以上をもって医療安全推進者とする。

1-3 組織体制及び運営

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指針に基づき本院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1)医療安全推進者
- (2)医療安全委員会
- (3)医療に係る安全確保を目的とした報告
- (4)医療に係る安全対策のための研修
- (5)医療事故調査

2 医療安全委員会

2-1 医療安全委員会の設置

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

2-2 委員の構成

(1)医療安全委員会の構成は、以下の通りとする。

- ①委員長: 病院長
- ②副委員長: 本院における安全委員の中から副委員長1名を選任する。
- ③委員: 本院の各部署より職種ごとに設置する。
看護介護 看護師長、看護主任
介護主任
デイケア リーダー
薬剤師
管理栄養士
リハビリ 主任
事務 事務長
以上、10名を基本とする。

(2)委員の氏名および役職は公表(院内掲示等)し、本院の職員および患者等来院者に告知する。

(3)委員長が事故等で長期不在となる場合は、副委員長がその職務を代行する。

2-3 任務

医療安全委員会は主として以下の任務を負う。

- (1)医療安全委員会の開催および運営。

- (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、再発防止策の検討および職員への告知。
- (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。
- (4)その他、医療安全の確保に関する事項。

2-4 委員会の開催および活動の記録

- (1)委員会は原則として、月一回定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (2)委員長は、委員会を開催した時は、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 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かの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従い医療事故の報告を行うものとする。

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、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、概ね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。

- ①医療事故は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、発生後直ちに上席者へ、上席者からは直ちに医療安全委員会及び委員長に報告する。
- ②医療事故には至らなかったが、発見・対応が遅れば患者に有害な影響を与えられる事例は、速やかに上席者または医療安全委員会に報告する。
- ③日常ケアのなかで危険と思われる状況は、適宜上席者または医療安全委員会に報告する。

(1)報告の方法

①前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う。但し、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。

(別添 インシデント・アクシデント報告マニュアル)

②報告は診療録・看護記録等、各自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上席者は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、且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を図るものとする。

3-4 その他

(1)医療安全委員会委員は、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第三者に漏えいしてはならない。

(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 安全管理のためのマニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル

安全管理のため本院において以下のマニュアルを整備する。

(1)医療事故防止マニュアル

(2)感染予防マニュアル

(3)褥瘡予防マニュアル

4-2 安全管理マニュアルの作成と見直し

(1)上記マニュアルは、関係部署の共通の物として整備する。

(2)マニュアルは、関係職員に周知し、また必要に応じて見直す。

(3)マニュアルは、作成・改変の都度、医療安全委員会に報告する。

4-3 安全管理マニュアル作成の基本的な考え方

- (1)安全管理マニュアルの作成は、多くの職員がその作成・検討に係ることを通して、職場全体に日常ケア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等を高め、広めるという効果が期待できる。全ての職員はこの趣旨をよく理解し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)安全管理マニュアルの作成、その他医療の安全、患者の安全確保に関する論議においては、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論議し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

5 医療安全のための研修

5-1 医療安全のための研修の実施

- (1)医療安全委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、概ね6か月に1回、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の実施する。(年2回)
- (2)研修は、医療安全の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法を全職員に周知徹底することを通して、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、研修を極力受講するよう努めなければならない。
- (4)病院長は、本指針 5-1の(1)の定めに関わらず、本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)医療安全委員会は、研修を実施した時にはその概要を記録して2年間保管する。
- (6)医療安全委員会は、新入社員に対し医療事故防止の重要性に鑑み、新入社員研修を行うものとする。その際、マニュアルの徹底および本指針の内容を十分に説明し教育する。
- (7)研修に参加できなかった職員に対して、後日再研修を実施して周知徹底する。

5-2 医療安全のための研修の実施方法

医療安全のための研修は、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習会、外部研修の伝達報告会、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、可能な限り本院内の総力を結集して、患者の救命、被害の拡大防止に全力を尽くす。また、本院内のみで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人材を提供する。

6-2 病院長への報告など

- (1)前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現況等を上席者を通して、あるいは直接病院長へ迅速かつ正確に報告する。
- (2)委員長は、必要に応じて医療安全委員会を緊急招集、開催し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、診療録看護記録等各自が患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿に記録する。

6-3 患者、家族、遺族への説明、医療事故調査・支援センターへの報告

- (1)事故発生後、救急措置の遂行に支障をきたさない限り、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、その客観的状況等を速やかに遺族に説明する。また対象となる医療事故の場合は、遺族への説明後に医療事故調査・支援センター(介護事故は富山県及び富山市)に報告する。
- (2)説明は病院長が行う。事務長、看護師長が同席する。面談後説明の内容、遺族の反応等詳細について記録した書面を診療録に添付する。

6-4 緊急医療安全委員会の招集

病院長指示のもと速やかに緊急医療安全委員会を開催し、事故発生から現在までの経過、家族への説明状況、対応など最新の情報を伝達し共有する。

7 患者からの相談への対応に関する基本方針

- (1)患者、家族からの意見、苦情、相談情報に応じられる体制の確保と、意見、苦情、情報などを医療安全対策等の運営改善に活用してサービス向上につなげるため相談窓口の設

- 置、及び、苦情相談窓口(事務長)を配置する。
- (2)相談を受けるにあたり、理解、納得、同意が得られるように患者、家族との間で十分に情報共有できるよう努めなくてはならない。
- (3)相談内容により、患者、家族に差別や不利益を与えないよう配慮する。

8 その他

8-1 本指針の見直し改正

- (1)医療安全委員会は少なくとも毎年1回以上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)本指針の改正は医療安全委員会の決定により行う。

8-2 本指針の閲覧

本指針は患者および家族から閲覧の求めがあった場合には、これに応ずるものとする。また、本指針についての照会には医療安全委員会が対応する。

8-3 その他医療介護事故等の発生の防止の推進のために必要な基本方針

- (1)療養生活上のリスク等について、確認につなげ予防措置を講じます。
- (2)家族等との情報共有を行い、事故等の発生防止につなげます。
- (3)医療介護事故防止対策のマニュアル等は、最新の知見や情報を反映させるよう適時改定を行います。

更新 令和7年4月1日

【医)基伸会 栗山病院】