

医療安全管理指針

千 木 病 院

21世紀に入り、日本社会はあらゆる分野で変化が求められている。これまでの価値観や制度が揺らいでいる現状、医療分野だけが例外というわけにはいかない。頻発する医療事故報道に対して社会の医療不信や不安はますます大きくなっている。

そのようななか、医療の安全と信頼を高めることが必須となっている。

そのためには、医療に携わっている職員1人ひとりが、患者の生命をあずかっているという意識を常に忘れず、医療に従事することが重要である。また、このような職員個人の努力に依存した取り組みのみでは限界があり、1人の人間のミスを最終的に事故に発展させないような組織的な取り組みを進めていくことも重要である。

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防止対策と、病院全体の組織的な事故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。

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、病院理念である「信頼される医療・看護・介護」の達成を組織全体で実現させなくてはならない。

1 総 則

1-1 基本理念

医療を受ける主体は患者本人であり、患者が求める医療を提供することを基本に、すべての職員は安全を最優先に業務に取り組む。

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) ひやり・はっと

医療事故に至らなかったが、事故に結びつきそうになった出来事。

(3) 本院

医療法人社団浅ノ川 千木病院

(4) 職員

本院に勤務する医師、看護師、准看護師、看護補助者（介護職員）、薬剤師、栄養士、検査技師、各療法士、事務職員等あらゆる職種を含む。

(5) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者。

1-3 組織および体制

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、本指針に基づき本院に以下の組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理委員会
- (2) リスクマネージャー会
- (3) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (4) 医療に係る安全管理のための研修

2 医療安全管理委員会

2-1 医療安全管理委員会の設置

本院内における医療安全管理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

医療安全管理委員会規程に定める。

2-3 任 務

医療安全管理委員会規程に定める。

2-4 委員会の開催および活動の記録

医療安全管理委員会規程に定める。

3 リスクマネージャー会

3-1 リスクマネージャー会の設置

医療安全管理対策を実効あるものとするため医療安全管理委員会の下部組織としてリスクマネージャー会を設置する。

3-2 委員の構成

リスクマネージャー会規程に定める。

3-3 任務

リスクマネージャー会規程に定める。

3-4 委員会の開催および活動の記録

リスクマネージャー会規程に定める。

4 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

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、ひやり・はっと事例等を検討し、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

(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

⇒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管理委員長→病院長へと報告する。

②ひやり・はっと

⇒速やかに上席者またはリスクマネージャーへ報告する。

③その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、上席者またはリスクマネージャーへ報告する。

(2) 報告の方法

- ①前項の報告は、医療安全管理マニュアルに定める様式をもって行う。ただし、緊急を要する場合には口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく様式による報告を行う。
- 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上席者は報告者名を省略して報告することができる。

4-3 報告内容の検討等

(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、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

医療安全管理委員会は、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。

4-4 その他

- (1) 病院長、医療安全管理委員会の委員およびリスクマネージャーは、報告された事例について職務上知り得た内容を、正当な事由なく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り扱いを行ってはならない。

5 医療安全管理のための指針・マニュアルの整備

5-1 医療安全管理マニュアル等

医療安全管理のため、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」という）を整備する。

- (1) 医療安全管理マニュアル
- (2) 医療機器の安全使用に関する運用管理規程
- (3) 医薬品の安全使用のための業務手順
- (4) 院内感染対策指針
- (5) 院内感染対策マニュアル

5-2 医療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、関係部署の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、医療安全管理委員会に報告する。

5-3 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等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。

6 医療安全管理のための研修

6-1 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したがい、1年に2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、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、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。

6-2 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、外部講師を招聘しての講習、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。

7 事故発生時の対応

7-1 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、まず、本院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また、重大な事故等により当院で対処できない場合は、医師の指示のもとに協力病院である「浅ノ川総合病院」もしくは「金沢医科大学病院」等と連絡を取り患者の搬送を検討する。

7-2 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、患者の現在の状態等を、上席者を通じてあるいは直接に主治医へ迅速かつ正確に報告する。緊急対応後はできるだけ速やかに上席者を通じて医療安全管理委員長に報告する。医療安全管理委員長は必要に応じ病院長へ報告する。

(2) 病院長は、必要に応じて委員長に委員会を緊急招集・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。

7-3 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。

8 その他

8-1 本指針の周知

本指針の内容については、病院長、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 本指針の見直し、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、医療安全管理委員会の協議により病院長が決定する。

8-3 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委員長が対応する。

8-4 苦情・相談への対応

患者及びその家族からの苦情・相談に対しては、医療安全管理委員会の下部組織として苦情処理部会を設置し、誠実に対応し、必要に応じ主治医、看護師長等へ内容を報告する。

8-5 附則

この指針は、平成 16 年 4 月 1 日より施行する

この指針は、平成 22 年 4 月 1 日より改定する