

< 医療安全管理指針 >

1. 安全管理に関する基本的考え方

安全な医療を提供していくためには、医療従事者ひとりひとりが危機意識を持ち、最大限の注意を払いながら日々の患者・利用者の医療・看護・介護に当たらねばならない。しかし、「人間であれば誰でもエラーをおかす」という事実を前提にすれば、高度化・複雑化する医療環境のなかでは、医療従事者個人の努力に依存した事故防止対策には限界がある。このため、当院では、組織的な医療事故等の防止について検討し、エラーを誘発しない環境や、起こったエラーが事故に発展しないシステムを組織全体として整備し、患者が安心して良質の医療を受けられるような環境を構築する。組織的な医療事故等防止対策の手段として、「リスクマネジメント」の考えを導入しリスクの把握、分析、対処、評価のプロセスが継続するようなシステムを構築する。そのためには、発生したエラーについては、これを隠蔽することなく、積極的に報告できる職場環境を確立し、報告されたエラーを教材として分析し、現場へフィードバックすることで再発の防止と、医療事故につながらない体制を整える。

2. 安全管理のための委員会その他の組織に関する基本的事項

- (1) 当院における医療安全管理対策を総合的に企画、決定、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。それぞれの部署ごとに医療安全小委員会を設置する。医療安全管理委員会は当院における医療事故等を防止し、医療事故が発生した場合の適切な対策を協議するとともに、医療の質の向上を図るために原則として、毎月1回定期的に開催する。重大な問題が発生した場合は適宜開催する。医療安全管理委員会は医療安全管理室からインシデント・アクシデントの報告を受け、現状を把握すると同時に、改善策の検討を行い、その改善策を医療安全管理室から病院全体に周知徹底する。「医療安全管理委員会」は、委員長は副病院長とし、事務長、看護部長、医局、薬剤部、検査部、臨床心理部、連携部、デイケア部、リハビリ部、栄養部、事務部、医療安全管理者が参加する。
- (2) 医療安全体制確保のための医療安全管理者及び、その他必要な職員で構成する医療安全管理室を設置する。
 - 1) 安全管理委員会で用いられる資料・議事録の作成及び保存、安全管理委員会の庶務に関することを行う。
 - 2) 事故等に関する診療録や看護記録等の記載が正確であるかの確認を行う。
 - 3) 患者・家族への説明など事故発生時の対応の確認をする。
 - 4) 事故等の原因究明が適切実施されているか確認する。
 - 5) 医療安全に係る連絡調整を行う。
 - 6) 医療安全対策の推進に関することを行う。

3. 安全管理のための職員研修に関する基本方針

医療安全管理についての基本的な考え方、及び事故防止対策について、すべての医療従事者の理解を深めるため、院内研修を年2回以上実施するほか、必要に応じて随時研修会を実施する。

4. 医療の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

- (1) 患者の医療安全確保、医療事故防止の観点から、医療を行う過程で発生した想定していなかった事象や好ましくない事象の発見者または当事者は所定の方法で報告する。
- (2) この報告は情報の収集・分析を行い医療事故を防止するための改善策を作成し、医療事故を未然に防止するシステムとする。
- (3) 医療行為を行う過程で、医療者からの不適切な行為があった場合、不適切ではなかったが予想されていない不都合な結果が生じた場合・医療行為に関する苦情・患者要因での不都合な事態などについて報告する。
- (4) 報告は、診療録・看護記録等に基づき事実のみを記載する。
- (5) リスクの分析・改善に際し、客観的事実から分析を行い個人の責任追及ではなく、システムの問題として捉え、再発防止に努める。
- (6) リスク改善の為、実施状況の調査及び見直しを医療安全管理委員会の構成員が巡回を行う。

5. 医療事故発生時の対応に関する基本方針

- (1) 対応
医療事故が発生した場合、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する。病院長は緊急対策を講じると共に必要であれば危機管理委員会を招集し再発防止及び対応方針を検討する。
- (2) 患者・家族への説明
主治医等は事故の内容及び予後を医療記録に基づき事実経過を正確に説明する。
- (3) 事故の報告
 - 1) インシデントが発生した場合は、速やかに報告すると共に必要に応じ患者・家族等にも速やかに説明する。
 - 2) 報告の対象
 - ①患者に障害が発生した場合
 - ②患者に障害が発生する可能性がある場合
 - ③患者家族から医療行為に関わる苦情
 - ④医療機器・医療材料の不具合
 - ⑤転倒・転落
 - ⑥無断離院
 - ⑦自殺・自殺企図
 - ⑧服薬ミス
 - 3) 報告体制
 - 1) インシデントレベル3a 以下
事故発生後72時間以内にインシデントレポートを作成し部署責任者から医療安全管理室へ提出する。
 - 2) インシデントレベル3b 以上
事故が発生した場合、速やかに部署責任者から医療安全管理室経由で病院長へ報告する。
インシデントレポートは24時間以内に医療安全管理室へ提出する。
 - 3) 危機発生時は報告フロー図を基に報告する。
 - 4) 事故発生時の対応、報告は速やかに行い、医療安全管理室から医療安全管理委員会に報告・検討する。

6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

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

- (1) 患者、家族からの苦情及び全般的な相談を受け、相談窓口は連携部で対応する。
- (2) 窓口の担当者は医療安全管理室と連携し相談内容によっては、適切な対応部門または、病院全体で対応する。
- (3) 相談等を行った患者・家族等に対して不利益な取り扱いを行ってはならない。
- (4) 相談を受けた内容等について職務上知り得た内容を正当な理由なく第三者に情報を提供してはならない。

8. その他安全のために必要な基本方針

医療事故防止対策の見直しを常に行い、その結果を速やかに従事者に周知するとともに、「事故防止マニュアル」の改訂を随時行う。安全管理のシステムについては、各部門の特殊性を出来るだけ取り除き共通の安全管理システムとする。

以上
病院長 直江 寿一郎