

医療安全管理指針

亀田北病院

亀田北病院 医療安全管理指針

1. 総 則

1-1 基本理念

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意等が、医療上予測しない状況や、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。

われわれ医療従事者には、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、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単純、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのない仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針は、亀田北病院（以下当院とする）における医療事故の発生防止及び医療事故の発生時の対応方法について、当院が具体的な指針を示すことにより、当院における医療事故防止体制の確立を促進し、安全かつ適切な医療を提供することを目的とする。

当院においては、病院長のリーダーシップの下、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 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下とおりとす。

(1) 医療事故

利用者の医療・生活に関わる場所で、その全過程において発生する人身事故で、以下の場合を含む。なお、業務従事者の過誤、過失の有無は問わない。

- ① 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。
- ② 患者が廊下で転倒し負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。

(2) 職員

当院に勤務する医師、看護師、准看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む。

(3) 職場長

当該職員の直上で管理的立場にある者

(4) 医療安全管理者

医療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、当院全体の医療安全管理を中心的に担当する者（医療安全推進者と同義、以下同じ）であって、専任・兼任の別は問わない。尚、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。

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、基本理念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) 医療安全管理委員会

2. 医療安全管理委員会

2-1 医療安全管理委員会の設置

当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 委員構成

(1) 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。

- ① 病院長（委員会の委員長を務めるものとする）
- ② 副院長
- ③ 医局長またはその他医師
- ④ 事務部長
- ⑤ 看護部長
- ⑥ 事務部次長
- ⑦ 医療安全管理者（兼任を可とする：福看護部長）
- ⑧ 副看護部長
- ⑨ 薬局長
- ⑩ 臨床検査技師
- ⑪ 外来看護師長
- ⑫ 病棟看護師長
- ⑬ 放射線技師
- ⑭ 作業療法室主任
- ⑮ 精神科デイ・ケア室主任
- ⑯ 管理栄養士
- ⑰ 地域連携室主任
- ⑱ 事務部課長
- ⑲ 事務部主任
- ⑳ 認知症疾患医療センター主任

(2) 委員長に事故あるときは、医療安全管理者がその職務を代行する。

2-3 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) 医療に係わる安全確保を目的として2・5項で設置される医療安全推進部会の報告を審議し、その結果を職員に周知する。
- (2) 院内の医療事故防止のための啓蒙活動、および医療安全に関する研修を企画立案する。
- (3) 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1回定期的に開催するほか、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。

2-5 医療安全推進部会

- (1) 医療安全管理を実効性あるものにする為、医療安全管理委員会の下に、医療安全推進部会（以下「部会」と言う。）を設置し、医療事故の原因分析や医療安全管理の具体策について調査・検討する。
- (2) 医療安全推進部会長（以下「部会長」と言う。）及び医療安全推進副部会長（以下「副部会長」と言う。）は医療安全管理委員長が指名する。
- (3) 部会メンバーは、医療安全管理委員会構成メンバーの職場から、部会長が選出・指名し決定する。構成は「2-6」の通りとする。
- (4) 部会長はインシデント・アクシデント報告者等を、医療安全推進部会に招集することが出来る。
- (5) 部会長は調査・検討した結果を、医療安全管理委員長に報告しなければならない。

2-6 医療安全推進部会構成メンバー

- (1) 医療安全推進部会の構成メンバーは、以下の部門より選出する。

医 局 部 門 :

看 護 部 門 :

薬 剤 部 門 :

放 射 線 部 門 :

臨 床 検 査 部 門 :

作 業 療 法 部 門 :

栄 養 部 門 :

デ イ ケ ア 部 門 :

地 域 連 携 部 門 :

事 務 部 門 :

認 知 症 疾 患 医 療 セ ン タ ー 部 門 :

2-7 医療安全推進担当者（リスクマネージャー）

- (1) 医療安全推進担当者は、診療科及び看護単位に各1名、薬剤部門、放射線部門、臨床検査部門、作業療法部門、栄養部門、デイケア部門、地域連携部門、事務部門、認知症疾患医療センター部門に各1名を配置する事とし、部会長が指名する。
- (2) 医療安全推進担当者は、次に掲げる事を任務とする。
 - ① 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに、医療体制の改善方法についての検討及び提言を行う。
 - ② インシデント・アクシデント報告書の内容分析、及び必要事項の記入を行う。
 - ③ 医療安全管理委員会で医療安全管理についての決定事項を、所属部門職員に対して周知徹底を行う。
 - ④ 職員に対しインシデント・アクシデント報告書を、積極的に提出するよう励行する。
 - ⑤ その他、医療安全を推進する上で必要な調査等を行う。

3. 報告等に基づく医療に係わ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。

具体的には、

- ① 院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例を検討し、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したがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

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、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職場長へ報告する。

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職場長または医療安全管理者へ報告する。

③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況は適宜、職場長または医療安全管理者へ報告する。

(2) 報告方法

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。

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、職場長は職員への啓蒙を徹底する。又、職場長は報告者名を省略して報告する事が出来る。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全推進部会は、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、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

医療安全推進部会は、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ものとする。

3-4 その他

- (1) 委員長、医療安全管理者および医療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えた内容を、正当な理由なく他の第三者に告げてはならない。

4. 安全性のための指針・マニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、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) 院内感染対策指針
- (2) 医薬品業務手順書
- (3) 輸血マニュアル
- (4) 褥瘡対策マニュアル
- (5) 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、関係部署の共通のものとして整備し、関係部署へ配置する。
- (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。

4-3 安全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、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、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) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、1年に2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、受講するように努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針「5-1」(1)の定めにかかわらず、当院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めたときは、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。

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。

6. 事故発生時の対応

6-1 救命処置の最優先

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、当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、当院内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 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、職場長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) 委員長は、必要に応じて医療安全管理委員会を緊急招集・開催し、対応を検討することができる。
- (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、自ら患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。
- (4) 病院長は重大案件について理事長へ報告をすると共に、医療安全管理委員会関係職員及びその他の関係職員より調査検討が出来る。
- (5) 病院長は医療法第6条の10にある死亡事故について医療事故調査を行うため医療事故調査委員会を置くことが出来る。

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期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装置、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. その他

7-1 本指針の周知

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

7-2 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決定により行う。

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

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

(附則)

平成13年	8月	1日	制定
平成19年	4月		改訂
平成20年	12月		一部改訂
平成24年	5月		改訂
平成25年	4月		一部改訂
平成25年	7月		一部改訂
平成27年	6月		一部改訂
平成27年	9月		改訂
令和2年	5月		一部改訂
令和5年	3月		一部改訂

亀田北病院 医療安全管理委員会