

医療安全管理指針

医療法人 五輪橋整形外科病院

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事がある。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、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、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を及ぼすことの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、医療施設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られ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 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) アクシデント

アクシデントとは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療行為と直接関係ない場合も含まれ、また医療従事者が被害者である場合も含まれる。これらには過失が存在するものと、不可抗力によるものの両方が含まれる。

(2) インシデント（ヒヤリ・ハット）事例

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例をいう。

具体的には、ある医療行為が、（１）患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、（２）患者には実施されたが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合を指す。

*患者影響レベルは別表とする

(3) 医療過誤

医療過誤とは、医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、これによって患者に傷害を及ぼした場合をいう。

- (4) 本院
医療法人 五輪橋整形外科病院
- (5) 職員
本院に勤務する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種をふくむ
- (6) 上席者
当該職員の直上で管理的立場にある者
- (7) 医療安全推進者
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、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) 医療安全管理委員会
- (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) 医療安全管理委員長を議長とし、各専門職代表を構成員として組織する
医療安全管理委員会（以下、対策委員会）を設け、毎月1回定期的に会議を行い、医療安全管理対策を行う。緊急時は、臨時会議を開催する。
- (2) 委員長に事故があるときは、副委員長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) 医療安全管理委員会の開催および運営
- (2) 医療安全管理の指針と規程およびマニュアルの見直し
- (3) 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周知
- (4) 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

2-4 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。
- (3) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告する。

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法

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。
- ③ これらの目的を達成するために、すべての職員は次項以下に定める要領に従い、医療事故等の報告をおこなうものとする。

3-2 報告にもとづく情報収集

(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、発生直後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全推進者→院長へと報告する。

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

⇒速やかに上席者または医療安全推進者へ報告する。

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。

3-3 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、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能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) 院長・医療安全推進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、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。

(2) 本項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等の作成と見直し

(1) 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、改変の都度、医療安全管理委員会に報告する。

4-2 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知識、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従い、1年に2回以上全職員を対象とした医療安全管理の為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、必ず受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針[5-1](1)号の定めに係わらず、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・研修内容）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、病院長などの講義、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、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、本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 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。

6-3 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。
- (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。

7. その他

7-1 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。

7-2 本指針の見直し、改正

- (1) 本指針は定期的に見直しを行うこととし、必要に応じて改訂する。
- (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、本指針についての照会には医療安全推進者が対応する。

7-4 患者からの相談対応に関する基本指針

- (1) 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。
- (2) 患者および家族などの相談、苦情に対して適切な対応を行うことで、患者中心の医療の実現を図ることを目的とする。
 - (3) 患者相談窓口は、医療相談室とし、医療ソーシャルワーカーを相談担当者とする。
 - (4) 相談内容については、ソーシャルワーカー倫理要綱および個人情報保護法に基づき秘密を厳守し、相談したことにより患者が不利益を被らないように配慮する。