

西成病院医療安全管理指針

社会医療法人延山会西成病院 医療安全管理指針

1. 総則

1-1 基本理念

この指針は、「医療法施行規則第1条の11」および「平成19年3月30日医政発第0330010号」に基づき社会医療法人延山会西成病院の管理者が確保すべき安全管理体制の基本的事項を定めることを目的とする。

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、単独あるいは重複した過ちが医療事故等というかたち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、医療事故等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ることを目標とする。

本院においては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、以下のとおりとする。

(1)医療事故

①誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案

②誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る）

③前2号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案療や療養の過程において患者に発生した生命の危険や重篤な望ましくない事象

※医療提供者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)ヒヤリハット

①誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例。

②誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らな

った事例。

③誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微もしくは中等度な処置・治療を要した事例。

(3)医療事故等

医療事故・ヒヤリハットを総称していい、レベルは医療安全管理室で検討し定める。

(4)本院

医療法人社団延山会西成病院

(5)職員

本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等全ての職種

(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、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

(8)医療事故対策委員会

患者に事故が発生した際に迅速かつ適切に対応するために医師・看護部長・事務長・医療安全管理委員会委員長および副委員長が構成員となる委員会

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)医療安全管理室

(4)医療に係る安全確保を目的とした報告

(5)医療に係る安全管理のための研修

2. 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

2-1 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等の事例等を検討し、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。

2-2 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、日常診療のなか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。

(2)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。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。

2-3 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。

2-4 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。

3. 安全管理のための指針・マニュアルの整備

3-1 安全管理マニュアル等

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）の整備に努める。

- (1) 医薬品安全使用マニュアル
- (2) 輸血マニュアル
- (3) 褥瘡対策マニュアル
- (4) その他

3-2 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、院内感染防止対策にかかわるものを除き医療安全管理委員会に報告する。

3-3 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。

4. 医療安全管理のための研修

4-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理室は、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の実施し、結果を医療安全管理委員会に報告する。
- (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) 院長は、本指針 5-1(1)号の定めにかかわらず、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) 医療安全管理室は、研修の概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、5年間保管する。

4-2 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、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。

5. 事故発生時の対応

5-1 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、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。

5-2 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医療安全管理者、医療安全管理室長ならびに院長へ迅速かつ正確に報告する。

(2)院長は、必要に応じて医療事故等対策委員会または医療安全管理委員会を緊急招集または開催させ、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。

5-3 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。

5-4 医療事故の経緯、顛末の報告

(1) 医療事故発生後の対応について医療安全管理室を経由して院長に報告する。

(2) 医療安全管理室は医療事故の経緯、顛末について記録し5年間保存する。

6. その他

6-1 本指針の周知

本指針の内容については、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。

6-2 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。

6-3 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。

6-4 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)

この指針は平成 26 年 1 月 28 日施行する。