

医療法人清仁会
洛西ニュータウン病院
医療安全管理指針

1. 基本姿勢

我々医療従事者は、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。医療事故の発生を未然に防ぐためには、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両者からの対策を推し進めることが必要である。そのために、国および各方面からの情報を収集し、全職員がそれぞれの立場から、積極的にその対策に参画すると同時に、医療システム全体として、組織的、体系的に具体的な安全対策をたて、実施推進していくことが必要であるとする。

2. 医療安全管理体制の整備

当院では、医療安全管理のために、組織運営の責任者である病院長を中心とし、以下の医療安全管理体制を敷いている。

- (1) 医療の安全性の確保と適切な医療を提供するとともに、病院機能の向上と運営改善に資するために、医療安全管理部を設置し、医療安全管理責任者、医療安全管理委員会の委員長、副委員長、医療安全管理者、医薬品安全管理者及び医療機器安全管理者及び看護部長、医事課長がその任に当たる。
- (2) 医療安全管理責任者を設置し、病院長がその任に当たる。医療安全管理責任者は院内全体の問題点を把握し、改善策を講じるなど医療安全活動の中核的な役割を担う。
- (3) 当院における医療事故を防止し、安全かつ適切な医療の提供を確立するため「医療安全管理委員会」を設置し、「医療安全管理委員会規程」を制定する。
- (4) 医療安全管理責任者は医療安全管理委員会の委員長及び委員を委嘱する。また、委員の中から医療安全管理者、医薬品安全管理者及び医療機器安全管理者を選任する。その業務内容および医療安全管理委員会の審議内容等については、医療安全管理委員会規程参照。
- (5) 医療事故発生時の迅速な対応指示・指導や事実関係の調査・報告を行うため、医療安全管理部内に医療安全対策チーム(SCT: safety control team)を設置する。医療安全管理委員会の委員長、副委員長、医事課長、医療安全管理者、医薬品安全管理者及び医療機器安全管理者がその任に当たり、業務遂行のための調査・指導の権限を与える。
また、各診療科、各看護単位、薬剤・検査・放射線・リハビリテーション・栄養・事務部門にそれぞれ1名以上の医療安全担当者を置く。
- (6) 医療安全管理者および医療安全担当者は、医療安全管理委員会の方針に基づき、関連各委員会と組織横断的に安全管理を担い、日常的に現場での事故防止、安全

対策、実践活動を行う。尚、安全対策を推進、実践するという義務を果たすために、院内における一定の権限を行使できるものとする。

＊ 組織および体制

- (1) 医療安全管理責任者
- (2) 医療安全管理部
- (3) 医療安全管理委員会
- (4) 医療安全対策チーム(SCT: safety control team)

3. 業務基準、作業手順の見直しと、標準化、統一化の推進

煩雑化する医療現場において、各部署、各部門の業務や作業手順の違いによる医療事故を防ぐために、院内統一項目を明記し、周知徹底する(医療安全管理者業務)。

特に、医療器具の取扱い(医療機器安全管理者業務)、医薬品、血液製剤の取扱い(医薬品安全管理者業務)については、職種を超えて院内統一とする。

また、看護、その他の各種医療行為、管理方法、介助方法などは可能な限り統一する。

但し、変化する医療、看護に合わせて定期的に見直し、改善を図る。

4. インシデントレポート、アクシデントレポートの提出および分析結果の反映

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分析・検討し、事故防止対策、再発防止策に資するために、インシデントレポート、アクシデントレポートを提出するものとする。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。

尚、インシデントとは、レベル0 (ヒヤリハット:患者への関与なし)、レベル1 (要配慮:実害はないが精神的影響あり)、レベル2 (要観察:検査・観察を要した)、レベル3a (要治療:簡単な処置を要した)とする。アクシデントとは、レベル3b (要治療:濃厚な処置を要した)、レベル4 (後遺障害:事故により障害や後遺症が残った)、レベル5 (死亡(事故が死因となった))とする。詳細は、医療安全管理マニュアル 10 レベル分類 (p.81) 参照。

各部署、各部門から提出された電子カルテシステム内の報告書は、医療安全管理部に集められ、その中で特に重要なレポートを選別し、審議、検討され、医療安全管理委員会で再検討し、各部署に伝達するとともに病院運営会議や医局会でも伝達する。

また、医療安全管理委員会の委員は、事前に匿名化されたすべてのレポートを電子カルテシステム内で閲覧でき、委員会で審議提案を行うことができる。

5. 医療安全管理のための指針・マニュアル等の整備

安全管理のため、以下の指針・マニュアル等を整備する

- (1) 医療安全管理指針
- (2) 医療安全管理マニュアル

- (3) 医薬品の安全使用のための業務手順書
- (4) 医療機器安全使用のための業務手順書
- (5) 医療安全管理部 業務指針
- (6) その他のマニュアル等

6. 院内研修会の開催

職員全体に医療事故防止・医療安全の知識と安全管理の意識を高めるため、定期的(年2回程度)に院内研修会を開催する。そのために年間計画をたて、全職員が計画的、積極的に参加出来るよう、テーマ、講師を選択する。

7. 事故発生時の対応

重大事故発生時には、医療側の過失によるか否かを問わず、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、本院のみでの対応が不可能と判断された場合には、他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報、資材、人材の提供を求める。同時に事故の概要を発生時刻から行われた処置とその時間経過等まで詳しく記録する。

また、事故の状況、患者の現在の状態等を医療安全対策チーム(SCT)あるいは直接病院長へ迅速かつ正確に報告する。

上記報告を受けた病院長は、早急に幹部会メンバーを中心とした**緊急対策会議**を招集して、事故への対応を検討し、事故原因の究明等に必要な場合および医療事故調査・支援センターへの報告が必要と判断される場合には、院内事故調査委員会を立ち上げる。調査委員会の人選は、事故の種類に応じて幹部会で適切な人選を行う。

(1) 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 説明を行なった職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等に即日入力する。

(2) 警察署への届出

医療過誤によって、死亡または傷害が発生した場合、あるいはその疑いがある場合には、病院長は速やかに所轄警察署に届出を行う。

(3) 病院としての公表基準

医療事故の公表については、事故調査委員会にて当該事故の重要性・社会性等を考慮したうえで、公表の必要性ありと判断されたものは、患者・家族に同意を得た

後、速やかに病院長が公表する。

(4) 当事者のメンタルケア

当事者のメンタルケアについては、産業医、所属長あるいは看護部長が当事者のプライバシーに配慮しながら適宜面接、コンサルテーションを行う。なお、より高度なケアが必要な場合には、専門の臨床心理士、あるいはカウンセラーに受診させる。

8. 本指針の周知

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

(1) 本指針の見直し、改正

医療安全管理委員会は、少なくとも毎年、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。

9. 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、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者が対応する。

10. 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、担当看護師等へこの内容を報告する。

平成 20 年 2 月 1日から施行する

平成 23 年 1月 20 日改訂

平成 24 年 8 月 1日改訂

平成 24 年 12 月 1日改訂

平成 25 年 2 月 1日改訂

平成 25 年 12 月 1日改訂

平成 26 年 10 月 20 日改訂

平成 27 年 3 月 17 日改訂

平成 28 年 12 月 20 日改訂

平成 29 年 8 月 15 日改訂

平成 29 年 10 月 15 日改訂

平成 30 年 10 月 16 日改訂

< 医療安全管理に関する組織体制 >

