

社会医療法人財団 白十字会 白十字病院「医療安全管理指針」

1. 総則

1-1 基本理念

- (1) 患者への安全な医療の提供及び病院職員の安全を確保し、可能な限り病院としての質の高い医療を保障する。
また、白十字会の基本理念・基本方針に基づき、教育・訓練を通し、安全な医療の提供のあり方、さらに事故報告(アクシデント)、インシデント報告制度を推進しその分析、評価から業務改善、教育の検討と組織上の問題なども明らかにし、改革を促進する。
- (2) 事故防止のための基本的な考え方
 - ① 患者との信頼関係を強化し、患者と医療職員との対等な関係を基盤とする。「患者中心の医療」「患者の安全を最優先に考える医療」の実現を図る。
 - ② ヒューマンエラーが起こりうる事を前提として、エラーを誘発しない環境、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で整備する。
 - ③ 継続的に医療の質の向上を図る。

1-2 用語定義

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) 事 故・・・医療の過程において患者に発生した望ましくない事象、また、医療提供側の過失有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。
- (2) 病 院・・・社会医療法人財団白十字会 白十字病院
- (3) 委員会・・・医療安全管理委員会（病院長の指名により、病院全体の医療安全管理を中心的に担当するもの）
- (4) 病院職員・・・病院に勤務する医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む。
- (5) アクシデント・・・医療事故とは、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括し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。
- (6) インシデント・・・日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいう。
- (7) 医療安全管理統括責任者・・・病院内における患者安全活動や医療事故紛争・苦情対応などの医療安全管理を統括し、担当者が必要な事を行えるように管理する者。
- (8) 医療事故紛争・苦情対応責任者・・・医療事故紛争・苦情に関する患者・家族への対応責任者として、紛争・苦情の対応担当者の管理および支援を行う者。
- (9) 紛争・苦情対応担当者・・・自部署における医療事故紛争・苦情対応に関する窓口業務に就き、患者・家族と対応する者。
- (10) 安全管理者・・・病院全体の患者安全活動を実務的に担当する者。
- (11) 安全推進担当者・・・各部門や部署ごとの現場における患者安全活動を推進する役割を担う者。

1－3 組織及び体制

病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は、本指針に基づき以下の組織等の設置および体制を構築する。

- (1) 医療安全管理体制
- (2) 医療安全管理委員会
- (3) 安全管理部
- (4) 医療に係わる安全確保を目的とした報告制度
- (5) 医療に係わる安全確保のための職員教育・研修

2. 医療安全管理体制

2－1 医療安全管理の基本的な考え方

病院における医療安全管理の主たる領域を、患者安全確保に向けた事故防止・予防と、医療安全上の問題に関する患者・家族からの苦情・紛争解決の二つとする。

医療安全管理においては、組織体制の整備を積極的に行い、組織全体の医療安全を把握し、指導力を発揮して関連部門や担当者を統率しつつ、医療安全管理を推進する体制を構築する。

3. 医療安全管理委員会の設置

3－1 委員会の設置

病院内における医療安全管理対策を総合的に実施するために設置する。

3－2 委員会の構成

各職種の責任者により構成する。

- (1) 委員会の構成は、下記の通りとする。 (計 16名)
- | | | |
|----------------|----------------|-------------|
| ・ 病院長 | ・ 安全管理部課長 | ・ 栄養管理部次長 |
| ・ 副院長 (委員長) | ・ 看護部部長 | ・ 歯科衛生部課長 |
| ・ 診療部 (医局長) | ・ 看護部課長 (安全担当) | ・ 臨床工学部次長 |
| ・ 事務長 | ・ 薬剤部部長 | ・ 臨床検査技術部課長 |
| ・ 放射線技術部課長 | ・ システム開発室課長 | ・ 眼科技術部係長 |
| ・ リハビリテーション部課長 | | |

* 顧問弁護士

3－3 任務

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及び運営
- (2) 安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止の検討及び病院職員への周知
- (3) 病院内の医療事故防止活動及び医療安全に関する病院研修の立案
- (4) その他、医療安全確保に関する事項

3－4 委員会の開催及び活動の記録

- (1) 委員会は原則として月 1 回 (第 3 火曜日 16 時 45 分より) 定期的を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する

(2) 委員会開催時の議事録を作成し保管する

4. 安全管理部の設置

医療全体の質の向上を目指し、安全で安心な医療環境を適正に管理する部門として設置する。

(1) 構成

安全管理者・・・施設全体の安全管理(患者安全)を実務的に担当する者
安全管理部 部長
安全管理部 課長(専従)
安全推進担当者(セーフティワーカーグループ)

(2) 業務

- ① インシデント・アクシデント報告制度等に基づいた患者安全活動
- ② 医療安全管理のための委員会に関する活動
- ③ 医療安全管理のための部署間の調整、対策等の提案
- ④ 医療安全管理のための指針やマニュアルの作成、部門別マニュアル作成の支援
- ⑤ 安全活動に関する研修会の企画および教育活動
- ⑥ 安全活動に関する院外の情報収集と対応
- ⑦ 医療の安全に関する相談に適切に応じる体制を確立する

5. 報告制度

5-1 報告とその目的

この報告は、医療安全確保するためのシステムの改善や教育・研修、再発防止、事故予防策の検討を目的とし、報告者が報告により何ら不利益を受けないことを確認する。すべての病院職員は以下の要領に従い、医療事故等の報告を行うものとする。

5-2 報告に基づく情報収集(システム管理)

(1) 報告すべき事項

病院職員は病院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合は、速やかに報告するものとする。

- ① 医療事故 (アクシデント)
- ② インシデント報告
- ③ 合併症等の報告

(2) 報告の方法

- ① 前項の報告は原則として報告書式として定める書面(院内ラン報告画面)をもって行う。
緊急を要する場合は、まず口頭で報告し、患者の救命措置を最優先し、遅滞なく書面にて報告を行う。

5-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

委員会は、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は、病院組織として改善に必要な再発防止策を作成する。

(2) 改善策の実施状況の評価

委員会は、策定した改善策が各部門においても確実に実施され、有効に機能しているかを点検・評価し必要に応じて改善策を行うものとする。

5-4 その他

- (1) 医療安全管理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。
- (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り扱いを行ってはならない。

※ 人事考課規程 第22条 参照

6. 安全管理のためのマニュアルの整備

6-1 安全管理マニュアル作成の基本的考え方

- (1) 安全管理マニュアルの作成は、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。
- (2) 安全管理マニュアルの作成、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、すべての職員は趣旨をよく理解し、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。

6-2 安全管理マニュアル

- (1) 医療安全管理マニュアル
- (2) 事故防止標準マニュアル (総論)
- (3) 事故防止マニュアル (各部門別)
- (4) 事故対応マニュアル
- (5) 安全推進部会(5部会)

6-3 安全管理マニュアルの作成と見直しと管理

- (1) 上記マニュアルは、各部門の共通のものとする。
- (2) マニュアルは、関係部署の共通のものとして整備する。
- (3) マニュアルは、作成、改善のつど委員会に報告する。

7. 医療安全管理のための職員教育・研修

7-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 研修は、医療安全管理の基本的考え方、医療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、個人の安全意識の向上を図ると病院全体を向上させることを目的とする。
- (2) 委員会は、予め作成した研修計画に従い1年間に2回以上病院職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。
- (3) 病院職員は、研修が実施される際には、極力受講するように努めなければならない。
- (4) 病院長は、病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の研修を行うものとする。
- (5) 委員会は、研修を実践したときはその概要を記録し保管する。

8. 医療事故発生時の対応

8-1 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態が発生した場合には可能な限り病院内の総力を集結して患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、病院内のみで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情報、人材を提供する。

8-2 病院長への報告等

- (1) 前項の目的を達成するために、事故の状況、患者の現在の状況等を、部門長を通じてあるいは直接病院長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緊急委員会を開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実及び報告内容を診療録、看護記録等に記録する。

8-3 患者、家族、遺族への説明

- (1) 主治医は事故発生時、救命措置への支障を来さない限り、事故状況、現在実施している回復措置、見通し等について、患者本人、家族等に誠意を持って説明する。患者が事故によって死亡した場合は、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。
- (2) 報告を行った職員は、その事実及び報告内容を診療録、看護記録等に記録する。

9. その他

9-1 本指針の見直し及び周知

- (1) 本指針は必要に応じて改正するとともに、研修などを通じて職員に周知する。
- (2) 本指針の改正は、委員会の決定により行う。

9-2 本指針の閲覧

本指針は、患者及びその家族からの閲覧の求めがあった場合にはこれに応じる。また、本指針についての照合には委員会が対応する。

9-3 患者からの相談への対応

- (1) 病状や治療に関する患者からの相談に対しては、当該部署の責任者は誠実に対応し、必要に応じて主治医または病棟担当医師へ報告する。
- (2) 患者相談窓口の設置