

# 医療安全管理指針

平成 24 年 12 月 1 日改正

当院における医療安全管理対策を進めるため、本指針を定める。

## 第 1 条 医療安全管理対策に関する基本的な考え方

- (1) 医療提供にあたり、事故の発生を未然に防ぐことが原則であり、事故が発生した場合は、救命措置を最優先するとともに、再発防止に向けた対策をとる必要がある。本指針は、医療事故を未然に防ぎ、質の高い医療を提供することを目的に策定する。

なお、本指針における事故とは、当院の医療提供に関わる場所で医療の全過程において発生するすべての事故を指し、職員の過誤、過失の有無を問わない。

### (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れることを前提として、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 職員の自主的な業務改善や能力向上活動を強化する。
- ④ 継続的に医療の質の向上を図る活動を幅広く展開していく。

## 第 2 条 医療安全管理対策委員会（以下対策委員会）の設置及び運営・管理

- (1) 対策委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

院長

副院長

診療部長

看護師長

薬局長

事務長

各部署課長主任

臨床検査技師

精神保健福祉士

- (2) 医療安全管理対策についての協議・推進

- ① 医療安全管理対策に関する基準の見直し
- ② インシデント(ヒヤリ、ハット事例)等に関する資料の収集と改善策の立案
- ③ 職員研修の企画

- ④ 医療事故発生時の対応管理(緊急時の周辺医療機関からの応援体制を含む)及び再発防止のための対策の立案・推進
  - ⑤ 患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項
- (3) 対策委員会は毎月 1 回程度、次の通り開催する。
- ・ 定例日:毎月第 2 週の月曜日
  - ・ 緊急開催:医療事故発生時はその都度開催する。
- (4) 対策委員会は、医療事故発生時は、事実関係の把握のため、関係者に報告又は資料の提出を求める。
- (5) 対策委員会は、職員に対しインシデントの報告を求める。
- (6) 対策委員会は、職種・職位等にかかわらず、職員が医療事故の防止に関して自由に発言できるものとする。
- (6) 委員はその職務に関して知りえた事項のうち一般的な医療事故防止対策以外のものは対策委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。

### 第 3 条 職員研修

- (1) 職員研修は安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について全職員に周知徹底を図ることを目的に実施する。
- (2) 職員研修は、年 2 回全職員を対象に開催する。また、必要に応じて随時開催する。
- (3) 研修の開催結果及び参加実績を記録・保存する。

### 第 4 条 医療事故発生時の対応及び事故報告及び再発防止対策

- (2) 医療事故が発生した際には、医師、看護師等の連携の下に救急処置を行う。
- (3) 医療事故の報告
  - ① 医療事故が発生した場合は、関係者は直ちに対策委員会に届け出る。また、同委員は、医療事故が発生したことを承知した場合、直ちに関係者に医療事故の報告または資料の提出を求める。
  - ② 報告は、「医療事故報告書」により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、事後速やかに「医療事故報告書」を作成する。
  - ③ 医療事故報告書については、医事課におき、同報告書の記載日の翌日から起算して 5 年間保管する。
  - ④ 委員は、報告を受けた事項について、対策委員会に報告する。
- (4) 患者・家族への対応
  - ① 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。

- ② 患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として主治医が対応し、必要に応じて当該所属長及び院長等も対応する。

**(5) 事実経過の記録**

- ① 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。
- ② 記録に当たっては、以下の事項に留意する。
  - ・初期対応が終了次第、速やかに記載する。
  - ・事故の種類・患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載を行う。
  - ・想像や憶測に基づく記載を行わず、事実を客観的かつ正確に記載する。
- ③ 委員は、事実経過の記録を確認する。

**(6) 医療事故再発防止のための取り組み**

- ① 対策委員会は、医療事故報告書等に基づき、事故の原因分析を行い、再発防止のための手立てについて検討を行う。
- ② 事故防止対策については、対策委員会から早急に職員に徹底を図る。

**第5条 インシデント(ヒヤリ、ハット事例)の把握と対応**

- (1) インシデントレポートを各部署におく。
- (2) インシデントを経験した職員は、遅滞なく報告をするようにする。
- (3) 職員がインシデントの報告をしたことをもって、当該職員に対し不利益な処分を行わないこととする。
- (4) 報告内容は、対策委員会で次の観点から毎月検討を行う。
  - ① 報告に基づく事例の原因分析
  - ② インシデント事例をなくすための対策
- (5) 対策委員会は、インシデント事例をなくすための対策について、必要に応じ、職員に周知する。

**第6条 医療職員と患者との情報共有に関する基本方針**

- (1) 当該指針は受付に保管し、患者が閲覧できるようにする。指針に対する問い合わせには、対策委員が対応する。
- (2) 患者からの相談への対応のため、相談窓口を設置する。相談窓口には医療ソーシャルワーカー等を配置し、患者からの苦情、相談に誠実に応じられる体制を確保する。担当者は必要に応じ、主治医、担当看護師、院長等へ内容を報告する。

(3) 相談窓口：たけとう病院医療相談室

(4) 電話番号：0779-88-6464

(5) 受付時間：月曜日～金曜日（日・祝日を除く）9：00～17：00

(6) 土曜日 9：00～12：00

## 第7条 医療安全管理対策に関する指針の見直し及び周知

本指針は必要に応じて改正するとともに、研修などを通じて全職員に周知する。