

# 医療安全管理指針

## 1 総則

### 1-1 基本理念(基本的考え方)

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は、医療の基本となるものであり、職員一人一人が、医療安全の必要性・重要性を自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り、安全な医療の遂行を徹底することが重要である。医療事故を防止するにあたり「人は誤りを犯す」を前提に『誤り』に対する原因を究明し、その防止対策を立てていくことが極めて重要である。そのため、医療従事者の個人レベルの対策とともに、病院全体の組織的な対策を推進することによって事故を防止し、患者さんが安心して医療を受けられる環境を整備することを目標とする。

本院においては、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者さん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行う。

### 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 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、医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。
- (2)本院 医療法人 永寿会 福島病院
- (3)職員 本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む
- (4)上席者 当該職員の直上で管理的立場にある者
- (5)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

### 1-3 組織および体制

本院における医療安全対策と患者さん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)医療事故防止対策委員会
- (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 医療事故防止対策委員会

### 2-1 医療事故防止対策委員会の設置

本院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療事故防止対策委員会を設置する。

### 2-2 委員の構成

- (1)医療事故防止対策委員会の構成は、以下のとおりとする。
  - [1] 副院長(委員会の委員長を務めるものとする)
  - [2] 医療安全推進者(兼任を可とする)
  - [3] 事務長(必要に応じて、適宜変更可)
  - [4] 看護部総師長
  - [5] 看護部師長
  - [6] 放射線科長(必要に応じて、適宜変更可)
  - [7] 薬剤科責任者(必要に応じて、適宜変更可)
  - [8] 透析科責任者(必要に応じて、適宜変更可)
  - [9] 栄養科責任者(必要に応じて、適宜変更可)
  - [10] 病棟責任者(必要に応じて、適宜変更可)
  - [11] 理学療法科責任者(必要に応じて、適宜変更可)
- (2) 委員会の会議には、必要に応じて病院長が同席する。
- (3) 委員の氏名および役職は(院内掲示等の方法により)、公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。
- (4) 委員長が事故にあるときは、事務長がその職務を代行する。

### 2-3 任務

医療事故防止対策委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療事故防止対策委員会の開催および運営
- (2) 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

- (3) 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
- (4) 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、定例会を開催するほか、必要に応じて委員長または病院長が招集する。
- (2) 医療安全推進者は、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 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

#### 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。  
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。

#### 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、患者さん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。

- [2] 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れれば患者さんに有害な影響

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

[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

(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、患者さん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、自らが患者さん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報告者名を省略して報告することができる。

### 3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療事故防止対策委員会は、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

医療事故防止対策委員会は、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。

### 3-4 その他

(1) 病院長、医療安全推進者および医療事故防止対策委員会の委員は、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。

## 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

安全管理のため、本院において以下のマニュアルを整備する。

- (1)医療事故防止マニュアル（転倒・抑制マニュアル 医療事故マニュアル 等）
- (2)院内感染対策指針（感染予防マニュアル 結核マニュアル 等）
- (3)医薬品安全使用マニュアル
- (4)輸血マニュアル
- (5)褥瘡対策マニュアル
- (6)その他

#### 4-2 安全管理マニュアルの作成と見直し

- (1) 上記のマニュアルは、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアルは、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアルは、作成、改変のつど、医療事故防止対策委員会に報告する。

#### 4-3 安全管理マニュアル作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理マニュアルの作成は、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、患者さん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の作成、その他、医療の安全、患者さん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) 医療事故防止対策委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、概ね6ヵ月に1回、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、極力、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) 医療事故防止対策委員会は、研修を実施したときは、その概要を記録し、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。

## 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、患者さん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、患者さん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 病院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者さんの現在の状態等を、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、その事実および報告の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者さん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、患者さん本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。  
患者さん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、自らが患者さん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 本指針の見直し、改正

- (1) 医療事故防止対策委員会は、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、医療事故防止対策委員会の決定により行う。

### 7-2 本指針の閲覧

本指針は、福島病院ホームページに掲載するとともに、患者さん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または委員長が対応する。