

# 安芸太田病院 医療安全管理指針

## (医療安全管理に関する基本的な考え方)

第1条 安芸太田病院は、「地域の皆様が安心して生活でき、心の支えとなる保健・医療・福祉を提供します。」「人間性豊かな医療人の育成を目指します。」を病院理念としている。

医療技術、医療機器の急速な進歩により、医療行為がますます複雑化している現在、医療の質の確保、患者の安全性の確保は、我々全職員に課せられた共通の課題です。患者とのコミュニケーション不足による医療への不信感を招くことのないよう信頼関係を築き、安心・最善の医療サービスの提供に努める事も継続した課題である。

「人は間違いを犯す」と言う大前提を認識し、個々の知識、技術の向上に加え、エラーを誘発しない環境、エラーが医療事故に発展しないシステムの構築に組織横断的に取り組むものとし、これにより医療事故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提供することを責務として実践する。

## (組織および体制)

第2条 当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、本指針に基づき当院に以下の組織を設置する。

- (1) 医療安全管理部門
- (2) 安全推進委員会

上記委員会を内規に基づいて運営する。

## (医療安全管理のための職員研修)

第3条 個々の職員に安全に対する意識、安全業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上を図り、当院全体の医療安全を向上させるために、医療に係る安全管理のための基本的考え方および事故防止の具体的な手法などについて、全職員に対し以下のとおり研修を行う。

- (1) 安全推進委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、概ね6ヶ月に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) 職員は研修が実施される際は、極力、受講しなければならない。
- (3) 安全推進委員会は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修内容など）を記録しなければならない。
- (4) 医療安全管理のための研修は、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。

## (事故報告など、医療安全確保を目的とした改善方策に関する基本方針)

第4条 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、当院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例などを検討し、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、さらにこれらの対策の実施状況や効果の評価・点検など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、すべての職員は以下に定める要領にしたがい、医療事故などの報告を行うものとする。

## 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、当院内での次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、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、発生後直ちに上司（部署責任者）へ報告。上司からは直ちに事務長、院長、医療安全管理部門へと報告する。

#### ②医療事故には至らなかったが、患者に何らかの影響を与えた可能性が否定できない場合

速やかに上司と医療安全管理部門、安全推進委員会に報告する。

#### ③その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

適宜、上司と医療安全管理部門、安全推進委員会に報告する。

### (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、患者の救命措置など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、看護記録など、自らが患者の医療に関して作成すべき記録類に基づき作成する。

③自発的報告がなされるよう上司は報告者名を省略して報告することができる。

## 3 報告内容の検討など

### (1) 改善策の策定

安全推進委員会は、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、当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

安全推進委員会は、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。

## 4 その他

(1) 事務長、院長、医療安全管理部門の職員、安全推進委員会の委員は、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り扱いを行ってはならない。

## (医療事故発生時の対応に関する基本方針)

### 第5条 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、当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、当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。

#### 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、患者の現在の状態などを、上司を通じてあるいは直接に病院長などへ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 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、看護記録などに自らが患者の医療に関して作成すべきことを記録する。

#### 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きた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、その見通しなどについて、患者本人、家族など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、看護記録などに自らが患者の医療に関して作成すべきことを記録する。

#### 4 事故調査委員会の設置

病院長は、必要に応じて事故調査委員会を緊急招集・開催し、事故の詳細を調査・検討しなければならない。尚、事故調査委員会のメンバーは、その時の状況によって選出する。これらの内容は、調査が終了した時点で、速やかに全職員に報告する。

## (安全管理のためのマニュアルの整備)

### 第6条 安全管理のため、当院において以下のマニュアルを整備する。

- (1) SAFETY MANAGEMENT マニュアル
- (2) 院内感染対策マニュアル
- (3) 褥瘡対策マニュアル
- (4) 転倒・転落防止対策マニュアル
- (5) 身体拘束に関するマニュアル
- (6) その他

#### 2 マニュアルの作成と見直し

上記のマニュアルは、関係部署の共通のものとして整備し、関係職員に周知し、必要に応じて見直す。マニュアルは、作成、改変のつど、医療安全管理部門に報告する。

#### 3 マニュアル作成の基本的な考え方

- (1) 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、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) 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。

(医療安全管理指針の患者などに対する閲覧について)

第7条 医療安全管理指針の内容を含め、職員は患者との情報共有に努めるとともに患者および家族などから閲覧の求めがあった場合にはこれに応ずるものとする。

2 本指針についての照会には医療安全管理部門が対応する。

(患者からの相談対応に関する基本方針)

第8条 病状や治療方針などに関する患者や家族からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応する。

2 相談により、患者や家族が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。

3 相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理部門に報告し当院の安全対策の見直しに活用する。

(本指針の周知ならびに見直し、改正)

第9条 本指針の内容については、院長、医療安全管理部門、安全推進委員会などを通じて、全職員に周知徹底する。

2 安全推進委員会は、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。

3 本指針の改正は、安全推進委員会の決定により行う。

附則

1. 本指針は、平成24年2月21日から実施する。