

大崎市民病院鳴子温泉分院医療安全管理指針

I 医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

われわれ医療従事者には、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。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することが重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、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二つの対策を推し進めることによって、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整えることを目標とする。分院においては分院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとする。

1-2 用語の定義

(1) 医療事故

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

(医療従事者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) 分院

大崎市民病院鳴子温泉分院

(3) 職員

分院に勤務する医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、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) 医療安全管理者

医療安全対策に係る適切な研修を修了した医療安全に必要な知識及び技能を有する職員であって、分院長より医療安全に係る必要な権限等を付与されて業務を行う者。

1-3 組織および体制

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、本指針に基づき病院に以下の組織を設置する。

(1) 医療安全管理委員会

(2) 医療安全担当者会議 (設置要綱は別に定める)

2 医療安全管理委員会

2-1 医療安全管理委員会の設置

医療安全に関する院内全体の問題点を把握し改善策を講じるなど、医療安全管理活動の中核的な役割を担うために、院内の組織横断的な委員会を設置する。(規定については

別に定める。)

2-2 医療安全担当者会議の設置

医療安全に関する職員への教育・研修、情報収集と分析、再発防止策立案等、医療安全文化の醸成を促進するため、医療安全担当者会議を設置する。(設置要綱については別に定める。)医療安全担当者とは、医療事故防止等の未然防止について注意喚起するとともに、具体的な安全対策を推進する業務を行うものである。

3 報告等に基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不利益を受けない。具体的には、①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従い、医療事故等の報告を行うものとする。

3-2 報告に基づく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、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。

ア 医療事故

医療従事者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、発生後直ちに上席者へ。上席者は直ちに分院長、医療安全管理者へと報告する。

イ 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例 ⇒ インシデントレポート

ウ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況 ⇒ インシデントレポート

(2) 報告方法

ア 前項の報告は、原則として電子カルテ端末上のインシデント報告システムにより行う。ただし、緊急を要する場合には、まず口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なくインシデント報告システムによる報告を行う。

イ 報告は、診療録、看護記録等、自らが患者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。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は、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、分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

医療安全管理委員会は、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)その他

ア 分院長および医療安全管理委員会の委員は、報告された事例について職務上知り得た内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。

イ 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。

4 医療安全管理のための指針・マニュアルの整備

4-1 安全管理各種マニュアル

- (1) 医療事故防止マニュアル
- (2) 麻薬取り扱いマニュアル
- (3) 向精神薬取り扱いマニュアル
- (4) 院内感染対策指針
- (5) 造影剤マニュアル
- (6) 抗菌薬投与マニュアル
- (7) 輸血療法マニュアル
- (8) その他

4-2 安全管理各種マニュアルの作成と見直し

- (1) 上記マニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアル等は、関係職員に周知し、また必要に応じて見直す。
- (3) マニュアル等を新たに作成した場合は、医療安全管理委員会に報告する。

4-3 安全管理各種マニュアル作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理各種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。職員はこの趣旨をよく理解し、安全管理各種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) 安全管理各種マニュアルの作成は、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、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) 1年に2回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を、定期的を実施する。
- (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、分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、できるだけ受講するように努めなくてはならない。
- (4) 分院長は、分院で重大事故が発生した後など、必要があると認めたときは、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修項目）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、分院長等の講義、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・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

- (1) 医療従事者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可能な限り、まず分院の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、分院のみで対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく大崎市民病院本院等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。
 - ア 患者の安全、救命を最優先して、各マニュアルに従い最善の対処を行う。
 - イ 絶対に一人では対処せず、速やかに応援を求める。

6-2 緊急時の報告など

- (1) 患者の生死に関わる医療事故等と判断したら、医療事故報告体制に従い速やかに分院長まで報告する。
- (2) 分院長は必要に応じて、医療安全管理委員会を非常招集する。
- (3) 報告を行った職員は、その事実経過を詳細に診療録等へ記載する。(発生状況、処理、内容、検査内容、患者の状態、患者家族、患者の遺族への説明の内容などを時系列に記載する。)

6-3 患者・家族・遺族への説明

- (1) 説明の窓口は一本化し、関係者に周知徹底させる。
- (2) 説明は説明者一人で行うのではなく、必ず上席者（診療科長・診療部長又は看護師長等）が同席する。説明は事実経過に基づいて誠意を持って行うものとする。
- (3) 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、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記載する。
- (4) 医療費減免や金銭的な補償を求められる場合、その他、紛争・訴訟に繋がること予想される場合等は、管理課長が窓口となり、分院長との連絡を密にしながら慎重に協議し対応する（必要に応じて、賠償保険の適用について、損保会社及び顧問弁護士と相談を行う。）。

7 その他

7-1 本指針の周知

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

7-2 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回は本指針の見直しを議事として取り上げ、内容を検討する。
- (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。

7-3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等（以下「患者等」という。）から閲覧の求めがあった場合は、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担当部署が対応する。

7-4 患者等からの相談への対応

病状や治療方針に関する患者等からの相談に対しては、担当者を決めて誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

II 医療安全管理者の業務

2-1 業務指針

医療安全管理者は、院長から委任された権限に基づいて、医療安全に関する院内体制の構築に参画し、各種活動の円滑な運営を支援する。業務として医療安全に関する職員教育・研修と情報収集分析・対策立案を行うほか、医療事故が発生した際はその対応を行い、影響拡大防止に努める。そして、これらを通し安全文化の醸成を促進する。

2-2 業務内容

- (1) 医療安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行う。
- (2) 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進する。
- (3) 各部門における医療事故防止担当者への支援を行う。
- (4) 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
- (5) 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する。
- (6) 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援する。

附 則

この指針は、平成 18 年 3 月 31 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、令和 元 年 9 月 1 日から施行する。

改訂履歴一覧

第 1 版 平成 18 年 3 月 31 日 作成

- 第 2 版 平成 22 年 4 月 1 日 作成
- 第 3 版 平成 26 年 4 月 1 日 作成
- 第 4 版 平成 27 年 4 月 1 日 作成
- 第 5 版 平成 29 年 4 月 1 日 作成
- 第 6 版 令和 元 年 9 月 1 日 作成

I 医療安全管理指針

1 総則

1-2 用語の定義

(5) 医療安全管理室 を 医療安全管理者 を変更

1-3 組織および体制

(2) 医療安全管理室（業務指針は別に定める） を

(2) 医療安全担当者（設置要綱は別に定める） に変更

2 医療安全管理委員会

2-2 医療安全担当者会議の設置 を追加

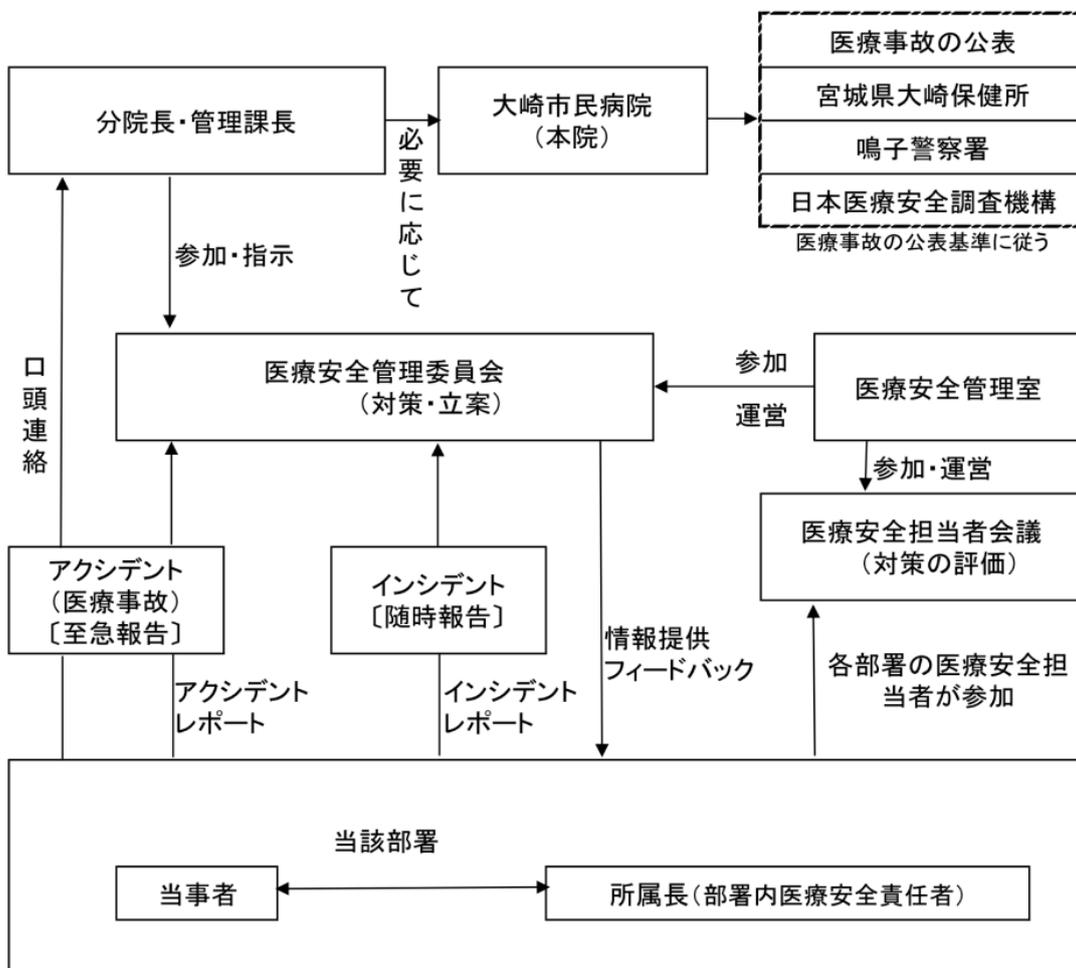
6 事故発生時の対応

6-2 緊急時の報告など を追加

II 医療安全管理者の業務 を追加

改訂履歴を追加

鳴子温泉分院医療安全体制（インシデント・アクシデントレポートの流れ）



インシデント・アクシデントレベルの判断基準

レベル内容	インシデント	0	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
		1	患者への実害はなかった(明らかな影響を与えた可能性は否定できない)
		2	処置や治療は行わなかった (患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)
	アクシデント	3a	単純な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
		3b	濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装置、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
4a		永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題を伴わない	
4b		永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う	
5		死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)	

医療事故報告体制（分院など）

