

医療安全管理指針

制定	19.5.1
改正	23.4.1
	24.4.1
	30.5.1
	R5.4.1

第1 趣旨

この指針は、社会福祉法人北海道社会事業協会富良野病院(以下、「当院」という。)における医療事故の発生防止対策及び医療事故発生時の対応方法等医療に係る安全管理に関する下記事項について定めるものである。

- ① 医療機関における安全管理に関する基本的な考え方
- ② 医療に係る安全管理のための委員会等の組織・体制に関する基本的事項
- ③ 事故報告等医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本の方針
- ④ 安全管理のためのマニュアル整備に関する基本方針
- ⑤ 医療安全に係る安全管理のための職員研修に関する基本的事項
- ⑥ 医療事故発生時の対応に関する基本方針
- ⑦ その他医療安全の推進のために必要な基本方針

第2 基本的な考え方

この指針の基本的な考え方は、以下のとおりとする。

1 医療安全の確保

当院における医療は、多職種からなる職員、チーム医療を支える病院の組織・体制、医薬品・医療器具をはじめとする物やそれらの配置及び病棟空間などの環境といった各要素により提供されており、これらの提供を受ける患者・家族との信頼関係等のいずれかが不適切であっても医療の安全性は確保できない。

よって、こうした個々の要素の質を高めつつ、システム全体を安全性が高く、質の良いものにするためには、すべての職員が積極的に関わり、具体的な方策を展開する必要がある。また、「人は誤りを犯す」ということを前提とした組織的対応策が必要である。

2 患者主体の医療と信頼の確保

医療は、患者と医療従事者が協力して、ともに疾病を克服することを目指すものであるが、改めて「医療を受ける主体は患者本人であり、患者が求める医療を提供する。」という患者の視点に立った医療の実現が課題となっていることを認識すべきである。

患者の要望を真摯に受け止め、患者が納得し、自らの選択により医療が受けられるよう、必要な情報を十分提供するとともに、患者が自ら相談できる体制を充実し、患者が医療に参加できる環境を作り上げていくことが必要である。

また、病院として積極的に情報提供を行い、説明責任を果たすことにより、医療の透明性を高め、信頼を確保することが重要である。

第3 医療安全管理体制

当院の医療安全に係る安全管理体制は病院長を医療安全管理責任者とし、推進するための組織は、次のとおりとする。

1 医療安全に関する組織・委員会

- (1) 医療安全管理委員会
- (2) 医療安全管理室
- (3) セーフティーマネジャー会議

それぞれの規定、要綱は別に定める。

2 重大な医療事故への対応

重大な医療事故に対応するため、次の委員会を置く。

- (1) 医療事故対策委員会
- (2) 院内事故調査委員会

3 医療安全管理者

- (1) 医療に関する事故の防止及び医療の安全推進を図るため医療安全管理者を任命し、医療安全管理室に配置する。
- (2) 医療安全管理者は病院長が任命し、その業務は別に定める。

第4 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

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 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等を検討し、医療の改善に資する事故予防策、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。

2 報告に基づく情報収集

すべての職員は、院内において次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合は、「医療事故防止のための院内体制」に示す期間により、速やかに報告を行うものとする。

- ① 医療事故に関わる医療従事者
- ② ニアミス(ヒヤリハット)事例を体験した医療従事者
- ③ ニアミス(ヒヤリハット)事例を発見した職員

3 報告の方法

- (1) 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、自ら患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に基づき作成する。

4 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理者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、再発防止の観点から組織としての改善に必要な防止対策をセーフティマネージャー会議と共に作成し、医療安全管理委員会に報告するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理者は各部署セーフティマネージャーと協同し、すでに策定した改善策が確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを詰めに点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

(3) その他

第4-2の規定に基づき報告された事例を職務上知り得た職員は、内容を正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。また報告を行った職員に対して、これを理由に不利益な取り扱いを行ってはならない。

第5 安全管理のためのマニュアルの整備

1 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できる。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) 安全マニュアルの作成、医療の安全、患者の安全確保等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ければならない。

2 安全管理マニュアルの作成と見直し

(1) 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するとともに、必要に応じて見直す。

(3) マニュアルは作成、改変の都度、医療安全管理委員会にて審議のうえ決定する。

第6 医療安全管理のための職員研修

1 医療安全対策委員会は、概ね6か月に1回、年2回以上の全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。

2 研修は医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的手法等を全職員に周知徹底することを通じ、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、当院全体の医療安全を向上させることを目的とする。

3 職員には年2回以上の医療安全のための研修会参加を義務付ける。また止むを得ない事情により研修を受講できなかった職員に対し、ビデオ等により受講ができるよう配慮する。

4 院長は、院内において重大事故が発生した後など、必要があると認めた場合は臨時に研修会を行うものとする。

5 医療安全管理者は、研修の実施内容を記録するとともに、職員への周知徹底を図る。

第7 事故発生時の対応

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象が生じた場合には、可能な限り院内の総力を結集し、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また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) 事故発生時には医療安全管理規定第14条に定める方法により、迅速かつ正確な報告を行うものとする。

(2) 院長は必要に応じて医療事故対策委員会を緊急招集・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、その事実及び報告の内容を診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿に記録する。

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来たさない限り、可及的速やかに事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等へ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、その事実及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、帳簿に記録する。

第8 その他

1 本指針の見直し、改正

(1) 医療安全管理室は年1回以上本指針の見直しを行うものとする。

(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。

2 医療安全指針の閲覧

患者及び家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

3 患者からの相談対応

(1) 医療安全対策推進の一環として、患者及びその家族が安心して医療を受けられるよう相談窓口を設置する。

(2) 病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、誠実に対応する。

- 附則 -

この指針は平成19年5月1日より施行する