

医療安全管理指針

第1条 医療安全管理に関する基本的な考え方

医療安全は、医療の質に関わる重大な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、医療法人聖峰会 田主丸中央病院（以下、「病院」という。）及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を病院及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確認を図り安全な医療の遂行に取り組む為に下記に挙げる基本的事項を実践する。

第2条 医療安全管理に係る基本的な考え方

- 1.職員は、常に「事故はいつでも誰にでも起こるものである」という危機意識を持って医療にあたること。
2. 職員は、「患者本位の医療」、「患者の立場に立った医療」を実践するとともに、患者とのコミュニケーションを密にし、円滑におこなうこと。
- 3.職員は、すべての医療行為において確認手順を明確にするとともに、診療に関する記録・指示は正確かつ丁寧にすること。
- 4.職員は、職員間の連携を密にし、部門間での情報の共有を図ること。おかしいなと思ったことは素直に報告し、速やかな対策を講ずること。

第3条 医療に係る安全管理のための院内組織と委員会

1. 医療安全管理の体制確保及び推進のために、医療安全管理部門を設置、医療安全管理者を配置し、院長直轄におき組織横断的に病院内の安全管理を行う。部門の下部組織として医療安全推進部会（以下「リスクマネージャー部会」という。）を設ける。必要に応じ医療事故対策本部、医療事故調査委員会を設ける。
- 2.医療安全に係る安全管理のための委員会及び会議
 - (1) 医療安全管理委員会
 - ア、医療安全管理委員会は、医療安全管理部長を委員長とし、医療安全管理課のメンバー及び委員長が指名した者で構成する。
 - イ、医療安全管理委員会規定に記載のとおり、委員会のメンバーによるカンファレンスを週一回程度開催し、医療安全対策に関わる取組の評価を行う。
 - ウ、医療安全管理委員会の規程は別に定める。
 - (2) リスクマネージャー部会
 - ア 各部署のリスクマネージャーを部会員とし、医療安全管理者を部会長とする。
 - イ 部会は、原則として毎月1回定例会を開催する。
 - ウ 病院の医療安全管理の取り組みを推進するため、医療安全管理者を補佐するとともに、各所属部署において次の業務をおこなう。
 - (ア) 属部署における医療事故の原因及び防止方法、ならびに医療体制の改善方法についての検討及び医療安全管理者への報告
 - (イ) インシデント・アクシデント報告の受理、整理及び医療安全管理者を通して医療安全管理課への提出
 - (ウ) インシデント・アクシデント報告の積極的な提出の励行
 - (エ) 事故防止・安全対策に関する事項の所属部署内への周知、徹底
 - (オ) その他、医療安全管理課との連絡調整

第4条 職員の責務と医療事故報告体制

- 1 安全な医療を提供するため、職員の一入ひとりが医療事故の原因や背景要因等について共通認識を持つとともに、医療事故報告制度を構築して、組織的にリスクの低減・改善に向けて対応する。
- 2 医療事故報告書は、医療事故に直面した職員等が作成することを原則とする。
- 3 医療事故報告書は、インシデント・アクシデント報告に区分し、その報告書式・手順等を別に定める。

- 4 病院及び法人は報告書を提出したことを理由に、提出した職員等に不利益処分を行わない。

5条 医療安全管理体制の組織図

医療安全管理体制の組織図は別に定める。

第6条 医療事故調査制度

医療事故調査制度に係る対応等は別に定める。

第7条 患者相談窓口の設置

- 1 患者当からの苦情・相談に応じられる体制を確保し、患者当との情報共有を確実なものとする
ために、施設内に患者相談窓口を常設する。
- 2 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者に明示する。
- 3 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取り扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規定を整備する。
- 4 相談により、患者や家族等が不利益を受けない様適切な配慮を行う。
- 5 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理課に報告し、当該施設の安全対策の見直し等に活用する。

第8条 医療事故報告発生時の対応指針

1. 医療事故発生時の具体的対応

- (1) 医療事故が発生した場合は、医師、看護師等が連携を取り、直ちに救急処置を行い、患者への影響を最小限にとどめるよう治療に最前を尽くす。
- (2) 医療事故が発生した場合は、病院内の関係者間において情報伝達に遺漏がないよう努めるとともに、医療事故報告制度に基づく報告を行う。重大な医療事故については、事故に直面した職員等及びその関係者は、直ちに所属長に報告し、医療安全管理者を通じ、または直接病院長に報告する。
- (3) 病院長は、重大な医療事故と判断した場合は、医療事故対策本部を設置する。
- (4) 病院長不在の場合は、副院長がその職を代行する。なお、病院長及び副院長が共に不在の場合は、医療安全管理部長又は診療部長又は医療安全管理者がこの職を代行する。
- (5) 重大な医療事故とは、次のものとする。
 - ア、当該行為によって患者を死に至らしめ、または死に至らしめる可能性が高いとき。
 - イ、当該行為によって患者に重大もしくは不可逆的障害を与え、または与える可能性が高いとき。
 - ウ、その他、病院長が重大事故と認めたとき。
- (6) 事故により被害を受けた患者・家族への対応
 - ア、患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及びその家族に対しては誠意をもって事故の説明を行う。
 - イ、患者及び家族に対する事故の説明は、原則として医療安全管理委員長（病院長）、当該部の上司あるいは医療事故対策本部長が指名する者が行い、状況に応じて当該事故に関係する医師、看護師等が同席する。
- (7) 事実経過の記録
 - ア、医師、看護師等は、初期対応が終了次第、事故の状況、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に記載するとともに、その内容を医療安全管理者へ報告する。
 - イ、記録にあたっては、次の事項に留意する。
 - ① 事故の種類、患者の状況に応じ、できるかぎり経時的に行う。
 - ② 想像や憶測によらず、事実を客観的かつ正確に記載する。
 - ③ 患者及び家族に説明した内容、説明に対する患者及び家族の反応、希望など、あり

のまま記載する。

ウ、必ず、現場写真や患者の状況写真等を残すこと。

(8) 医療事故に関与した職員を心理的に支援するための精神科医によるカウンセリング等の対策を講じる。

2. 医療事故の外部への報告・公表

(1) 医療事故調査・支援センターへの報告

病院長は、医療事故調査制度に該当する医療事故が発生した場合は、速やかに医療事故調査・支援センターへ報告するものとする。また、「該当するか」「該当しないか」は、医療事故等支援団体、医療事故調査・支援センターに相談できる。

(2) 警察署への届け出

ア、病院長は、死体の外表面に「異状」を認めた場合は、24 時間以内に所轄警察署に届け出を行う。

イ、故意あるいは明らかに犯罪性を認めた場合には、医師法 21 条に関係なく、病院長に報告するとともに、直ちに警察署に届け出る。

ウ、警察署への届け出を行うに当たっては、原則として、事前に患者及び患者家族に説明を行う。

(3) 公表

重大な医療事故が発生した場合は、院内医療事故調査委員会で協議し原則として公表する。ただし、患者並びに患者家族の意思を考慮して決定する。公表にあたっては、患者並びに患者家族のプライバシーに十分配慮する。

3. 重大医療事故時の緊急連絡体制図

勤務時間内日勤帯と勤務時間外夜勤及び休日体制に分けて、別に定める。

第 9 条 医療に係る安全管理のための職員研修

職員の医療安全管理に対する意識啓発と安全な医療を提供するため、すべての職員を対象に、チーム医療の一員としての意識の向上、徹底と、医療知識・技能の習得を行わせるため、次のとおり職員研修を実施する。

- 1 年2回以上実施する「全体研修」と、部門・職種・階層に応じた「個別研修」を計画的に実施する。
- 2 新規採用職員等を含むすべての職員に対し研修を実施し、病院の医療安全管理に関する基本的な考え方や指針の周知徹底を図る。
- 3 研修を実施後、研修等報告書を用いて研修小委員会を通じて病院へ報告する。
- 4 部門・職種・階層に応じた「医療安全に関する個別研修」を実施した部署は、研修内容（資料）、参加者等を個別研修報告書を用いて、医療安全管理課へ報告する。

第 10 条 患者等に関する当該指針の閲覧

患者及びその家族から本規程・指針の閲覧の求めがあった場合は、積極的に開示するものとし、いつでも閲覧の要望に応えられるよう患者相談窓口に常備しておくものとする。

第 6 本指針の見直し、改定

1. 本指針の見直し

医療安全管理課は、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. 本指針の改定等

本指針の改定は、医療安全管理部門及び医療安全管理委員会の決定により行う。