

医療安全管理指針

当院における安全管理のための基本的な基準について以下の様に定めます。

I. 安全管理に関する基本的考え方

人権を尊重し、患者の立場にたった親切でよい医療の実現をめざす医療機関として、住民からの信頼を守るうえで、医療・介護に於ける安全性の確保は、私達の医療活動の中心にすえられなければならない課題です。

一つの重大事故の陰には29の中事故、300の小事故が存在すると言われています（ハインリッヒの法則）。医療の整備と安全の課題を普段から医療管理の中にしっかりと位置づけて取り組みをすすめます。

①「人命は地球より重し」と言われます。その失敗は賠償金で済まされるものではありません。安全管理は、患者さんの人権を守る立場で、厳密に行わなければなりません。患者さんの生命を脅かし、身体的・精神的な苦痛を与える医療事故を起こさないことは、患者さんの人権を守る最小限の条件です。

②医療を担当する私たちは、人間である以上『絶対大丈夫』という事はありません。事故は誰でも起こしうる事です。技術に習熟し、充分注意をしていても、意外なところで意外な原因で事故が起こる事があります。絶対安全な技術というものは存在しません。過信や慣れは事故に結びつきます。

③『忙しかったから仕方がない』『運が悪かった』『偶然に悪い事が重なってしまった』など、どんな時にも一つ一つの行為に人命がかかっている事を考えると、言い訳は許されません。

④事故は突然には起こりません。「あっ！危ない」「大丈夫かな？」という事故につながる恐れのある事例は必ずあります。大事に至らなくて良かったと、胸をなでおろして終る事が何回もあって大事故が発生します。どんな小さな事故もないがしろにできません。ニアミスが発生したとき、予防対策を見直す事が重要です。

⑤二度と同じ過ちを繰り返さないために、事実からしっかり学びつくす必要があります。冷静に事故を振り返り、正確に教訓を引き出すために「インシデント・アクシデントレポート」を速やかに提出することとします。

⑥事故を個人の問題に片付けることなく、報告に基づき集団で検討し教訓化し、組織的に再発防止の対策をとる事が必要です。事故が発生した場合、病院として全面的に誠実に対処する立場をとります。

1. 医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生するすべての人の事故を指します。医療従事者の過誤・過失の有無を問いません。

尚、医療事故には、次の事を含みます。

(1) 医療行為に起因して生じた事故

① 患者の死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安などの精神的被害の発生した場合。

② 注射針の誤刺のように医療従事者に被害が生じた場合。

(2) 患者が廊下あるいは病室で転倒し負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない障害等。

2. 事故防止のための基本的な考え方

(1) ヒューマンエラーが起こり得ることを前提として、エラーを誘発しない環境や、起こったエラーが事故に発展しないシステムを、組織全体で整備します。

(2) 職種や診療科における、自主的な業務改善や研修活動を強化します。

(3) 継続的に医療の質の向上を図る活動を幅広く展開してゆきます。

(4) 患者との信頼関係を強化し、患者と医療従事者との対等な関係を基盤とする「患者さんを中心に据えた民主的集団医療体制」を確立します。

3. リスク分類について

レベル分類		障害の継続性	障害の程度	
インシデント	レベル0			エラーや医薬品・医療用具の不具合がみられたが、患者さんには実施されなかった
	レベル1	なし		患者さんへの実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性が否定できない）
	レベル2	一過性	軽度	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が生じた）
	レベル3 a	一過性	中等度	簡単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）
アクシデント	レベル3 b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸の装着、手術、入院日数の延長、外来患者さんの入院、骨折など）
	レベル4	永続的	軽度～高度	永続的な障害や後遺症が残った
	レベル5	死亡		
	その他			医療に関する患者さんからの苦情、施設上の問題、医療機器などの不具合・破損（重大な結果をもたらす恐れのある場合）、麻薬・劇薬・消毒等の紛失

Ⅱ 安全管理室の設置

1. 組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に安全管理部門(以下、安全管理室)を設ける。
2. 安全管理室は医療安全管理者及びその他必要な職員で構成される。
3. 室長は医療安全管理者とする。
4. 安全管理室は次の内容の協議・推進を行う。
 - (1) 安全委員会で用いられる、資料の作成保存
 - (2) 日常の医療安全に関すること
 - (3) 医療事故発生時の対策と事後処理及び指導
 - (4) その他医療安全対策の推進にかかわること
5. 会議は次の通り開催する。
 - (1) 定例開催 毎週水曜日 14 時 30 分から
 - (2) 緊急開催 医療事故発生時等その都度

Ⅲ. 安全委員会の設置

1. 委員長を中心に、各部門から選出された委員からなる安全委員会を設ける(委員には各部門の責任者が入る)。
2. 委員長は院長より委嘱された医師とする。
3. 安全委員会は、次の内容の協議・推進を行う。
 - (1)当院の安全管理に関する基準の見直し
 - (2)医療事故・ニアミス等に関する資料の収集と職員への周知
 - (3)職員研修の企画
 - (4)医療事故発生時の対応管理及び再発防止のための対策の立案・推進
4. 委員会は次の通り開催する。
 - (1)定例開催 第4木曜日 午後6時から
 - (2)緊急開催 医療事故発生時はその都度開催する。
5. 委員会は、医療事故発生時は、事実関係の把握のため、関係者に報告又は資料の提出を求める。
6. 委員会はアクシデント・インシデント報告の書式を定め、職員に対し報告を行うよう求める。
7. 委員会は、職種・職位等に関わらず、職員が医療事故の防止に関して自由に発言できるものとする。
8. 委員は、その職務に関して知り得た事項のうち一般的な医療事故防止策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。

Ⅳ. 医療安全管理者の配置

1. 院内に医療安全管理者を置く。
2. 医療安全管理者は、その任務を果たしうる有資格者の中から院長が指名する者をもって充てる。

V. 医療事故に対する対応

1. 医療事故が発生した際には、医師、看護師等の連携の下に救急処置を行う。

2. 事故の報告

- (1) 事故が発生した場合、関係者は直ちにセクション長に報告する。
- (2) セクション長は即座に管理部へ集中する。
- (3) 報告は「インシデント・アクシデント報告用紙」(以下報告用紙)により行う。ただし、緊急を要する場合は直ちに口頭で報告し、事後速やかに作成する。
- (4) 「報告用紙」は各セクションにおき、同報告書の記載日の日から起算して5年間保管する。
- (5) レベル3b以上の報告用紙は管理部で対応し担当管理部は委員会に報告する。
レベル3a以下の報告は、委員会で対応後管理部へ報告する。

3. 患者・家族への対応

- (1) 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。
- (2) 患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、管理部が対応し、状況に応じ事故を起こした担当医又は看護師が同席する。

4. 職員への対応

- (1) 事実が明らかになった段階で速やかに報告、説明し対策本部の姿勢を表明する。(職員全体で教訓を共有し同様な事故を繰り返さないために)
- (2) 事故の当事者の職員には特別なフォローが必要。
(メンタルの相談は労働安全性委員会、産業医とする。)

5. 事実経過の記録

- (1) 医師、看護師等は、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、看護記録に詳細に記載する。
- (2) 記録に当たっては、以下の事項に留意する。
 - ・初期対応が終了次第、速やかに記載する。
 - ・事故の種類、患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載を行う。
 - ・事実を客観的かつ正確に記載する。
- (3) 安全委員は事実経過の記録を確認する。

6. 医療事故の公表

- (1) 患者の生死にかかわる重大な事故に限らず、比較的軽微な場合を除き、明白な過誤による事故については、原則として公表する。
- (2) 過誤が必ずしも明白でないものについては、後に過誤であることが判明した時

- 点で、比較的軽微な場合を除き、原則として公表する。
- (3) 公表においては患者、家族を含む当事者のプライバシーに配慮する。

7. 保健所・警察への報告

- (1) 患者の死亡等重大な医療事故は、速やかに報告する。

8. 医療事故再発防止のための取り組み

- (1) 安全委員会は、医療事故報告等に基づき、次の検討を行う。
- ・報告等に基づく事故の原因分析
 - ・再発防止のための対策
- (2) 安全委員会は、事故再発防対策について早急に職員に徹底を図る。

9. 重大な医療事故の対応

- (1) 「重大な医療事故発生時の対応について」に沿って対応を行う。

VI. 職員研修

- (1) 職員研修を年2回開催する。
- (2) 職員研修の企画は、次の内容を考慮し企画する。
- ・ ヒューマンエラー・ノンテクニカルスキル
 - ・ インシデント・アクシデント報告書の分析と対策
 - ・ 医療事故、ニアミスに関する文献
 - ・ 職員相互の検証

VII. 医療職員と患者との情報共有に関する基本方針

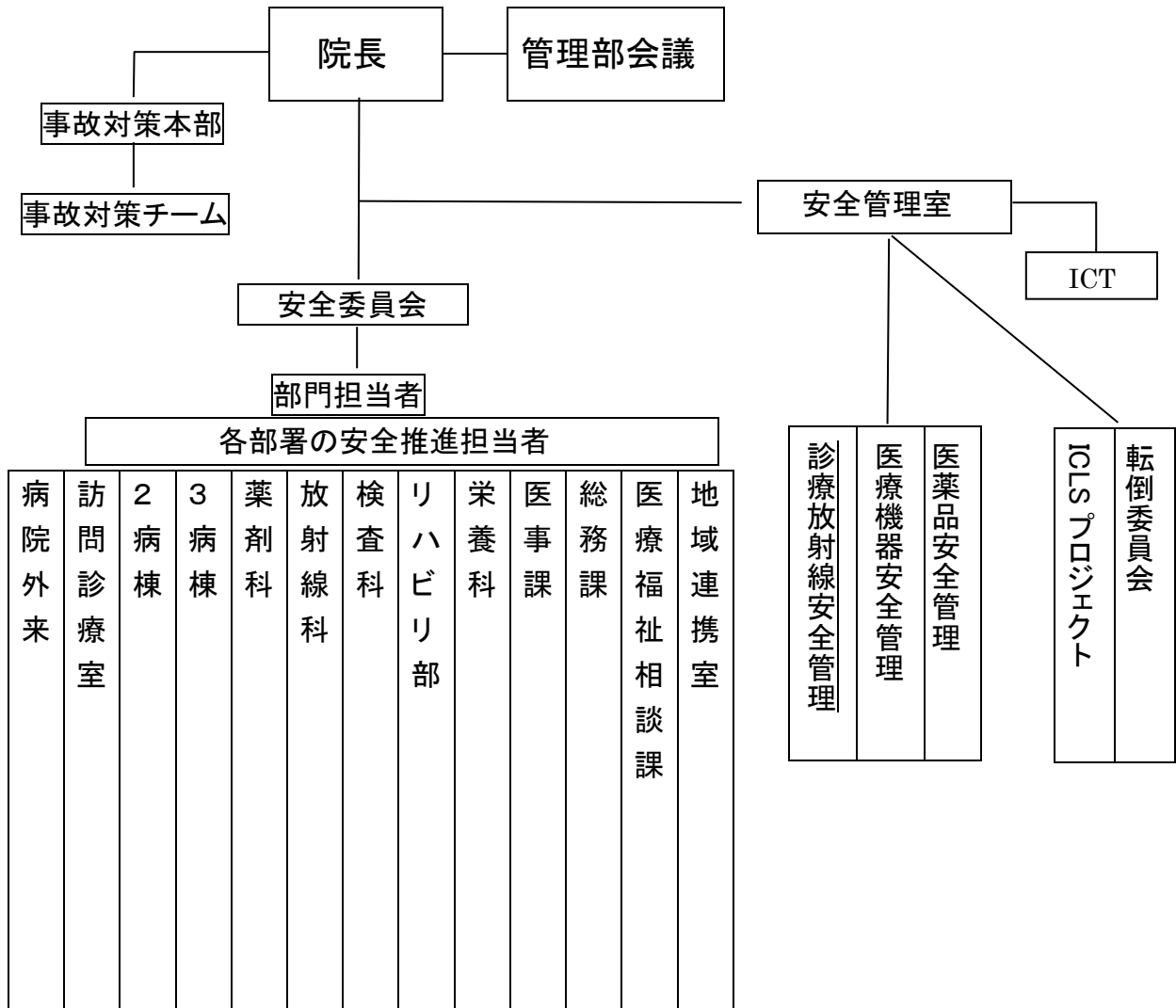
- (1) 当該指針は総務課受付に保管し、患者が閲覧できるようにする。指針に対する問い合わせには、安全管理室が対応する。
- (2) 病状や治療方針等に関する患者からの相談については、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じて担当医等に内容を報告する。

VIII. 医療安全管理対策に関する指針の見直し及び周知

本指針は必要に応じて改正するとともに、研修などを通じて職員に周知する。

Ⅸ.「安全委員会」体制について

1. 安全性管理体制



2. 委員会体制 ・ 推進体制

①委員会体制

委員長 担当医師
 事務局長 副総看護師長
 事務局 検査科科長 事務長 外来看護師長
 委員 院長 総看護師長
 放射線科科長 リハビリ部部長 薬剤科科長
 3病棟看護師長 2病棟看護師長
 総務課長 医事課課長 他安全推進者

②各管理者

医療安全管理者 安全委員会事務局長

医薬品安全管理者 薬剤科長

医療機器安全管理者 放射線科科長

医療放射線安全管理者 放射線科科長

③各部署における医療の安全推進担当者

<医 局> 院長

<外 来> 担当医 看護師長

<2病棟> 医長 看護師長

<3病棟> 医長 看護師長

<薬剤科> 科長

<放射線科> 科長

<検査科> 科長

<リハビリ部> 部長

<栄養科> 科長

<訪問診療科> 看護師長

<医療福祉相談課> 課長

<地域連携室> 看護師長

<総務部> 課長

<医事課> 課長

2002 年8月 整備

2004 年 12 月 改定

2006 年3月 改定

2007 年7月 改定

2010 年 5 月 改定

2012 年9月 改定

2013 年6月 改定

2014 年 11 月 改定

2016 年 11 月 改定

2017 年 9 月 改定

2019 年 6 月 改定

2023 年 8 月 改定

函館稜北病院 管理部