

**恩方病院**  
**医療安全管理指針**

**医療安全管理委員会**

平成17年11月作成

平成18年 2月改訂

平成19年 3月改訂

平成21年 3月改訂

平成24年 3月改訂

# 恩方病院「医療安全管理」

## 恩方病院理念

### 「私たちの誓い」

私達は、医療機関としての社会の使命に立ち、「共に生きる社会」を目指し、その健全な運営を図り、もって地域の保健・医療・福祉に貢献することを誓います。

- 1 患者様中心のケアとキュアを実践します。
- 2 患者様のリスクゼロを目指します。
- 3 患者様やご家族の声に耳を傾けることを徹底します。
- 4 アメニティの充実を図り最適な療養環境を提供します。
- 5 地域との連携を図り、患者様やご家族の社会生活を支援します。

## I 医療安全基本方針

- ・ 患者様に高品質な医療を提供すること。
- ・ 高品質な医療は徹底した安全が条件であり全職員がこれの推進に努めること。

## II 医療安全管理の目的

- ・ 個々の患者様に最良の結果をもたらすように努める。
- ・ 「人は誰でも間違える」を前提に、エラーが発生しても事故につながらない様なシステムを構築する。
- ・ 安全に関する組織風土を向上させ、継続的な質改善を推進していく。
- ・ 「事故防止」や「安全維持」を個人能力や責任だけでなく、病院全体の組織的な問題として捉え、「医療の質の向上」につなげる。

## III 医療安全管理委員会の設置

### 1 目的及び設置

- ・ 院内における医療の質向上を図り、医療安全推進活動に関する最高決議機関として委員会を設置する。
- ・ 院内における各執行委員会の上部委員会として位置し、各報告を受けて現状を把握し改善指導を行う。

- ・ 各執行委員会の年間活動計画を指導・指示・評価する。
- ・ 執行委員会は以下、医療安全対策、感染管理、教育、褥瘡対策、業務改善、行動制限最小化、防火管理、個人情報管理の各委員会とする。

## 2 活動内容

- ・ 医療安全管理委員会の開催および運営。
- ・ 院内において発生した医療事故または発生する危険のあった医療事故についての情報の収集(事故報告書・インシデントレポート等)と分析。
- ・ 再発防止策の検討と職員への周知。
- ・ 医療安全推進のための情報・資料の収集と職員への啓蒙。
- ・ 医療安全推進のための具体的対策の検討及び推進。
- ・ 医療安全推進のための研修及び教育。
- ・ 医療安全対策についての現場への指示並びに、実施状況への監査。
- ・ 各執行委員会からの報告事項につき検討・評価・指導。

## 3 会議

- ・ 定例委員会は毎月1回開催する。なお委員の求めに応じて臨時委員会を開催できる。
- ・ 毎月第1月曜日13:30～14:30(1時間)会議室で実施する。

## 4 委員会の委員構成と任期

- ・ 病院長を委員会委員長とする。
- ・ 副委員長を副病院長と看護部長とする。
- ・ 書記を事務次長とする。
- ・ 委員会の委員は各部門における所属長によって構成する。
- ・ 委員会にゼネラルリスクマネジャーを必ず含める。
- ・ 議事司会進行は副委員長が執り行なうものとする。
- ・ 委員の任期は毎年3月1日から翌年の3月会議開催日までとする。

## 5 議事録

- ・ 委員会書記は、所定の様式において委員会議事録を作成する。
- ・ 委員会に於いて検討した要点、議事の概要をまとめ報告する。
- ・ 議事録は、書記 →ゼネラルリスクマネジャー →副委員長 →委員長(病院長)の順に確認し押印後、部門ごとに適切に保管すること。
- ・ 議事録の写しは2年間保管すること。

## IV 医療事故発生報告と改善のための方策に関する方針

- ・ 患者に有害事象が発生した場合、医療側の過失の有無を問わず、まず患者の救命と被害拡大の防止に全力を尽くす。
- ・ 報告は医療の安全を確保するためのシステム改善を目的としており、報告者が不利益を受けないことを確認する。

### 1 アクシデント（事故報告）

- ・ 委員会は、院内で医療事故が発生したときはその大小を問わず、事実関係の把握のため関係者に対して報告または資料の提出を求めることができる。
- ・ 委員会は事故報告書(アクシデント)を定め、職員に対してこれの報告を求める。
- ・ 委員会は、報告・資料に基づき事故原因を分析し将来の事故防止策をまとめ、それを職員に徹底しなければならない。

### 2 インシデント（ひやり・ハット事例）

- ・ 委員会はインシデント報告書を定め、職員に対してこれの報告を行うよう求める。
- ・ 委員会はインシデント報告を検討し、事故防止策を職員に徹底させる。

### 3 報告の方法

- ・ インシデントおよびアクシデントの報告は、原則として定められた様式の書面をもって行う。ただし、緊急を要する場合はまず口頭で上席職員およびゼネラルリスクマネージャーへ報告する。
- ・ 報告は、診療録・看護記録・その他の記録に基づいて報告書を作成すること
- ・ インシデント報告は、職員の自発的報告を妨げないように報告者氏名を省略できる。
- ・ インシデント・アクシデントレポートの報告基準と手順マニュアルを作成し、定期的に改訂する。

### 4 報告内容の検討

- ・ 報告された事例を検討し安全管理上必要と思われるものについて改善策を策定するものとする。
- ・ 委員会は、検討された改善策が各部門で実施され、有効に機能しているか評価し、必要に応じて見直しをする。

## V 安全管理マニュアル

### 1 安全管理マニュアル

- ・ 委員会は事故防止マニュアルを作成し、随時改訂する。また、その内容が徹底するように努める。

- ・ 院内感染対策指針、感染対策マニュアル、医薬品安全使用指針、褥瘡対策マニュアル、その他を定め、新たに作成・改訂のつど安全管理委員会に報告し承認を受けること。
- ・ マニュアルは年に1度、内容について見直し必要に応じて改訂すること。

## VI 指針の閲覧に関する基本方針

- ・ 医療安全管理に関する基本方針および医療安全管理体制に関して閲覧の申し出があった場合、その写しを提供する、もしくは恩方病院ホームページ(<http://ongata-hp.jp/index.>)からダウンロードできる。
- ・ 指針の閲覧方法に関して「患者の声相談窓口」を通じて患者およびご家族へ確認方法の周知を図る。(入院受付、外来窓口、待合室、面会室等にポスターを掲示する)

## VII 患者からの相談への対応に関する基本方針

### 1 患者の声相談窓口

- ・ 患者や家族の苦情、相談等に速やかに対応し、中立な立場で具体的な情報提供や助言を行うとともに、寄せられた苦情・相談内容を院内の医療安全管理に活用する。
- ・ 患者の声相談窓口の担当は、相談サービスセンターが行う。
- ・ 患者の声相談窓口寄せられる苦情・相談内容のうち、以下のものについてゼネラルリスクマネジャーが担当する。
- ・ 病気や治療に関する不安・心配事、医師の説明に対して理解困難な事、職員の対応での不満・苦情、その他。
- ・ 医療費・退院に向けた援助、その他福祉に関する内容を除く。

### 2 相談内容の記録と保管

- ・ 相談内容について、所定の様式で記録を残すこと。
- ・ 相談者のプライバシーを保護すると共に、その旨を相談者へ周知すること。

### 3 相談手続き

- ・ 外来・相談サービスセンターで直接もしくは予約をもって受け付ける。
- ・ 平日 午前9時～午後4時 受付とする。
- ・ ゼネラルリスクマネジャーおよび相談サービスセンターの担当の者が不在の場合は医事課の上席職員が対応すること。

## VIII 医療安全に関する教育・研修指針

### 1 目的

- ・患者とその家族が、安全な医療を受けられるよう医療の質を保証し、医療事故の予防と再発防止のため、組織レベルでの医療安全対策の一環として、職員への教育を実施する。

### 2 内容

- ・委員会は研修計画を定め、年に2回以上、全職種・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。
- ・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、当院での事例を元にした内容等を周知し、職員の安全意識向上に努める。
- ・職員に対する研修は院内で実施するもの(院内研修)と、外部団体等の主催する研修に参加するもの(院外研修)とする。

#### (1)院内研修

- ・ 恩方病院の職員として以下の安全研修に参加するものとする。
- ・ 対象別に院内での研修を企画する(表参照)
- ・ 年度始めに年間スケジュールと内容を計画し、GRM、医療安全対策委員を中心に、教育委員会と協働して研修を実施する。
- ・ 各所属から、勉強会などの依頼には積極的に協力する。

時期	対象	受講回数	形式	内容
入職時	新入職者	月に1回 (入職の月)	講義 実習	基礎講座、報告書の記入方法 コミュニケーション、情報伝達 記録、守秘義務、損害責任
継続	全職員 (必須)	年間2テーマ以 上を複数回	講義、実習 グループワーク 資料配布	基礎講座、事例・対策報告、 医療安全情報の発信
	看護部職員	年1回以上	講義	事例報告、KYT 訓練、RCA
	ケアワーカー	年1回以上	講義、実習	インシデント・事故報告書の 記入方法
	医療安全 推進者	年2回以上	講義 グループワーク	事例検討 問題解決の手順や手法
	特定の 所属・部門	随時	講義、実習 グループワーク	事例検討、グループワーク、 対象の特徴を考慮した内容

#### (2)院外研修

- ・ 本人の希望を考慮し、医療安全に関する研修会、セミナーへ参加する。

- ・ 医療安全に関する院外研修の年間計画は、GRM と教育師長、教育委員会が協議し予定を組む。
- ・ 医療安全に関する院外研修への参加は、医療安全推進者を優先し選考する。
- ・ 研修参加後は、その内容により適宜伝達講習会を開催する。

### 3 研修参加について

- ・職員は、研修実施に際して、最大限受講できるように努めなければならない。

### 4 その他

- ・院内外で重大な医療事故が発生した場合などは必要に応じて臨時の研修を行う。
- ・研修の内容について、開催日時・出席者・研修内容を記録に残して保管すること。

## IX 安全企画室（医療安全推進）

### 1 目的

- ・ 院内の医療安全管理方針に基づき、組織横断的に安全管理を行う。
- ・ 安全・安心・信頼できる医療環境を整備し総合的な提言を行う。
- ・ 医療の質向上のための研修および教育を管理する。
- ・ 医療におけるコンプライアンスをモニタリングし評価する。

### 2 活動内容

- ・ 安全管理に関する企画・立案・評価への取り組み。
- ・ 質の高い医療サービスを提供するため、病院職員への教育環境の整備、支援、直接指導を行う。
- ・ 患者の安全確保のため各部門間の連絡調整を行う。
- ・ 患者の声相談窓口との連携・協力。
- ・ 病院職員への相談業務。

### 3 安全企画室の構成と権限

- ・ 病院長直属の部門とし、院内の医療安全管理を担当する。
- ・ 安全企画室 室長を副院長とする。
- ・ 教育担当職員 1名（教育担当看護副部長）。
- ・ 医療安全管理者 1名（医療安全管理委員会から1名ゼネラルリスクマネジャーを選任）。
- ・ 感染管理認定看護師 1名

### 4 専任リスクマネジャー(ゼネラルリスクマネジャー)

- ・ 委員会は委員の中からゼネラルリスクマネジャーを選任。
- ・ 院内における安全推進活動を統括する。
- ・ 組織横断の医療安全推進活動を行う。

- ・ 分析、対策立案のためのチーム(各部門から成る)を招集できる。
- ・ 包括的、継続的に安全プログラムを作成しアウトカム評価を行う。
- ・ 職員への相談業務を行う。
- ・ 患者の声相談窓口からのクレーム情報、相談情報に対し迅速に対応・活用する。
- ・ 院内の巡回・点検を定期的実施し、現場からの情報を収集し検討を行う。

## X 医療事故発生時の基本方針

医療事故発生時の対応を以下のように定める。患者への対応に組織として全力を挙げて取り組み、誠意ある対応を取らなければならない。また、発生した事故に対して今後の事故防止に取り組み、かつ事例から未然防止することを目標とする。

### 1 救命措置を最優先する

- ・ 患者に有害事象が発生した場合、可能な限りマンパワーを集結して患者の救命と被害の拡大の防止に努めなければならない。
- ・ 当院での処置・対応が困難と判断される場合は、速やかに救急搬送する。

### 2 事故報告手順

- ・ 原則として、直ちに口頭での報告をする。(即時報告)
- ・ 事故の状況、患者の状態等を、上席職員を通じて速やかに病院長へ報告する。
- ・ 病院長が不在もしくは連絡がつかない場合は副院長へ連絡すること。
- ・ 当事者もしくはリーダーは事故報告とともに事故報告書を所属長に提出。
- ・ 看護部長により必要時院長、事務長に報告する。

### 3 医療事故発生時の対応

#### (1) 日勤帯

- ・ 「事故発生時の報告手順」で示した報告手順に従う。

#### (2) 夜間または休日

- ・ 院内の緊急連絡網を用い院内関係者に連絡(別紙「恩方病院緊急連絡網」参照)。
- ・ 「事故発生時の報告手順」参照し、状況に応じた適切な対応を講じる。

#### (3) 事故発生時の具体的対応

- ・ 病院管理者及び責任者は報告を受けた時点で現場に対し適切な指示を行った後、直ちに病院に急行。状況把握を行うと共に、関係機関、家族への対応に努める。
- ・ 証拠・現場保全を行うこと。



#### (4) 事故の記録

##### ① 事故がおきたときの記録の留意点

- ※ 重大な医療事故が発生した場合、入院の時点まで遡って記録の提出を求められる
- ※ 看護記録は医療訴訟で証拠となる
- ※ 事故発生時は記録方式を経時記録に変える

##### ② 初期対応時の記録

- ※ 担当者を決め、一貫した事実を書き留めておく
- ※ 時間の確認、記録内容(治療・処置・ケアを5W1Hで)
- ※ 指示者、実施者の氏名、患者の状態・反応、患者・家族への説明内容、客観的経時的に記載する
- ※ 処置の施行者は、実施内容をメンバー全員に聞こえるように復唱する

##### ③ 初期対応終了後の記録

- ※ 事故発生時は事実の認識が錯綜し混乱しやすい。関わった医師、看護師が全員で相互に確認すること。処置・看護など実施したいその都度速やかに記録し、患者の状態が安定するまでは経時的記録を続ける。

##### ④ 記載の原則

- (ア) 事実のみ客観的に(想像や憶測、自己弁護的反省文、批判、感情的表現は書かない)
  - (イ) 誤解の無い表現(～と思われる、～のように見える、といった書き方をしない)
  - (ウ) 患者・家族への説明ややり取りを必ず記載
  - (エ) 修正する場合、二本線で消す。(その場合、訂正日、時刻、訂正者のサイン)
  - (オ) ボールペンの黒が望ましい
  - (カ) 記録の途中で行を空けない
  - (キ) 記録を終える毎に署名と日付、時刻を記入
- ※署名は本人が特定できる書き方を用いる
- ※意図的に線や点を加える修正は、改ざんとみなされ刑事責任を問われる

#### (5) 医療事故調査委員会 緊急会議の召集

- ・ 院内において、患者への影響レベル4以上の医療事故が発生した場合、その過失の有無に関わらず医療事故調査委員会を必ず召集すること。
- ・ 事故発生時に病院管理者及び責任者は、事故発生後可及的速やかに医療事故調査委員会を召集し緊急会議を開き、事故後の情報の共有と当面の対応を協議する。その内容及び決定事項を、医療安全管理委員会を通じ職員へ伝達する。

(6) 事故調査と対策立案

・事故の原因を調査・分析し、再発防止の対策を講じる必要がある。

- 1) 事実確認 2) 情報収集 3) 情報の整理 4) 根本的原因の分析(なぜそういう事態が起きたのか、多方面から分析) 5) 事故調査報告書の作成 6) 対策の立案 7) 医療安全管理委員会へ対策後評価のフィードバック

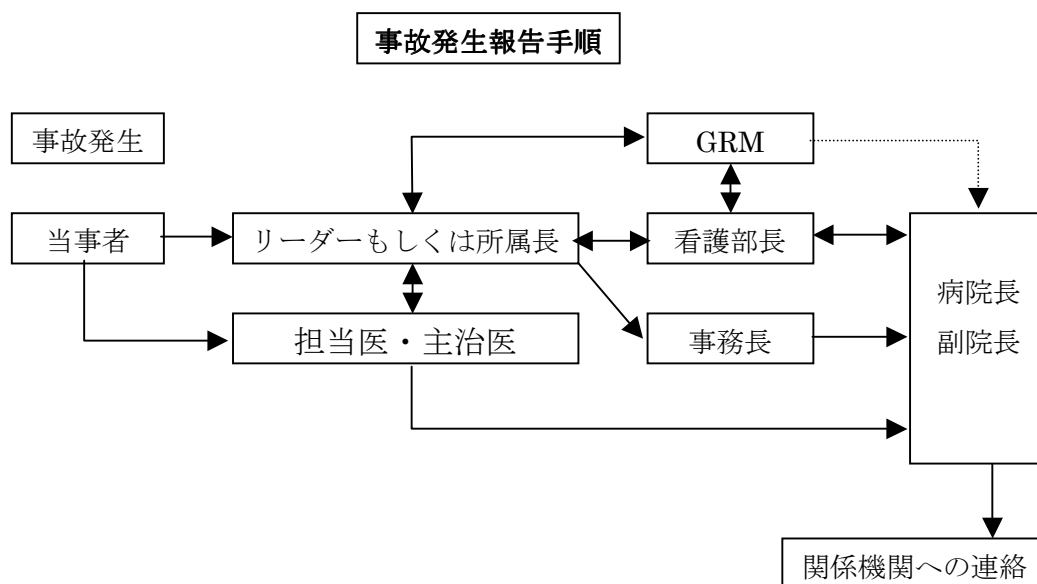
・必要に応じて外部の第三者を調査委員会の委員に加える。

(7) 具体的な対応方針

- ① 患者・家族への対応
- ② 施設内職員への対応(事故発生の事実と経過を説明と守秘義務)
- ③ 他の患者・家族への対応およびクレーム対応
- ④ 事故当事者および当該部署への対応

(8) 関係機関への連絡・報告体制と手順

- ・ 行政機関、警察、消防署、保健所、関係団体、マスコミへの対応(プライバシーの保護、窓口の一元化)に関しては、病院長より必要に応じて関係機関に公表する。
- ・ 「緊急時の連絡先および情報提供先」参照 → 事故防止マニュアル参照



**X I 重大事故発生時の患者・家族への対応に関する方針**

- 1 重大事故発生後、速やかに事故の状況、現在実施している救命処置と見通しについて、患者本人・家族に事実を報告する。
- 2 患者が事故により死亡した場合、内容について客観的にご遺族へ説明すること。
- 3 説明を行った職員は、事実および説明した内容を診療録に記載すること。

## X II 医療安全管理体制

