

南浜中央病院医療安全管理指針

医療安全管理委員会

改定：平成30年 4月 1日

目次

南浜中央病院医療安全管理指針	1
1 総則	3
1-1 基本理念	3
1-2 用語の定義	3
2 医療安全管理委員会	3
2-1 医療安全管理委員会の設置	3
2-2 委員の構成	3
2-3 任務	4
2-4 委員会の開催および活動の記録	4
3 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善	4
3-1 報告とその目的	4
3-2 報告にもとづく情報収集	5
3-3 報告内容の検討等	5
3-4 その他	5
4 安全管理のためのマニュアルの整備	6
4-1 安全管理マニュアル	6
4-2 安全管理マニュアルの作成と見直し	6
4-3 安全管理マニュアル作成の基本的な考え方	6
5 医療安全管理のための研修	6
5-1 医療安全管理のための研修の実施	6
5-2 医療安全管理のための研修の実施方法	7
6 事故発生時の対応	7
6-1 救命措置の最優先	7
6-2 患者・家族・遺族への説明	7
7 その他	7
7-1 本指針の見直し、改正	7
7-2 医療従事者と患者様との間の情報共有に関する基本方針	8
7-3 患者等に対する本指針の閲覧に関する基本方針	8
様式	9

1 総則

1-1 基本理念

医療の場では医療従事者の不注意が、単独であるいは重複したことによって医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねない。患者の安全を確保するためには、まず、われわれ医療従事者の不断の努力が求められる。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、単独の過ちが即ち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も重要である。

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、医療事故を無くし、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。本院においては病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し全職員の積極的な取り組みを要請する。

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

医療事故	医療の過程において患者に発生した望ましくない事象。また、医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。
本院	南浜中央病院
職員	本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む
上席者	当該職員の直上で管理的立場にある者

2 医療安全管理委員会

2-1 医療安全管理委員会の設置

本院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

2-2 委員の構成

(1) 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。

- ①院長（委員会の委員長を務めるものとする）
 - ②副院長
 - ③看護部長
 - ④看護部長が指名した看護職員
 - ⑤医療技術部長が指名した医療技術部職員
 - ⑥事務長
 - ⑦その他、委員長が必要と認めた者
- (2) 委員長に事故あるときは、副院長がその職務を代行する。

2-3 任務

医療安全管理委員会は主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理委員会の開催および運営
- (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討および職員への周知
- (3) 院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項

2-4 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回、定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (2) 委員長は委員会を開催したときは速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保管する。

3 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善

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何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、①本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したがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

3-2 報告にもとづく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、本院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、概ねそれぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

① 医療事故

一 医療側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。上席者からは直ちに所属長を経て院長へと報告する。

② 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

一 速やかに上席者へ報告する。

③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

一 適宜、上席者へ報告する。

(2) 報告の方法

① 前項の報告は、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、本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。

3-4 その他

(1) 医療安全委員会の委員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。

4 安全管理のためのマニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル

安全管理のため、本院において以下のマニュアルを整備する。

- (1) 感染予防マニュアル
- (2) 褥瘡対策マニュアル
- (3) その他

4-2 安全管理マニュアルの作成と見直し

- (1) 上記のマニュアルは、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアルは、関係職員に周知し、また、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報告する。

4-3 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。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) 安全管理マニュアルの作成、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、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) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、概ね 6 カ月に 1 回、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、本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、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針 [5-1] 号の定めにかかわらず、本院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。

(5) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、その概要を記録し、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、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聴しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会、院内ネットワークを介しての回覧チェック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

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、まず、本院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、本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。

6-2 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、家族等に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には、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、帳簿等に記録する。

7 その他

7-1 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) 本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

7-2 医療従事者と患者様との間の情報共有に関する基本方針

医療従事者と患者様との間で情報を共有するため、入院計画書・各種同意書等で説明し、同意を得る。

7-3 患者等に対する本指針の閲覧に関する基本方針

本指針は、各部署に配布・保管され、全職員が閲覧できる。また、病院ホームページにおいて一般に公開する。

様式

インシ・アクシ デントレポート

報告日 平成21年12月3日 01

報告者	<input checked="" type="checkbox"/> 看護部 <input type="checkbox"/> 診療部 <input type="checkbox"/> 事務部 <input type="checkbox"/> 医療技術		東2病棟		氏名 (印)		
発生日時	平成21年12月3日 16時40分		発生場所				
対象	<input checked="" type="checkbox"/> 对患者 (氏名 鈴木 久雄)		<input type="checkbox"/> 対職員	<input type="checkbox"/> 対家族	<input type="checkbox"/> その他 ()		
種類	<input type="checkbox"/> 薬物	<input type="checkbox"/> 処方・指示ミス <input type="checkbox"/> 投与方法 <input type="checkbox"/> 点滴速度 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> カルテ記入ミス <input type="checkbox"/> 投与忘れ <input type="checkbox"/> 点滴順番	<input type="checkbox"/> 誤調剤 <input type="checkbox"/> 人違い <input type="checkbox"/> 機器の操作ミス	<input type="checkbox"/> 投与時間 <input type="checkbox"/> 点滴忘れ		
	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> 診察時 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 検査時 <input type="checkbox"/> ベット	<input type="checkbox"/> 自力歩行時 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (椅子に座るとき)	<input type="checkbox"/> 補装具歩行		
	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 食物・飲み物を来院者にこぼした	<input type="checkbox"/> 遅配膳 <input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> 未配膳 <input type="checkbox"/> 窒息・誤嚥	<input type="checkbox"/> 誤指示		
	<input type="checkbox"/> 接遇	<input type="checkbox"/> 診察拒否	<input type="checkbox"/> 診察中トラブル	<input type="checkbox"/> 電話対応トラブル	<input type="checkbox"/> 応対トラブル		
	<input type="checkbox"/> 管理	<input type="checkbox"/> 盗難・紛失 <input type="checkbox"/> 自傷・他害 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無断 (<input type="checkbox"/> 離院・ <input type="checkbox"/> 外出・ <input type="checkbox"/> 外泊)	<input type="checkbox"/> 訪問者による乱暴	<input type="checkbox"/> 禁止品持ち込み <input type="checkbox"/> 器物破損		
要因と背景 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> S(ソフトウェア)	<input type="checkbox"/> 職場の習慣 詳細 ()	<input type="checkbox"/> マニュアルの不備	<input type="checkbox"/> 教育体制			
	<input type="checkbox"/> H(ハードウェア)	<input type="checkbox"/> 病院設備 詳細 ()	<input type="checkbox"/> 機材	<input type="checkbox"/> 建物の構造			
	<input type="checkbox"/> E(環境)	<input type="checkbox"/> 勤務体制 詳細 ()	<input type="checkbox"/> 業務範囲	<input type="checkbox"/> 仕事の困難度			
	<input checked="" type="checkbox"/> L1(人間:医療者側)	<input type="checkbox"/> 知識不足 <input checked="" type="checkbox"/> 連絡不足 <input type="checkbox"/> 不注意 詳細 (早めにスタッフの応援を得るべきだった。)	<input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 経験不足 <input type="checkbox"/> 思い込み	<input type="checkbox"/> 確認不足 <input type="checkbox"/> 説明不足 <input checked="" type="checkbox"/> 不適切な判断			
	<input checked="" type="checkbox"/> L2(人間:患者側・メンバー側)	<input type="checkbox"/> 認識不足 <input type="checkbox"/> 家族 詳細 (認知症、ふらつき 転倒転落アセスメントスコア23点、危険度Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 不可抗力 <input checked="" type="checkbox"/> 精神症状	<input checked="" type="checkbox"/> 身体機能			
経緯 予後と結果	経緯						
予防策(対応策)							
部長からの指示							
事故の 危険度評価	生命への危険度	<input type="checkbox"/> 1.ない	<input type="checkbox"/> 2.低い	<input checked="" type="checkbox"/> 3.可能性あり	<input type="checkbox"/> 4.高い	<input type="checkbox"/> 5.極めて高い	
	患者様からの信頼度	<input type="checkbox"/> 1.損なわない	<input type="checkbox"/> 2.少し損なう	<input checked="" type="checkbox"/> 3.どちらとも	<input type="checkbox"/> 4.大きく損なう		
事故レベル	<input type="checkbox"/> インシデント			<input type="checkbox"/> アクシデント			<input checked="" type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1

院長	副院長	副院長	事務長	看護部長

事 故 報 告 書

報告日 平成 年 月 日

所属 病棟 報告者

所属長

事故が発生しましたので、今後の事故対策を含めてその内容を下記の通り報告します。

事 故 件 名				
発 生 日 時				
発 生 場 所				
氏 名		年 齢	M・T・S年 月 日生（ 歳）	
診 断 名				
入 院・外 来	入院年月日	S・H 年 月 日	精神科・内科・歯科・その他	
入 院 形 態	任意 ・ 医療保護入院 ・ 措置入院 ・ その他			
発 生 時 の 状 況				
発 生 の 要				
防 止 策				
所 属 長 の 指 導				