

# 医療法人社団樹章会 本永病院 医療安全管理指針

## 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、我々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。

### 「本永病院の理念」

地域の皆様に信頼され、親しみのある病院を目指します。

### 「本永病院の基本方針」

- ・一人一人の生命を尊び、良質な医療によって地域に貢献する。
  - ・一人一人の患者さんを大切にして、分け隔てのない医療サービスを提供する。
  - ・一人一人が医療人としての自覚を持ち、責任感のある人材を育成する。
  - ・一人一人が互いに尊重・協力して全員で医療を支えあう。
- 以上を基本とする。

### 「本永病院の安全管理の理念」

- ・生命を尊ぶ安全な医療の遂行に最大の努力を尽くす。
- ・全ての患者さんの権利が保障され、信頼が確保される医療サービスを提供する。
- ・医療人として揺るぎない安全意識を持つ人材を育成する。
- ・医療の安全は互いに協力・啓発し、全員で確保する。

以上を掲げ、病院長のリーダーシップのもとに、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.安全管理指針の目的

この指針は、安全が確保されない医療は医療ではないとの観点に立つ本院の安全管理理念のもと、医療事故を未然に防ぎ、再発防止を確実にするための対策および事故発生時の適切な対応など本院における医療安全体制を確立し、信頼される安全で質の高い医療サービスを継続して提供することを目的とする。

## 2.安全管理に関する基本的な考え方

### (1) 安全管理の現状認識

医療事故や紛争の増加傾向は、医学・医術の急速な進歩・発展による医療の高度化・複雑化や価値観の多様化、患者の権利意識の変化を背景としてはいるが、医療安全管理体制が十分ではないことを示すとの現状認識のもと、本院においても、医療安全は整備された医療安全管理体制の有機的な機能のもとで確保されるとの観点から、医療事故の予防・再発防止対策を推進し、患者の安全を確保する、体制の整備に取り組むことは極めて重要である。

### (2) 医療安全の基本姿勢

全職員の統一された強い安全意識の確認と安全管理体制の整備が不十分な点の根本的原因究明・改善により、患者の信頼が確保される医療サービスの提供と医療の質の向上を求めていくことを、本院の医療安全の基本姿勢とする。

以上の基本姿勢をバックボーンとする医療安全活動の必要性・重要性を全部署および全職員に周知徹底し、院内共通の課題として積極的に取り組んでいく。

### (3) 安全管理推進のための具体的方策

#### ① 安全管理体制の構築

安全かつ適切な医療を継続して提供するために、本院の医療安全活動が院内全体で確実に機能する管理体制を構築する。

#### ② 院内報告制度の確立

院内全部門における医療事故やインシデントの情報を収集し、現状の把握、分析、対策および結果評価を的確に行う体制を構築し、医療安全意識の醸成と具体的な予防・再発防止にあたる。

#### ③ 安全管理のためのマニュアルの整備

職員がマニュアルの作成・検討に関わることにより、職場全体に、日常診療における危険予知、患者の安心に対する認識、事故を未然に防ぐ意識等を高め、広める。

#### ④ 安全教育および研修の実施

全職員を対象とする安全に関する教育・研修を計画的に実施し、本院の医療安全に関する基本的な考え方や個別事案に対する予防・再発防止策を周知徹底する。

⑤ 事故発生時の対応方法の確立

事故発生時には、患者の安全確保を最優先するとともに、事故の再発防止策を早期に検討し、職員に周知徹底する。

3.用語の定義

本指針で使用する用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

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身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無は問わない。

- ① 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害および苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合
- ② 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合
- ③ 患者についてだけではなく、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) 医療過誤

人の誤り全般を指す。ミステイクとスリップがあり、ミステイクは意識的に不適切な目標を選んでしまう誤りであり、スリップとは目標を行為に移す過程で無意識に発生した目標とは異なった行為

(3) エラー（ミステイクとスリップ）

人間の行為が、行為者自身が、意図したものでない場合、規則に照して望ましくない場合、第三者から見て望ましくない場合及び客観的水準を満足しない場合などの行為を指す。

(4) インシデント

患者に被害を及ぼすことがなかったが、日常診療の現場で「ヒヤリ」「ハット」した経験を指す。

- ①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合
- ②患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す。

(5) 本院

医療法人樹章会 本永病院

(6) 職員

本院に勤務する職員は医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員、臨床工学士、介護福祉士、栄養士、その他の職員すべての職種を含む。

(7) リスクマネジャー

各部門・各部署で安全対策を推進し、リスクマネジメント委員会を構成する。

(8) 医療安全管理者

医療安全管理に必要な知識及び技能を有する職員であって、病院長指名により、病院全体の医療安全管理を中心的に担当する者

#### 4.安全管理体制の構築

(1) 医療安全管理者を定め、本院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施する医療安全活動の統括機関としての医療安全管理委員会及び各部門における安全対策推進を担当するリスクマネジャーから構成されるリスクマネジメント委員会を設置する。

①医療安全管理者：院長

②医療安全管理委員会：1回/月（第3金曜日）

安全管理委員会規程に示す業務を遂行する。

医療安全担当者カンファレンス：1回/週（金曜日）

③リスクマネジメント委員会；1回/月（第1金曜日）

リスクマネジメント委員会規程に示す業務を遂行する。

④安全パトロール 1回/週（金曜日）

(2) 感染対策・感染予防のために各部門に感染委員を決め感染委員会を設置する。また院内感染を防止するためにICTのメンバーを選任して感染対策チームを設置する。

①感染対策部門委員長：医師

②感染委員会：1回/月（第4月曜日）

③ICT ラウンド 1/週（月曜日）

・医師・薬剤師・臨床検査技師・感染担当看護師長

・安全管理室看護師・感染担当事務職員

以上のメンバーがラウンドして感染対策を指示する。またその内容をフィードバックし、感染対策委員会に報告する。

④AST（抗菌薬適正使用支援チーム）1/月（第4土曜日）

・医師・薬剤師・臨床検査技師・感染担当看護師長

・安全管理室看護師・感染担当事務職員

以上のメンバーが抗菌薬使用状況の把握と適正使用推進をする。必要に応じて臨時会議を行い検討した結果は主治医にフィードバックをする。

(3) 褥瘡の予防・悪化防止・早期治癒の為の対策が円滑に行われ、褥創対策の推進を図る為、褥創対策委員会を設置する。医師・各病棟看護師・検

査技師・管理栄養士などで構成する。

①褥創対策委員会・NST 1回/月（第2月曜日）

褥創対策規程に示す業務を行う。NST規程の業務を行う。

②ラウンド（1回/月 褥瘡委員会で対象者を決めて委員会後に行う）

- (4) 身体拘束・行動を制限する行為を行わない為に身体拘束廃止委員会を設置する。医師・看護部長・病棟師長・外来・透析師長・リハビリ・医療安全管理者などで構成する。身体拘束廃止委員会 1回/月（第1月曜日）身体拘束廃止委員会規程に示す業務を行う。

- (5) 輸血療法の適正化に関するガイドラインに沿い本院での輸血療法に係る諸問題を解決するために委員会を設置する。医師・薬剤師・看護部長・部署の看護師・検査技師・事務職員・医療安全管理者などで構成する。

①輸血委員会は1回/2ヶ月 偶数月（第3月曜日）

輸血療法委員会規程の業務を行う。

②院内研修 1回/1年

- (6) 医療ガス設備の安全管理を図り、患者の安全を確保するために、医療ガス安全管理委員会を設置する。院長・事務部長（不在時事務課長）・外科医師・看護部長・薬剤師・医療安全管理者・医療機器安全管理者・特定化学物質等作業主任（中材看護師）・5病棟師長・営繕管理職員等で構成される。

医療ガス安全委員会 1回/年（3月）

医療ガス安全管理委員会規程の業務を行う。

- (7) 医療機器の安全管理を図る為、医療機器安全管理委員会を設置する。院長・看護部長・医療技術部長・臨床工学士・医療安全管理者・医療機器安全管理者・検査技師等で構成される。

医療機器安全管理委員会 1回/年（3月）

医療機器安全管理委員会規程の業務を行う。

- (8) 臨床検査が適正に行われているか、精密度調査・管理などに対して検査適正化委員会を設置する。医療技術部長・検査課長・看護部長・各病棟職員・外来職員・事務職員・安全管理者で構成する。

検査適正化委員会 1回/2ヶ月 偶数月（第3月曜日）

検査適正化委員会規程の業務を行う。

- (9) 給食の安全管理を図る為給食委員会を設置する。

院長・事務長・管理栄養士・看護部長・各病棟師長・透析師長・外来師長・安全管理者で構成する。

給食委員会 4回/年 1月・4月・7月・10月

給食委員会規程の業務を行う。

- (10) 個人情報に関わる事柄について保護の推進を図る為に、個人情報保護管理委員会を設置する。各部長・全ての部署の責任者で構成する。

個人情報保護管理委員会 1回/月（第1月曜日）  
個人情報保護管理委員会規程の業務を行う。

- (1 1) 薬剤管理の安全に関する事項について事審を行う委員会を設置する。院長・医師・薬剤師・医療技術部長・看護部長・事務長で構成する。  
薬事審議委員会 1回/月（第1月曜日）  
薬事審議委員会規程の業務を行う。

★本院の医療安全に対する委員会の組織図は別紙に参照してある。

5. 医療安全の組織図では診療部門・薬剤部門・看護部門・事務部門・輸血部門・検査部門・診療録管理部門・栄養部門・退院支援部門・感染対策部門がある。それぞれの部門の長を責任者とする。

(1) 診療部門

- ①診療部門の責任者は診療部長である。医療安全管理の総括の院長の指示で、月/1回（第3金曜日）に、医療安全管理委員会を医療安全管理者の院長・診療部長（リスク委員長）・事務長・看護部長・医療技術部長・事務部長・医療安全管理者7名で施行する。リスク委員会での報告の中から困難対応の協議・システム改善の必要事項・教育指導などを再検討し各部門にフィードバックする。
- ②医療安全対策の取り組みとして、院長・リスク委員長は1週間に1回（金曜日：14時）医療安全管理担当者カンファレンスに参加する。診療部や各部門の業務改善の必要な項目があれば検討して医局会やリスク委員会で見直しを依頼する。医療安全対策のマニュアルの見直しも行う。
- ③医療事故予防対策の推進を図る為にインシデント・アクシデントの報告書の提出を医師全員に依頼し医局で毎週カンファレンスを行い要因や対策を検討し評価を行う。特に死亡事例に対しては予期した死亡であったかをカルテで検討する。予期しなかった事例では医療に起因すると疑われる死亡や死産の場合は「医療事故」に該当するかどうかを組織として判断する。

★「医療事故」と判断した場合は遺族に説明し医療事故調査センターに報告を行う。医療機関の管理者（院長）は報告を行う事が義務になっている。2015年10月から医療法で医療事故調査制度が始まった。第三者機関である「医療事故調査・支援センター」が調査結果を受けて収集・分析を行い医療事故の再発防止につなげている。

(2) 薬剤部門

- ①薬局部門の責任者は薬剤係長である。薬局係長より薬事審議会で検討し

た内容の報告を受け、議事録を作成し再度各部門で確認をする。

- ②院内の医薬品管理が適正にされているか、薬剤師は共に毎週1回（金曜日）16時から安全パトロールをして確認する。その結果を記録に残し、必要時はその都度指導を行う。
- ③ICTチームの薬剤師（薬剤係長）と抗生剤使用者のカルテをみて適正に使用されているかチェックする。また特定抗菌薬使用届（別紙）が100%になるように指導する。また、ASTチームでは副リーダーとして抗菌薬が適正使用できているかモニタリングを行う。（1回/毎月）月末の土曜日に医師・検査技師・看護師・事務職員と検討を行う。議事録は感染委員会へ報告し職員に周知徹底を行う。薬剤師は（1回/年）職員に抗菌薬の適正使用の研修を行う。
- ④本院にある医薬品の管理が正しくのできていないか、毎月“薬剤師業務チェックシート”で確認をする。管理が出来ていない項目は指導を行う。
- ⑤医薬品の安全使用に関する研修（1回/年）を薬剤師は内容を検討して実施する。
- ⑥血液製剤の使用量・アルブミン製剤の使用状況も把握して輸血委員会で報告する。

### （3）看護部門

- ①看護部門の責任者の看護部長と常に連携を取り日々病棟・外来・透析で起こったインシデント・アクシデント・死亡事例等が発生した際は至急に発生場所に行き聞き取りやカンファレンスを行い必要な対応を行う。
- ②外来・透析・2病棟・3病棟・5病棟・手術室・ドックのそれぞれの部署から発生したインシデント・アクシデントの発生時に連絡を受けたら直ぐに部署に行き対応する。発生部署のスタッフとカンファレンスを行い要因・分析をして対策をたて、評価しPDCAサイクルを回す。
- ③インシデント・事故を再び起こさない様にするために、マニュアルの見直しを看護部のリスク委員・各師長と協議する。その結果を周知徹底するために師長会で伝える。医療安全担当者カンファレンスで検討する。
- ④身体拘束廃止委員会に出席し病棟看護師長・透析師長・外来師長から報告を聞いて、身体拘束抑制に関する基準に沿って実施できているか、カンファレンスを行い、身体拘束の廃止に向けての検討をする。
- ⑤外来・入院患者の医療安全に関する苦情や相談を受けた場合はしっかり聞き取りを行い、内容を記録に残しておく。その場で返答ができない場合は医療安全担当者カンファレンスで検討を行う。後日日程を決めて関係者と面談を行う。今後の課題がある場合は再度担当者カンファレンスで話し合い見直しを行う。

#### (4) 事務部門

- ①事務部門の責任者の事務部長（不在時事務課長）と受付時・会計時での患者誤認を防ぐための対策を積極的に行う様に指導する。
- ②事務部門で発生したインシデント・アクシデントの連絡を受けた際は至急に対応し要因・対策の検討しその後の評価も行う。
- ③診療録記載が基準に沿って記入できているか診療録管理部門と連携を取り基準に沿っていない場合は医局や記録委員会で検討し対応を行う。
- ④受付・会計で暴言・暴力などの発生時の対応がフローチャートに沿って事務職員全員が実施できるように指導する。
- ⑤個人情報保護規定に基づいて、計画、実施、評価、改善が出来ているか個人情報保護管理委員会で主務者に報告して検討内容を見直す。また開示申し込みがあった場合の可否や方法の報告を聞き適切に対応できていたかを把握委員会で検討する。診療情報管理士は主治医と患者の信頼関係の確保に努めて対応をする。

#### (5) 輸血部門

- ①輸血部門の責任者は検査科長である。本院の輸血状況を常に把握し、輸血施行の都度、副作用報告書を安全管理室に提出する。副作用が発生時には血液センターに検査技師が報告後担当部署にも副作用報告書を提出する。対応した検査や結果内容を把握してフォローアップする。
- ②ストックしてある血液製剤を破棄した際も報告し状況を聞き取りし破棄しない対策を検討する。
- ③輸血・血液製剤で問題が発生した場合は、カンファレンスを施行し実施・評価する。
- ④輸血委員会は1回／偶数月に実施し、必要時は輸血マニュアルの見直しを行う。
- ⑤輸血についての職員研修を1回／年行う。
- ⑥血液センターからの定期的または臨時の輸血情報は職員に周知できるように啓発をする。
- ⑦輸血療法は科学的根拠に基づいたトリガー値を推奨するように医師にしっかり教育する。

#### (6) 検査部門

- ①検査部門の責任者は検査係長である。院内での1週間に施行した細菌の感受性の結果のデーターを病棟別で集計し、その情報を“感染情報レポート”としてまとめる。毎週レポートは検査室・安全管理室・薬剤師・感染委員師長の順番で回覧する。
- ②ICTでのラウンド時には感染情報を感染院長の医師・検査技師・薬剤



師・看護師と検討して感染対策を行いラウンド部署にフィードバックする。

- ③ A S T の活動では適切な検体の採取方法や培養検査の提出の状況を報告する。アンチバイオグラムの作成をして、検査が適正に利用可能な体制になる様に整備する。
- ④ 職員に検査結果の正常値・異常値・パニック値を教育指導する。

#### (7) 診療録管理部門

- ① 診療録管理部門の責任者は事務課長である。診療情報管理士は実施された医療・看護の事実や診断所見・治療結果が正確で論理的に記録されているかを監査する。検討事項で急ぐ場合は診療情報管理士と連携をとり改善点を検討する。急ぎ以外の事案は記録委員会で各部署の委員と情報を共有し改善点を検討する。
- ② 死亡事例では予期した死亡であったかを週 1 回開催する担当者カンファレンスで検討するため資料になるカルテを担当事務職員はできるだけ早く医療安全管理室にカルテを持っていく。
- ③ 開示の申し込みがあった場合、診療情報管理士は診療情報管理委員会規定に沿って、院長・主治医から意見を聴取し開示方法をきめる。診療情報管理士は主治医と患者の信頼関係の確保に努めて対応をする。開示後、報告を聞き適切に対応できていたかを把握し記録をしておく。その際に問題が発生した場合は臨時に委員会開催して検討を行う。

#### (8) 栄養部門

- ① 栄養部の責任者は管理栄養士である。管理栄養士は入院時には 1 週間以内に栄養管理計画書を作成する。計画書が正しく記載されその後も栄養管理ができているか病棟をラウンドして、患者・家族から意見を聞く。一般病棟は 1 週/1 回・療養病棟 3 カ月/1 回程度の見直しを行っているかを把握しておく。また食時内容の変更があった場合も病棟をラウンドして摂取状況を看護師や患者本人にも聞き取りをして評価する。
- ② 月 1 回開催される N S T ・褥創委員会での報告で部署の意見や情報を聞いて見直しが必要な件は検討を促す。
- ③ ガン化学療法を行っている患者に外来で管理栄養士が栄養指導を行う。

#### (9) 退院支援部門

- ① 退院支援部門の責任者は M S W (メディカルソーシャルワーカー) である。患者が安心・安全に入院生活を送りスムーズな退院支援ができ

るように情報共有を行う。

- ②患者の状況によって、療養病棟や介護病棟に転院の調整を行う。
- ③在宅に復帰し療養できるケースはケアマネージャーと地域の社会資源の状況提供を行い関係者と退院調整を行う。
- ④患者や家族から不安や心配事などの相談があった場合は、医師や看護師と連携して家族や患者の気持ちを尊重しながらできるだけ早期に対応する。また苦情相談があった場合は部署の管理者に相談する。その後、部門の医療安全管理者・その他の関係部門の管理者と話し合いをして相談者に対応する。

#### (10) 感染対策部門

- ①感染部門の責任者は感染委員長である。感染報告は組織図に沿って部署→所属部長→感染委員長→院長に報告がされる。流行感染症や対応困難なケースの感染症の発生時は臨時感染委員会を開催して対応を検討する。また初期のアウトブレイク発生時にも同様の対応をおこなう。(感染マニュアル アウトブレイクを参照)
- ②感染マニュアルは毎年、項目ごとに見直しを行い職員に周知徹底する。
- ③院内感染予防の為、手指衛生の教育を行い、アルコール使用量も毎月測定し、各部署にフィードバックする。
- ④標準予防策（PPE）を徹底してできる様に個別的にも指導する。
- ⑤感染情報レポートからの報告を見て、部署へ行き対応策をICTラウンドで検討する。
- ⑥抗菌薬使用状況の把握とその適正使用推進を目的に抗菌薬適正チーム（AST）のチームを構成し毎月定例会議を行う。感染症治療のモニタリングを行い、対象患者を把握して適切な検査や治療方法を評価して主治医にフィードバックを行う。
- ⑦職員には毎日検温や健康チェックを行うように指導し、体調に異常がある職員の早期発見を行い診察を。特にインフルエンザやノロ・新型コロナの流行期には頻回のラウンドを行い早期の対応や指導を行う。
- ⑧就職時には感染対策の基本教育を開催する。

#### 6.安全管理のための院内報告制度

- (1) 医療安全管理委員会は、医療事故の予防・防止に資するため、医療事故及びインシデントの報告を制度化し、その収集を促進する。
- (2) 医療事故およびインシデント事例に遭遇した職員は、速やかに報告するものとする。

- ① 医療事故が生じた場合には直ちに部署の責任者に報告し、部署の責任者は直ちに医療安全管理者 → 院長へと報告する。
- ② 医療事故が生じた場合には直ちに部署の責任者に報告し、部署の責任者は直ちに医療安全管理者→院長へと報告する。
- ③ インシデント事例については、速やかに部署の責任者または医療安全管理者へ報告する。
- (3) 前項の報告は、原則としてその概要を別に定める報告書（「医療事故報告書」）または（「インシデント報告書」）に記載し、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、患者の救命処置等に支障が及ばない範囲で、停滞なく書面で行う。
- (4) 所属部署の責任者は、提出された「医療事故報告書」および「インシデント報告書」を所定の期日ごとにリスクマネジメント委員会に報告する。
- (5) リスクマネジメント委員会は、「医療事故報告書」または「インシデント報告書」から院内に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重要性、リスク予測の可能性の可否、システム改善の必要性等の分析・評価する。
- (6) リスクマネジメント委員長は、医療安全管理委員会に出席し、委員会における報告・検討内容、改善策等を報告し、必要な措置を諮るものとする。
- (7) 医療安全管理委員会は、上記の分析・評価を基に適切な事故予防策および再発防止策等を立案・実施する。医療安全マニュアルに改定、追記し、全職員に部署の責任者より指導がなされるように徹底する。
- (8) 医療安全管理委員会は、改善策が各部署において確実に実施され、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。
- (9) 院長、医療安全管理者、委員会の委員は、報告された事例について職務上知り得た内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (10) 医療事故およびインシデント報告書の提出者あるいは体験者に対し、報告提出を理由として不利益な処分は行わない。
- (11) 医療事故およびインシデント報告書は、看護部長室で保存する。

## 7.安全管理マニュアル

- (1) 安全管理のため、本院においては以下のマニュアルを整備する。
  - ① 医療安全対策マニュアル
  - ② 医薬品の安全使用のための業務手順書
  - ③ 医療機器の安全使用マニュアル

- ④ 輸血マニュアル
- ⑤ 感染対策マニュアル
- ⑥ 褥瘡・NST対策マニュアル
- ⑦ 身体拘束廃止マニュアル
- ⑧ 臨床検査患者安全対策（PSAマニュアル）
- ⑨ 給食マニュアル
- ⑩ 災害時マニュアル
- ⑪ 化学療法マニュアル

(2) 上記マニュアルの作成と見直し

- ① 関係部門の共通のものとして整備する
- ② 関係職員に周知し、必要に応じて見直す
- ③ 作成、改編の都度、医療安全管理委員会に報告する

8.安全管理のための教育および研修

(1) 職員研修の定期開催

委員会は、医療安全管理に関する基本的な指針や医療事故防止・再発防止の具体的な方策などの全職員への周知徹底および医療事故発生時の職員招集など緊急事態への習熟を通して、職員個々の安全意識の向上とともに、本院全体の医療安全を図ることを目的とした職員研修・訓練について計画し、定期的（最低、年2回以上）に開催する。また、参加できなかった職員には部署の責任者が伝達講習を行い、職員全員が把握できるようにする。

- (2) 研修実施は、病院長等の講義、院内報告会、事例分析、外部講師による講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。
- (3) 病院長は、本院内で重大事故が発生した後など、必要と認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- (4) 委員会は、職員研修の実施概要を記録し、保管する。

9. 医療事故発生時の具体的対応

(1) 患者の安全確保

医療事故が発生した場合は、患者に発生した障害を最小限度にとどめるために、患者の安全確保を最優先して、医師、看護師の連携のもと、病院の総力を結集して必要な治療を行う。他院へ転送が必要な場合は速やかに転送する。

(2) 医療事故の報告

- ① 医療事故報告の対象

- イ. 当該行為によって患者が死亡または死亡に至る可能性がある場合
  - ロ. 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ある場合
  - ハ. その患者からクレームを受けた場合や医事紛争に発展する可能性がある場合
- ② 院内における報告経路
- イ. 医療事故発生時には、直ちに部署の責任者に報告する。報告を受けた部署の責任者は、医療上必要な指示を与えると共に、事故の状況、患者の現在の状態等を、病院長等に迅速かつ正確に報告する。
  - ロ. 患者の生死に関わる重大かつ緊急な場合は、直接に病院長等に報告する。
- ③ 院内における報告方法
- 報告は、医療事故報告書に記載し、速やかに行う。ただし、緊急を要する場合は、口頭で報告後、速やかに医療事故報告書を作成し、報告する。
- (3) 患者と家族への説明
- ① 事故発生直後の家族等への連絡と患者、家族等への説明
- イ. 事故の発生を連絡する
  - ロ. 患者の家族や近親者の方が院内に不在の場合は、直ちに自宅等の連絡先に連絡する。
  - ハ. 患者、家族などの連絡相手、連絡日時、連絡内容を記録に残す。
- ② 事故発生直後における患者、家族等への説明
- イ. 事故発生後、救命処置の遂行に支障をきたさない限り可逆的速やかに、事故の状況、現在実施している回復処置、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。
  - ロ. 患者、家族等への説明は、原則、説明担当者を含む複数人数で対応し、必要に応じて担当医や上席医が同席して対応する。
  - ハ. 説明後、説明者、説明を受けた人、説明時間、説明内容、質問・回答等を診療録、看護記録等に記録する。
- (4) 事例調査と施設としての統一見解
- ① 事実経過の整理、確認と施設としての事実調査
- イ. 施設としての事実調査を行い、統一見解をまとめる。
  - ロ. その事実経過および統一見解を記録に残す。
  - ハ. 関連する診療記録等を確実に保管する。
- ② 事実調査以降の患者、家族等への説明
- イ. できるだけ早い段階で患者、家族等への説明機会を設定する。
  - ロ. 説明は複数とする。
  - ハ. 説明時には記録に基づき、誠意をもって分かりやすく説明する。

ニ. 説明の記録を残す。

(5) 警察への届け出

警察への届け出は、医師法 21 条の規定に従い、所轄警察署に届け出を行う。なお、届け出に当たっては、事前に患者、家族等に承諾を得るものとする。

(6) 事故の再発防止策の策定

医療事故発生後、できるだけ早い段階で、医療安全管理委員会を招集し、事故再発防止について検討し、再発防止策を策定し、職員全員に徹底する。

(7) 院内医療事故調査委員会

医療に起因する予期せぬ死亡事例があった場合、院長が医療事故と判断した場合、臨時の安全管理委員会を発足して協議する。その際必要に応じて院内医療事故調査委員会を設置することができる。

医療事故調査委員会規程の業務を行う。

その際には医療事故調査制度対応マニュアル V O I . 1 (広島県医師会発行平成 2 8 年度) を参照して行う。

1 0 . その他

(1) 本指針の見直し、改定

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、医療安全委員会の決定により行う。

(2) 本指針の閲覧

本指針は、患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。また、本指針についての照会には医療安全管理者があたる。

この指針は、平成 14 年 8 月 1 日施行

この指針は、平成 22 年 6 月 1 日改定

この指針は、平成 27 年 12 月 1 日改定

この指針は、平成 28 年 4 月 1 日改定

この指針は、平成 29 年 11 月 17 日改定

この指針は、平成 30 年 3 月 16 日改定

この指針は、平成 30 年 10 月 15 日改定

この指針は、平成 31 年 4 月 1 日改定

この指針は、令和 1 年 10 月 5 日改定

この指針は、令和 2 年 4 月 1 日改定