

恵み野病院 医療安全管理指針

平成19.12.25制定
平成20.5.21改定
平成21.2.27改定
平成24.5.1改定
平成24.12.20改定

令和5.5.1改定（医療安全管理室）

【 医療安全管理に関する基本理念 】

医学の進歩により医療は「細分化」・「複雑化」へと刻々と進んでいる。そんな医療の中には常にリスクが存在する。「人はエラーするものである」という米国医学院からの報告がある。確かに医療行為におけるリスクはゼロには出来ない。しかし、そのリスクの発生を許容した上で医療事故をゼロに、あるいは事故が発生してもその被害を最小限に抑えることが望ましい。そのためには病院長を中心に全職員包括した病院全体としての医療事故防止対策システムの充実をはかり、患者が安心して受診できる医療の確立を目指す。当院の基本理念である「やさしさと温もりのある医療・介護の実践」は、こういった医療事故防止対策がなされた上で初めて実現するものである。

【 医療安全管理体制確保のための組織等 】

当院の医療安全管理体制の確保及び推進のため、次に掲げる組織、人員等を配置し、別途規程等に定める。

- (1) 医療安全管理委員会（Audit）
- (2) 医療安全管理室
- (3) リスクマネジメント部会
- (4) 医療安全管理者
- (5) リスクマネージャー
- (6) 医薬品安全管理責任者
- (7) 医療機器安全管理責任者

【 医療安全管理に係る職員教育及び研修 】

医療安全管理マニュアルを策定し全職員へ周知するとともに、医療安全管理のための基本的な考え方や事故防止の具体的手法などの周知徹底と院内全体の安全意識の向上を図るため、年度ごとに医療安全のための職員研修を定期的実施する。

【 報告等に基づく医療安全確保を目的とした改善策 】

1. 報告とその目的

全ての職員は、次項以下に定める要領に従い、医療事故等の報告を行うものとする。この報告は、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、これらの対策の実施状況や評価等に活用しうる情報を収集することを目的とする。よって、当院は報告書を提出した職員に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行わない。

2. 報告すべき事項

全ての職員は、当病院内において次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、速やかに報告書を提出するものとする。

- ・ **レベル0（インシデント）**：間違ったことが患者に実施される前に気づいた場合
- ・ **レベル1（インシデント）**：間違ったことが実施されたが、患者には変化がなかった場合
- ・ **レベル2（インシデント）**：事故により患者に変化が生じ、一時的な観察が必要となったり、安全確認のために検査が必要となったが、治療の必要がなかった場合
- ・ **レベル3a（アクシデント）**：事故のため一時的な治療が必要となった場合
- ・ **レベル3b（アクシデント）**：事故のため継続的な治療が必要となった場合
- ・ **レベル4a（アクシデント）**：事故により長期に渡り治療が続く場合（機能障害の可能性はない）
- ・ **レベル4b（アクシデント）**：事故による障害が永続的に残った場合
- ・ **レベル5（アクシデント）**：事故が死因となった場合

3. 報告の方法

前項の報告は、以下に定める報告形式をもって行う。但し、緊急を要する場合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（電子データによる報告を含む）による報告を行う。

- ・ **ヒヤリ・ハット体験報告**：日常の診療現場において患者に被害を及ぼすことはなかったが、「ヒヤリ」あるいは「ハッ」とした体験をさし、前項のレベル0～レベル2に分類される報告
- ・ **医療事故報告**：前項のレベル3a～5に分類される報告
- ・ **オカーレンスレポート**：行った医療行為に起因して患者が死亡、もしくは重篤な後遺症が残った症例又は予期しなかった、もしくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した症例が発生した場合に医師が行う報告

4. 改善策の策定及び評価

医療安全管理委員会、リスクマネジメント部会及び医療安全管理室は、前項の定めに基づいて報告された事例を検討及び分析し、再発防止策を立案して全職員に周知する。また、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点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

【 医療事故発生時の対応 】

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、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。

2. 院長への報告

職員は、前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の状態等を「医療安全管理マニュアル」の報告ルートに従い、院長へ迅速かつ正確に報告する。院長は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集、開催させ、対応を検討させることができる。

3. 患者・家族・遺族への説明

事故発生後、救命措置の遂行に支障を来たさない限り、可及的速やかに事故の状況、行っている回復措置、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。患者が事故により死亡した場合は、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。

4. その他

事故の経時的経過における診療録への記載、関係省庁及び警察への届出、医療事故等の公表については、当院における各種規程及び「医療安全管理マニュアル」に準拠して対応する。

【 患者との情報共有 】

本指針の内容を含め、職員は患者との情報共有に努めるとともに、患者及びその家族から閲覧の求めがあった場合は、これに応じるものとする。また、本指針については当院のホームページに掲載するものとする。

【 患者からの相談に関する基本方針 】

当院に寄せられる医療安全・個人情報・診療録開示等に関する苦情・相談、その他当病院に関する意見・相談等について、それぞれ体制を整備し迅速かつ適切に対応する。

【 その他 】

医療安全の推進のため、本指針の内容については、医療安全管理委員会、医療安全管理者等を通じて全職員に速やかに周知徹底する。また、医療安全管理委員会は、定期的に本指針の見直しを議案として取り上げ検討するものとする。