

当院における医療安全管理対策を進めるため、本指針を定める。

## 第1条 医療安全管理対策に関する基本的な考え方

- (1) 医療提供にあたり、事故の発生を未然に防ぐことが原則であり、事故が発生した場合は、救命措置を最優先するとともに、再発防止に向けた対策をとる必要がある。本指針は、事故を未然に防ぎ、質の高い医療を提供することを目的に策定する。
- (2) 安全で質の高い医療提供とCS向上を達成し、患者様に安心と満足を感じていただき、地域の医療消費者の皆様を選んでいただける病院を目指す。
- (3) この基本方針に基づき、地域住民の健康を守る医療機関として医療安全管理と事故防止システムを構築する。
- (4) 医療事故発生を限りなく「0」に近づけ、患者様が安心して受診できる真に安全な医療の確立を目指す。

## 第2条 医療安全管理委員会の設置

- (1) 目的：医療事故を未然に防ぎ、また万が一事故が発生した場合、迅速に対応できるよう「医療安全管理委員会」を設置し、安全管理体制を病院全体で組織化する。
- (2) 構成員：医師：4名 臨床研修医：1名 看護師：2名 コ・メディカル：6名  
事務員：若干名 統括リスクマネージャー：1名
- (3) 運用規程：委員長1名、事務担当1名を置く。委員会開催は月1回とし、必要に応じ随時開催する。
- (4) 役割：医療事故の防止策についての審議・立案 ・医事紛争防止策についての審議
- (5) 活動内容：
  - ・報告書の作成と修正
  - ・報告書データの分析
  - ・医療事故防止マニュアルの作成と修正
  - ・報告書提出システムの確立
  - ・医療事故関係の情報提供
  - ・事故防止に向けての教育活動
  - ・委員会メンバーの研修
  - ・企業における質管理システムの応用研究

### 第3条 職員研修

- (1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画に従い、1年に2回程度、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) 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) 研修実施後は、その概要を記録し、保存する。
- (6) 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、外部講師を招聘しての講習、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。

### 第4条 医療事故発生時の対応および事故報告および発生防止対策

- (1) 患者に実害を及ぼしたアクシデント発生時の対応（部署内での対応が困難な場合）
  - ①当事者は早急に主治医・部署長に連絡する。
  - ②部署長は各部門長に連絡し、各部門長は関連部署の協力依頼や相談を行い、患者の安全・安心確保のために速やかな対応を行う。
  - ③部門長は、院長に報告する。
  - ④患者からの苦情などによるトラブル発生時は、不安なく医療を受けていただき、トラブルの拡大を最小限にするため、発生段階で的確な対応と迅速な解決を行う。
- (2) 重大事故発生時の報告ルートと対応
  - ①平日（昼間）の場合
    - ・当事者は早急に主治医・部署長に連絡する。
    - ・主治医・部署長は各部門長・医療安全管理室に連絡し、各部門長・医療安全管理室は院長に報告する。
    - ・医療安全管理室は、患者相談室へ連絡をする。
    - ・チームの長である院長（もしくは副院長）は、医療事故対策チームを召集し事故原因の究明と改善すべき点について検討する。
    - ・院長（もしくは副院長）は、改善策の実施をする。
  - ②休日・夜間の場合
    - ・当事者は責任当直医師（もしくは日当直医）と看護管理日当直者に報告をする。
    - ・事故の重大性を相談の上、主治医と部署長に連絡し、指示を受ける。
    - ・責任当直医師（もしくは看護管理日当直者）は、各部門長・医療安全管理室・事務長

(不在時は、総務部次長)に連絡をする。

- ・事務長(不在時は、総務部次長)はその場で院長への連絡の必要性を判断の上、対応する。
- ・必要時、チームの長である院長(不在時は、副院長)は、医療事故対策チームを召集し事故原因の究明と改善すべき点について検討する。
- ・院長(不在時は、副院長)は、改善策の実施をする。

### ③医療事故対策チームのメンバー構成

委員長 : 院長もしくは副院長

副委員長 : 事務長もしくは総務部次長

各部門長

構成員 : 関係部署長、主治医、医療安全管理委員、統括リスクマネージャー

## (3) 患者・家族への対応

### ①最善の処置

- ・まず患者に対して可能な限りの緊急処置を行う。
- ・引き続き、多くのスタッフを呼び集め、最善の処置を施す。

### ②責任者への報告

- ・すみやかに責任者に報告する。

### ③患者・家族等への説明

- ・処置が一段落したら、できるだけすみやかに患者や家族などに誠意をもって説明し、家族の申し出に対しても誠実に対応する。
- ・病院側の過誤が明らかな場合、責任者が率直に謝罪する。
- ・過誤の有無、患者への影響などは発生時に不明確なことが多いので、事故発生状況下における説明は、慎重かつ誠実に行う。

## (4) 事故記録と報告

- ①患者への処置が一通り完了した後、できるだけはやく事故報告書を作成する。
- ②事故当事者は、事故概要を「インシデント・アクシデント事例報告書」に記載する。
- ③事故の概要、患者の状況、現在の治療、今後の見通し及び患者等へ説明した内容などを診療録に必ず記載する。

## 第5条 インシデントの把握と対応

### (1) 医療事故報告制度

インシデント・アクシデントの事例について各部署から多くの情報を収集し、「医療安全管理委員会」に報告する。

### (2) 報告ルート

当事者（または発見者等の関係者）→リスクマネージャー（各部署長）→医療安全管理者→医療安全管理委員会

### (3) 報告の方法

- ①すべての職員は、インシデント・アクシデント・ファインドの経験をした場合、応急措置またはその手配、拡大防止の措置及び直属上司等への口頭報告等、所要の措置を講じた後、すみやかにその内容を記載した報告書をリスクマネージャーに提出する。
- ②報告書は、院内規定のインシデント・アクシデントシステムを使用する。

### (4) 報告の活用

- ①「医療安全管理委員会」に提出された報告書は、データを分析し、エラー発生の真の原因を追求する。
- ②分析内容や改善案等は全職員に周知し、医療事故に対する意識を高め、事故防止に役立てる。

### (5) その他

- ①報告書は始末書ではなく、医療事故の実態把握・防止策を検討する上での重要な情報である。
- ②直面した事例を当事者（または発見者等の関係者）が隠さず報告することが、重要である。
- ③報告書は、報告者に対する懲罰を前提としない。

## 第6条 医療職員と患者との情報共有に関する基本方針

### (1) 方針

医療は患者様と医療提供者相互の信頼関係に基づく共同行為である。患者様と医療提供者が同じ基盤の上に立って、主体的に医療に携わることが重要である。医療提供者である全ての職員は、「患者様の権利章典」を守り、患者様の医療に対する主体的な参加を支援する。

- ①患者様が適切な判断を行うための情報の提供
- ②問題の解決に向けた患者様に対するさまざまな形態の支援

### (2) 具体策

- ①患者様の声や投書、相談窓口に寄せられた相談データ分析による患者ニーズの把握

と対応策の公表

②電子カルテなど IT を活用した患者様と医療提供者の情報共有

- ・クリティカルパスによる一連の治療説明
- ・ディスプレイを介しての診療情報や日々の経過、治療計画などを患者様と供覧

③患者様や家族参加の学習会

- ・毎週火曜日 糖尿病教室
- ・月 1 回 母親教室
- ・月 1 回 おっばい教室
- ・月 2 回 安産教室
- ・月 2 回 減塩教室
- ・年 6 回 心臓病教室
- ・年 2 回 透析患者会
- ・月 1 回 ぴーえるサロン（がん患者サロン）
- ・年 3 回 フットケア教室
- ・年 4 回 メモリーサロン（認知症予防）
- ・その他の患者会への紹介—入退院支援・地域連携センター

④適切なセカンドオピニオンの普及啓発

⑤相談窓口の充実

患者支援総合相談窓口（総合案内と併設）を低層棟 2 階玄関ロビーに設置する。  
患者及び来院者等から相談の申し入れがあった場合は、相談内容に応じて各相談窓口  
に引継ぎをする。

・患者支援相談窓口

相 談 窓 口	設 置 場 所
医 療 福 祉 相 談 室	低層棟 2 階 入退院支援・地域連携センター (医療福祉相談室)
患 者 相 談 室	低層棟 2 階 患者相談室
医 療 安 全 相 談 室	低層棟 2 階 入退院支援・地域連携センター (医療安全相談室)
個 人 情 報 保 護 相 談 室	低層棟 2 階 入退院支援・地域連携センター
薬 剤 相 談 室	低層棟 2 階 薬剤相談室
栄 養 相 談 室	低層棟 2 階 栄養相談室
がん相談支援センター	低層棟 2 階 入退院支援・地域連携センター (がん相談支援センター)

・患者支援相談事項

1 医療福祉相談室

- (1) 患者の心理的、社会的及び家族的な内容に関する相談

- (2) 退院後の生活の場、転院及び施設利用に関する相談
- (3) 医療費、生活費等の経済的な内容に関する相談
- (4) 外来受診及び入院診療などの受診、受療に関する相談
- (5) 医療福祉制度の活用に関する相談

## 2 患者相談室

- (1) 外来受診の並びに入院診療に関する相談及び苦情
- (2) 患者等からの要望事項等の相談
- (3) 医療の安全に関する相談
- (4) 医療事故に関する相談

## 3 医療安全相談室

- (1) 医療の安全に関する相談
- (2) 医療事故に関する相談

## 4 個人情報保護相談室

- (1) 個人情報の保護に関する相談
- (2) 診療情報の提供に関する相談

## 5 薬剤相談室

- (1) 薬の名称、薬の効能・効果に関する相談
- (2) 薬の飲み方、薬の副作用や薬の飲み合わせ等に関する相談

## 6 栄養相談室

- (1) 疾患に対応した食事療法、食事指導等
- (2) 食事の摂り方や調理方法等に関する相談

## 7 がん相談支援センター

がん及び緩和ケア等に関する相談

### ・相談窓口・責任者一覧表

相談窓口	責任者
医療福祉相談室	入退院支援・地域連携センター課長
患者相談室	患者相談室長
医療安全相談室	医療安全管理室長
個人情報保護相談室	医事課長
薬剤相談室	薬局長
栄養相談室	栄養科室長
がん相談支援センター	外科部長

## 第7条 医療安全管理対策に関する指針の見直しおよび周知

- (1) 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。
- (2) 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。本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う
- (3) 本指針の内容については、院長、医療安全推進者、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

## 第8条 その他

### (1) 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およ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推進者が対応する。

### (2) 患者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

以上

2007.6 施行

2012.8 改訂

2014.8 改訂

2015.8 改訂

2018.11 改訂

2019.11 改訂

2020.04 改訂

2023.09 改訂