

公立学校共済組合九州中央病院

医療安全管理指針

公立学校共済組合九州中央病院

事故防止委員会

改訂記録

平成15年3月 制定

平成16年8月 改訂

平成21年3月 改訂

平成22年6月 改訂

平成24年1月 改訂

平成27年10月 改訂

令和4年7月 改訂

公立学校共済組合九州中央病院 医療安全管理指針

第1章 医療安全管理に関する基本

1-1 (目的)

公立学校共済組合九州中央病院（以下「病院」という。）では、「病んでいる人の人権を尊重し、健やかで心豊かな社会をつくるための医療を提供します」を基本理念としている。この基本理念の実践にあたっては、患者と病院との相互信頼関係に基づいた医療を共同して作りあげていく努力が必要であるが、なによりも先ず患者の安全を確保するための不断の努力が重要であることを、全職員が認識しなければならない。

本指針はこのような基本的考え方のもとに、医療従事者それぞれ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、医療事故の発生を未然に防ぎ、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的とする。さらに、全職員がそれぞれの立場から、この問題への積極的な取組みを要請する。

この目的を実践していくために、以下の項目を医療安全管理の基本として策定する。

- (1) 医療における基本の徹底と質の向上を図る。
- (2) 全職員の医療安全に対する意識改革と啓発を図る。
- (3) 医療事故を未然に防止するための組織及び体制を整備する。

1-2 (医療安全基本方針)

前項の目的を達成するために、以下の項目を医療安全の基本方針として策定する。

- (1) 十分なインフォームド・コンセントに基づいた患者本位の安全で良質な医療を提供する。
- (2) 全職員が医療安全に関する意識を高め、医療事故・インシデント発生防止に努めるとともに、医療事故・インシデント発生時には的確な対応に努める。
- (3) 医療事故・インシデント発生時の報告体制を整備し、速やかな検討と再発防止対策を講じる。
- (4) 上記3項目の遂行のため、第2章（医療安全管理に関する組織および体制の基本方針）に定める組織・体制を整備する。

1-3 (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。

(1) 医療事故

医療にかかわる場所で、医療の全過程において発生する人身事故の一切をいう。医療従事者が被害者である場合も含み、また、医療行為とは直接関係しないものも含む。

医療事故の全てに医療上の過失（エラー）があるというわけではなく、過失の無い医療事故と過失のある医療事故を分けて考える必要がある。

(2) 医療過誤

医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、これによって患者に障害を及ぼした場合をいう。

(3) アクシデント(事故)とインシデント(偶発事象)

アクシデントとは医療事故を指し、インシデントは患者に障害を及ぼすまでに至らなかったが、ヒヤリとするような医療上のミス（ニアミス）を指す。

(4) エラー

人間の行為が、行為者自身が意図したものでない場合、規則に照らして望ましくない場合、第三者からみても望ましくない場合、及び客観的期待水準を満足していない場合などに、その行為をエラーという。

(5) 誤認

エラーの一形態であり、実際に存在しないものを認識したり、存在しないものを正しく認識できないことをいう。

第2章 医療安全管理に関する組織および体制の基本方針

医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき当院に以下の役職および組織等を設置する。（医療安全管理に関する組織図）

(1) 事故防止委員会

「公立学校共済組合九州中央病院事故防止委員会規則」参照

(2) 医療安全管理室

「安全管理部門（医療安全管理室）内規」参照

(3) 医療安全管理者

「安全管理部門（医療安全管理室）内規」参照

(4) 医薬品安全管理責任者

「安全管理部門（医療安全管理室）内規」参照

(5) 医療安全推進担当者（リスクマネージャー）

院内各部署における医療安全対策推進責任者

①各部署のアクシデント・インシデント等の収集

②各部署での改善策の作成

③安全管理に関する事項の部署への周知

(6) 職員の役割

職員は安全な医療を行うよう細心の注意を払うとともに、事故を未然に防ぐための知識、技術を習得する。

①医療法で定める医療安全研修会への年2回以上の参加

②業務で発生したアクシデント・インシデント事例は速やかに報告し、情報の共有、再発防止につなげる。

③再発防止策を検討するための検証会等への積極的な参加

(8) 院内事故調査委員会

「安全管理部門（医療安全管理室）内規」参照

第3章 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした 改善のための方策に関する基本方針

インシデントやアクシデントが発生した場合は、速やかに規定の書式に従いレポートの提出を求める。提出されたレポートは事故防止委員会で検討し、重要事案については当事者及び関係者のヒアリングや実地調査を行う。

3-1 (インシデント・アクシデント報告体制)

アクシデント(医療事故)発生及び医療過誤を疑われる時には、迅速かつ確かな病院としての対応が必要となる。また、アクシデント(医療事故)等を未然に防止するための対策を講じるには、インシデント報告の分析が重要となる。したがって、病院は全職員・各部署からのアクシデント・インシデント報告体制を整備し確実に実施する。

(1) インシデント報告様式

インシデント関係者は、別添の所定様式に記載する。

(2) インシデント報告体制

各部署リスクマネージャーは、提示されたインシデント報告書の記載もれ等をチェックし、遅滞なく医療安全管理室に提出する。

(3) アクシデント(医療事故及び医療過誤を疑われる場合)報告様式

アクシデント関係者又はその上席者は、別添の所定様式に記載する。

(インシデント・アクシデントレポートと事故報告書の2枚綴りで提出する)

(4) アクシデント(医療事故及び医療過誤を疑われる場合)報告体制

アクシデント発生時には、アクシデント関係者又はその上席者は、速やかに上司に口頭にて報告するとともに遅滞なくアクシデント報告書(第1報)を提出する。(原則として、24時間以内に提出する)

3-2 (インシデント・アクシデント報告の分析と周知)

(1) インシデント報告の分析と周知

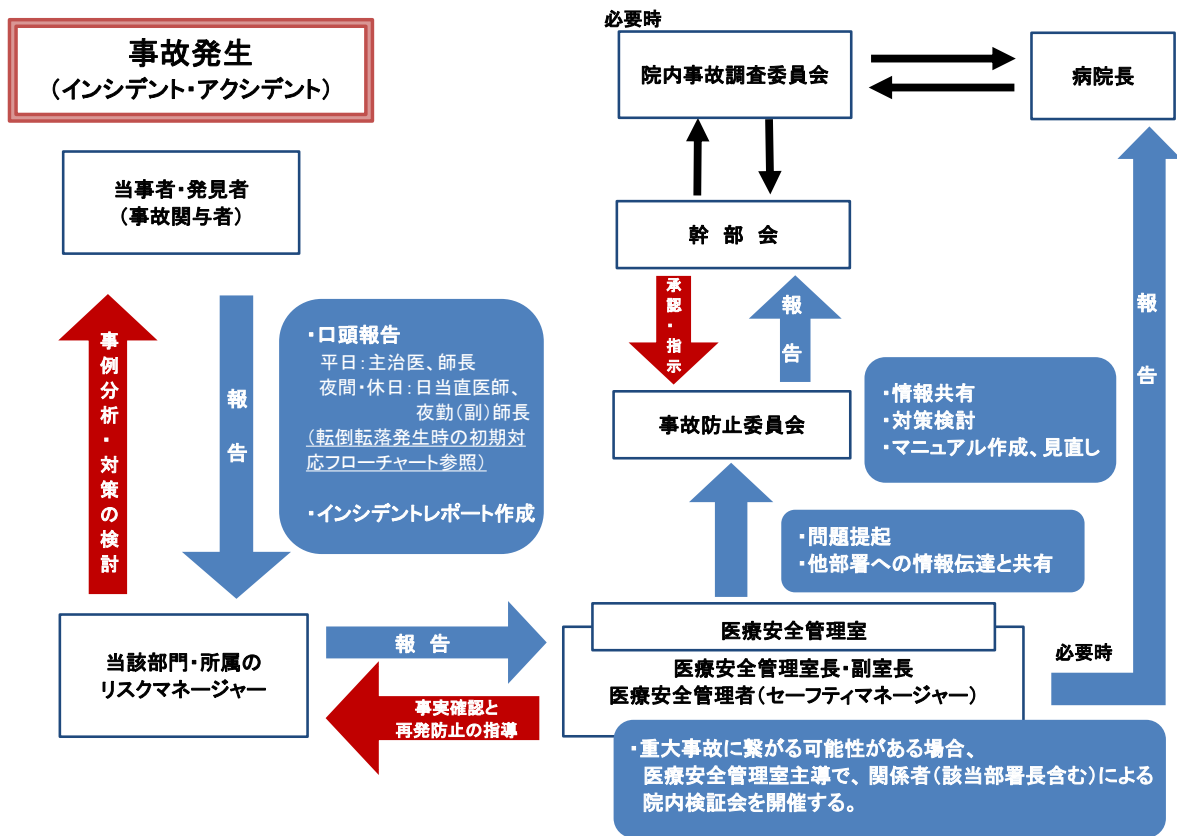
専従医療安全管理者は、提出されたインシデント報告書を基にリスクマネージャーから報告を受ける。提出された報告書によっては、現場での確認と指導を行う。事例によっては、タイムリーに他部署への情報伝達を行い、共有し、再発を防止する。各部署では、当日インシデントカンファレンスで事例分析し、分析結果や対応策をスタッフで確認しあい、周知徹底する。改善策は、事故防止委員会で報告し、各部署への徹底を図る。

(2) アクシデント報告の分析と周知

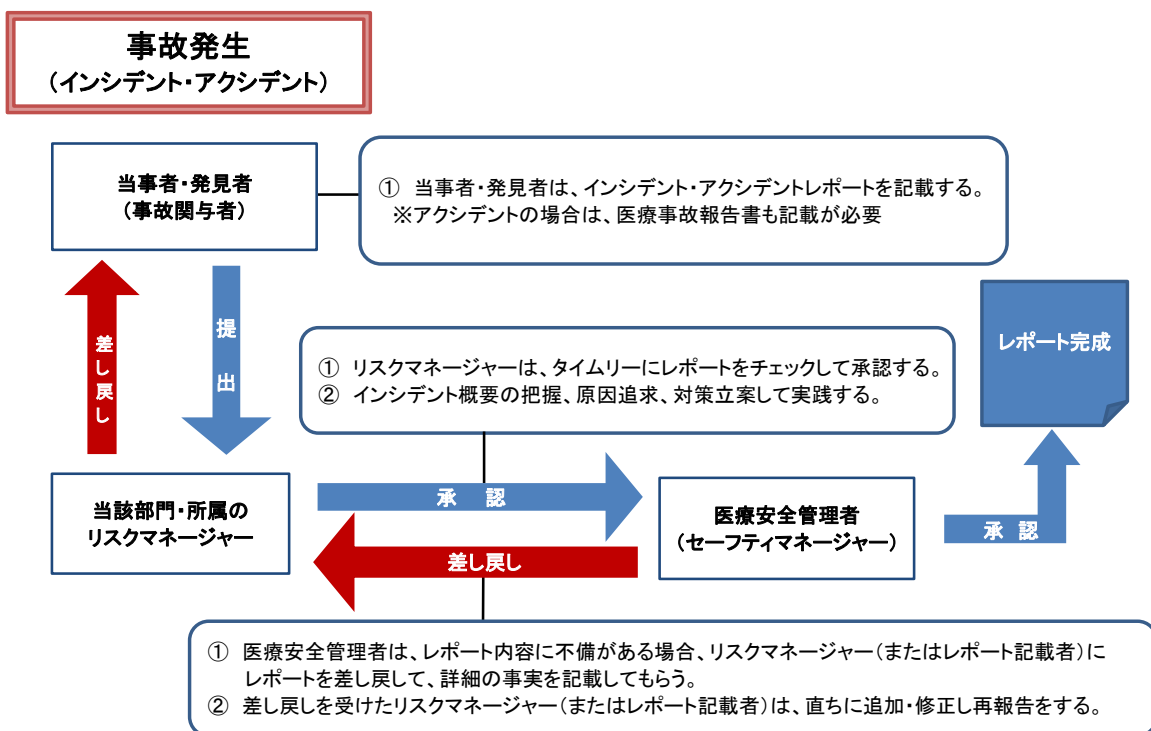
医療安全管理室長は、口頭にて緊急連絡を受けた内容又は提示されたアクシデント報告書により、医療安全管理室（緊急対策）のメンバーを招集し、病院の方針及び対策を協議の上、病院長の承認を受け、担当者に指示を出し実行する。

また、再発防止のための事例検討について事故防止委員会に依頼し、速やかにその対策の提示を促す。事故防止委員会は防止策や改善策を検討し、病院長の承認後、職員の周知徹底を提示する。

インシデント・アクシデント発生時の報告から情報共有の流れ



インシデント・アクシデントレポートの報告書作成から承認までの流れ



第4章 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

医療事故発生時は、次の基本方針と併せて、「事故発生時対応マニュアル」に則り、迅速かつ的確に対応する。

4-1（患者生命の最優先）

医療事故においては当然ながら、患者の健康回復に全力を尽くす現場での緊急処理を行うと同時に直ちに上司（主治医や診療科部長など）に連絡し、正確な状況の説明を行うとともに適切な処置についての指導を仰ぐ。必要に応じて院内に緊急情報を発信し十分な人員を確保するとともに、決められた緊急連絡網を通して速やかに必要な連絡をとる。

4-2（患者・家族への説明）

事故が発生した場合は、可能な限り速やかに患者に事故の事実について説明し（患者自身には過度の不安を与えないように配慮する）、また家族にもできるだけ速やかに連絡をして来院を要請する。まずは事故の事実関係をできるだけ正確に、かつ、わかりやすく説明する。医療ミスと判断される場合は、誠意を持って率直にお詫びをする。

4-3（記録）

関係職員は、事故経過を整理、確認し、事実経過を正確に記録する。なお、事故に関連した器材や器具が存在する時は、原因特定を行うために保管する。

第5章 医療安全管理のための研修に関する基本方針

5-1 (研修の目的)

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、病院全体の医療安全を向上させることを目的とする。

5-2 (研修の実施)

医療安全管理者を中心に、年間研修計画を作成し、計画に従い、1年に2回程度、定期的を実施する他、必要に応じて全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。医療安全管理研修年間計画案は、作成後、院内教育委員会に提出する。

研修を実施した際には、その概要（開催日時、場所、講師名、研修項目、出席者数、アンケート結果）を記録し、医療安全管理室に2年間保管する。

5-3 (研修の方法)

研修は、病院内での報告会、各部門の講義、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部講習会、研修会参加後の伝達報告会または有益な文献等の紹介や抄読会などの方法で行なう。

5-4 (研修への参加)

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。

第6章 医療従事者と患者との情報共有に関する基本方針

(患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む)

6-1 (情報の共有)

懇切丁寧な説明を受けたいと望む患者と、十分な説明を行うことが医療提供の重要な要素であるとの認識を持つ医療従事者が、協力し合う医療環境を築くことが必要である。医療従事者側からの十分な説明に基づいて、患者側が理解・納得・同意が得られるよう、医師を始め、医療従事者は患者との間で情報を共有するよう努める必要がある。

6-2 (指針の閲覧)

本指針は、患者及び家族から閲覧の申し出があった場合には、速やかに閲覧に応じるものとする。また、ホームページ等で公開する。

第7章 患者及び職員からの相談対応に関する基本方針

7-1 (医療相談窓口の設置)

- (1) 患者や家族等が安心して医療を受けられる環境を整えるために、患者やその家族等からの相談や苦情に速やかに、適切に応じるため、医療安全管理室に、「医療相談窓口」を設置する。
- (2) 相談を行った患者や家族等に対しては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。
- (3) 相談を受けた内容等について職務上知りえた内容を、正当な理由なく他の第三者に情報を提供してはならない。(守秘義務の遵守)
- (4) 相談内容は記録し、医療安全管理室長に報告する。また、相談等で医療安全管理に関するものについては、安全対策の見直しに活用する。

7-2 (職員相談窓口の設置)

- (1) 職員からの医療安全管理に関わる意見、提言等の相談・対応窓口として、医療安全管理室に、「職員医療安全相談窓口」を設置する。
- (2) 相談を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。
- (3) 相談を受けた内容等について職務上知りえた内容を、正当な理由なく他の第三者に情報を提供してはならない。(守秘義務の遵守)
- (4) 相談内容は記録し、医療安全管理室長に報告する。また、重大な事例や緊急を要する場合は、病院長に報告する。

第8章 その他の医療安全推進のために必要な基本方針

8-1（医療事故事例の報告）

医療事故の発生予防・再発防止策を講じるための、事故事例の報告に関する事項を定めた、医療法施行規則第9条の23第1項第2号に示されている事案に該当する事例について、医療安全管理室から所定の機関に報告する。

8-2（医薬品・医療機器安全情報報告）

薬事法第77条の4の2第2項に示されている、医薬品または医療機器の使用による副作用、感染症または不具合が発生について、保健衛生上の危害の発注または拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）について、薬剤部及び医療安全管理室から所定の機関に報告をする。

8-3（医療事故情報収集等事業への協力）

医療事故情報収集等事業に対して、医療安全管理室から該当事例の報告を行う。

8-4（医療事故調査・支援センターへの報告）

医療事故調査・支援センターに対して、医療安全管理室から該当する事例の報告を行い、また、その調査結果を報告する。

8-5（指針の徹底）

事故防止委員会は、本指針を全職員に周知徹底する。

8-6（指針の改訂）

本指針は、事故防止委員会において、定期的な見直しを行う他、医療法の改正等必要に応じて改訂を行う。