

## 1.医療安全管理指針

# 羽島市民病院医療安全管理指針

羽島市民病院は、質の高い安全な医療を提供することを目的として、医療の安全管理指針を下記のとおり策定する。

### 基本理念

この医療安全管理指針の作成目的は「人はエラーをする生き物である」ということを前提に、事故防止体制の整備による自己予防や事故発生時の迅速な対応、安全管理に関する組織の活動内容の明文化を行い、患者さまにとって安全で安心な医療推進を図ることである。

### 用語の定義

#### (1) インシデント

日常診療で患者さまに被害を及ぼすことはなかったが「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした経験を有する事例で、医療事故には至らなかったものをさし、安全管理指針において、次のように分類している。

〔一般（転倒・転落以外）〕

- ① 仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる場合（レベル0a）
- ② 仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる場合（レベル0b）
- ③ 仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる場合（レベル0c）
- ④ 間違いが実施されたが、患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）場合（レベル1）

〔転倒・転落〕

- ① 間違いが実施されたが、患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）場合（レベル1）

#### (2) アクシデント（医療事故）

患者さまが本来持っていた疾病や体質などの基礎的条件によるものではなく、医療においてその目的に反して生じた有害な事象をさす。医療事故には医療内容に問題があって起きたもの（過失による医療事故：医療過誤）と医療内容に問題がないにもかかわらず起きたもの（過失のない医療事故）とがある。安全管理指針では、医療事故の発生により生じた影響の大きさに応じて次のように分類している。

〔一般、転倒・転落〕

- ① 間違いが実施されたが、処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）場合（レベル 2）
- ② 間違いが実施され、簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）場合（レベル 3a）
- ③ 間違いが実施され、濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）場合（レベル 3b）
- ④ 間違いが実施され、永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合（レベル 4a）
- ⑤ 間違いが実施され、永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う場合（レベル 4b）
- ⑥ 事故が死因となった場合（レベル 5）

その他、患者さまについてだけでなく、注射針の誤刺のように医療従事者に被害が生じた場合。

### (3) 医療過誤

医療事故の一類型であって、医療従事者が、医療の遂行において、医療的準則に違反して患者さまに被害を発生させた行為。

### (4) リスクマネジメント

組織に不利益な影響を与えるリスクを①認知②分析③対応策を決め④その方法を評価するプロセスである。組織に与える不利益を最小限に抑えること（最小のコストで、最適な方法）を目的にしている。

### (5) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者

## 医療安全組織及び体制

### (1) 医療安全推進委員会

病院長の指示のもと、ゼネラルリスクマネジャー、医療安全管理者及びリスクマネジャーの構成で、毎月1回定期的に開催し、病院における医療安全管理体制の整備を推進し、医療を受けられる方々が安心できる環境整備を図る。

### (2) 医療安全推進室

ゼネラルリスクマネジャー（兼任）、医療安全管理者（専従）、感染対策責任者（専従）、リスクマネジャー（兼任）の中で院長より指名を受けた者により構成する。毎週1回程度、定期的にカンファレンスを開催する。医療安全推進室は医療安全推進委員会で決定された方針に基づいて、組織横断的に安全管理対策を担う病院長

直属の組織であり、主として下記の業務を担う。

- ① 医療安全管理指針及び安全管理マニュアルの整備及びその評価・検証活動
- ② 医療安全推進委員会と連携し医療安全管理体制を整備
- ③ 医療安全推進委員会で用いられる資料の作成
- ④ 医療安全に関する情報の収集・整理及び職員への提供
- ⑤ 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）
- ⑥ 医療安全に関わる患者さま・御家族及び職員の相談に適切に応じる体制の整備
- ⑦ インシデント・アクシデントレポートの分析、分析結果などの現場へのフィードバックと具体的な改善策の提案・推進とその評価
- ⑧ 医療事故発生後の連絡体制等の整備
- ⑨ 医療安全対策・院内感染対策に関する職員研修の企画及び運営
- ⑩ 医療安全に関する職員への啓発、広報

#### 医療安全管理のための職員研修

医療に係わる安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し、周知徹底を図るため、医療安全管理のための院内職員研修を年2回程度定期的に行い、その他必要に応じ随時開催する。また、感染防止、医薬品の安全使用、医療機器の安全使用を確保するための職員への研修を定期的に行う。

#### 医療事故発生時の対応

##### (1)初動体制

緊急処置を最優先し、患者さまの救命、症状回復・維持に全力を尽くす。必要に応じて関係医療従事者を招集して対処する。発生部署のみでは対処が不可能な場合は、病院組織全体で支援する。同時に、（図 1）の手順に沿って正確な状況の報告を行うと共に、適切な処置について上席者の指導を仰ぐ。

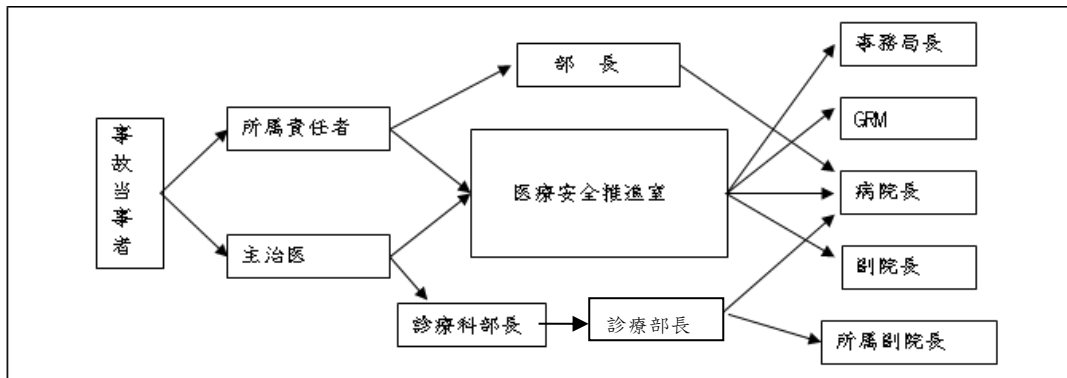


図1 事故発生時の報告の流れ

(2)患者さま及び御家族への対応

- ① 患者さまに対しては誠心誠意の治療を行うとともに、患者さま及び御家族に対しては出来るだけ早く誠意を持って事故の説明等を行う。
- ② 患者さま及び御家族に対する事故の説明等は複数で臨み、原則として病院の幹部職員が説明者となり客観的な事実の説明を行うとともに、病院側の過誤が重大で明白な場合は責任者が謝罪する。

(3)事実経過の記録

医師、看護師等は、患者さまの状況・処置の方法・患者さま及び御家族への説明内容等を電子カルテに詳細に入力する。また、記録に当たっては事実を経時的、客観的かつ正確に記載する。

(4)監督官庁への届出

異状死が発生した場合には、病院長の判断で岐阜羽鳥警察署に届ける。(警察への異状死届出は24時間以内となる。異状死の届出：医師法第21条)

(5)事故発生翌日以後の対応

病院は事実の調査や原因の検討を行うとともに、患者さま及び御家族等の心に与える影響を最大限に配慮し、隠し立てのない事実の説明と謝罪、事故再発防止への取り組みなどを説明し、誠実に対応する。

(6)事故の分析、評価と事故防止への反映

事故の原因分析と評価検討を加え事故の再発防止への反映を図る。

(7)医療事故に関与した職員への対応

- ① 医療事故に係わった当事者には、直接の上司が係わり精神状態を保つよう努める。
- ② 病院は医療事故に係わった当事者へのサポートに努める。

医療安全確保を目的にした報告制度

- (1) インシデント又はアクシデント等を体験した職員は速やかに、インシデントレポートシステムに入力する。
- (2) 緊急を要する場合は直ちに上司者に口頭で報告し、その後速やかに事故に直接関与

した当事者若しくは発見者等がインシデントレポートシステムに入力する。

- (3) 医療安全推進委員会は医療事故の予防・再発防止に資するため、全職員に対してインシデント・アクシデントの報告を奨励する。
- (4) 医療法施行規則に基づき日本医療機能評価機構に対して、積極的にヒヤリ・ハット事例を報告する。

#### 患者さま相談窓口の設置

患者さま及び御家族等からの御意見、相談に応じられる体制を確保するために、院内に『患者さま相談窓口』を設置する。その受付時間、設置場所、担当者等については院内の見やすい場所に掲示する。また、相談により患者さま及び御家族が不利益を受けないように適切な配慮を行う。御意見や相談で医療安全に係わるものについては、医療安全推進室に報告し、今後の安全対策の見直し等に活用する。

#### 医療安全管理指針の閲覧

医療安全管理指針については、当院のホームページや院内 LAN に掲載し、職員等が閲覧できるよう配慮する。また、患者さま及び御家族から閲覧の求めがあった場合には、これに応ずる。

#### 附則

1. この規定は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する
2. この規定は、平成 20 年 6 月 1 日（改訂）から施行する
3. この規定は、平成 20 年 10 月 1 日（改訂）から施行する
4. この規定は、平成 23 年 4 月 1 日（改訂）から施行する
5. この規定は、平成 25 年 4 月 10 日（改訂）から施行する
6. この規定は、平成 27 年 4 月 1 日（改訂）から施行する