

# 平田東九州病院 医療安全管理指針

(目的)

第1条 当院における安全管理のための基本的な基準について定める

## 第2条 安全管理に対する基本的な考え方

(1) 医療事故とは、医療の全過程において発生するすべての人的事故を指し、医療従事者の過誤過失の有無を問わない。

なお、医療事故には次を含む。

①医療行為に起因して生じた事故

ア. 患者の死亡、生命の危険、症状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害の発生等を含む。 Ex)投薬内容間違い、機械、機器等の使用間違い

イ. 患者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。

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障害等。

Ex)入浴時の転倒事故、ベッドからの転落等

③交通事故

ア. 通勤時の事故

イ. 通所などでの患者（利用者）の送迎時の事故

ウ. 訪問時の事故

エ. 交通違反（事故発生の可能性があるため）

④書類事故

ア. 記入漏れ

イ. 記入ミス

ウ. 提出書類の期限切れ

⑤接遇事故

ア. 患者間のトラブル

イ. 職員と患者のトラブル

ウ. 職員と患者の家族とのトラブル

エ. 職員間のトラブル

⑥食事故

ア. 食事の誤嚥

イ. 食事提供のミス

(2)医療安全のための基本的な考え方

①ヒューマンエラーが起り得ることを前提とし、エラーを誘発しない環境や、起こったエラーが事故に発展しないシステムを組織全体で整備する。

②職種や診療科における自主的な業務の改善や能力向上活動を強化する。

③継続的に医療の質の向上を図る活動を強化する。

④患者との信頼関係を強化し、患者と医療従事者との対等な関係を基盤とする。

⑤患者中心の医療の実現を図る。

### 第3条 医療安全管理委員会の設置

- (1) 病院長を中心に、各部門から委員を選抜し、医療安全管理委員会を設ける。
- (2) 医療安全管理委員会委員長は、安全管理者とする。委員長は、院長の任命のもと、医療安全管理委員会の運営を行う。委員会メンバーは医療安全管理委員会運営規定に記載する。
- (3) 医療安全管理委員は、次の内容の協議・推進を行う。
  1. 当院の医療安全管理体制に関する基準の見直し
  2. 医療事故、インシデント(ニアミス、ヒヤリハット)等に関する資料の収集と職員への周知
  3. 職員研修の企画
  4. 医療事故発生時の対応管理及び再発防止
- (4) 委員会は、原則として月に1回開催する。ただし、緊急開催の必要があると判断した場合(医療事故発生時)は、その都度開催する。
- (5) 委員会は、医療事故発生時は、事実関係の把握のため、関係者に報告または、資料の提出を求めることができる。
- (6) 研修における基本方針
  - ① 院内での頻度や重症度の高い事例を分析し、再発予防に繋がるような研修を組む。
  - ② 院内におけるインシデントの提出状況や今後の取り組みの周知
- (7) 他との連携  
必要に応じて、他の委員会等に協力を依頼する。

### 第4条 医療事故調査委員会のあり方

#### (目的)

医療事故調査委員会は久康会の理念である「自分が受けたい医療または家族に受けさせたい医療を目指します」に沿って真実に近づけるように努力する。具体的事例について、

公正・中立の立場から、医療内容の検討・評価を誠実にを行い、「患者の権利の確立」「医療の質の向上」「再発防止」を図ることを目的とする。

#### (設置)

病院における診療行為に伴って予期せぬ死亡又は永続的な障害や重篤な後遺症が起こり、病院の治療対応に改善の可能性がある場合、医療事故の原因究明についての調査は24時間以内とする。医療事故調査委員会(以下、「委員会」と呼ぶ)の設置及び中間報告は1週間以内とする。

#### (初動対応)

委員会が中心となり、事故発生直後の段階での重要な証拠の保存とその事故の発生に関与した医療チーム及びゲスト/家族からの聞き取り調査等を講じなければならない。委員会において当事者に直接聞き取りを行う場合は、事前に文書にて質問内容を提示する。

#### (役割)

委員会は次に掲げる事項を行う。

1. 医療事故発生の原因調査に関すること。

2. 医療事故発生の背景・原因究明に関すること。
3. 医療事故調査報告書の作成及び公開に関すること。
4. 患者/家族に対し、医療事故調査委員会での調査を知る機会を提供すること。
5. その他の医療事故発生の原因の改善・指導に関すること。
6. 医療事故再発防止のための院内対応に関すること。

#### (組織)

委員会は、次に掲げる内部委員と外部委員によって5～7名程度で組織し、任期は委員会設置の日から任務の完了(再発防止の研修)までとする。なお、医療事故調査が中立の立場で行えるよう事故に直接関与した職員が推薦する者を1名指名できることとする。

委員については選出理由を記録しておくこと。

- 1 内部委員（院内職員及び顧問契約のある関係者で直接関与した職員を除く。）
  - 院長
  - 看護部長
  - 安全管理委員長
  - 当該専門分野の専門医
  - 当該専門分野以外の専門医
  - 薬剤師（医薬品に関する医療事故の場合に指名）
  - 看護師（看護技術に関する医療事故の場合に指名）
  - セラピスト（リハビリ、転倒転落に関する医療事故の場合に指名）
  - 臨床検査技師・診療放射線技師など（検査・医療機器・設備に関する医療事故の場合に指名）
  - 病院と顧問契約にある弁護士・法律家など
  - その他委員会が必要と認めた者
- 2 外部委員（医療事故原因を客観的に分析できる第三者。）
  - 発生した医療事故の医療行為が分析できる専門医（関係学会が推薦する者など）
  - 事故調査委員会の調査手法、論点を客観的に評価できる弁護士・法律家など
  - 科学的に事故原因を究明できる薬剤師・看護師・セラピストなど

#### (開催)

委員会は、委員の過半数の出席が無ければ会議を開くことはできない。

(委員以外の者の出席)

委員会は、必要と認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、説明または意見を求めることができる。

#### (事務)

委員会開催に伴う委員への資料等の配布、議事録の作成、その他の庶務等を円滑に行うため事務を置く。事故調査に関係した資料については保管しておくこと。

#### (雑則)

この規定に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員会が別に定める。

## 第5条 医療事故発生時の行動

(1) 医療事故が発生した際には、医師、看護師等の連携の下に応急処置をおこなう。

(2) 医療事故の報告

1. 医療事故が発生した場合は、関係者は直ちに各部門（医師、看護師等）の責任者からなる医療安全管理委員に届け出る。また、同委員会は、医療事故が発生した事を周知した場合、直ちに関係者は医療事故の報告又は資料の提出を求める。
2. 報告は、「インシデント・アクシデントシステム」により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、事後速やかに報告書を作成する。

(3) 患者・家族への対応

1. 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意を持って説明等を行う。
2. 患者及び家族に対する事故の説明等は原則として、院長が対応し、状況に応じた対応をとる。

(4) 事実経過の記録

1. 医師、看護師等は患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。
2. 記録に当たっては、以下の事項に留意する。
  - ・初期対応が終了次第、速やかに記載する。
  - ・事故の種類、患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載する。
  - ・想像や憶測に基づく記載を行わず、事実を客観的かつ正確に記載する。
3. 医療安全管理委員会は、事実経過の記録を確認する。

(5) 医療事故の公表

1. 患者の生死に関わる重大な事故に限らず、比較的軽微な場合を除き、明白な過誤による事故による事故については原則として公表する。
2. 過誤が必ずしも明白でないものについては、後に過誤である事が判明した時点で、比較的軽微な場合を除き、原則として公表する。
3. 院内のインシデント・アクシデントシステム内に報告書に記載するようにする。その際、発生させた職員の名前は一般の人からは見る事ができない様になっている。対策を立てる時に状況を伺う事もあるため一部の役職者では報告者を見る事ができるようにしてはいるが、報告者のプライバシーの保護に努める。
4. 公表においては患者、家族を含む当事者のプライバシーに配慮する。

(6) 医療担当部局への報告

患者の死亡等重大な医療事故は保健所等の都道府県の医療担当部局に速やかに報告する。

他の行政への届出・書式の提出の必要性についても保健所に確認する。

医療事故・調査支援センター、病院機能評価機構への届け出も行うこと。

介護保険施設・事業所においてはⅢb以上の事故は保健所へ様式1. 2を提出する。

(7) 医療事故再発防止のための取り組み

1. 医療安全管理委員会は、医療事故報告書に基づき、次の検討を行う。
2. 報告等に基づく事故の原因分析
3. 再発防止のための対策
4. 医療安全管理委員会は、事故再発防止のための対策について早急に職員に徹底を図る。

## 第6条 インシデントの把握と対応

- (1)ニアミス、ヒヤリハットを経験した職員は、遅滞なく報告するようにする。  
報告の提出に必要性に関しては、事故の大きさに関わらず提出を行う。自己判断せず、  
その部署の責任者に相談したうえで、提出の有無を決定する。
- (2)職員がニアミス、ヒヤリハットを報告した事をもって、当該職員に対して不利益な処分を行わない事とする。ただし、自己責任を問う、または業務成績の評価の対象とする事があるのは以下の場合である。
  - ・法に触れるような事故が発生した場合
  - ・同じ事故を起こした人が複数回発生させた場合
  - ・事故が発生したにも関わらず、報告書を提出しなかった場合
- (3)報告内容は、医療安全管理委員会で次の観点から毎月検討を行う。
  - ・報告に基づく事例・原因分析
  - ・ニアミス、ヒヤリハットの事例を無くすための対策
- (4)医療安全管理委員会は、ニアミス、ヒヤリハットを無くす為の対策について、必要に応じ、職員に周知する。
- (5)院内グループウェアの閲覧機能等を利用し、月に1度は医療安全に関する情報を周知し、職員はそれを閲覧し、同様の事故が起こらないよう努める。

## 第7条 職員研修

- (1)職員研修を年2回開催する。院内研修において周知を図る。新人職員が入職した場合、新人研修における説明を実施する。
- (2)職員研修の企画は、当院でのニアミス、ヒヤリハット報告書の分析と対策内容を勘案し医療安全管理委員会で企画する。

## 第8条 医療安全管理体制に関する院内基準（指針の周知徹底）

「医療安全管理体制に関する院内基準（指針）」は、各部署に置き、徹底を図る。

## 第9条 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務める共に、患者及びその家族からの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、本指針についての紹介には安全管理部が対応する。

## 第10条 患者からの相談への対応

症状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、地域連携科が対応する。  
医療安全に関する相談に対しては、安全管理部が対応する。  
担当者は必ように応じ、担当医、担当看護師等へ内容を報告する。  
相談窓口に関しては、院内掲示にて患者・家族に周知する。

(附則)

この規定は平成 25 年 4 月 1 日から施行。

この規定は平成 25 年 6 月 1 日から施行。

この規定は平成 26 年 4 月 1 日から施行。

この規定は平成 31 年 4 月 1 日から施行。

この規定は令和 2 年 4 月 1 日から施行。

この規定は令和 3 年 4 月 1 日から施行。

この規定は令和 4 年 4 月 1 日から施行。

令和 5 年 4 月 1 日 一部改訂 第 5 条 (6)医療担当部部局への報告