

JAリハビリテーション中伊豆温泉病院 医療安全管理指針

第1 趣旨

この指針は、JAリハビリテーション中伊豆温泉病院（以下「当院」という。）における医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法について、定められた事項（1～8）に沿い当院の指針を示すことで、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供を図る目的とする。尚、感染防止対策指針・医療機器安全管理指針・医薬品安全使用業務規定に係わる。

- 1 医療機関における安全管理に関する基本的な考え方
- 2 医療に係わる安全管理のための委員会、その他医療機関内の組織に関する基本事項
- 3 医療に係わる安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針
- 4 医療機関内における事故報告等の医療に係わる安全確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- 5 医療事故等発生時の対応に関する基本方針
- 6 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針
- 7 患者からの相談への対応に関する基本方針
- 8 その他、医療の安全確保のために必要な基本方針

第2 事項

- 1 医療機関における安全管理に関する基本的な考え方
 - 1) 医療安全は、医療の質に関わる重要な課題であり、安全な医療の提供は、医療の基本となる。職員ひとりひとりが、医療安全の必要性・重要性を自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り、安全な医療の遂行をすることが重要となる。
医療事故を防止するにあたり「人は誤りを犯す」を前提に「誤り」に対する個人の責任の追求よりも、「誤り」に対する要因から防止策を立てていくことが重要となる。そのため医療従事者の個人レベルから当院全体の組織的な対策を推進することによって事故を防止し、安全な医療を受けられる環境を整備することを目標とする。
 - 2) コミュニケーションの確保
医療の安全・患者の安全確保に関する話し合いでは、職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で話し合い、相互の意見を尊重する。
- 2 医療に係わる安全管理のための委員会、その他医療機関内の組織に関する基本事項
 - 1) 当院における医療安全対策と患者の安全確保を推進する為の委員会等は次に掲げる。
 - (1) 医療安全管理室
専任のリスクマネージャーを配置。医療機器安全管理責任者を兼務。
当院の医療事故防止及び安全な医療を提供するために、次に掲げる業務を行なう。
 - ①医療事故に関する原因を探る。
インシデント・アクシデントレポートの集計、対策、評価、フィードバックを行なう。
 - ②医療事故防止対策の策定とその周知に関すること。
 - ③医療事故防止体制の整備に関すること。
(院内感染防止・医薬品安全業務・医療機器安全管理の体制も含む)
 - ④医療事故防止に関すること。
医療事故発生時の指示、指導。医療事故発生後における改善策の提案
推進と評価。職員の医療安全研修に関する企画立案。
 - ⑤医療事故等の発生時における事例の経過調査に関すること。
 - ⑥リスクマネジメント委員会の運営に関すること。

- (2) 医療事故対策委員会
医療安全管理に関することや重大な医療事故が発生し、病院長が必要と認めた場合設置される。
- (3) 医療安全管理委員会
安全管理と医療安全の向上の為に月1回開催。
- (3) リスクマネジメント委員会
院内の事故防止体制の改善や、医療事故防止体制の改善や対策に向け活動と医療安全に関する情報をスタッフへ伝達、周知の為に月1回開催。
- (4) 院内感染防止対策委員会（専任委員会）
- (5) 褥創対策委員会（専任委員会）
- (6) CS委員会（専任委員会）
- (7) 安全衛生委員会（専任委員会）
- (8) 防災対策委員会（総務課に委任）

3 医療に係わる安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針

医療安全管理室は、職員の医療安全に関する研修計画に沿って準備する。
研修は、医療安全に対する基礎知識、事故防止のための手法等を職員に周知徹底を目的に安全に対する意識の向上を図る。研修会、講習会は院内・院外の講師によって行なわれる。又、病院外で行なわれる研修会や講習会の積極的な参加。
尚、職員全体に共通する医療安全研修は、年2回程度開催する。ほか、必要に応じ開催する。

4 医療機関内における事故報告等の医療に係わる安全確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

1) インシデント・アクシデント報告の目的

報告は、医療安全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料とすることを目的として使用する。

2) インシデント・アクシデント報告

上記の目的を達成するため、全ての職員は、次に掲げた内容に沿って報告を行なう。

(1) 次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合、速やかに各部署責任者に報告する。

- ①医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が予測される場合、又は生じた場合、速やかに報告する。
- ②医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる場合。
- ③その他、日常診療の中で危険と思われる状況が発生した場合。

(2) 報告の方法

- ①報告は、原則として定める(アクシデント・インシデントレポート)書面で行なう。緊急を要する場合は、とりあえず口頭で報告し、患者の救命措置等を行なった後に遅滞なく書面にて、各所属長に報告を行なう。各所属長は医療安全管理室へ報告する。
- ②書面の報告は、診療録、看護記録等自らが患者の医療に関して作成した記録などに基づき作成する。
- ③自発的な報告がされるよう報告者名は省略してある。

(3) 守秘義務と報告者への配慮

報告された事例について職員は、職務上知りえた秘密として、第三者に漏らしてはならない。

尚、報告を行なった職員に対しては、これを理由に不利益な取り扱いをしてはならない。

(4) 報告内容の検討と改善策の策定

医療安全管理室、リスクマネジメント委員会は、報告された事例を検討し、医療の安全管理上有益と思われることについて、再発防止の観点から、必要な防止策を作成する。

5 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

1) 救命措置の優先

医療側に過失があるか否かを問わず、生命に影響を及ぼす事象が生じた場合には、院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大に尽くす。また、院内のみの対応が不可能と判断された場合は、遅滞なく他の医療機関へ応援を求める。

2) 報告義務

事故発見者は、所属長に報告。所属長は、事故の状況、患者の現在の状況等を医療安全管理室に迅速かつ正確に報告する。医療安全管理室は、報告に基づき、病院長に内容説明を行なう。病院長は、必要に応じて、安全管理委員会の開催の指示を行い、対応を検討する。尚、事故発見者は、その事実及び報告の内容を診療録・看護記録等に自らが患者の医療に関して必要な記録に記載する。

本所への報告は、事務長とする。

3) 患者・家族への説明

主治医等は、事故発生後、救命措置の遂行に支障をきたさない範囲で速やかに、事故の状況、現在実施している措置、見通し等について、患者・家族に誠意を持って説明する。

4) 医療事故防止マニュアルの作成・改正

マニュアルは、必要に応じて改正を行なう。又、作成・改正についてはリスクマネジメント委員会が中心となり、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識を高め、広めるという目的のために積極的に参加する。

6 患者からの相談への対応に関する基本方針

1) よろず相談窓口の設置

医療福祉科が窓口となし安全管理室と共に対応。

7 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

本指針はイントラネットを通じて全職員が閲覧できる。
また、病院ホームページにおいて一般に公開する。

8 その他、医療の安全確保のために必要な基本方針

医療安全管理指針の改正については、必要に応じて、リスクマネジメント委員会に諮り決定する。

(付則) この指針は平成19年7月1日から施行

平成20年4月15日改定

平成20年10月1日改定