

児島聖康病院医療安全管理体制に関する院内指針

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 医療安全管理に関する基本的な考え方

- (1) 医療事故とは、医療に関わる場所で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、病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を含む。
 - 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傷害等。
- (2) 医療事故防止の為の基本的な考え方
 - ① ヒューマンエラーが起こりえることを前提として、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 職種や部署における、自主的な業務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幅広く展開していく。
 - 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医療の実現を図る。

第3条 医療事故防止対策委員会（以下『委員会』という。）の設置

- (1) 病院長を中心に、各部門の責任者を委員とする委員会を設ける。
- (2) 委員会の委員長は、院長を持って充てる。
- (3) 委員会は、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、ハッと事例）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のための対策の立案・推進
- (4) 委員会は、次の通り開催する。
 - ・ 定例日 毎月第3水曜日午後1時
 - ・ 緊急開催 医療事故等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、関係者に報告又は資料の提出を求める。
- (6) 委員会は、ニアミス報告書の書式を定め、職員に対しニアミスの報告を行うよう求める。
- (7) 委員会は、職種・職位等にかかわらず、職員が医療事故の防止に関して自由に発言できるものとする。
- (8) 委員は、その職務に関して知りえた事項のうち一般的な医療事故防止対策以外のものは委員会及び院長の許可無く、院外の第三者に公開してはならない。

第4条 医療事故に対する対応

- (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救急処置を行う。
- (2) 医療事故の報告
 - ① 医療事故が発生した場合は、関係者は直ちに委員会に届け出る。また、同委員は医療事故が発生したことを承知した場合、直ちに関係者に医療事故の報告又は資料の提出を求める。
 - ② 報告は、「医療事故報告書」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「医療事故報告書」を作成する。
 - ③ 委員は、報告を受けた事項について、委員会に報告する。
- (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、誠意をもって事故の説明等を行う。
- ② 患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、委員が対応し、状況に応じ事故を起こした担当医又は看護師等が同席する。

(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を行う。
 - ・ 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 委員は、事実経過の記録を確認する。

(5) 医療事故の公表

- ① 患者の生死にかか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、後に過誤であることが判明した時点で、比較的軽微な場合を除き、原則として公表する。
- ③ 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) 都道府県の医療担当部局への報告

患者の死亡事故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。

(7) 医療事故再発防止のための取り組み

- ① 委員会は、医療事故報告書等に基づき、次の検討を行う。
 - ・ 報告等に基づく事故原因分析
 - ・ 再発防止のための対策
- ② 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5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、遅滞なく報告をするようにする。
- ② 職員がニアミス・ヒヤリ・ハットの報告をしたことをもって、当該職員に対して不利益な処分を行わないこととする。
- ③ 報告内容は、委員会で次の観点から毎月検討を行う。
 - ・ 報告に基づく事例の原因分析
 - ・ ニアミス・ヒヤリ・ハット事例をなくすための対策
- ④ 委員会は、ニアミス・ヒヤリ・ハット事例をなくすための対策について、必要に応じ、職員に周知徹底する。

第6条 職員研修

- ① 職員研修を年2回以上開催する。
- ② 職員研修の企画は、委員会で企画する。

第7条 医療安全管理体制に関する院内指針の周知徹底

「医療安全管理体制に関する院内指針」は職員へ周知徹底を図る。

第8条 その他

(1) 本指針の見直し、改正

- ① 医療事故防止対策委員会は、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。
- ② 本指針の改正は、医療事故防止委員会により決定する。

(2) 患者との信頼関係を得るために積極的な情報開示を行う。本指針についてはホームページに掲載するとともに、患者および家族から開示の求めがあった場合はこれに応じる。

(3) 患者相談窓口の設置

患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保した相談窓口（以下「患者相談窓口」という。）を常設する。
患者相談窓口寄せられた苦情や相談は、病院の安全対策等の見直しにも活

用する。

平成16年2月25日第8条追加

平成21年1月1日第8条(2)変更

平成21年1月1日第8条(3)追加