

医療安全管理のための指針

第1 安全管理に関する基本的考え方

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、当院及び職員個人が医療安全の必要性・重要性を施設及び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徹底することが最も重要である。

この指針は、医療安全の確保及び推進を目的とし、安全かつ適切に、質の高い医療を提供する体制を確立するために必要な事項を定める。

第2 医療安全管理対策委員会の設置

1. 安全管理を達成するために、当院に「医療安全管理対策委員会」を設置する。
 - ① 医療安全管理対策委員会は医師、看護師、事務職員、その他各部署担当者で構成する
 - ② 上記職種より医療安全管理対策委員長を選任し、医療安全管理対策委員長は安全対策担当者を定める。
 - ③ 医療安全管理対策委員会は、月1回の定例会及び医療安全管理対策委員長の判断による臨時会を開催し、安全対策担当者は月一回の小委員会を開催する。
 - ④ 医療安全管理対策委員長は、必要と認めるときに参考人として関係職員の出席を求め、意見を聴取することができる。特に法的責任を追及される恐れのある関係職員からあらかじめその恐れを告げたうえで、必ず意見を聴取する。
 - ⑤ 医療安全管理対策委員長は、医療安全管理対策委員会の内容を管理者に報告する。

2. 医療安全管理対策委員会の任務

医療安全管理対策委員会は、管理者の命を受け、所掌業務について調査・審議するほか、所掌業務について管理者に建議し承認されたものについて実行し、その結果については管理者に報告をするものとする。

2. 所掌業務

医療安全管理対策委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

① 安全管理対策に関する事項

- 1) 報告システムによるインシデント・アクシデント事例の収集、分析、再発防止策の検討・策定、医療安全管理対策報告書の作成、防止策の実施、実施後の評価に関すること。
- 2) 報告システム以外からのリスクの把握、分析、再発防止策の検討・策定、医療安全管理対策報告書の作成、防止策の実施、実施後の評価に関すること。
- 3) 医療安全管理対策のための職員に対する指示に関すること。

4) 医療安全管理対策のために行う提言に関すること。

5) 医療安全管理対策のための研修の検討及び実施。

6) その他、医療安全管理対策に関すること。

② 医療事故該当性についての意見

医療安全管理対策委員会は、医療法施行規則に基づき、患者の死亡が予期しなかつた死亡要件に該当するか否か、院長に対し意見を述べる。

③ 医療事故の再発防止に関する事項

1) 各部署からの報告を受けて、事例を分析する

2) 実施可能で有効適切な再発防止策の策定、評価

3. 個人情報の保護

医療安全管理対策委員会は、個人情報保護のため以下の事項を遵守する。

① 医療安全管理対策委員は、医療安全管理対策委員会で知り得た事項に関して委員長の許可なく他に漏らしてはならない。

② 医療安全管理対策委員は委員長の許可なくインシデント・アクシデント報告書とその統計分析資料、委員会議事録、事故調査報告書等の資料を複写したり、研修等で利用してはならない。

4. 安全管理対策委員

医療安全管理対策に資するために、安全管理対策委員を置く。

① 安全対策担当者が安全対策委員の統括を行う。

② 安全管理対策委員は、以下の権限を与えられる。

1) 「インシデント・アクシデント」事例の報告システムの管理を行う。

2) 報告システムによって収集した事例について、医師を含む関係職員への面談、事実関係調査を行う。聴取の際には、調査の目的が医療安全の確保であり、組織及び個人の責任追及をするためのものではないことを告げる。特に法的責任を追及されるおそれのある関係職員からは、あらかじめそのおそれを告げたうえで、必ず意見も聴取する。

3) 報告システム以外からリスクを把握し医療安全管理対策委員会への報告を行う

4) 医療安全管理対策委員会で策定した防止策の実行指導・支援、改善点検を行う

5) 医療安全管理対策に関する職場点検と改善、情報収集、研修計画立案、院内調整を行う。

6) 報告システムによって収集した事例の原因分析及び防止対策を、医療安全管理対策委員会で策定する際のまとめ役を担う。

7) 他の医療安全管理対策に関する活動を行い、その活動内容について医療安全管理対策委員会に報告を行う。

第3 医療安全のための職員研修に関する基本方針

医療安全管理対策委員会は、職員に対し年2回「医療安全に関する研修」を実施する。院内で重大事故が発生した場合など必要があると認めた場合は、医療安全管理対策委員長が臨時で研修を行うことが出来る。

第4 事故報告など医療安全体制を改善するための基本方針

医療安全体制を改善するため、アクシデント（患者に影響のある事故）またはインシデント（患者には影響しなかったが、ミスが発生した場合＝ヒヤリハット）が発生した場合には、報告書を医療安全管理対策委員会に提出する。

1. アクシデント報告

院内でアクシデントが発生した場合、当該アクシデントに関与した職員は、応急処置またはその手配、拡大防止の措置及び上司への報告など必要な処置をした後、速やかに別に定める「アクシデント報告書」を管理者に提出する。管理者は安全対策担当者及び所要の職員にアクシデント内容を伝達するとともに対応を指示する。アクシデント対応終了後、医療安全管理対策委員会に報告する。

2. インシデント事例報告

院内でインシデント事例が発生した場合は、関係した職員は別に定める「インシデント報告書」を作成し、安全対策担当者に報告する。安全対策担当者は報告されたインシデントをとりまとめたうえで、医療安全管理対策委員会に報告する。また、「インシデント報告書」は個人情報保護に配慮した形で取りまとめの上、関係職員で共有し、医療事故、紛争の防止に積極的に活用する。なお、インシデント事例を出したものに対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行わない。

第5 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

事故発生時には、速やかに管理者に報告する。このうち、提供した医療に起因し、または起因すると疑われる死亡で、管理者が当該死亡を予期しなかったものについては、医療法に基づく医療事故調査制度における報告対象となることに留意する。なおこの事故調査は医療安全の確保を目的とし、個人の責任追及の結果を招いてはならない。

第6 医療従事者と患者の間の情報共有に関する基本方針

本指針は、当院内の待合に常時閲覧可能な状態にするものとする。

第7 患者からの相談への対応に関する基本方針

患者からの相談については、懇切丁寧に対応する。

第8 その他医療安全推進のために必要な基本方針

1. 職員の責務

職員は日常業務において医療の安全と安心を確保するために、利用者との信頼関係を構築するとともに、医療事故の発生の防止に努めなければならない。

2. 記録の保管

医療安全管理対策委員会の審議内容等をはじめとした、院内における医療事故等に関する前述の活動一切の諸記録（以下「医療安全活動資料」とする）は、2年間保管する。

3. 医療安全活動資料の非開示

医療安全活動資料は、いずれも当院内部の医療安全のためだけのものであり、医療事故調査制度に基づく遺族への調査結果の説明及び医療事故調査・支援センターへの報告を除き、医療安全の目的で連携する院外調査委員会や第三者機関の収集情報・調査・議論等の一切も同様に当院内部の医療安全のためだけのものとなり、開設者、管理者、医療安全管理対策委員会、委員、関係職員その他すべての当院の職員は、患者、家族関係者、裁判所、行政機関、警察と報道機関も含め当院の外部に開示することができない。

4. 懲戒処分の適用除外

前述した目的を達成するため、当院は、医療事故等発生の責任を理由とした関係職員に対する懲戒処分は行わないものとし、具体的な指揮監督を中心としつつ、厳重注意・訓戒・再教育・研修などの特別の再発防止措置に依らしめるものとする。

5. 指針等の見直し

本指針は医療安全管理対策委員会に置いて定期的に見直し、必要に応じて改正する。