

# 市立敦賀病院医療安全管理指針

## 一 総 則

### 1 基本理念

福井県嶺南地域の中核的総合病院として住民の身体生命を守る役目を持つ市立敦賀病院（以下「当院」という。）は、職員が一丸となって患者の安心・安全に答えるべく医療安全に取り組まなければならない。

本指針はこのような考え方のもとに、医療従事者の個人での医療安全文化醸成のもとに事故防止と、病院の組織的な事故防止の二つの防止対策を推し進めることが必要である。アクシデントの発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を提供することを目標とする。当院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員の積極的な取組みを各職員に求める。

### 2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

- (1) アクシデント 医療の過程において、予期しなかった悪い結果（患者の死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害および苦痛、不安等の精神的被害等）が生じること。医療従事者の過失の有無を問わない。従って病状説明書等で事前に患者および家族に説明してある副作用、治療による合併症及びこれらによる死亡はアクシデントとはしない。
- (2) 医療過誤 医療の過程において医療従事者が当然払うべき注意義務を怠ったことにより、患者の心身に何らかの被害を発生させること。ある不要な医療行為をしたことによるもの（作為）と、ある必要な医療行為をしなかったことによるもの（不作為）の両方が考えられる。
- (3) インシデント 医療の過程において、患者に実際に被害を及ぼさなかったが、アクシデントに繋がりがねなかった状況のこと。医療従事者の過失の有無を問わない。
- (4) 職員 当院に勤務する医師、看護師、薬剤師、医療技術者、事務職員等あらゆる職種を含む。
- (5) 所属長 当該職員の所属する部署で以下に掲げる管理的立場にある者。ただし、当該者が不在等の場合は、当院の職階に基づき上位職の者。

イ 診療部 診療部長

ロ 医療支援部 各所属室長

ハ 医療技術部 各所属室長

ニ 薬剤部 薬剤室長

ホ 看護部 各所属看護師長

#### ハ 事務局 各所属課長

- (6) 医療安全管理推進者 病院内における医療安全活動や医療事故紛争・苦情対応などの医療安全管理の実務面を統括し、担当者が必要な安全管理活動を行えるように管理する職員とし、病院長が任命する。
- (7) 医療安全管理者 医療安全対策に係わる適切な研修を終了した専従の職員とし、職員の中から院長が任命する。別に定める「医療安全管理者業務基準」に基づき、医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価、医療安全に関する職員の意識の向上や指導を行う。
- (8) リスクマネジャー 各職場において医療安全対策を確立する指導的役割を担う者。

### 3 組織および体制

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ために、本指針に基づき当院に以下の組織等を設置する。

- (1) 医療安全対策委員会
- (2) 医療安全推進会議
- (3) 医療安全管理室
- (4) リスクマネジメント部会
- (5) 医療・福祉相談支援室、患者アドボカシー室
- (6) 医療事例調査委員会
- (7) 事例検討会
- (8) 医療に係る安全確保を目的とした報告体制
- (9) 医療に係る安全管理のための研修体制

#### 二 医療安全対策委員会等

本指針一3に規定する医療安全対策委員会等の組織の設置等について必要な事項は「医療安全対策委員会設置要綱」等として別に定める。

### 三 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

#### 1 報告とその目的

この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のみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けるものではない。具体的には、①当院におけるアクシデントや、インシデント等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、アクシデント等の報告をおこなうものとする。

#### 2 報告にもとづく情報収集

- (1) 報告すべき事項

すべての職員は、院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、以下に示す期間を超えない範囲で報告するものとする。

#### イ インシデント

医療側の過失の有無を問わず、医療の過程において、患者に実際に被害を及ぼさなかったが、アクシデントに繋がりがねなかった事象が生じた場合は、遅滞なく所属長、医療安全管理室へと報告する。

#### ロ アクシデント

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生じた場合は、発生後直ちに所属長（程度に応じてリスクマネジャー）へ。

所属長からは直ちに医療安全管理者、医療安全管理室長、医療安全対策委員長、副院長、院長へと報告する。

#### ハ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

適宜、所属長または医療安全管理室へ口頭等で報告する。

### (2) 報告の方法

イ 前項の報告は、原則として別に定める書面をもって行う。ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、速やかに書面による報告を行う。

ロ 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すべき記録、帳簿類に基づき作成する。

### 3 報告内容の検討等

#### (1) 改善策の策定

医療安全対策委員会（ただし、インシデントについてはリスクマネジメント部会）は、前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、再発防止の観点から、当院の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

#### (2) 改善策の実施状況の評価

医療安全対策委員会は、すでに策定した改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを随時点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

### 4 その他

(1) 院長、医療安全管理推進者、医療安全管理者および医療安全対策委員会の委員等は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。

(2) 本項の定めにしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

## 四 安全管理のための指針・マニュアルの整備

### 1 医療安全マニュアル等

安全管理のため、当院において以下の指針・マニュアル等（以下「マニュアル等」という。）を整備する。

- (1) 医療安全マニュアル
- (2) 感染対策マニュアル
- (3) 医薬品業務手順書
- (4) 医療機器に係るマニュアル
- (5) その他

## 2 マニュアル等の作成と見直し

- (1) 上記のマニュアル等は、各種担当委員会は関係部署共通のものとして整備する。
- (2) 各種担当委員会は、マニュアル等を関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) 各種担当委員会は、マニュアル等を、作成、改訂のつど、医療安全対策委員会に報告する。

## 3 マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、マニュアル等の作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2) マニュアル等の作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論においては、すべての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

## 五 医療安全管理のための研修

### 1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全対策委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、1年に2回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、当院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針五1(1)の定めにかかわらず、院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理室は、研修を実施した時は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、5年間保管する。

### 2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読

などの方法によって行う。

## 六 アクシデント等発生時の対応

アクシデント等発生時の対応として必要な事項は別に定める。

## 七 その他

### 1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全管理推進者、医療安全管理者、医療安全対策委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

### 2 本指針の見直し、改正

(1) 医療安全対策委員会は、必要に応じ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、医療安全対策委員会の決定により行う。

### 3 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努めるとともに、患者およびその家族等から本指針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、本指針についての照会には医療安全管理者が対応する。

### 4 患者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、医療・福祉相談支援室が対応する。

## 八 参考文献等

1 本指針は、医療法第6条の10に基づき、策定した。

2 本指針は、日本医師会作成『医療安全管理指針のモデルについて（改訂版）』（平成19年3月）を基に策定した。

### 附 則

本指針は、平成21年4月1日から施行する。

### 附 則

本指針は、平成23年7月1日から施行する。

### 附 則

本指針は、平成25年6月28日から施行する。