

# 那須南病院医療安全管理指針

## 1 総則

### 1-1 基本理念

医療の場では、医療従事者の単独或いは重複した不注意が、医療上、望ましくない事態を引き起こし、患者様の安全を損なうことに繋がる場合がある。患者様の安全を確保するため、医療従事者には不断の努力は勿論であるが、診療システムの中でダブルチェック機能を構築し、単独の過ちが、即、医療事故とならないようにすることが重要である。

本指針は、事故の内容を分析し、医療従事者個人に起因する事故の防止対策及びシステムに起因する事故防止対策を推進することにより、医療事故を無くし、安全な医療の提供を目標とする。

職員は、病院長のリーダーシップのもと医療の安全確保に最大限の努力をほらわなければならない。

### 1-2 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) 医療事故・・・医療提供側の過失の有無、不可抗力と思われるものに関わらず、医療の過程において発生した予期しない事象
- (2) 本院・・・那須南病院
- (3) 職員・・・本院に勤務する委託職員を含む全職員
- (4) 上席者・・・当該職員の直上で管理的立場にある者

### 1-3 組織および体制

本院における医療の安全確保を推進するために、本院に以下の組織等を設置する。

- (1) 医療安全対策委員会
- (2) 医療安全管理室
- (3) リスクマネージャー会議
- (4) ワーキンググループ

## 2 医療安全対策委員会

本院における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全対策委員会を設置する。

### 2-1 委員の構成

- (1) 病 院 長
- (2) 副 病 院 長
- (3) 診 療 部 長
- (4) 事 務 長
- (5) 看 護 部 長

- (6) 総務課長
- (7) 医事課長
- (8) 薬剤科代表
- (9) 臨床工学科代表
- (10) 放射線科代表
- (11) 医療安全管理室長
- (12) 医療安全管理者
- (13) 医薬品安全管理責任者
- (14) 医療機器安全管理責任者
- (15) 医療放射線安全管理責任者
- (16) その他病院長が指名した者

① 委員長は、委員の中から病院長が指名する。

② 委員長に事故あるときは、委員長があらかじめ指名した委員がその職務を代行する。

## 2-2 任務

医療安全対策委員会は、次の事項を審議する。

- (1) 医療事故防止対策の検討及び研究に関すること
- (2) 医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること
- (3) 医療事故防止のために行う職員に対する指示に関すること
- (4) 医療事故防止のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
- (5) その他の医療に係る安全管理のための業務に関すること

## 2-3 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回、定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (2) 委員長は、委員会を開催したときは、医療安全管理室が速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、病院長等委員に稟議の上、2年間これを保管する。また、院内LANに掲載し、職員に周知する。

## 3 医療安全管理室

本院の医療に係る安全管理体制確保するために、医療安全管理室を設置する。

### 3-1 管理室の構成

- (1) 医師
- (2) 看護師
- (3) 薬剤師
- (4) 事務

### 3-2 医療安全管理者の配置

- (1) 医療安全管理者は本院における医療安全に係る実務を担当し、医療安全管理室

に配置し、医療安全を推進する者とする。

- (2) 医療安全管理者は、所定の医療安全管理者養成の研修を修了した医療安全に関する十分な知識を有する者とする。

3-3 『医療安全管理室及び医療安全管理者の業務指針』は別紙参照

#### 4 リスクマネージャー会議

部門における医療事故の把握及び安全対策を実施するために、医療安全対策委員会の下部機構としてリスクマネージャー会議を設置する。

##### 4-1 メンバーの構成

リスクマネージャーの構成メンバーは、各部署で、職員への指導や教育を行い、さらに業務改善に関わる立場にあるものとする。

- (1) 診療科代表医師
- (2) 各看護師長
- (3) リハビリテーション科代表
- (4) 薬剤師代表
- (5) 放射線技師代表
- (6) 臨床検査技師代表
- (7) 臨床工学技士代表
- (8) 管理栄養士代表
- (9) 総務課代表
- (10) 医事課代表
- (11) 医療安全管理者
- (12) その他病院長が指名した者

① 会議の議長は、医療安全対策委員長が担当する。

② 委員長に事故あるときは、委員長があらかじめ指名したメンバーがその職務を代行する。

##### 4-2 任務

リスクマネージャー会議は、次の事項を審議する。

- (1) 部門における医療事故報告と再発防止策
- (2) 対策の他部門との調整
- (3) 部門における職員研修の企画立案
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項

##### 4-3 会議の開催および活動の記録

(1) 会議は原則として、月1回、定例会を開催するほか、必要に応じて医療安全対策委員長が招集する。

(2) 委員長は、会議を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、病院長等医療安全対策委員に稟議の上、2年間これを保管する。

また、院内 LAN に掲載し、職員に周知する。

(3) RM 報告は 1 年間保管する。

## 5 ワーキンググループ

医療安全推進に関連して、必要な業務を遂行するために適切な構成員を招集して、リスクマネージャー会議の下部組織としてワーキンググループ（WG）を設置する。

### 5-1 グループ名

- (1) 配薬
- (2) 呼吸器
- (3) 転倒転落
- (4) チューブ管理
- (5) 注射
- (6) 救急
- (7) 身体的抑制最小化

## 6 事故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

### 6-1 報告とその目的

事故報告は、医療安全を確保するためのシステム改善及び職員の教育・研修に活用することを目的とし、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。

- (1) 本院における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等の分析
  - (2) 医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策の策定
- 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従い、事故報告を行うものとする。

### 6-2 報告にもとづく情報収集

#### (1) 報告

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

**\*RM レポート・事故報告書の流れ参照**

- 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生じた場合は、発生後直ちにリスクマネージャーに報告し、リスクマネージャーは直ちに上席者を通じ、医療安全管理室または医療安全管理者に報告するものとする。
- 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、速やかにリスクマネージャーに報告し、リスクマネージャーは直ちに上席者を通じ、医療安全管理室または医療安全管理者に報告するものとする。
- ③ その他、日常診療のなかで事故発生が危惧される状況に遭遇した場合、リスクマネージャーに報告するものとする。
- ④ 医療安全管理室は必要に応じて医療安全対策委員長及び病院長に報告する

ものとする。

## (2) 報告の方法

① 前項の報告は、原則として別に定める報告書をもって行う。

ただし、緊急を要する場合には口頭で報告し、患者の救命措置等後、遅滞なく書面により報告するものとする。

② 報告書は、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こととするが、事実関係のみを時系列で整理し、憶測・推測は記載しないこと。

## 6-3 報告内容の検討

### (1) 改善策の策定

医療安全管理室は、前項の定めに基づいて報告された事例を分析し、本院の組織としての改善に必要な防止対策を構築するものとする。内容は医療安全対策委員長に報告するものとする。

### (2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理室は、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点検・評価し、必要に応じて見直しを行うものとする。内容は医療安全対策委員長に報告するものとする。

## 6-4 その他

(1) 病院長、医療安全対策委員会、医療安全管理室およびリスクマネージャーは、報告された事例等について、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。

## 7 安全管理マニュアルの整備

### 7-1 安全管理マニュアル

#### (1) 誤認防止対策

オーダー時、実施時の患者、部位、検体等に関する誤認防止手順を作成する。手技を実施する際の情報の確認方法、正確な情報伝達の方法、手技、投薬等の安全手順を作成する。

(2) 各種マニュアルの安全管理に関する事項の確認、輸血マニュアル、感染予防マニュアル、褥瘡対策マニュアル等

(3) 各部門の業務手順の安全管理に関する事項の確認

(4) その他

### 7-2 安全管理マニュアルの作成と見直し

(1) 上記のマニュアルは、職員に周知するとともに各部門に配置する。

(2) マニュアルは、必要に応じ、随時修正するものとし、医療安全対策委員会で承諾を得る。

### 7-3 安全管理マニュアル作成の基本的な考え方

- (1) 職員は、安全管理マニュアルの作成・検討に関わることを通じて、病院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、安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなければならない。
- (2) 職員は、安全管理マニュアルの作成、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、職種、資格、職位を越え対等な立場で議論し、相互の意見を尊重するものとする。

## 8 患者相談窓口

患者及び患者家族からの相談については、医療福祉相談・医療連携室内 患者相談窓口部門を窓口とする。

しかし、医療内容に係る問題については、各診療科及び医療安全管理室が連絡を受け適切に対応していく。

## 9 医療安全管理のための研修

### 9-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理室は、予め作成した研修計画に従い、概ね6ヵ月に1回、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、本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) 医療安全対策委員長は、本院内で重大事故が発生した場合等、必要があると認めるときは、病院長と協議し、臨時の研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理室は、研修を実施したときは、その概要を記録し、2年間保管する。
- (6) 院外の研修等に出席した者は、所定の出張報告書を作成し、病院長等に報告するとともに必要に応じて職員に対し、研修報告会を行うものとする。

### 9-2 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、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会参加者による報告会又は有益な文献の抄読などの方法によって行う。

## 10 事故発生時の対応

### 10-1 救命措置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、患者の救命と被害の拡大防止を最優先して対処することとする。

また、本院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要な人材、資材の確保に努めるものとする。

#### 1 0 - 2 病院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、上席者を通じてあるいは直接に病院長等へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 病院長は、必要に応じて委員長に緊急の医療安全対策委員会開催を指示し、対応を協議する。
- (3) 報告は、6 - 2 (2) に従い実施する。

#### 1 0 - 3 患者・家族・遺族への説明

- (1) 職員は、事故発生後、可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に説明を行うものとする。
- (2) 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、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、帳簿等に記録する。

### 1 1 その他

#### 1 1 - 1 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全管理室は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを医療安全対策委員会で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。

#### 1 1 - 2 本指針の公開

- (1) 本指針は、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合は、原則として開示する。
- (2) 本指針について照会があった場合は、医療安全対策委員長が対応することとするが、報道関係等の場合は、必要に応じ病院長等医療安全対策委員会委員と協議する。

附 則

この指針は、平成 12 年 9 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 17 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 18 年 7 月 1 日から施行する

附 則

この指針は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、平成 28 年 10 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、平成 29 年 7 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、平成 30 年 12 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、令和 3 年 5 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、令和 4 年 5 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、令和 5 年 10 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、令和 6 年 6 月 1 日から施行する。

附 則  
この指針は、令和 6 年 12 月 1 日から施行する。