

公立丹南病院 院内安全対策指針

1 総則

1-1 基本的な考え方

公立丹南病院は丹南地域の急性期病院であり、公的中核病院としての機能を十分果たすことが期待されているが、診療内容の高度化や多様性により、各職場において業務量の増加、業務密度の増加がみこまれ、医療現場において、事故のリスクが高まることが考えられる。

医療事故は本来絶対に起こしてはいけないものであるが、人間である以上、間違いを起こすことは避けられないものがある。失敗から教訓を学ぶことが医療事故においても非常に大切であり、そのためには、当院において医療事故はもちろんのこと、医療事故につながりかねないどんな些細な事でも、広く報告を求め、院内に情報を伝達していく必要がある。また、医療の質の向上と安全性の確保を図るために、事故報告ならびに事故分析の詳細な検討が必要である。

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。

当院の全職員が、医療現場における些細なミスやエラーを見逃さずに報告していただき、その報告情報を収集しこれらを丹念に検証していく努力を継続することこそが、1件の不幸な医療事故を未然に防ぐ有効で確実な方法であるという認識を持っていただきたい。しかし、報告を求める際には、「誰が事故を起こしたのか？」を問題にするのではなく、「何がこのような事態を招いたか」を知りたいのであるから、報告者が不利益を被ることはない。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者様が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。

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

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む

(2) 職員

当院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(3) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者

診療統括部長（医局）、看護部長（看護部）、医療技術部長（医療技術部）、事務部長（事務部）、在宅事業部長、地域包括医療推進部長

(4) 医療安全管理部 医療安全管理室 医療安全管理者

院内の安全管理を担う為に、医療安全部医療安全管理室を設置する。医療安全管理者は医療安全に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長の指名により全体の医療安全管理を中心的に担当する者であって、専任、兼任の別を問わない。

1-3 組織および体制

本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、本指針に基づき本院に以下の委員会とシステムを設置する。

(1) 院内安全対策委員会

(2) 院内安全に係る状況報告書システム

2 院内安全対策委員会

院内における医療安全対策を総合的に企画、実施するために、この委員会を設置する。委員会規程は、別項に定める。

3 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

3-1 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ないことを確認する。

ただし、報告を怠った為に、当事者本人以外の別部門から（例えば、利用者からの声などで）報告があった場合には、当事者に対し説明を求めることがある。

すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

3-2 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、当院内または当院外であっても当院とかかわる業務中に次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、状況報告書システム（インシデントレポート）にて報告するものとする。ただし、緊急を要する場合は、所属長または医療安全管理者に口頭での報告を行う。

① 医療事故

⇒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、発生後直ちに上席者→医療安全管理者→病院長へと報告する。

② 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに上席者→医療安全管理者→病院長へ報告する。

③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、上席者→医療安全管理者→病院長へ報告する。

(2) 具体的報告の方法

① 職員は所属責任者に口頭で報告する。所属責任者は所属部長に報告をおこなう。患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、1週間以内に状況報告書システムによる報告を行う。

上席者は、それぞれ医療安全管理者に報告するものとし、早急な対応が必要な場合に医療安全管理者は医療安全管理部長と病院長に報告し指示に従う。

② カルテには、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 自発的報告がなされるよう上席者は報告者名を省略して報告することもできる。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

院内安全対策委員会は、前項の定めに基づいて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ものについて、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。

具体的には、状況報告を集計し分析結果を定期的報告書の形で回覧することとする。また、各レポートを分析し、事故防止対策について有効な方策があれば病院長に労働条件の改善等も含め広く提言するものとする。

病院長は、院内安全対策委員会の提言を真摯に受け止め、患者・家族の第一の観点にたって各種改善を行うものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

院内安全対策委員会は、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常に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

3-4 その他

- (1) 病院長、院内安全対策委員長およびその委員は、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。

4 安全管理のための指針・マニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、本院において以下の規定・マニュアル等（以下「マニュアル等」という）を整備する。（項目一覧）

- <指針・規定>
- <状況報告書関連>
- <医療事故関連>
- <医薬品関連>
- <安全確認手順>
- <輸血関連>
- <事故防止対策関連>
- <人工呼吸器関連>
- <輸液ポンプ・シリンジポンプ関連>
- <物品チェック関連>
- <入院患者行方不明時の対応>
- <カード類>
- <リストバンド関連>
- <転倒・転落関連>
- <停電時対応>
- <行動制限に関する事項>

＜胃管抜去時の対応＞

＜栄養室関連＞

＜その他＞

4-3 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理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、安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2) 安全管理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。

5 医療安全管理のための研修

5-1 院内安全対策のための研修の実施

- (1) 院内安全対策委員会は、予め作成した研修計画に従い、1年に2回程度、全職員を対象とした院内（医療）安全対策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、全員が参加（理解）するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針[5-1]（1）号の定めにかかわらず、本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) 院内安全対策委員会と医療安全管理室は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、委員会記録とともに、文書とMOSSに保存・保管する。

5-2 院内安全対策のための研修の実施方法

医療安全研修は、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。また、全職員が受講できるよう、オンライン形式を取り入れるなどの工夫を行う。

6 事故発生時の対応

医療事故などの発生に関する取り決めは、別項として、医療事故対応マニュアルにて定める。

7 その他

7-1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、院内安全対策委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改正

- (1) 本指針は、平成12年5月に作成された、院内安全対策委員会 規約（＝指針）を、平成19年7月1日に改訂し、令和元年6月に一部修正したものである。
但し、各マニュアルについては、令和元年6月時点で作成されているものであり、適宜追加あるいは削除してゆくものとする。
- (2) 院内安全対策委員会は、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。
- (3) 本指針の改正は、院内安全対策委員会の決定により行う。
- (4) 平成21年2月16日に、指針の見直しを行い、7-4、患者からの相談への対応についての内容を改定した。
- (5) 平成22年3月15日、当指針を見直し、当指針を維持することとした。
- (6) 平成23年3月14日、当指針を見直し、当指針を維持することとした。
- (7) 令和元年6月30日、当指針を見直し、一部修正した。
- (8) 令和4年4月6日、当指針を見直し、一部修正した。

7-3 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、公立丹南病院ホームページに掲載し、誰もが閲覧可能とする。

7-4 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や苦情に対しては、別に、「医療相談・苦情等取扱規定」を定め、対応する。