

となみ三輪病院における医療安全管理体制に関する院内指針

第1条 となみ三輪病院における安全管理のための基本的な指針について定める。

第2条 安全管理に関する基本的な考え方

- 1) 院内指針における医療事故とは、医療・看護・介護に関わる場所で医療・看護・介護の全過程において発生する全ての人的事故を指し、医療・看護・介護従事者等の過誤、過失の有無を問わない。尚、医療事故には、次を含む。
 - ① 医療看護・介護行為に起因して生じた事故
 - ・ 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。
 - ・ 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も含む。
 - ② 患者が廊下で転倒し負傷した事例のように、医療・看護・介護行為とは直接関係しない傷害等も含む。
- 2) 医療事故防止のための基本的な考え方
 - ① 「人は必ず間違える(人間はエラーを犯すもの)」という観点に立ち、事故を起こした個人の責任を追及するのではなく、事故を発生させた安全管理システムの不備や不十分な点に注目し、その原因を究明し、これを改善していくことを主眼とする。また、常に「事故は絶対防ぐ」という信念の下、患者に信頼される医療・看護・介護サービスの提供と質の向上を求めていく事を基本姿勢とする。
 - ② 職種や部署を問わず、自主的に業務改善し、医療・看護・介護の質の向上を図るため活動を幅広く展開していく。
 - ③ 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「患者中心の医療」の実現を図る。
 - ④ となみ三輪病院とその関連施設の利用者(患者とその家族)の安全と安心の確保のため、事故の予防・再発防止策ならびに、発生時の適切な対応などの体制を確立し適切かつ安全で安心できる、医療・看護・介護サービスを提供する。

第3条 医療安全管理委員会の設置

- 1) 委員長は病院長とする。
- 2) 医療安全管理委員会(以下「委員会」と称す)の構成メンバーは次の通りとする。
 - ・ 院長 ・ 副院長 ・ 看護師長 ・ 2階看護職・看護補助者1名～2名
 - ・ 3階看護職・介護職1名～2名 ・ 薬剤師 ・ 管理栄養士 ・ 医療技術部1名
 - ・ 事務長 ・ 事務部1名 ・ 書記は持ち回りとする。下部組織として医療安全(小)委員会をおく。
- 3) 委員会は、次の内容の協議・推進を行う。
 - ① 病院長の指名により、医療安全推進者を置く。
 - ② 医療安全管理体制に関する指針の見直し。
 - ③ 医療事故対策の検討及び推進に関すること。
 - ④ 医療事故・介護事故・インシデントなどの情報収集に関すること。

- ⑤ 医療事故・介護事故等の分析及び再発防止対策の立案に関すること。
 - ⑥ 安全対策のための職員に対する指示に関すること。
 - ⑦ 安全対策のための啓発・教育および研修に関すること。
- 4) 委員会の開催
- ① 定期開催：原則として毎月1回(第3月曜日 午後1時15分)開催する。
 - ② 緊急開催：重大な医療事故等発生時はその都度開催し、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。
- 5) 委員会は、インシデント報告書の記載と報告を求める。
- 6) 委員会の定期開催時には、各部署からインシデント報告書を提出させ、検討を行う。
- 7) 委員会では、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) 委員会の記録は看護師長が行う。
- 9) 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策以外のものは委員会及び院長の許可なく、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、直ちに医師(日・祝祭日・休診日は宿直/日直医)に報告し、現場に急行させ、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 事故が発生した場合、救急処置を行った後、関係者は直ちに医療事故連絡体制により、口頭あるいは電話で連絡する。
 - ② 院長、看護師長、事務長は、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。
 - ③ 報告は「医療事故報告書」により行う。但し、緊急を要する場合は、直ちに口頭あるいは電話で報告し、事後、速やかに「インシデント報告書」を作成する。
 - ④ 院長・看護師長・事務長は、可及的速やかに召集し得る委員の出席を求め委員会の緊急開催を行わねばならない。
 - ⑤ 緊急開催された委員会では、診療録・看護記録等から医療事故の事実の経過を把握し、医療事故に対する治療方針、事故に遭った患者とその保護者に対する説明、医療事故の公表の可否、法的な対応について検討を行い、病院の統一した方針を決定する。
 - ⑥ インシデント報告の対象
 - ・当該行為によって、患者が死亡または死亡にいたる可能性がある場合。
 - ・当該行為によって、患者に重大もしくは不可逆的傷害を与えまたは与える可能性がある場合。
 - ・その患者からクレームを受けた場合や、医療事故紛争に発展する可能性がある場合。
- 3) 患者とその保護者への対応
- ① 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及びその保護者に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。
 - ② 患者及びその保護者に対する事故の説明等は、原則として、委員長と主治医が対応し、状況に応じ事故に関係した職員が同席する。

4) 事実経過の記録

- ① 医師・看護師・介護職員等は、患者の状況、処置の方法、患者及びその保護者への説明内容等を、診療録・看護記録等に詳細に記載する。
- ② 記録に当っては、以下の事項に留意し記載する。
 - ・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、出来る限り経時的に記載を行う。
 - ・事実を客観的かつ正確に記載する。
- ③ 緊急開催委員会で、インシデント報告書とともに、事故に関連する資料として、診療録・看護記録等に記載された事実の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。
- ④ 診療情報の開示を希望された場合は、となみ三輪病院診療情報に関する指針に基づき、診療情報の開示を行うものとする。

6) 都道府県の医療担当部局への報告

患者の死亡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、当該事故に関する報告書・診療録・看護記録等に基づき、事故の原因分析と再発防止のための対策を検討する。
- ② 委員会は、事故再発防止のための対策について、早急に職員全員に周知徹底を図る。

第5条 インシデント報告書の取扱い

- 1) 報告のあった全ての事象を「インシデント」とする。
- 2) 各部署に、インシデント報告書を置く。
- 3) アクシデント・医療事故：インシデントのうち
 - ① 医療側に過失があり
 - ② 患者に一定以上の障害(表1の3b以上)あり
 - ③ ①と②に因果関係があるものを「医療事故」とする
- 4) 終了したインシデント報告書は、事務部に置いて5年間保管する。
- 5) インシデントを経験した職員は、遅滞なく報告する。
- 6) 職員がインシデントを報告したことをもって、当該職員に対して不利益な処分を行わないこととする。

第6条 職員研修

職員研修は安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的に実施する。

- 1) 職員研修を年2回開催する。

- ① 医療安全管理体制に関する指針の周知
 - ② 当院での医療事故・インシデント事例の分析と対策の周知
 - ③ 医療事故・インシデントに関する文献の抄読・発表
 - ④ 医師会、看護協会等の医療事故・インシデントに関する講演会への参加と報告
- 2) 職員研修は委員会が企画する。

第7条 医療職員と患者との情報共有に関する基本方針

- 1) 当該指針は受付に保管し、患者が閲覧できるようにする。指針に対する問い合わせには、委員が対応する。
- 2) 病状や治療方針等に関する患者からの相談については、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じて担当医等に内容を報告する。

第8条 医療安全管理対策に関する指針の見直し及び周知徹底

本指針は必要に応じて改正するとともに、研修などを通じて職員に周知徹底を図る。

第8条 この指針は平成14年8月31日より施行する。

附則

平成15年9月1日 改訂
平成18年6月1日 改訂
平成19年4月1日 改訂
平成25年4月1日 改訂
令和元年10月1日 改訂
令和3年6月1日 改訂
令和3年8月1日 改訂
令和4年10月25日改訂
令和5年5月1日 改訂
令和6年6月1日 改訂
令和7年9月1日 改訂

重大医療事故の連絡体制

