

# 石井病院における医療安全管理指針

## 1. 基本理念

石井病院(以下「本院」という。)の患者に対する基本方針は、癒しの心を持ち、患者が安心・信頼できる医療サービスを提供することにある。

そのために医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が必要である。さらに、日常の医療・介護業務の過程でいくつかのチェック機能を設けるなどで医療事故を防止し患者に害を及ぼす事のないような仕組みの構築が重要である。本指針はこのような基本理念の基に、個々の医療従事者に対する事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策を推進し、全職員はそれぞれの立場から医療事故を未然に防ぎ、患者が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。

## 2. 医療安全管理の基本方針

- 1) 安全管理及び医療事故の防止・対策について審議するため、医療安全管理委員会を置く。
- 2) 医療安全管理委員会に安全対策等の情報を、各医療現場に浸透させるため、また、各医療現場で発生した医療事故及びインシデントの報告及び医療事故防止に関する問題点等を医療安全管理委員会の審議に反映させるため、各部署等にリスクマネージャーを置く。
- 3) 医療事故防止手法などの安全管理に関する教育を行うと共に、職員研修を開催する。
- 4) 医療事故に関する情報は、速やかに、病院長及び医療安全管委員長に連絡し、報告書を提出する。医療安全管理委員会は報告書に基づいて、内容・実状を把握し、対応・改善を協議する。
- 5) 病院関係職員の医療事故防止のため、「医療事故防止対策マニュアル」を作成し、周知徹底を図る。なお、状況等により随時見直しを行う。
- 6) 医薬品の安全使用のため、薬剤部に医薬品安全管理責任者を置く。
- 7) 医療機器の安全使用のため、医療機器安全管理責任者を置く。
- 8) 医療従事者からの十分な説明に基づいて、患者自身が疾病や診療内容について理解・納得・同意が得られるように情報を共有する。患者と医療従事者との間で患者の診療情報を共有し、医療上の意思決定や治療効果の向上を図ることができるようにする。また医療従事者間でも患者の診療情報を共有し、安全で質の高い医療の実現を目指すものとする。

- 9) 患者からの医療安全管理に関する相談に対して、誠実に対応する。
- 10) 本指針は、患者及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。

### 3. 医療事故発生時の対応

#### 1) 目的

医療事故発生時の対応について基本的な考えを示すことにより、迅速かつ的確な対応を確保するとともに、その後の事故防止対策への反映を図り、地域及び患者・家族から信頼される病院づくりに資することを目的とする。

#### 2) 医療事故発生時の初期対応

- (1) 医療上の処置（患者の救急治療等）
- (2) 医療事故の報告
- (3) 重大事故発生時等における緊急対応
- (4) 患者・家族への対応

#### 3) 事故発生時の記録

### 4. 用語の定義

#### 1) 医療事故

医療事故とは、広義には「医療に関わる場所で、医療の過程で発生する人身事故であり、患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合や、廊下での転倒のように医療行為とは直接関係しないものも含む」と定義され、医療従事者の過誤・過失の有無を問わず、また不可抗力的な事故も含まれる。一般的には、医療の過程で起こる予期せぬ出来事により、患者に何らかの障害をもたらすもの。

#### 2) 医療過誤

医療過誤とは、医療事故のうち「医療の過程において医療従事者が患者に本来払うべき業務上の注意義務を怠ったことにより、患者の生命・身体に障害を与えること」

#### 3) インシデント（ヒヤリ・ハット）事例

(1) 患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例。ある医療行為が、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場

合、②患者には実施されたが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合を指す。

#### 4) 医療安全管理者（リスクマネージャー）

医療安全管理者は、院長の指名により選任され、医療安全管理室、医療安全推進担当者（セーフティマネージャー）を指導し、連携・協同の上、特定の部門ではなく当院全般にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理のための組織横断的な活動を行う者。研修教科内容（年間 40 時間以上）を履修した者。

#### 5) 医療安全推進担当者（セーフティマネージャー）

医療安全推進担当者（セーフティマネージャー）は、医療安全管理者の指名により選任され、医療事故の原因、防止方法に関する検討提言や委員会等との連絡調整を行う者。

### 5. 医療安全対策に関する組織体制

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、院内に次の組織等を置く。

#### 1) 医療安全管理委員会

院内における医療安全管理に関する全般的事項を審議し、医療安全対策を総合的に企画、実施する。

#### 2) リスクマネジメントチーム及び院内医療事故調査委員会

医療安全の具体的活動を行う。

医療安全管理委員会規程、リスクマネジメントチーム規程及び院内事故調査委員会規程は、別に定める。

### 6. 医療安全管理者の業務内容

- 1) 医療の質と安全確保のために必要な権限と委譲と資源を付与され、組織横断的に業務。
- 2) 医療安全に関する体制確保のため、職員の研修の企画立案及び実施・評価。
- 3) 各部門のリスクマネージャーへの支援。
- 4) 定期的に各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し具体的な対策を推進。

5) その他、緊急性の高い事案の対応等。

7. 医療安全推進担当者の業務内容

- 1) 各職場におけるインシデント報告書の収集及び報告書提出の励行啓発。
- 2) 報告書の内容分析、事故防止対策、業務改善の検討。
- 3) 日常業務の点検及び改善。
- 4) 院内で決定した事故防止対策などの職員への周知徹底及び啓発。
- 5) その他、委員会からの指示内容。

附 則

- 1 この指針は、平成18年12月 1日から実施する。
- 2 リスクマネジメント(安全管理)指針(平成14年7月1日制定)は、廃止する。
- 3 この指針は、平成25年 2月 1日から実施する。
- 4 この指針は、平成26年10月 1日から実施する。
- 5 この指針は、平成29年11月 1日から実施する。
- 6 この指針は、2019年12月 1日から実施する。
- 7 この指針は、2023年 8月 1日から実施する。