

魚沼市立小出病院医療安全指針

1 基本理念

医療安全にかかる安全管理に関しては、日ごろから安全性の高い医療を提供することによって事故を未然に防止し、また発生した事故に対しては、迅速に公平で透明性のある対応を行なうことにより社会的信頼を維持する必要がある。

当院は“人は誰でも間違える”という人間の本質をもとに、過ちを誘発しない環境や、過ちが事故につながるシステムを組織全体として整備し、安全文化の醸成に努め、安全で質の高い医療を提供する。

2 医療安全推進体制の整備

本院においては、以下の事項を基本として、院内における医療安全推進体制の確立に努める。

2-1 医療安全推進委員会

- 1) 本院における医療安全体制の推進を図るため、医療安全推進委員会（以下委員会という）を設置する。
- 2) 委員会は以下をもって構成する。
副院長（委員会の委員長を務める。）
看護部長 事務部長 事務次長（事務局）
薬剤科長 放射線科長 検査科長 リハビリ科長
- 3) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - (1) 医療安全対策の検討及び研究に関すること
 - (2) 医療事故の検証及び再発防止の検討に関すること
 - (3) 医療安全のために行なう職員に対する指示に関すること
 - (4) 医療安全のために行なう院長等に対する提言に関すること
 - (5) 医療安全のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
 - (6) 医療訴訟に関すること
 - (7) その他医療安全の推進に関すること
- 4) 委員会は原則として月1回程度、必要において随時開催する。
- 5) 委員会の検討結果については速やかに院長に報告するとともに、医療安全推進部門を通じて各職場に通知する。

2-2 セーフティマネージャー会議

- 1) 医療安全対策の質向上を図る目的で、セーフティマネージャー会議を設置する。
- 2) 医療安全に関する情報収集及び院内医療安全管理部門への報告を円滑に行う体制作りを進めるため病院長はセーフティマネージャー（以下SM）を指名する。
- 3) セーフティマネージャー会議は事務長及び病院長が指名したSMをもって構成する。
- 4) セーフティマネージャー会議の所掌事務は以下のとおりとする。
 - (1) インシデント事例の原因分析並びに事故予防対策の検討及び提言に関すること
 - (2) 医療事故の検証及び再発防止の検討に関すること
 - (3) 医療安全のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
 - (4) 医療安全活動評価に関すること

- 5) セーフティマネージャー会議は週1回開催する。
- 6) 医療安全推進部門の取組評価などを実施するカンファレンスに全員参加する。
- 7) セーフティマネージャー会議で評価検討した結果等に関しては、医療安全推進委員会へ報告する。

2-3 医療安全管理部門会議

- 1) 医療安全対策を実効あるものとするために、セーフティマネージャー会議と連携し、医療安全活動を行う。
- 2) 医療安全管理部門は、以下をもって構成する。(セーフティマネージャー会議メンバーを含む)
副院長 医師 看護部長 (SM) 看護師長 (SM) 事務次長 事務課長補佐 (事務局)
各病棟看護師 外来看護師 透析室看護師または臨床工学技士
薬剤師 (SM) 診療放射線技師 臨床検査技師 リハビリ科療法士 (SM) 管理栄養士
地域連携室 医療クラーク 訪問看護 医事委託業者等
- 3) 医療安全管理部門の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - (1) 各部門における医療安全対策の実施状況及び評価に関すること
 - (2) 医療安全対策に関する取組の評価等を行うカンファレンスに関すること
 - (3) インシデント事例の原因分析並びに再発防止策の検討に関すること
 - (4) 医療安全のための啓発、広報に関すること
 - (5) 他の委員会に対する勧告案の検討に関すること
 - (6) その他医療安全に関すること
- 4) 医療安全管理部門は、所掌事務にかかる検討を行うための会議を月一回程度開催する。
- 5) 医療安全管理部門での検討結果は、部門長より委員会に報告する。また、部門員は委員会及び医療安全管理部門の検討結果について、各職場に周知する。

3 医療安全推進のためのマニュアル整備

- 1) 本院において、医療安全推進体制の整備、医療事故防止のための具体的方策の推進、医療事故発生時の対応などを構成内容とするマニュアルを作成する。
- 2) マニュアルは、関係職員に周知し、また必要に応じ見直す。
- 3) マニュアルを作成、改正した場合は、内容を速やかに医療安全管理部門会で報告する。

4 職員研修

- 1) 本院においては、あらかじめ作成した計画に従い、全職員を対象とした医療安全推進のための研修会を年2回程度、定期的実施する。またその他の研修会も必要に応じて開催する。
- 2) 研修は医療安全の基本的な考え方、事故防止の基本的な手法などを全員に周知徹底することを目的とする。
- 3) 研修を実施した時は、その概要を記録し、保存する。

5 インシデント・アクシデント事例の報告制度

5-1 目的

医療事故防止及びインシデント・アクシデント事例報告に基づいて、医療事故につながる潜在的な事故要因を把握し、事故発生を未然に防止するとともに、発生した事故に対し適切な対応を図ることを目的とする。

5-2 医療事故報告

医療事故報告については、別紙の規定によるものとする。

なお、医療事故報告書（院内報告）の様式は別添のとおりとする。

5-3 インシデント・アクシデント事例報告

1) インシデント・アクシデント事例の定義

別添小出病院インシデント・アクシデントレポート収集要綱参照

- 2) インシデント・アクシデント事例が発生したときは、当該事例を体験した医療従事者がその概要を文書（以下「インシデント・アクシデントレポート」という。様式は別添のとおり）に記載し、一週間以内に看護部長（SM）に提出する。なお、当該事案がインシデント・アクシデント事例に該当するか否か判断に迷う場合は、各部門の長と協議の上、決定する。
- 3) インシデント・アクシデント報告を提出した者に対し、当該報告を提出しことを理由に不利益処分を行ってはならない。
- 4) インシデント・アクシデント報告は看護部長室において報告の記載日の翌日から起算して一年間保存する。
- 5) 報告されたインシデント・アクシデント事例は医療安全管理部門において評価、分析し予防策などを検討する。
また、インシデント・アクシデント事例集を作成するとともに、報告に基づき定期的に事例記載を行い、関係職員への周知を図る。

6 医療相談窓口の設置

- 1) 患者さんからの相談・苦情などに迅速かつ適切に対応するため、院内に医療相談窓口を設置する。
- 2) 医療相談窓口の活動の趣旨（相談内容）、設置場所、責任者、対応時間などについては院内に掲示する。
- 3) 医療相談窓口に関し、対応する職員、相談の取り扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告などを整備する。地域連携部以外の相談内容は報告書を作成し、必要に応じ管理者に回覧し、事務次長が保管する。
- 4) 相談により、患者や家族などが不利益を受けないように配慮する。
- 5) 統括責任者は、事務次長とする。

7 緊急時に的確で迅速な対応をするための院内緊急呼び出しシステム（ドクターブルー）の確立

医師を緊急に呼び出す必要が生じた場合、院内放送で「業務放送、業務放送、ドクターブルー（事故発生場所）ドクターブルー（事故発生場所）」と2回繰り返す。

緊急放送を聞いた医師は、手が空いていれば、可能な限り直ちに事故発生場所に赴く。

なおコメディカルも手が空いているものは事故発生現場に赴く。

院内放送は当事者が、固定電話・PHSから院内一斉放送をする。番号は受話器を上げて#90にかけチャイムのあとに呼び出し2回行う。

8 医療事故発生時の対応

医療事故発生時の対応については別添の規定によるものとする。

9 医療従事者と患者との間の情報の共有（患者等閲覧含む）に関する基本方針

安全な医療の確保を目的に医療従事者は患者との情報の共有に努めるとともに、患者及び家族から、本指針の閲覧の求めがあった場合は、これに応ずるものとする。又本指針の照会には、医療安全推進委員長が対応する。

10 その他

- 1) 医療安全推進委員会は、少なくとも年一回以上、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。
- 2) 本指針の改正は医療安全推進委員会の決定により行う。

2015年6月1日制定

2016年4月1日改訂

2017年4月1日改訂

2018年2月1日改訂

2020年8月11日改訂

2021年11月26日改訂

2022年3月25日改訂