

医療安全管理指針

平成25年1月
改定 平成31年1月
改定 令和2年9月

三河乳がんクリニック

医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

本診療所は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

この目的を達成するため、院長のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避しうる能力を強固のものにすることが必要である。これらの取り組みを明確なものとし、本診療所における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここに「三河乳がんクリニック」医療安全管理指針を定める。

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

本診療所に勤務する医師、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)医療安全推進者

医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、院長の指名により、本診療所全体の医療安全管理を中心的に担当する者（医療安全管理者と同義、以下同じ）であって、専任、兼任の別を問わない

診療報酬の「医療安全対策加算」の施設基準に規定する「医療安全管理者」とは限らない

2 医療安全管理委員会

(1)医療安全管理委員会の設置

本診療所内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、医療安全管理委員会を設置する。

(2)委員の構成

医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。

- ①院長
- ②副院長
- ③看護部門の代表
- ④技術部門の代表
- ⑤事務部門の代表

(3)委員会の任務

医療安全管理委員会の主な任務は、下記のとおりとする。

- ①医療安全管理委員会の開催(月に1回程度)
- ②医療に係る安全管理のための報告制度等で得られた事例の検討、再発防止策の策定およびその職員への周知
- ③院内の医療事故防止活動および医療安全管理研修の企画立案
- ④その他、安全管理のために必要な事項

(4)委員会の運営

医療安全管理委員会の運営は、以下のとおりとする。

- ①委員会は月に1回程度、および必要に応じて開催する。
- ②本委員会は、定例とする他の委員会等とあわせて開催することができる。
- ③委員会開催後、速やかに議事の概要を作成し、2年間これを保管する。

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

(1) 報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と、事故の未然防止・再発防止に資する対策を策定するのに必

要な情報を収集するために、すべての職員は以下の要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

① 職員からの報告等

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする。報告は、診療録、看護記録等に基づき作成する。

(ア) 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発生した場合は、発生後直ちに院長へ口頭等にて報告する。

事故発生後近日中にインシデント・アクシデントレポートを各所属のリスクマネージャーに提出、リスクマネージャーより院長へ提出する。

(イ) 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事例

⇒速やかに院長へ口頭等にて報告する。

ヒヤリ・ハット事例については、その概要をインシデント・アクシデントレポートに記載し、近日中に各所属のリスクマネージャーに提出、リスクマネージャーより院長へ提出する。

(ウ) その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、院長へ報告する。

② 報告された情報の取扱い

院長、その他の管理的地位にある者は、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

医療安全管理委員会は、提出されたアクシデントレポート及びインシデントレポートを毎月評価し集計後、委員会にて報告する。

(2)報告内容に基づく改善策の検討

院長は、前項にもとづいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

- ① すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること
- ② 上記①で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事

故防止、医療の質の改善に効果を上げているか評価すること

(3)院外医療機関からの報告

医師会当院外の医療安全管理委員会からの報告について、委員会は随時、職員に周知する。

4 安全管理のための指針・マニュアルの作成

院長は本指針の運用後、多くの職員の積極的な参加を得て、以下に示す具体的なマニュアル等を作成し、必要に応じ見直しを図るように努める。

マニュアル等は、作成、改変のつど、すべての職員に周知する。

- (1) 院内感染対策指針 *必携
- (2) 医薬品安全使用マニュアル *必携
- (3) その他

5 医療安全管理のための研修

(1)医療安全管理のための研修の実施

院長は、1年に2回程度、および必要に応じて、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。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。研修を実施した際は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、2年間保管する。

(2)研修の趣旨

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すべての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、本診療所全体の医療安全を向上させることを目的とする。

(3)研修の方法

研修は、院長等の講義、診療所内での報告会、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分検討の抄読などの方法によって行う。

6 事故発生時の対応

(1)救命措置の最優先

- ① 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、まず、院長またはそれに代わる医師に報告するとともに、可能な限り、本診療所の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

② 緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう、連携体制を日頃から確認しておく。

(2) 本診療所としての対応方針の決定

報告を受けた院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて関係者の意見を聴くことができる。

(3) 患者・家族・遺族への説明

院長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、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、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

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、医療安全管理者、医療安全管理委員会を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改正

院長は、必要に応じ本指針の見直しを検討するものとする。

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。

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に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ院長等へ内容を報告する。