熊野病院医療安全管理体制に関する院内指針

第１条（目的）

本指針は、当院における医療安全管理体制の確立および推進に関する基本事項を定め、患者の安全確保及び医療の質の向上を図ることを目的とする。

第２条（医療安全管理に関する基本的考え方）

1. 医療事故の定義
   医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生するすべての人身事故をいい、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。
   なお、医療事故には、次を含む。
   (1) 医療行為に起因して生じた事故
      ①患者の死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び精神的被害
      ②患者のみならず、注射針の誤刺等、医療従事者に被害が生じた場合
   (2) 医療行為とは直接関係しない事故
      患者の転倒・転落等による傷害その他院内で発生した事故
2. 医療事故防止の基本的考え方
   (1) ヒューマンエラーが発生し得ることを前提として、事故を未然に防止し、発生したエラーが重大事故に発展しない仕組みを組織全体で整備する。
   (2) 各職種及び各部署における自主的な業務改善及び能力向上活動を推進する。
   (3) 継続的な医療安全活動を通じて、医療の質の向上を図る。
   (4) 患者及び家族との協働のもと、患者の意思を尊重した安全で質の高い医療の提供を推進する。

第３条（医療安全管理委員会）

1. 病院長を中心に、各部門（医局、看護部、薬剤部、医療技術部、事務部等）の責任者を委員とする医療安全管理委員会を設置する。
2. 医療安全管理委員長は病院長とする。
3. 医療安全管理者
   病院長は医療安全管理者を任命し、医療安全管理体制の推進を行う。
   医療安全管理者は、病院長及び医療安全管理委員会と連携し、次の業務を行う。
   (1) 医療事故及びインシデント事例の収集、分析及び再発防止策の検討
   (2) 医療安全に関する情報収集及び職員への周知
   (3) 医療安全に関する研修及び教育の企画・実施
   (4) 各部署における医療安全活動の支援及び調整
   (5) 医療事故発生時の初期対応支援及び関係部門との連携
   (6) その他、医療安全の推進に関する事項
4. 委員会の協議事項
   (1) 当院の医療安全管理体制に関する指針及び基準の見直し
   (2) 医療事故及びインシデント事例等に関する情報収集、分析及び職員への周知
   (3) 職員研修の企画及び実施
   (4) 医療事故発生時の対応管理及び再発防止策の立案・推進
   (5) 医療事故調査制度への対応
5. 委員会の開催
   (1) 定例開催　毎月第１火曜日開催
   (2) 臨時開催　医療事故発生時、その他必要時
6. 委員会は、必要に応じ関係者に報告書等の提出を求めることができる。
7. 委員会は、インシデント報告様式を整備し職員へ周知する。
8. 委員は、その職務上知り得た情報について、法令および院内規定に基づき適切に管理し、正当な理由なく第三者へ漏らしてはならない。

第 4 条（医療事故発生時の対応）

1. 医療事故発生時は、患者の救命、被害拡大防止及び職員の安全確保を最優先として対応する。
2. 医療事故の報告
   （1）医療事故が発生した場合は、関係職員は速やかに所属責任者へ報告し、必要に応じて医療安全管理委員会へ報告する。
   （2）報告は、「アクシデント報告書」により行う。ただし、緊急時は口頭報告を優先し、事故後速やかに報告書を作成する。
   （3）医療安全管理委員会に報告すべき事例の範囲は別に定める報告基準による。
   （4）アクシデント報告書及び関連資料は、適切に管理し 5 年間保管する。
3. 患者・家族への対応
   （1）患者に対して必要な治療および処置を行うとともに、患者及び家族に対し誠実かつ適切に説明を行う。
   （2）説明は、主治医、所属責任者、医療安全管理者等が連携して対応する。
4. 事実経過の記録
   （1）医師、看護師等は、患者の状況、実施した処置、患者及び家族への説明内容等を診療録等へ速やかかつ正確に記録する。
   （2）記録に当たっては、次の事項に留意する。
   ①初期対応終了後速やかに記載すること
   ②可能な限り時系列で記録すること
   ③客観的事実に基づき記録すること
   ④憶測や主観的評価を避けること
   （3）医療安全管理者は、必要に応じて記録内容を確認する。
5. 医療事故の公表
   医療事故の公表については、患者及び家族の意向、個人情報保護、社会的影響等を総合的に勘案し、関係法令及び院内規程に基づき適切に対応する。
6. 行政機関等への報告
   重大な医療事故については、法令等に基づき、保健所その他関係行政機関へ適切に報告する。
7. 再発防止
   （1）医療安全管理委員会は、事故原因分析及び再発防止策の検討を行う。
   （2）必要な改善策について職員へ周知徹底を図る。

第 5 条（インシデントの把握及び対応）

1. 報告体制
   （1）インシデント報告様式を各部署へ配置するとともに、院内ネットワーク上でも運用する。
   （2）インシデントを経験又は把握した職員は、速やかに報告する。
   （3）報告を行ったことを理由として、不利益な取り扱いを行わない。
2. 分析及び改善
   （1）医療安全管理委員会は、報告内容について原因分析及び再発防止策の検討を行う。
   （2）必要に応じて職員へ周知し、安全対策の改善を図る。
   （3）インシデント報告は、職員個人の責任追及を目的とするものではなく、再発防止及び医療安全文化の向上を目的として運用する。
3. 改善策の実施及び効果確認
   （1）医療安全管理委員会及び関係部署は、原因分析の結果を踏まえて改善策を検討し、必要な対策を実施する。
   （2）実施した改善策については、その実施状況及び効果を確認し、十分な効果が得られない場合には見直し絵を行う。

第 6 条（職員研修）

1. 全職員を対象として、年 2 回以上の医療安全研修を実施する。
2. 新規採用職員に対しては採用時研修を実施する。
3. 研修内容及び参加状況を記録する。

4. 研修は、次の事項を踏まえて企画する。
   (1) 医療安全に関する基本的知識
   (2) インシデント・アクシデント事例の分析および再発防止
   (3) 医療事故防止のための具体的対策
   (4) 安全文化の醸成

第 7 条（身体拘束及び隔離への対応）

1. 身体拘束及び隔離は、精神保健福祉法その他関係法令に基づき、患者の安全確保上やむを得ない場合に限り実施する。
2. 身体拘束及び隔離の実施にあたっては、患者の尊厳及び権利擁護に十分配慮し、必要最小限とする。
3. 実施中は患者状態を適切に観察し、早期解除に向けた検討を継続的に行う。
4. 身体拘束最小化に向けた組織的取り組みを推進する。

第 8 条（情報提供及び閲覧）

1. 本指針は、院内掲示、ホームページその他適切な方法により閲覧可能とする。
2. 患者及び家族から閲覧の求めがあった場合は、これに応じる。

第 9 条（相談窓口）

患者及び家族からの相談、意見及び苦情等に適切に対応するため、相談窓口を設置する。
相談対応にあたっては、患者及び家族等との信頼関係構築に努めるとともに、暴力、暴言、著しい迷惑行為等については組織的に対応する。

第 10 条（障害者虐待の防止）

精神保健福祉法その他関係法令に基づき、精神障害者に対する虐待の防止及び早期発見並びに適切な対応を行うものとする。

1. 医療を受ける精神障害者に対する虐待防止に関する意識の向上のための措置、職員その他の関係者に対する精神障害者の虐待防止のための研修、理解を深めるための普及啓発の実施。
2. 医療機関を利用する精神障害者に対する虐待に関する相談に係る体制の整備、相談窓口の設置。
3. 医療機関を利用する精神障害者に対する虐待に対処するための必要な措置を講ずるものとする。

第 11 条（医療事故調査制度への対応）

1. 医療法に基づく医療事故調査制度へ適切に対応する。
2. 医療事故に該当するか否かは、病院長が関係者からの事情聴取及び医療安全管理委員会の意見を踏まえて判断する。
3. 必要に応じて院内調査を実施し、再発防止策を講じる。
4. 患者死亡事例等については、医療事故調査制度の対象となる医療事故に該当するか検討する。
5. 医療事故該当性の判断過程及び判断理由を記録し、適切に保管する。

第 12 条（人生の最終段階における意思決定支援）

厚生労働省ガイドライン及び院内指針に基づき、患者本人の意思を尊重した適切な意思決定支援を行う。

第 13 条（災害時対応）

1. 地震、火災、感染症、停電その他非常時に備え、事業継続計画（BCP）に基づく対応体制を整備する。
2. 定期的に火災避難訓練及び防災訓練を実施する。

第 14 条（指針の見直し）

本指針は、少なくとも年 1 回以上、関係法令、医療情勢および院内運用状況等を踏まえて見直しを行う。