

医療法人社団 創進会 みつわ台総合病院医療安全管理指針

I. 医療安全管理指針の目的

この指針は、患者・家族との良好な人間関係の醸成に努め、必要とされる注意義務・確認を履行するとともに下記事項について定め各部門・職種間の連携を密にして、患者中心の適切な『安全・安心な医療』の提供に努めることを目的とする。

1. 病院における安全管理に関する基本的考え方
2. 医療に係る安全管理のための委員会等の組織・体制に関する基本的事項
3. 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本事項
4. 事故報告等、医療安全確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
5. 医療事故発生時の対応に関する基本方針
6. 当該指針の閲覧に関する基本方針
7. その他医療安全の推進のために必要な基本方針

II. 医療安全管理に関する基本的な考え方

当院における『安全・安心な医療』を提供するために、医療事故の防止をはじめ院内感染の防止、医薬品の安全管理、医療機器の安全管理等、様々な措置を講ずることとする。また『安全・安心な医療を提供』するために、病院関係者は以下のような事項を共通の認識としなければならない。

1. 医療安全の確保(ヒヤリ・ハット報告は事故を防ぐ)

常に『事故はいつでも起こり得る』『人は過ちをおかす』という危機意識を常に持ち、業務にあたる必要がある。労働災害における経験則のひとつとして「ハインリッヒの比率」があるがこれは、ハーバード・ウィリアム・ハインリッヒが米国の損害保険会社にて技術・調査部の副部長をしていた1929年に発表され、潜在的有傷災害の頻度に関するデータから、同じ人間の起こした同じ種類の330件の災害のうち、300件は無傷で、29件は軽い傷害を起こし、1件は報告を要する重い傷害を伴っていることを導き出したものである。

つまり、1つの重大な事故の背後にはこれだけの事象が隠れているということを医療に言い換えてみれば、インシデント事象(ヒヤリ・ハット)は重大なアクシデントを未然に防ぐ「現象」や「シグナル」であるともいえる。

そのため、無傷害事故の段階でいかに医療環境や医療システムの改善を図るかが医療安全対策の鍵となるといえる。

2. 患者主体の医療と信頼の確保

医療は、患者と医療スタッフが協力してともに傷病を克服することを目指すものであり、医療を受ける主体は患者本人であって、基本的に患者が求める医療を提供することが、質の高い医療に繋がるという視点を病院スタッフが持つことにより患者からの信頼が確保できる。患者の要望を真摯に受け止め、患者が充分納得し自ら選択して医療が受けられるように、必要な情報を提供し、患者自ら相談できる体制を充実し、患者が医療に参加できる環境を作りあげていく必要がある。

3. すべての医療行為における確認・再確認等の徹底

事故は一定の確率で誰にでも起こり得るという事実を考慮すると、安全な医療の確保の基本は、確認・再確認である。全ての医療行為を行う際に事前のダブルチェックを常に原則とする。また業務遂行の過程で疑問をもったまま医療行為を行わないこと。ヒューマンエラーの要因は、不確実な知識のままの対応、不十分な情報の確認、自己の行動に対する甘さ、チェック体制の欠如、規程のルールの不履行などであることを認識すべきである。

4. 良好なコミュニケーションの確保はエラーを防ぐ

医療紛争の最大要因は、コミュニケーション不足あり、インフォームドコンセント不足であることを認識すること。患者の『知る権利』『拒否する権利』『自発的同意』は最大限重視されなければならない。医療従事者のパターナリズム(父権主義)に陥らないよう、患者の気持ちを充分くみ取る姿勢を常に失ってはならない。

また患者とのコミュニケーションだけでなく、スタッフ間のコミュニケーションを密にすることも重要である。病院は労働集約型サービス産業の典型であり、そこに働く職員の意識が直接病院活動に大きな影響を及ぼし、職員一人ひとりがどのような意識で働くかで、病院は大きく変わる。それには各部門・職種間の人間関係をできるだけ並列にし、一部門のみが強い力を振り回さないような組織構造にしていくことも大切である。

5. 正確・丁寧な記録

診療に関する諸記録の正確な記載は、事故の防止に役立つのみならず、万が一事故が発生し訴訟になった場合の証拠は唯一記録のみである。口頭答弁は何ら証拠となり得ないこと、医療訴訟の鑑定で一番問題になるのは『診療録の不備』『チーム連携の悪さ』であることを認識すべきである。診療に関する諸記録は正確かつ丁寧に記載する習慣をつけることが重要である。

6. 情報の共有化

医療安全管理委員会による医療安全レポート報告により、医局・看護部・薬剤部・事務局をはじめ、院内で発生したインシデント・事故は全て委員長に報告するものとする。医療安全管

理委員会ではこれらの報告を集積・分析・検討し、それに対する対策を策定し現場にフィードバックする。応急的なトップダウンによる対応の指示だけでなく、必ず現場スタッフで対策を立案しこれらを必要に応じて医療安全管理マニュアルに追加していく。

情報の共有化の手段として、各部門内の連絡、院内全部門への文書による通達などのほか院内 LAN を十分に活用して、速やかな情報の伝達・周知・徹底を図る。

7. 組織的・系統的医療安全管理体制

医療事故防止について、過去においては医師や看護師の度量や自主的努力に負う個人的志向が支配的であったが、医療スタッフ個人の取り組みや努力のみでは医療事故は防止できるものではなく、組織として二重三重の防止システムを構築しなければ、医療の安全は達成できない。『事故は起こる』という前提に立ち、エラーが発生しないような二重三重の予防システム、エラーが発生しても事故に結びつかないよう途中でブロックされるシステムが働く体系を構築することが求められる。このようなシステムは部門間で不整合の無いものとする・患者中心に考える・チャート式にするなどできるだけ単純で判りやすいものとする必要がある。

8. 自己の健康管理と職場のチームワーク

医療スタッフは、自己の肉体的・精神的健康管理の責任を負っている。医療事故の過半数が『見落とし』『見間違い』『思い込み』『取り違い』『勘違い』『認識不足』『注意力低下』などの“うっかりミス”“ヒューマンエラー”であり、その背景要因として個人の健康状態に問題があることがある。病院スタッフは全て、常に医療人であるという自覚をもって健康管理に努めることが求められる。

医療トラブルの背景因子の重要なもののひとつが『チームワークの悪さ』である。チーム医療はコミュニケーションの上に成り立つことは言うまでもなく、医療スタッフ間のコミュニケーションは常に円滑・密接であることが要求される。自由な発言・討論が可能な環境こそが良好なコミュニケーションを促し、誰もが発言できる環境が心理的安全性の確保に繋がりチーム医療を育てることを認識すべきである。

また管理者にある者は、スタッフの健康管理に充分配慮し各部署でのコミュニケーションが円滑にできるような環境を整備する責任を自覚し、人事管理その他に当たることが要求される。

9. 医療事故防止のための教育・研修システム

エラーの発生は、研修医・新人看護師に多く見られる。また配置転換など勤務環境の変化によっても起こりやすい。これらのスタッフに対するオリエンテーションの充実、マニュアルの徹底を指導するとともに、医療技術・看護技術の習得のための具体的・実践的な教育プログラムの作成が求められる。知識・技術・経験不足は事故発生の大きな要因のひとつであり、事故防止のための教育のみでなく、患者の立場に立った良質な医療を提供するために、常に

自ら研鑽をするための教育・研修プログラムを作成することが重要である。

10. 管理者のリーダーシップと『心理的安全性』

病院管理者に「良質な患者本位の安全な医療を提供する、報告の文化を育てる、職員全体で医療を創る」という理念なくして、医療安全の確保は不可能である。管理者自らが率先して医療安全に対する意識改革を行うことが要求される。管理者は医療安全確保のための環境・予算面での整備等に全力を尽くすべきであり、各現場からの自主的な医療安全に対する盛り上がりを導くような管理面での努力が重要である。上下関係のない自由な発言・ミスを報告のできる環境が心理的安全性を培い良いチームワークを生み医療事故防止へ繋がる。個人を問責せず『誰が』ではなく、組織として『どうしてそうなったのか』『個人責任追及』ではなく『原因追及』的発想が安全文化を育てる。

11. 医療安全管理指針の対象は、以下の通り

- ア 安全管理(Safety management インシデント管理):医療安全管理責任者
- イ 危険管理(Risk management 医療事故対策):病院管理者
- ウ 危機管理(Crisis management 医療訴訟対策):病院管理者

Ⅲ. 用語の定義

(1)医療事故

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望ましくない事象、人身事故で、以下の場合を含む。

なお、医療関係者の過誤、過失の有無を問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

- ※ ①死亡、生命の危機、病状の悪化等の身体的被害および苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。
- ②患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。
- ③注射針の誤刺のように、医療関係者に被害が生じた場合。

(2)医療過誤

医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故のうち、過失の存在を前提としたもの。

(3)ヒヤリハット事例(インシデント)

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次のような事例。

- 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、何らかの被害が予想される場合」
- ②「患者には実施されたが結果的には被害がなく、その後の処置や治療も不要であつ

た場合」

③患者または医療スタッフへの身体影響レベルが0からレベル 2 に該当するものをいう。

(4)アクシデント(事故)

医療事故のうち患者または医療スタッフへの身体影響度レベル 3a からレベル 5 に該当するものをいう。

■身体影響度レベルを以下の 0～5 に分類■

	レベル	障害の 継続性	障害の 程度	障害の内容
ヒヤリハット (インシデント)	レベル 0	—		誤った医療行為が発生したが、患者には実施されなかった場合 (仮に実施されていたとすれば、何らかの被害が予想された)
	レベル 1	なし		誤った医療行為を患者に実施したが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった場合
	レベル 2	一過性	軽度	行った医療または管理により、患者に影響を与えた。または、何らかの影響を与えた可能性がある。 (観察強化・バイタルサインの変化または、検査の必要性が新たに生じた)
アクシデント(事故)	レベル 3a	一過性	中等度	行った医療または管理により、本来必要でなかった簡単な処置 (消毒・湿布・皮膚の縫合・鎮痛剤投与等の軽微なもの)が必要となった場合
	レベル 3b		高度	行った医療または管理により、本来必要ではなかった治療や処置が必要となった場合(バイタルサインの高度変化・人工呼吸器の装着・手術・入院日数の延長・外来患者の入院・骨折など)
	レベル 4	永続的	軽度～ 中等度	行った医療または管理により、生活に影響を及ぼす 重大な永続的障害や後遺症が発生した可能性がある場合
	レベル 5	死亡		行った医療または管理が死因となった場合

(5)医療事故とは医療に係る場所で、医療の全過程において発生する全ての人身事故(人身事故が生じる虞がある場合を含む)をいう。なお次に掲げる場合も医療事故に含まれ、医療スタッフの過失の有無を問わない。

- ①医療行為により、精神的被害が生じた場合
- ②医療行為とは直接関係しないが、身体的影響を受けた場合(転倒など)
- ③医療行為中に医療スタッフに被害が生じた場合

(6) 報告対象医療事故とは、医療法第6条の10に規定する医療事故*をいう。

* 病院に勤務する医療スタッフが提供した医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産であって、院長が当該死亡または死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう

(7) 医療過誤とは、医療事故のうち医療の過程において医療スタッフが当然払うべき業務上の注意義務を怠ったものをいう。

●<投書・クレーム等>●

患者からの相談・投書、職員への直接・間接のクレーム、うわさ等も広義の安全管理に含むクレームは事故ではないが、事故を未然に防ぐための患者からの警告と考え、第11章に記載する手順のとおり真摯に対応する。

(8) 職員

当院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、放射線技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、管理栄養士、社会福祉士、事務職員および委託会社社員等、あらゆる職種を含む。

(9) 責任者(上席者)

当該職員の直上で管理的立場にある者。

(10) 医療安全管理責任者…病院長

(11) 医療安全管理者…医療安全管理担当看護師が担当する。

医療安全管理に必要な知識および技能を有する研修を終了している職員であって、病院長の指名により、専従で当院全体の医療安全管理を実務的に担当する者。

(12) リスクマネジメント

ヒューマンエラー防止のための院内の医療従事者への教育、医療安全管理委員会などの設置、インシデント(ヒヤリ・ハット)・アクシデント(事故)に関する医療事故防止システムの構築を通して医療事故を未然に防ぎ、医療の質を保証することをいう。

(13) エラー

行為者自身が意図したものでない場合、規則に照らして望ましくない場合、第三者からみて望ましくない場合および客観的水準を満足しない場合などに、その行為をエラーという。

(14) インシデントレポート

院内で発生した全ての医療事故およびヒヤリ・ハット事例を記載もしくは入力し、データの保存・管理を医療安全管理室で行う。全ての事例は関係職員からの口頭による報告後、必ずこのインシデントレポートを記載もしくは入力するとともに、発生又は発見後から48時間以内に部署責任者・部署セーフティマネージャーの確認を実施し提出する。

蓄積されたデータは、セーフティマネジメント会議、医療安全管理室、医療安全管理委員会を経て病院長まで報告され、取りまとめ・分析・集計等を行った後、必要に応じて職員へフィードバックされる。

インシデント事例及びアクシデント事例を報告することにより、医療事故に繋がる潜在的な

事故要因を把握し、これに基づいて医療事故の発生を防止するとともに、医療現場におけるインシデントやアクシデントを全職員で共有し、適切な対応策を実践していくことを目的に運用する。

インシデントレポートにおける報告対象となる、医療現場における事例は以下の通りとする。

医療行為に関するもの	説明不足、人違い、誤診、誤処置、誤薬 等(針刺し・切創・粘膜曝露・褥瘡・スキンテア・MDRPU は除く)
患者自身に関するもの	転倒、転落、治療に悪影響を及ぼすような私物の紛失や破損等
施設管理に関するもの	機器・設備の故障、施設管理上の不具合や事故により患者や家族、職員に悪影響を及ぼした場合 等
文書管理に関するもの	患者や家族の個人情報流出や紛失、文書の誤送信、誤記入、記入漏れ 等
患者の行為に関するもの	無断外出、無断外泊 等

IV. 医療安全管理体制の整備

当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に、本指針に基づき当院に以下の組織および役職等を設置する。

(1)医療安全管理委員会

当院の医療安全管理対策を総合的に企画・実施する。

(2)院内医療事故調査委員会

病院長直轄で、事故発生時に開催する委員会。

(3)医療安全管理室

医療事故防止および医療の質・安全管理に関する諸問題を具体的に検討し、医療の安全性を向上させる。

(4)セーフティマネジメント会議

病院長の諮問委員会で、原則として日常の医療事故防止対策等を検討・実行する。

(5)医療安全管理責任者：病院長

(6)医療安全管理者：医療安全管理担当看護師

医療安全管理室に属し、専従で院内全体の医療安全管理を実務的に担当する。院内の安全管理体制の構築および推進のため、職種横断的な組織としてのセーフティマネジメント会議や医療安全管理委員会等の運営に参画する。

(7)院内感染管理責任者：診療統括部長

(8)院内感染管理者：感染制御実践看護師

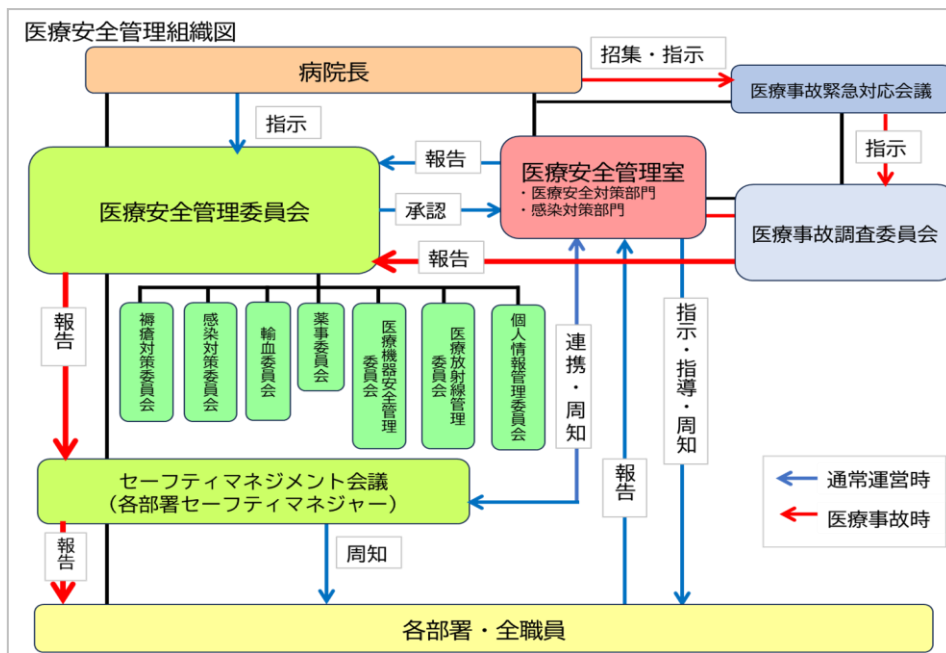
感染症や感染制御、院内感染対策に必要な知識および技能を有する職員で、病院

長の指名により、当院全体の院内感染管理を中心的に担当する。

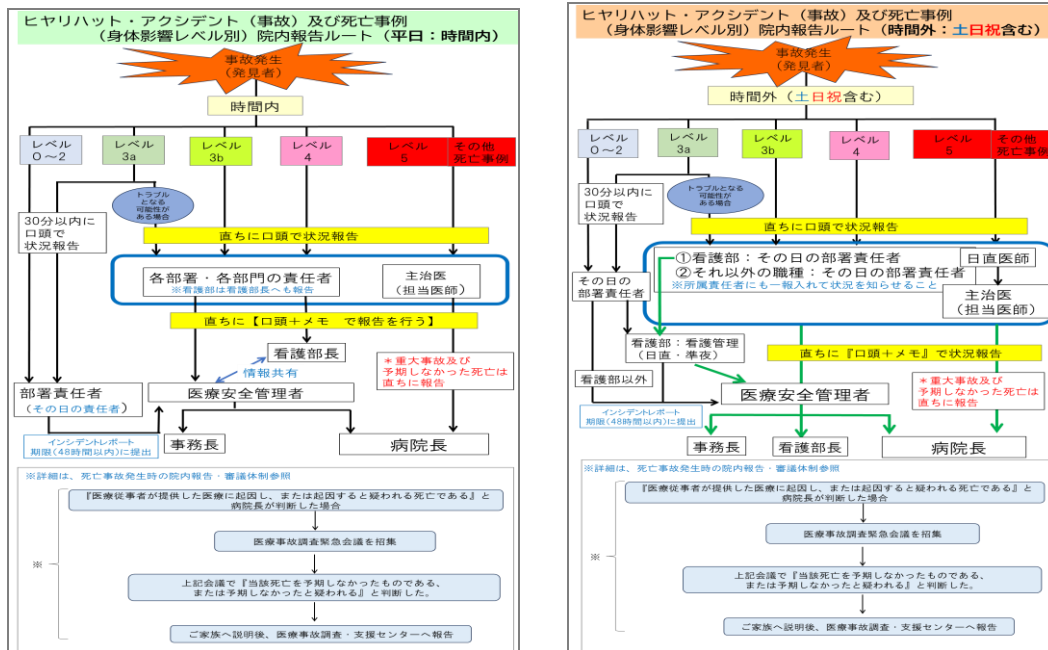
- (9) 医薬品安全管理者:薬剤科長
- (10) 医療機器安全管理責任者:臨床工学技士長
- (11) 医療に係る安全確保を目的とした報告

当院独自のインシデントレポートを用いた報告

- (12) 医療に係る安全管理のための全職員を対象とした研修(必須)。
- (13) 医療安全に係る組織・体制図 【P35に拡大図】



(14) ヒヤリハット・事故報告および死亡事例 院内報告ルート(図)



1. 医療安全管理指針

本指針は、次に掲げる項目を規定するものとする。

- ① 病院における安全管理に関する基本事項
- ② 医療安全管理のための組織・体制に関する事項
- ③ 医療安全管理のための職員研修に関する基本事項
- ④ 事故報告等、医療に係る安全確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- ⑤ 医療事故発生時の対応に関する基本方針
- ⑥ 医療者と患者との間の情報の共有に関する基本方針
- ⑦ 患者からの相談への対応に関する基本方針
- ⑧ その他の医療安全推進のために必要な基本方針

2. 医療安全管理部門の設置

(1) 院内の医療事故防止及び医療安全管理に関する諸問題を具体的に検討し、医療の安全性を向上させる目的で医療安全管理部門を設置する。

(2) 医療安全の業務内容は、次の通りとする。

- ① 医療安全管理の検討および推進に関すること
- ② 医療安全管理についての情報収集・分析・評価等に関すること
- ③ 医療安全管理についての教育研修に関すること
- ④ 医療安全管理の委員会運営に関すること
- ⑤ 患者からの医療に対する苦情および相談(地域連携の所管に属するものは除く)に関すること
- ⑥ その他医療安全管理に関すること

(3) 組織

① 医療安全管理部門の構成は、次のとおりとする。

- ・ 医療安全管理責任者 (兼医療安全管理室長)
- ・ 医療安全管理者

② 診療部門・薬剤部門・看護部門・事務部門・臨床工学部門等の専任・兼任のスタッフで構成する。

(4) 任務

医療安全管理部門は、主として以下の任務を負う。

- ① 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価
- ② 医療安全管理体制の構築及び推進
- ③ 医療安全に関する職員への教育・研修の実施
- ④ 医療事故発生時の対応業務
 - ア 事故調査・再発防止活動
 - イ 当該部署責任者の支援(カルテ解読・分析・スケジュール調整等)

- ウ 当該者のメンタルサポート
 - エ 場合により院外社会機関との連携・調整
 - ⑤週1回程度、医療安全に関するミーティングを開催し活動の評価を実施
 - ア セーフティマネジメント会議での実施事項情報共有ならびに評価・報告
 - イ 医療安全管理委員会からの周知事項の進捗状況や改善活動状況の評価・報告
 - ウ 各部署への医療安全からの発信状況の周知・徹底状況
 - エ 開催時点での特質すべき課題・問題の共有
 - ⑥院内における安全文化醸成に係る活動
- (5)留意事項
- ①知り得た個人情報、は、守秘するものとする。
 - ②医療安全管理責任者は医療事故防止及び医療安全管理室の業務遂行上、必要性を認め時は当該診療科の長及び関係者から意見を聴取できる。また専従の医療安全管理者に権限を委譲する事ができる。権限委譲が行われた時はその指示に従う。
 - ③セーフティマネジメント会議の議事録の作成及び保存は、医療安全管理部門にて行う。議事録の保存期間は過去5年間とする。(院内保管直近3年間、院外保管2年間)

3. 医療安全管理者の配置

院内におけるリスクマネジメント体制の円滑な運営を図るため、医療安全管理者を配置する。

(1)任務

- 1)院内報告制度(インシデントレポート)などを基盤とした医療安全のための活動
 - ① 提出されたインシデントレポートなどの分析、予防策の立案と提案
 - ② 緊急性が高い事案への対策
 - ③ インシデントレポートなどの件数に明らかな変化が生じた場合の対応
 - ④ インシデントレポートなどの提出や情報収集が適切に実施されるための環境作り
 - ⑤ インシデントレポートなどの記載方法・内容の指導
 - ⑥ 医療安全管理責任者の指示の下、インシデントレポートの提出依頼
- 2)医療安全のための委員会に関する活動
 - ① セーフティマネジメント会議の運営
 - ② 医療安全に関わる各種委員会との連携
- 3)医療安全のための部門間の調整・対策等の提案
- 4)医療安全管理のための指針・マニュアルの作成
- 5)医療安全に関する研修・教育
- 6)医療安全に関する院外からの情報収集と対応
- 7)医療安全のための院内評価業務
 - 委員会での承認を得て実施された改善策について、実施後の評価を行う。
 - ① 以下の視点で院内の定期的な巡回、アンケート調査等で情報収集を行う。

- ア 事故防止策の周知・実施状況
- イ マニュアルの周知・遵守の度合い
- ウ 作業環境・療養環境における改善策の実効性の確認
- エ 改善後の備品機器類の整備状況・使用状況の確認
- オ 改善のきっかけとなった事故報告等の内容・評価

② 院内巡回による問題点の発見と改善に向けた提案

8) 各部門におけるセーフティマネージャーの支援

9) 事故発生時の対応業務

基本的にはリスクマネジメント・再発防止策の活動を中心とし、重大な医療事故が発生した場合の裁判や補償問題に至る内容の直接的業務は行わない。

ただし以下の業務についてはサポートとして関わる。

- ① 事故調査・再発防止活動
- ② 当該者のメンタルサポート
- ③ 場合により院外社会機関との連携・調整
- ④ 当該担当部署責任者の支援(カルテ解説・分析・スケジュール調整等)
 - ア 現場や患者・家族の状況把握
 - イ 病院幹部や関係部署・診療科への報告についての確認
 - ウ 現場や物品の証拠物の確保
 - エ 診療録記載についての確認
 - オ 医療事故発生現場管理者へのサポートや助言
 - カ 経時的な事実関係の整理(事故発生部署や当事者へのヒヤリング 等)
 - キ 患者・家族への説明内容の確認

10) 相談窓口担当者との連携業務

相談窓口業務への日常的な関与は、中心業務とはしない。しかし、相談窓口へ寄せられる苦情等の情報の中には、医療安全の視点から重要な問題を含んでいる可能性があるため、窓口担当者とは密接な連携を図る。必要時、医療安全管理委員会での報告を依頼する。また、相談窓口情報の分類や分析については、担当者とコミュニケーションを図り、医療安全に役立てるべき事例や情報について把握し、セーフティマネジメント会議や医療安全管理対策委員会に報告して検討する。

相談窓口業務担当者との良好な連携を促進するために、情報交換を行う。

(2) 留意事項

- 1) 知り得た個人情報、守秘するものとする。
- 2) 医療事故防止及び医療安全管理室の業務遂行上、医療安全管理責任者より権限委譲が行われた時はその指示に従う。

4. 医療安全管理委員会の設置

- (1) みつわ台総合病院における医療事故防止対策の充実および医療安全管理体制の充実を図る目的でみつわ台総合病院医療安全管理委員会を設置する。
- (2) 同委員会の組織、業務内容等の詳細については同委員会の設置規程に定める通りである。

5. 報告対象医療事故などに関する緊急対応会議の設置

- (1) みつわ台総合病院における院内の医療事故の原因究明などの調査および再発防止などを検証する目的でみつわ台総合病院事故緊急対応会議を設置する。
- (2) 院長は、医療事故が起きた場合に報告対象医療事故の該当性の判断および当該医療事故の原因・分析を行う必要があると判断した場合には、速やかに医療事故緊急対応会議を招集する。
- (3) 院内の有害事象の報告について、その原因・分析を行う必要があると判断した場合には、医療事故緊急対応会議にて検証を行う。
- (4) 同会議の組織、業務内容等の詳細については、同会議の設置規程に定める通りである。

6. 医療事故調査委員会の設置

- (1) みつわ台総合病院における院内の医療事故の原因究明等の調査をすることを目的としてみつわ台総合病院事故調査委員会を設置する。
- (2) 病院長は、医療事故が起きた場合に当該医療事故の原因・分析を行う必要があると判断した場合には、速やかに医療事故調査委員会を招集する。
- (3) 同委員会の組織、業務内容等の詳細については、同委員会の設置規程に定める通りである。

V. 医療安全管理のための院内日常業務の管理体制について

医療事故を防止するためには、マニュアルの整備や委員会の設置、院内報告制度、教育制度などの院内組織体制を構築するだけでなく、日常業務の管理体制を見直すことも重要である。

このため、医療事故の直接的・間接的要因ともなる診療録等の記載、医療機器、医薬品等の管理体制について基本的事項を次のとおり整理する。

1. 診療録等の記載

診療録は、医療に携わるチーム全体にとって重要な情報源であり、問題が発生した際の唯一の証拠となる。

このため、診療録は社会的な公文書の性格を有していることを再認識し、客観的に誰が見ても分かり易く、正確かつ丁寧に記載するなど、十分な配慮が必要であり、日時(年/月/日/時の順に記載)や診療行為の順序は整合性をもって記載する。

また、電話による相談の場合もその対応・指示を診療録に記載する。

(1) 診療録の記載事項

- ① 診断および治療計画策定過程、治療方法、予後等を的確に記載する。
- ② 診断の根拠や治療による不利益・副作用等の可能性について、患者や家族への説明内容、それに対する理解度も記載する。(納得した場合は、署名してもらうことも望ましい方法である)
- ③ 手術・検査等を行う場合、署名された同意書を添付する。
- ④ 患者の状況変化等、治療行為は流れが分かるように経時的に記載する。
- ⑤ 手術記録は手順が分かるような文章と図で示し、できるだけ術中・術後の状況も記録する。
- ⑥ 記載者本人のみが判読できるような記載は避け、日本語による記載とする。

(2) その他諸記録の記載

その他の診療に関する諸記録は、他の医療関係者とも情報を共有することもあるため、明確かつ簡潔に客観的事象のみ記載する。

VI. 医薬品に係る安全管理のための体制

(1) 医薬品安全管理責任者の配置

当院の医薬品安全管理責任者は病院長が指名することとし、医療法施行規則(以下『施行規則』という)第1条の11第2項第2号イに規定する医薬品安全管理責任者は院内における医薬品の安全な使用のための措置を講じなければならない。

(2) 手順書の制定

医薬品安全管理責任者は、施行規則第1条の11第2項第2号ハに規定する医薬品安全管理のための業務手順書を作成したうえ職員へ周知し、手順書に基づき業務が実施されているか定期的に確認する。

(3) 医薬品の品質管理

- ① 品質の劣化を起こす主な原因となる温度、光、微生物等に留意するとともに、特に温度管理や遮光管理が規定されている医薬品は、それぞれの既定の条件を備えた場所に収納する。
- ② 医師、看護師や患者等にわたった医薬品について、品質管理がなされるよう注意を払うとともに、定期的に現状を確認する。
- ③ 医薬品の納品時には、品名・数量のみでなく、品質の確認にも充分留意する。
- ④ 調剤時における医薬品の汚染、品質低下を防止する対策にも留意する。
- ⑤ 誤薬を起こしやすい類似薬剤名の薬品購入を避ける。

(4) 医薬品の整理・保管

- ① 同一医薬品の在庫薬がある場合、新規購入薬はその後部に納め、先入れ・先出し

方式を徹底する。

- ② 薬品棚は、注射剤とそれ以外に大別し、個々の医薬品は其中で劇薬・普通薬に区分して配置する。また、類似名の医薬品の配置に注意する。
- ③ 毒薬・向精神薬は、専用の鍵付薬品庫に厳重に保管する。
- ④ 生物学的製剤は、薬剤部において一元的に保管・管理する。

(5)麻薬等の管理

- ① 麻薬管理に関わる業務については、麻薬管理者が一元的に管理する。
- ② 向精神薬、医薬品である覚せい剤原料についても麻薬管理者が一元的に管理する。

(6)外来、病棟連携等における医薬品の管理

- ① 薬剤部から各外来・病棟へ払出した医薬品の分類、適正配置、緊急用医薬品の在庫の品質管理を徹底する。
- ② 病棟で保管する医薬品は、種類・数量ともに極力少なくし、適正な供給と保管の管理を行う。
- ③ 病棟や外来では、取り違えを防ぐために、配置や施錠などの工夫を行う。

(7)医薬品安全管理責任者は、医療安全管理者と協力して、施行規則第1条の11第2項第2号ロに規定する定期的に院内職員に対する医薬品の安全使用のための研修会を実施する。

VII. 医療機器に係る安全管理のための体制

日常的に使用されている医療機器・医療用具の取扱いについては、基本に立ち返り注意喚起する必要があり、以下の点に留意しながら定期的点検を行うとともに、その使用方法についても習熟する必要がある。

(1)医療機器安全管理責任者の配置

当院の医療機器安全管理責任者は病院長が指名することとし、施行規則第1条の11第2項第3号イに規定する医療機器安全管理責任者は院内における医療機器の安全な使用のための措置を講じなければならない。

(2)定期点検の実施と使用方法の習熟

医療機器安全管理責任者は、医療機器安全管理のための保守点検に関する計画を策定し、適切な保守点検を実施するとともに使用方法を習熟させる。

- ① あらかじめ機器の使用法やセッティングの誤りに起因する誤作動およびその回避方法を充分理解しておく。
- ② 医療機器等の回路接続を確認するとともに、電波障害による医療機器への影響やその回避方法についても充分理解しておく。

- ③ 医療機器の操作について、初めて取り扱う職員に対しては必ず事前教育・研修を行うこととし、必要に応じて指導的立場の者との共同操作等を行う。
- ④ 手術機器は熟練した指導者の下で、充分訓練を受けたうえで使用する。
- ⑤ 医療用具の点検・保守管理は、安全管理上極めて重要である。医療機器及び、使用頻度の低い機器は定期的に保守・点検を行うとともに、新規採用機器については安全管理を第一に考慮する。

(3)医療機器安全管理責任者は医療安全管理者と協力して、施行規則第1条の11第2項第3号口の規定に基づき定期的に院内職員に対する医療機器の安全使用のための講習会を実施する。

VIII. 感染対策に関わる体制

院内感染対策マニュアルに準ずる

IX. 褥瘡対策に関わる体制

褥瘡対策マニュアルに準ずる

X. 輸血管理に対する体制

輸血管理マニュアルに準ずる

XI. 安全管理のための指針・マニュアル等の整備

医療安全管理指針に則り、病棟、外来等すべての部署における安全管理マニュアルを作成し、業務運行手順を徹底する。

業務運行手順の作成に当たっては他部門・職種と連携し、医療安全管理委員会の承認を得ることとする。

1. 安全管理マニュアル等

安全管理のため以下の指針・マニュアル等(以下「マニュアル等」という)を整備し、院内 LAN に掲載する。

- (1)院内感染対策マニュアル(医療関連感染防止対策指針含)
- (2)院内における医薬品取扱い手順書(医薬品安全使用マニュアル)
- (3)麻薬取扱いについて
- (4)医療安全管理マニュアル

- (5)医療事故調査制度に係る指針
- (6)医療安全管理委員会に付随する委員会のマニュアル

2. 安全管理マニュアル等の作成と見直し

- (1)上記のマニュアル等は、関係部門共通のものとして整備する。
- (2)マニュアル等は、関係職員に周知するとともに、必要に応じて見直す。
- (3)マニュアル等は、作成、改定の都度、医療安全管理委員会に承認を得る。
- (4)医療安全管理委員会に付随する委員会のマニュアルについても安全に関することの改訂については医療安全管理委員会の承認を得る。
- (5)年1回は、マニュアルについての議題をあげ最新知見と合致しているか協議を行う。

3. 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1)安全管理マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。
すべての職員はこの趣旨をよく理解し、医療安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2)医療安全管理マニュアル等の作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論においては、すべての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

XII. 医療事故発生時の対応

1. 救急処置

身体影響度レベル2以上の医療事故が発生した場合には、まず患者に対して可能な限りの処置を行い、病院の総力を結集して患者に最善の処置を施す。そのためには日頃から患者の急変に備えた体制を整え、緊急事態を想定した訓練を怠らないよう心掛ける。

ア **救命**:事故発生時、当事者は患者の生命、身体の安全を最優先とし、患者に対する処置を開始する。

イ **人員確保**: 医療行為・処置が必要な緊急の場合は近くの職員に声をかけ助けを求めるとともに、必要時【**緊急コード A**】コールを伝え応援を依頼する。

ウ **報告**:その後上司の指示を仰ぐ。

なお、必要に応じて主治医、日当直医、当該科医師、当該科部長・当該部署責任者等と連携して対処する。

2. 初期対応

1) 事故報告

(1) 院内の報告体制について

- ① 職員の過失の有無、医療事故の大小にかかわらず医療事故が発生した場合には、当該事故についてまず部署責任者へ報告を行う。
報告は、医療安全管理マニュアルに定められた『ヒヤリハット・アクシデント(事故)及び死亡事例院内報告ルート』手順に従って速やかに医療安全管理者まで行う。
医療安全管理者は、報告を受けた後に必要性・緊急性が高いと判断した事例に関しては、病院長まで速やかに報告を行う。
また、医療安全管理者は、弁護士による法律相談を行う必要がある医療事故や保険会社への事故報告を行う場合には、事務長へ相談を行う。
- ② レベ3b以上の事故およびレベル3aであってもラブルの可能性のある場合は、時間外であっても速やか責任者(上席者)を通じてあるいは直接、医療安全管理者・病院長へ連絡を行う。
- ③ レベル3b以上の事故は、当事者が事故に気づいていない場合であっても、より早く事故に気づいた者が、直ちに責任者(上席者)又は病院長を含む管理者へ報告する。
- ④ 担当医師またはその上司、医療安全管理責任者のいずれかは、速やかに患者・家族に対して十分な説明をする。

(2) 事故報告書について

事故報告・報告書は、以下の口頭報告・報告書の提出期限を厳守する。
医療事故が重大な場合(身体影響レベル3b~5)等はまず現場スタッフは速やかに責任者に報告するとともに、責任者は『第一報』として口頭または簡単なメモを用いて直ちに管理責任者(上席者)へ報告を行う、事実関係が分かり次第報告を行うなど、適宜報告の方法を使い分けて迅速かつ正確に報告を行う。

■インシデントレポートの提出時期(期限)■

対象	口頭報告	報告書の提出期限 (責任者の承認含む)
身体影響度レベル 0~3a の事例	30 分以内	発生から48時間以内
身体影響度レベル 3b~4の事例 (トラブルの可能性あり:3a の事例)	直ちに	発生から24時間以内
身体影響レベル5(死亡)の事例	直ちに	発生から24時間以内 (速やかに記載する)

① レベル3～:医療事故(アクシデント)

同様に、レベル3a に該当しトラブルとなる可能性があるとは判断される場合は、速やかに口頭で事故の状況、患者の現在の状態等について、時間外であっても責任者(上席者)を通じてあるいは直接に、医療安全管理者および病院長に報告したうえ、インシデントレポートを作成し24時間以内に報告を行う。

② レベル0～2:ヒヤリ・ハット事例(インシデント)

前記第三章(3)、(5)に掲げる事例が生じた場合で、レベル0～2に該当の場合は、関係するスタッフから責任者(上席者)に発生後 30 分以内に口頭報告したうえ、48時間以内にインシデントレポートを責任者・セーフティマネージャーの承認(記載)を得て医療安全管理者へ提出する。

- ③ インシデントレポートの内容は、診療録ではないため、患者及びその家族から閲覧の求めがあった場合には原則として開示する対象としない。

2)患者・家族への説明等

- (1)事故発生後、救命措置等の遂行に支障を来さない限り、担当医師もしくはその上席医師、医療安全管理責任者(病院長)のいずれかは、可及的速やかに事故の状況、現在実施している措置、その見通し等について複数人で事実即して患者本人、家族等に誠意をもって説明し、家族からの申し出にも誠実に対応する。
なお、患者家族や近親者が当院内に不在の場合は、直ちに自宅などの連絡先に連絡し日時・内容等を記録する。
- (2)過失の有無、患者への影響などは発生時には不明確なことが多いため、医療安全管理委員会および院内医療事故調査委員会における審議の結果、病院側の過誤が明らか場合は、医療安全管理責任者(病院長)等の説明責任者が率直に誠意をもって謝罪する。
- (3)説明を行った職員・同席した職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に明確に記録する。

3)事実経過の記録

事実経過(患者の状況・処置の方法含む)、および患者・家族への説明の内容等を診療録看護記録に自らが医療に関して作成すべき記録・帳簿に記録する。

記録に当たっては、経時的・客観的に事実を記載する。

死亡診断書の作成は担当医師と上席医師・責任者と複数で行い慎重かつ綿密に対応する。

4)事故発生時の現場保存と状況記録

医療事故が発生した場合は、事故時の状況(医療機器などの設定や位置関係等)を記録しなければならない。また、処置で使用した医療材料は現物を保存し提出する必要がある。ただし、保管することが困難な医療機器等については、カメラで撮影する等医療事故時の医

療機器の状態を把握する手段を講じるものである。

5) 守秘義務

病院長、医療安全管理者および医療安全管理委員会の委員は報告された事例について職務上知り得た内容を正当な事由なく他の第三者に明らかにしてはならない。

6) 心理的安全性の確保

本項の定めに従って報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。

3. 事故報告後の基本的事項

(1) 事故の調査・分析と再発防止

- ① 病院長は必要に応じて、速やかに医療事故緊急対応会議あるいは医療事故調査委員会を招集し、事故の原因調査を行い今後の対応および事故の再発防止策を検討する。この際、事故の原因がヒューマンエラーであったとしても『個人の責任志向』ではなく、どうしてそうした状況に至ったのかのこの原因を追及する『原因志向』で臨み、診療システムの改善に結びつけることを目指す。
- ② 病院長により外部委員を含めた医療事故調査委員会を開催する必要があると判断した場合は、外部委員を含め医療事故調査委員会を招集する。

(2) 方針決定

医療事故は、組織としての方針決定を行うことが必要であり病院長は、医療事故が発生した場合には、医療安全管理部門と協議を行い医療事故の対応の基本方針を定める。その上で、患者・家族の心に与える影響を最大限配慮し、隠し立ての無い事実の説明と必要な場合は率直な謝罪、事故再発防止への取り組みなどを説明し、誠実に対応する。

1) 事実調査と医療機関としての統一見解

ア 事実経過の整理・確認と医療機関としての事実調査

- ① できるだけ早い時期に医療安全管理委員会および院内医療事故調査委員会等の関係者を集め、当院としての事実調査および事故原因、過失の有無等について統一見解を決定する。
- ② 統一見解は文書として記録し、保管する。
- ③ 関連する診療録、看護記録、X線画像データ等を確認のうえ、保管する。

イ 事故調査後の患者・家族・遺族への説明等

- ① できるだけ早い時期に、患者・家族・遺族への説明の機会を設定する。
- ② 説明は責任者・管理者を含め、統一見解に基づき複数で行う
- ③ 説明は記録に基づき、事実関係について極力専門用語を避け、分かりやすく慎重に説明し、個人的見解は述べない。

- ④ 説明した内容・対応状況は正確に記録する。

(3)外部への報告

次に掲げる場合は外部への報告を事務長が速やかに行う

①警察への届け出

異状死や明らかに医療事故が原因で患者が死亡するなどの重大な事態が発生した場合は、病院長から事務長へ伝達し、発生から24時間以内に所轄の警察署へ届出を行う。なお、過失がはっきりとしないような事例では、医療安全管理委員会において届出の必要性について検討する。

また、届出に当たっては、事前に患者・家族等に承諾を得ることとする。

②保健所など行政機関への報告

医療事故が原因で患者が死亡するなど、重大な事態が発生した場合は、速やかに所管の保健所等関係行政機関に病院長から報告を行い、実地調査や立入検査を受入れ、医療事故の発生原因の解明や再発防止につなげることとする。

③公表の基本的考え方

重大な医療事故が発生した場合、保健所、警察署への届出を終えた後、当該医療事故の事実を正確かつ迅速に社会に対して積極的に公表していかなければならない。公表は、医療事故への対応に係る透明性の確保や、患者・家族および社会への誠実な対応としての基本姿勢である。

④患者・家族等のプライバシーの尊重

医療事故を公表する場合は、患者・家族の個人情報の保護を最大限尊重しなければならない。公表の前には、患者・家族と十分話し合い、あらかじめ公表可能範囲を定めておく。また、事故当事者への十分な配慮も必要である。

⑤財団法人日本医療機能評価機構への報告

集積したデータは定期的に報告し、医療安全活動データの集積へ協力を行う。

(4)事故当事者への配慮

医療事故に関わった当事者は、ミスが明白なものであれば自責の念にかられている。とりわけミスが重大な結果を引き起こした場合には、平静でいられることは困難であることも考えられることから、患者や家族・遺族への対応やマスコミ報道など、当事者に対する十分な配慮を講ずることも重要である。

(5)最終結果報告・再発防止策の実施状況評価

医療安全管理室長(院長)は、対応した医療事故の最終結果状況を医療安全管理委員会で報告を行う。

①再発防止策の策定

医療安全管理委員会等は、前項の定めに基づいて報告された事例をできるだけ早い段階で検討し、再発防止策を策定・マニュアル化して職員に周知徹底する。

②再発防止策の実施状況の評価

医療安全管理委員会等は、策定した防止策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを常に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

XII-2. 医療事故(身体影響レベル5の場合)発生時の具体的対応

1. 初期対応

(1)院内の報告体制

①身体影響レベル5の医療事故が発生した場合は、当該医療事故の当事者または発見者は、医療安全マニュアルに定められた『ヒヤリハット・アクシデント(事故)及び死亡事例院内報告ルート』手順に従って速やかに医療安全管理者まで行う。

医療安全管理者は、報告を受けた後に必要性・緊急性が高いと判断した事例に関しては、病院長まで速やかに報告を行う。

まずスタッフは速やかに責任者へ報告を行い、責任者は『第一報』として、口頭または簡単なメモによって管理責任者(上席者)に事故報告を行い、24時間以内(速やかに記載する)に死亡事例に関するインシデントレポートを作成し、提出する。

なお、報告にあたっては過失の有無や合併症を問わず、すべての**身体影響レベル5の医療事故**について報告を行う。

②病院長は、報告を受けた後に報告対象医療事故に明らかに該当しないか否かの判断を行う。

③病院長が報告対象事故に明らかに該当しないと判断できない場合は、医療事故緊急対応会議を開催する。

・平日:速やかに招集し会議を開催

・休日の場合は遅くとも事故発生の翌日に集合し会議を開催

④病院長により医療事故緊急対応会議において報告対象事故に該当すると判断がなされた場合は、医療事故調査マニュアルに準じて対応を行う。

(2)院外への説明・報告等

①遺族への説明

身体影響レベル5の医療事故が発生した場合は、遺族に対して誠意をもって説明を行う。医療事故調査・支援センターへの報告を行う場合(可能性がある場合も含めて)は、あらかじめ遺族への説明を行わなければならない。

②医療事故調査・支援センターへの報告

病院長は、医療事故検証委員会において報告対象事故に該当すると判断がなされた場合は、医療事故調査・支援センターへ報告しなければならない。

2. 報告対象医療事故の調査の実施

- (1) 病院長は、報告対象事故が発生した場合は、速やかにその原因を明らかにするため、医療事故調査委員会を開催しなければならない。
- (2) 病院長は、医療事故調査等支援団体に対し、前項の調査を行うための必要な支援を求めるものとする。

3. 調査終了後の対応

- (1) 調査結果の説明・報告等
 - ① 医療事故調査・支援センターへの報告
病院長は、医療事故調査委員会に基づく調査が終了した場合、調査結果に基づいて遅滞なく医療事故調査・支援センターへ報告をしなければならない。
 - ② 遺族への説明
病院長は、医療事故調査委員会に基づく調査が終了した場合、調査結果について医療事故調査・支援センターへ報告を行う前に遺族に説明を行わなければならない。

4. 前章の準用

前章(VI)の2 3)および4)・5)・6)並びに3 (2)から(5)までの規定は、身体影響レベル5の医療事故が発生した場合に準用する。

5. 報告対象医療事故に該当しない場合の対応

病院長は、身体影響度レベル5医療事故が発生した場合において、報告対象医療事故に該当しないときでも、必要に応じて院内事故調査委員会を開催し調査を行える。

6. 遺族から対応を求められた場合

- (1) 遺族から申し出があった場合
 - ① 遺族から報告対象医療事故が発生したのではないかという申し出があった場合は、申し出を受けた担当者(医師)は、医療安全管理責任者(病院長)まで報告を行う。
 - ② 医療安全管理責任者(病院長)は、報告対象医療事故の該当性についての検証を行い該当しないと判断した時は担当者(医師)に伝達し、担当者(医師)が遺族に対して報告対象医療事故に該当しない理由をわかりやすく説明を行い、必要に応じて医療安全管理者が同席する。
 - ③ 医療安全管理責任者(病院長)は、報告対象医療事故に明らかに該当しないと判断できないときは、医療事故緊急対応会議を開催する等、本章の1-1)③から4)までの規定に準じた対応を行える。
- (2) 遺族が医療事故調査・支援センターに相談を行った場合
 - ① 遺族が医療事故調査・支援センターに相談を行った場合において、遺族からの求めに応じて、同センターが相談内容を病院長に伝達した時には、病院長は医療安全管理部門に連絡を行い、遺族の相談内容に応じて適切な対応を行う。
 - ② 遺族の相談内容が報告対象医療事故の該当性に関して、前項②および③の規定に準じた対応を行う。

XⅢ. 医療安全管理のための職員研修

医療安全を防止するためには、医療スタッフ個人の資質・技能水準の向上を図ることが重要であることは言うまでもない。しかしながら、その向上を個人の努力にのみ依拠するのではなく、組織全体として取り組んでいく姿勢が重要である。

(1)組織で取り組む研修

- ①医療安全研修として、病院全体の研修は2回/年行う
- ②新規採用者や中途採用者については入職時に研修を行う
- ③看護部教育のラダーステップ別研修については、看護部教育委員会と協議して計画的に行う
- ④社会情勢や最新の医療安全情報を基に必要な研修を企画検討する
- ⑤医療機器について、医療スタッフ全員がその機能についての操作マニュアルを充分熟知する要研修・講習を行う
- ⑥医療事故の事例(他施設での事例なども含む)を資料に研修を行う
- ⑦医療事故発生後の対応を迅速に行えるよう、緊急処置の訓練を行う

(2)職員に対する啓発

- ①院内研修プログラムの充実・院外研修の案内充実を図る
- ②医療安全の研修受講や学会受講に関連した報告会を開催する
- ③他部門と協力し、医療安全に関する勉強会を開催する
- ④計画的に医療安全管理者の育成ができるように研修参加を促す

XⅣ. 患者からの相談・投書、職員への直接・間接の苦情等

患者・家族の相談には真摯に対応し、職員は常に患者側の身になって誠実に対応する。また、投書・苦情等は事故ではないが、事故を未然に防ぐための患者からの警告と考え、下記のとおり真摯に対応する。

なお、対応に際しては必ず複数名で行うこととし、自ら判断できない相談については、必ず「上司と相談し、できるだけ早くお答えします」と返答し、その場しのぎの対応をしない。

事故発生後の患者・家族からの相談には、原則として医療安全管理責任者、事務長、医事課事務次長患者相談窓口等が当たる。

1. 窓口での苦情対応の流れ

窓口担当職員の説明 → (以下、納得しない場合)患者相談窓口対応 → 医事課次長
→ 事務長 → 院長
必要時:医療安全管理委員会(後日)報告

2. 病棟での苦情対応の流れ

病棟看護師・師長・主治医の説明 → 患者相談窓口説明 → 看護部長・事務長対応
→ 院長

必要時:医療安全管理委員会(後日)報告

3. 外来での苦情対応の流れ

外来看護師・師長・主治医の説明 → 患者相談窓口説明 → 看護部長・事務長対応
→ 院長

必要時:医療安全管理委員会(後日)報告

4. 投書・医療関係以外の苦情等

総務課担当課長調査 → 各部署責任者へ対応方法検討 → 総務課で回収し発信→
院内 LAN 掲示板へ UP

5. 行政機関からの相談対応について

行政機関からの相談・情報提供に関しては事務長が窓口となり対応を行う。

6. 守秘義務について

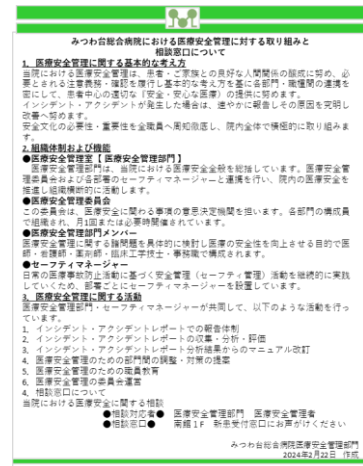
職務上知り得た個人情報・相談内容については正当な事由なく他の第三者に明らかにし
てはならない。

7. その他

(1)上記 1~4の苦情の中で医療安全管理に関連する事案に関しては、医事課事務次長
より医療安全管理者へ報告し状況の確認と対象部署での情報共有を行いセーフティマネ
ジメント会議での審議・情報共有及び医療安全管理委員会への報告を実施する。

(2)病状や治療方針に関する患者からの相談に関しては、担当者を決め誠実に対応し担
当者は必要に応じ主治医・担当看護師へ内容を報告する。

またその内容は、当該患者のカルテに記録する。



X V. 本指針の周知

本指針の内容については、病院長、医療安全管理責任者、医療安全管理者、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

1. 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1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、医療安全管理委員会の決定により行う。ただし、本指針の趣旨に反しない軽微な改正については、関係部署で協議の上、医療安全管理責任者が行うことができる。

2. 本指針の所管

本指針の所管は、医療安全管理室とする。

3. 本指針の閲覧

(1) 本指針の周知

本指針は、患者および家族が閲覧できるように病院ホームページに公開する。職員に関しては院内 LAN 上の文書管理へ置くこととする。

(2) 本指針の改正

本指針の改正は、医療安全管理委員会の承認により行う。

(3) 本指針の閲覧

本指針は、患者および家族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。

改訂履歴

平成20年 4月 1日作成

年1回改訂歴あり(割愛)

2020年 4月 1日改訂

2022年 4月 1日改訂

2023年 4月 1日改訂

2024年 4月 1日改訂