

西濃厚生病院における医療安全管理に関する指針

1. 医療安全に関する基本的な考え方

当院の理念である「良質な医療を提供し地域の皆さまから信頼される心豊かな病院を目指す」ため、職員一人一人が、医療人として職業倫理を持ち患者さんとの信頼関係を構築することが、患者さんにとって安全性の高い、また、質のよい医療を提供していくことに繋がる。人はエラーを起こすものと念頭において、当院では医療事故防止対策を強化し、安全・安心な医療を提供する医療安全管理体制を構築する。

2. 医療安全管理対策の組織に関する基本事項

安全管理体制の確保及び推進のために「医療安全対策委員会」「リスクマネジメント委員会」を設置する。また、組織横断的に安全管理を担う部門として、「医療安全対策室」を設置し、活動の中心的な役割を担う「医療安全管理者」を配置する。

(1) 医療安全対策室

病院長直轄の機関として医療安全対策室を設け、医療安全管理者を配置し院内における医療安全管理体制を組織する。

(2) 医療事故対策委員会

院内に医療事故等、特に緊急な対応が必要とされる場合、その対策を検討するため医療事故対策委員会を設置する。なお、委員の構成は、病院長・事務局長・副院長・看護部長・事務次長・医療安全対策委員長・医事課長・医療安全管理者で構成し必要時、病院長が召集するとともに議長を務める。

(3) 医療事故調査委員会

医療過誤、或いはその疑いのある医療事故が発生した場合、医療安全対策室の依頼に応じ、事故の原因、医療過誤の有無を調査し、再発防止策を検討する。また、過誤の有無に関わらず、医療に起因する予期せぬ死亡事例が発生した場合は、医療事故調査制度の対象事案として、医療事故調査・支援センターに報告するとともに、本委員会で調査・検討を行う。委員会の構成員は、医療事故対策委員会と同様とし、必要時に随時、開催する。

(4) 医療安全対策委員会

院内における医療事故の発生防止対策及び、医療事故発生時の対応について必要な事項を定め、医療事故防止体制の確立を促進し、安全かつ適切な医療の提供を行う。

医療安全対策委員会の構成員は、病院長・事務局長・医療安全対策委員長・麻酔科医・放射線科医・看護部長・医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者・医事課長・副看護部長・各メディカル所属長・医療安全管理者の14名で構成する。委員会の開催は、毎月1回とし、医療安全管理者が召集し議長にあたる。

(5) リスクマネジメント委員会

院内における安全管理に関する各部門等からの意見を取りまとめ、医療安全対策を検討するため、各部署にリスクマネージャーを設置し、医療事故・予防対策等の促進を図る。各部門・各部署のインシデント及びアクシデントレポートの原因分析、事故防止対策を検討し、再発防止に努める。また、所属職員の教育・監査を併せて行う。

なお構成員は、医療安全対策委員長・看護部長・事務次長・副看護部長・医療安全管理者・医師部門4名・メディカルスタッフ5名・看護部13名・事務部門2名の30名で構成する。

委員会の開催は毎月1回定例とし、医療安全管理者が召集し議長にあたる。

(6) リスクマネージャー

院内の安全管理に関する各部門からの意見を取りまとめ、医療安全対策を検討するため、各部署リスクマネージャーを配置する。なお、構成員は、医師部門5名・診療技術部門6名・看護部門16名・事務部門3名で構成する。

3. 医療に係わる安全管理のための職員研修に関する基本方針

医療安全の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法を、全ての病院職員に周知徹底することを通じ、安全に対する意識を高め安全に業務を遂行しうる能力を向上させることを目的として、年間2回以上の医療安全に関する研修を開催する。また職員には、この研修への参加を義務付ける。

4. 事故報告後等の医療安全確保のための方策に関する基本方針

医療事故、あるいは医療事故に繋がる危険性があると判断された事例に対しては、速やかにインシデント・アクシデントレポートとして報告することを全職員に義務付ける。ただし、報告者に対し不利益処分が科されないような環境整備に努めなければならない。また、報告された事例についてはリスクマネジメント委員会において、事実関係の把握および原因分析調査を行った後に改善策を立案し全職員に周知徹底を図るものとし、さらに改善策が有効に機能しているかを点検・評価し、必要に応じ見直しを図るものとする。

5. 医療事故発生時の対応に関する基本方針

医療事故発生時には、院内の総力を結集し、患者さんの救命と被害の拡大回避に全力を尽くす。病院管理者（病院長）は必要に応じ、医療安全対策室に「医療事故対策委員会」の招集と、各関係者からの事実関係の調査を指示するとともに、事故の原因を究明し、再発防止と事故の拡大防止を図りながら事後に発生すると推測される事案について対策を講じる。また、報告を踏まえて、患者さん及び家族への説明は誠意を持って対応する。さらに、情報の公表にあたっては、患者さんのプライバシーの保護に十分注意するものとする。

6. 医療従事者と患者との情報共有に関する基本方針

患者等に医療安全の理解と協力を得るため、積極的に情報開示を行う。また、必要時には、ホームページにおいて掲載し情報閲覧が可能とする。

7. 患者からの相談への対応に関する基本方針

当院は、患者中心の安全で質の高い医療の実現に向け、患者及び家族からの相談窓口として「患者サポートセンター」を設置し、医療に関する相談・意見・苦情に耳を傾け、より質の高い患者安全対策を推進する。

8. 医療安全管理推進のための基本方針

職員は、相互に協力し合い、医療に対する信頼性と透明性確保のために力を合わせるこ
とが責務であると自覚するとともに、患者の安全を保障するための自己研鑽に努める。
このため、「医療安全マニュアル」を各部署に配置し、職員に周知徹底を図る。また、
必要に応じ改訂・更新する。

改訂：令和5年10月