

愛育病院 医療安全管理指針

医療安全管理指針 目次

- 1 医療安全管理に関する基本的な考え方
 - 1－1 医療安全管理に関する基本理念
 - 1－2 用語の定義
- 2 医療安全管理のための組織
 - 2－1 医療安全管理委員会
 - 2－2 医療安全管理室
 - 2－3 医療安全管理者
 - 2－4 医薬品安全管理責任者
 - 2－5 医療機器安全管理責任者
 - 2－6 医療放射線安全管理責任者
 - 2－7 リスクマネジャー
 - 2－8 リスクマネジャー会議
- 3 医療安全管理のためのマニュアルの整備
 - 3－1 医療安全管理マニュアル等
 - 3－2 医療安全管理マニュアル等の作成と見直し
 - 3－3 医療安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方
- 4 医療安全管理のための研修に関する基本方針
 - 4－1 目的
 - 4－2 実施方法・責務
 - 4－3 実施上の留意点
- 5 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
 - 5－1 報告とその目的
 - 5－2 秘密保持
 - 5－3 報告にもとづく情報収集
 - 5－4 報告内容の検討等
 - 5－5 その他
 - [表 1] 影響度分類
 - [表 2] インシデント・アクシデントレポートの提出ルート
- 6 重大事故発生時の対応（参照：「重大医療事故発生時の対応」）
- 7 医療従事者と患者及び患者家族との情報共有に関する基本方針
- 8 患者からの相談への対応に関する基本方針
- 9 その他
 - 9－1 本指針の周知
 - 9－2 本指針の見直し、改正
 - 9－3 本指針の閲覧

1 医療安全管理に関する基本的な考え方

1-1 医療安全管理に関する基本理念

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意などが、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

医療従事者には、患者の安全を確保するための努力が求められており、医療事故として患者に実害を及ぼすことのないようなシステムを院内に構築することも重要な課題である。

本指針はそれぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。

本院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員の積極的な取組みを要請する。

- ① ヒューマンエラーが起こりうることを前提として、エラーを誘発しない環境や、起こったエラーが事故に発展しないシステムを病院全体で整備する。
- ② 職種や診療科における自主的な業務改善や能力向上活動等を強化する。
- ③ 継続的に医療の質の向上を図る活動を幅広く展開していく。
- ④ 患者との信頼関係を強化し、患者と医療従事者との対等な関係を基盤とする「患者中心の医療」の実現を図る。

1-2 用語の定義

1) 医療事故（アクシデント・有害事象）

医療にかかわる場所で医療の全過程において発生するすべての人的事故を指し、医療従事者の過誤、過失の有無を問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

これは、医療行為と直接関係ない場合も含まれ、また患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合も含まれる。

2) 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、ハットした経験を有する事例。

3) 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、第三者から見て望ましくない場合及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。

4) クレーム

患者或いは家族からの苦情や抗議で、病院側とのトラブルに発展する可能性のあるものをいう。

2 医療安全管理のための組織

院内の医療安全管理の組織及び運営については、「医療安全管理委員会規定」によるほか、本指針の定めるところによる。

2-1 医療安全管理体制

(1) はじめに

「医療安全管理加算 1 の取得に向けて、当院は以下の方針に基づき、医療安全管理体制を構築し運用する。」

<医療安全管理加算 1 の施設基準>

- ① 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。
- ② 医療に係る安全管理を行う部門（医療安全管理部門）を設置していること。

- ③ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
- ④ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。
- ⑤ 医療安全管理者が、医療安全管理対策委員会と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。
- ⑥ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。
- ⑦ 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- ⑧ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
* 院内ラウンド月に2回以上 看護部安全ラウンド月に1回（4月・3月は除く）
- ⑨ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
- ⑩ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
- ⑪ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
- ⑫ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。
- ⑬ 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。
- ⑭ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。
- ⑮ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。なお、当該カンファレンスを対面によらない方法で開催しても差し支えない。

(2) 医療安全管理体制の整備

「当院は、医療安全管理加算1に基づき、医療安全管理者（専従）を病院長が任命し、組織全体で医療安全に取り組む。医療安全管理者は、院内で発生した医療事故や問題点に迅速に対応し、関係部署と連携して改善策を講じる。」

(3) 医療安全管理委員会の設置と運営

2-2 参照

(4) 医療安全対策の実施状況の評価

「医療安全対策の効果を定期的に評価し、改善策を策定する。医療事故発生率や改善状況に基づき、月次で実施状況を報告する。」

(5) 職員教育・研修

「医療安全に関する定期的な研修を実施し、全職員が医療安全に関する知識を深める。新任スタッフには必ず医療安全研修を実施する。」

(6) 評価と改善

「医療安全管理加算1の要件を満たすため、院内での実施状況を毎年度評価し、必要に応じて改善策を講じる。年度末には評価結果を院内全職員に共有し、次年度の計画に反映させる。」

2-2 医療安全管理委員会

本院における医療安全管理の体制の確保及び推進を図るため、医療安全管理委員会を設置する。

1) 委員の構成

(1) 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。

- ① 委員長 医療安全管理責任者（院長）
- ② 副委員長 医療安全管理者
- ③ 委員 病院長、各診療科部長（病院長の選任による）、看護部長、事務部長、医薬

- 品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、検査科技師長、
栄養科長、医事課長、医療安全担当師長、感染制御担当師長
- (2) 委員長に事故あるときは、副委員長がその職務を代行する。

2) 任 務

医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理委員会の開催及び運営
- (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生要因、再発防止策の検討及び職員への周知
- (3) 事故防止について職員への指示に関すること
- (4) 院内の医療事故防止活動及び医療安全に関する職員研修の企画立案
- (5) 医療安全管理施策に関する院内各組織との調整
- (6) その他、医療安全の確保に関する事項

3) 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は委員長が招集し、原則として、月1回、定例的に開催するほか、必要に応じて開催する。
- (2) 委員長は、委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保管する。
- (3) 委員会の庶務は医療安全管理室が担当し、議事録を作成し病院長に報告（決済）する。
- (4) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告し、診療連絡会を通じて、各部署に周知する。
- (5) 重大な問題が生じた場合には委員会に於いて速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

2-3 医療安全管理室

病院の各種安全体制の整備、医療事故の防止、その他の企画、立案、及び各種委員会との連絡調整に当たることを目的に、医療安全管理室を設置する。

1) 構成

医療安全管理室の構成は以下の通りとし、病院長が任命する。

- (1) 医療安全管理室長（院長）
- (2) 医療安全管理者
- (3) 医療安全管理担当師長
- (4) 薬剤科医療安全管理担当職員
- (5) 臨床工学科医療安全管理担当職員
- (6) 診療放射線科医療安全管理担当職員
- (7) 感染制御担当師長または副師長
- (8) 担当事務職員

2) 業務

医療安全管理室は本院における医療安全管理対策の実務的運営を担当する。

- ① 医療安全管理委員会およびリスクマネージャー会議で用いられる資料及び議事録の作成および保存他庶務を行うこと。
- ② 院内を巡回し、本指針及びマニュアルの整備・遵守、改善策の実施、インシデント・アクシデントレポートが適正になされていることの確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。
- ③ 医療安全に関する連絡調整を行うこと
- ④ インシデントレポート・アクシデントレポート事例の集計、分析を行うこと。
- ⑤ 複数の部署にまたがるシステム上の問題又は各部署では分析が難しい問題を分析し、改

善策を立案し、関係部署に実施の徹底を図ること。

- ⑥ 患者や家族への説明など、有害事象（医療事故）発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。
- ⑦ 有害事象（医療事故）の原因究明を適切に実施するための協力支援を行うとともに必要な指導を行うこと。
- ⑧ 医療安全管理に関する個々の職員研修の企画及び運営を行うこと。
- ⑨ 医療安全管理に関する情報の収集及び提供を行うこと。
- ⑩ 臨床倫理に関する情報を収集し、連絡調整を行うこと。
- ⑪ 権利擁護（院内暴力、脅迫、虐待、クレーム、ハラスメント等）に関する情報を収集し、対応部署等との連絡調整を行うこと。
- ⑫ その他医療安全管理に関わること。
- ⑬ 月1回カンファレンスを開催するほか、室員の要請に応じて開催する。
- ⑭ インシデント事例等による業務改善計画と、それに基づく実施状況、評価結果などを記録し、保管する。

2-4 医療安全管理者

医療安全管理室に医療安全管理の実務を行う専任及び兼任専従の者（以下「医療安全管理者」）を置く。医療安全管理者は、各部署のリスクマネージャーとの連携を図り、院内の医療事故防止及び医療安全性の向上のため、医療安全に関する責務と権限を持つものとし、医療安全管理業務を行う。

1) 業務

- ① 医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- ② 医療安全管理に関する問題点の把握、分析、対策の立案、実施、評価を行うこと。
- ③ 医療安全管理に関する職員研修の企画、実施すること。
- ④ 職員の医療安全管理に関する意識の向上、指導などを行うこと。
- ⑤ 病院の各部門・部署間の連携を図るための調整を行う。
- ⑥ その他医療安全管理室の業務を行うこと。
- ⑦ 相談窓口等の担当者と連携を図り、医療安全に係る患者、家族の相談に適切に応じること。

2-5 医薬品安全管理責任者

医薬品の使用に際して、医薬品の安全使用のための体制を確保し、医薬品に係る安全管理のための体制を確保するために、医薬品安全管理責任者を置く

1) 業務

- ① 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成。
- ② 職員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施。
- ③ 医薬品の業務手順に基づく業務の実施。
- ④ 医薬品の安全使用のために必要となる情報を収集、その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施。
- ⑤ 「医薬品の安全使用のための業務手順書」を促していく。

2-6 医療機器安全管理責任者

病院が管理する医療機器に係る安全管理のための体制を確保するために、医療機器安全管理責任者を置く。

1) 業務

- ① 職員に対し、新しい医療機器を使用する際や安全操作の教育が必要な医療機器に関する研修の実施。

- ② 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施。
- ③ 医療機器の添付文書、取り扱い説明所などの医療機器の安全使用・保守点検に関する情報収集。その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施。
- ④ 管理している医療機器の不具合や健康被害などに関する情報報告。

2-7 医療放射線安全管理責任者

診療用放射線の安全利用に係る安全な管理のために、医療放射線安全管理責任者を配置する。
医療安全管理責任者は、診療用放射線の安全利用のため、次に掲げる業務を行う。

- 1) 業務
 - ① 診療放射線の安全利用の為の指針策定
 - ② 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施
 - ③ 「厚生労働大臣の定める放射線診療に用いる医療機器」を用いた放射線診療を受ける者の該当放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施
 - ④ 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応

2-8 リスクマネジャー

病院の診療部門、中央施設部門、看護部門及び事務部門を構成する各部署のそれぞれに、医療安全管理を推進するためのリーダー的役割を果たす担当者として、リスクマネジャーを配置する。

- 1) 業務
 - ① インシデント・アクシデントレポートの積極的な提出を促進すること。
 - ② 医療事故が発生した時に、当事者からの報告に基づき、直ちに当該事象の内容を医療安全管理室・病院長に報告すること。
 - ③ 担当部署の日常を通じて医療安全管理に関する問題を提起し解決を図ること。
 - ④ 担当部署では解決がつかない問題を医療安全管理室に報告し、協同で解決を図ること。
 - ⑤ 担当部署内で解決した問題をリスクマネジャー会議に報告し、全病院的な問題への関連として提案を行うこと。
 - ⑥ 院内で回付されてきた医療安全管理にかかわる情報を、担当部署に速やかに周知・徹底すること。
 - ⑦ 担当部署における医療安全管理に関わる情報を積極的に収集し、医療安全管理室等、院内の関係機関に迅速に提供すること。
 - ⑧ 医療安全管理に関する職員研修及び啓発を推進すること。
 - ⑨ その他医療安全管理室の活動に協力し、部署ごとの医療安全対策を推進すること。

2-9 リスクマネジャー会議

医療安全管理委員会の指示に従い、医療安全管理委員会を補佐するものとして、リスクマネジャーで構成するリスクマネジャー会議を設置する

- 1) 構成
 - (1) リスクマネジャー会議は各部署のリスクマネジャーで構成し、病院長が任命する。
 - (2) リスクマネジャー会議の議長は、医療安全管理担当者がこれを勤める。
- 2) 業務
 - (1) 事故事例の原因を分析し、改善策の立案、実施及び評価を行うこと
 - (2) 各部署間の問題点をお互いに報告、検討し、解決策を提案すること
 - (3) 各部署に共通な医療安全管理に関する院内の取り決めの制定並びに本指針及び医療安全管理マニュアルの改訂の検討を行うこと

- (4) 医療安全対策に関する情報交換を行うこと
 - (5) リスクマネジャー会議の会議結果の連絡を行うこと
 - (6) その他医療安全対策の推進を行うこと
- 3) 会議の開催及び活動の記録
- (1) リスクマネジャー会議は原則として月 1 回定例会議を開催するほか、委員の要請に基づいて臨時会議を開催する。
 - (2) リスクマネジャー会議は議長が招集し、議題等で検討すべき事項は委員にあらかじめ通知する。
 - (3) 各部署で検討した事項は、医療安全管理室に報告する。
 - (4) リスクマネジャー会議議事録を作成し、議事内容及び活動の状況を病院長に報告する。
 - (5) リスクマネジャー会議の事務局は、医療安全管理室とする。

3 医療安全管理のためのマニュアルの整備

3-1 医療安全管理マニュアル等

医療安全管理のため、本院において以下のマニュアル等を整備する。

- (1) 医療安全管理マニュアル
- (2) 院内感染対策マニュアル
- (3) 医薬品安全使用マニュアル
- (4) 輸血マニュアル
- (5) 褥瘡対策マニュアル
- (6) 個人情報保護規定
- (7) 災害対策マニュアル

3-2 医療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、関係部署の共通のものとして作成・整備する。
- (2) マニュアル等は、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアル等の改正等は、医療安全管理委員会の決定により行う。
- (4) リスクマネジャーは、部署のマニュアルを管理する。

3-3 医療安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) 医療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、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。

4 医療安全管理のための研修に関する基本方針

4-1 目的

医療安全管理のための職員研修は、医療安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について病院の職員に周知徹底を行うことで、職員個々の医療安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能、チームの一員としての意識向上などを図ることを目的とする。

4-2 実施方法・責務

- (1) 病院長は、職員が医療安全確保に必要な知識、技術、態度を身に付けられるよう研修の支援に努めるものとする。
- (2) 医療安全管理委員会は、年2回以上の研修計画を策定し、実施及び評価を行う。

研修	対象者	備考
医療安全職員全体研修	全職員（非常勤含む）	2回/年以上必須
診療用放射線の安全管理のための研修	診療用放射線を取り扱う職員全員（非常勤含む）	1回/年必須
初任者研修（全体）	新入職者全員	4月
初任者研修（看護部）	看護部新入職者	4月
医薬品安全管理研修	該当職員	都度
医療機器安全管理研修	該当職員	都度

- (3) 医療安全管理室は、個々の研修の企画及び運営を行う。
- (4) リスクマネジャーは医療安全管理研修を推進する。
- (5) 職員は、年2回以上研修会に参加することを責務とし、常に自己啓発に努める。
- (6) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、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。

4-3 実施上の留意点

- (1) 研修の実施内容及び参加状況について記録に残し、その評価及び改善に努める。
- (2) 医療安全管理のための研修は、病院長等の講義、院内での報告会、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文献の抄読などの方法によって行う。
- (3) 医療関係学会、団体などが提供する医療安全に関する情報を収集し関係部署に配布する

5 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

5-1 報告とその目的

院内で発生したインシデント・アクシデントについては、本報告体制に基づき、速やかに確実な報告を行うものとする。

報告の目的は、類似事故の再発防止や医療システムの改善に役立たせるためである。職員等の懲戒や人事管理目的に使用することはない。

5-2 秘密保持

職員は、報告された事例について、職務上知りえた内容を正当な理由なく他の第3者に告げてはならない

5-3 報告にもとづく情報収集

- (1) 報告すべき事項と期限

全ての職員は、本院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、概ねそれぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

- ① 医療事故・アクシデント（レベル4a以上）

⇒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生じた場合は、発生後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全管理者→院長へと報告する。

重大事故発生時は、「重大医療事故発生時の対応」による。

- ② レベル3b以上の医療事故、また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（レベル2-3a）

⇒速やかに上席者または医療安全管理者へ報告する。

- ③ 暴言・暴力発生時や何らかのトラブル発生時など、日常診療のなかで危険と思われる状況
⇒適宜、上席者または医療安全管理者へ報告する。

*医療事故の影響度レベルは、[表 1]「影響度分類」参照。

(2) 報告の方法

- ① 前項の報告は、原則として当院の報告書式として定める報告書（インシデント・アクシデントレポート、転倒・転落報告書、トラブルレポート等）をもって行う。ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。

不在等何らかの事情で当事者が記載できない場合は、発見者又は関係者が記載し、報告すること。インシデントレポートは3日以内に医療安全管理室へ提出する。

*報告のルートは、[表 2]「インシデント・アクシデントレポートの提出ルート」を参照。

- ② レポートは、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、帳簿類に基づき作成する。

- ③ 自発的報告がなされるよう上席者は報告者名を省略して報告することができる。

5-4 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は、前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、医療の安全管理上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、本院の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は、すでに策定した改善策が、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。

5-5 その他

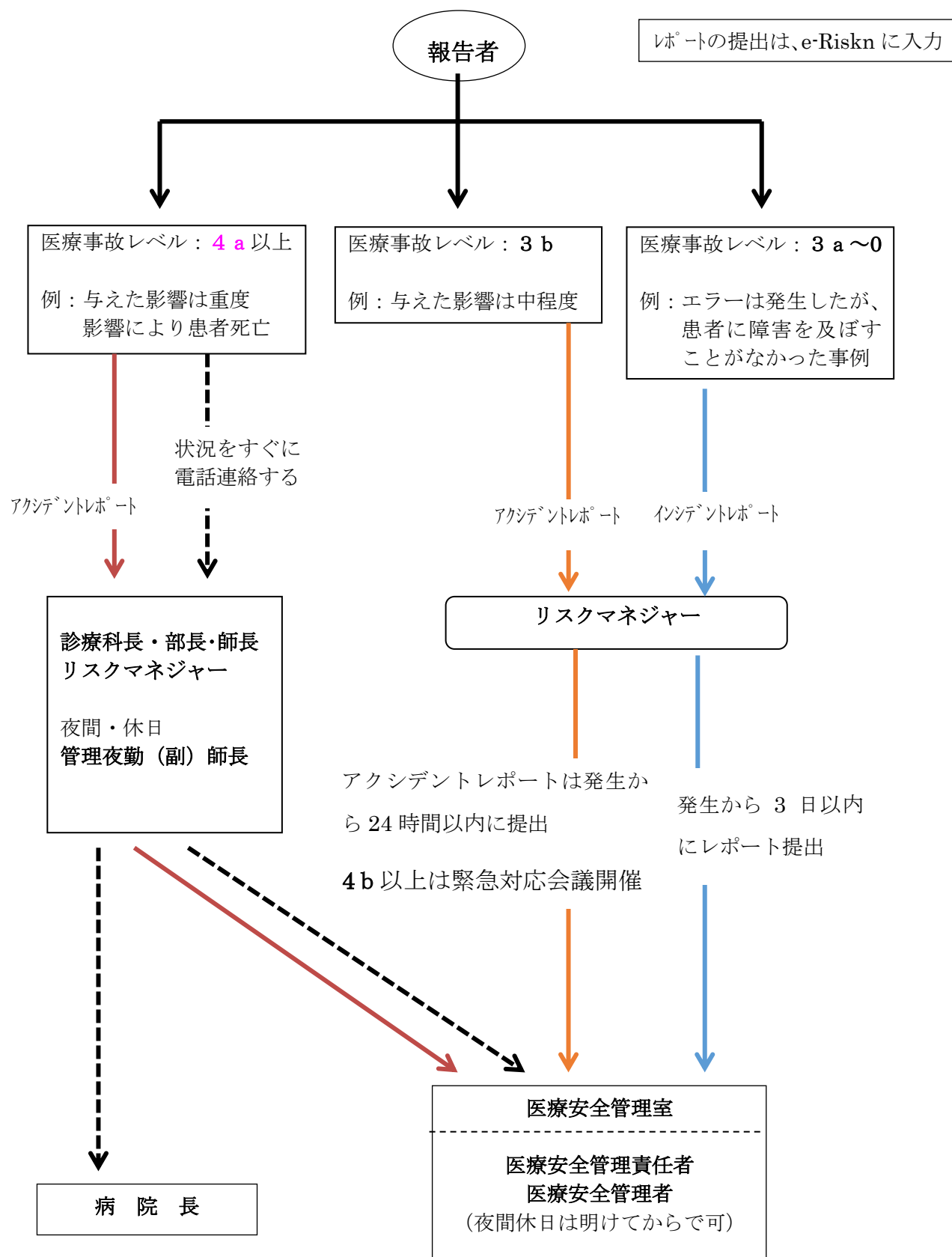
- (1) 本項の定めにしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

〔表 1〕 影響度分類

実際に患者が被った被害の分類。レベル 2 以上をインシデント、レベル 3 b 以上をアクシデントとする。

レベル	障害の継続性	基 準
0		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
1	なし	患者には実害はなかった。（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
2	一過性	処置や治療は行なわなかった。（患者観察の強化、バイタルの軽度変化、安全確認のための検査の必要性は生じた。）
3 a	一過性	簡単な処置や治療を要した。（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤投与など）
3 b	一過性	濃厚な処置や治療（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院期間の延長、外来患者の入院、骨折等）を要した。
4 a	永続的	永続的な傷害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
4 b	永続的	永続的な傷害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
5	死亡	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
その他		

[表 2] インシデントレポート・アクシデントレポートの提出ルート



6 重大医療事故発生時の対応（参照：「重大医療事故発生時の対応」）

6-1 重大医療事故とは

医療側の過失によるか否かを問わず、患者への影響度基準のうち、レベル4及び5に相当する事象並びにレベル3bに該当し、リスクマネジャー又は診療部長等各部署の責任者が重大又は緊急を要すると判断した事象を言う。予期せぬ突然死、死産、手術・処置後の急変なども報告の対象とする。

6-2 院内の報告

- (1) リスクマネジャー又は診療部長等各部署の責任者は、初期対応を行った後、できるだけ早い段階で、医療安全管理室及び病院長に報告する。
- (2) 他領域の診療科等が必要と思われるときは、遅滞なく応援を求め、依頼を受けた診療科は、必要な情報、資材、人材などを提供する。
- (3) 一段落したら、その内容を記録し、医療安全管理室に提出する。

＊以下、別項「重大医療事故発生時の対応」により行動する。

7 医療従事者と患者、患者家族との間の情報共有に関する基本方針

医療従事者と患者、及び、患者家族との間での情報共有は、医療安全推進の観点からも、紛争を予防する観点からも重要である。

十分な情報共有がなされるように、診療録のインフォームド Consent 用紙等を活用し、双方に記録が残るよう配慮する。

8 患者からの相談への対応に関する基本方針

患者、および、患者家族からの相談については、患者相談窓口とする。

しかし、医療内容にかかわる問題については、当該診療科、及び、医療安全管理室が連絡を受け、適切に対応していく。

- ① 病院の安全対策等の見直しに活用するため、相談窓口寄せられた情報のうち医療安全に関するものは委員会に報告する。
- ② 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主治医、担当看護師等へ内容を報告する。
- ③ 患者相談窓口設置規約は別途定める。

9 その他

9-1 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、医療安全管理委員会、リスクマネジャー会議等を通じて、全職員に周知徹底する。

9-2 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。

9－3 本指針の閲覧

本指針の内容を職員と患者がいつでも閲覧できるよう努める。