

医療安全管理指針

| | | |
|-------|--------------------------------------|----|
| I. | 総則 | 1 |
| I-1 | 目的 | 1 |
| I-2 | 医療安全管理に関する基本的考え方 | 1 |
| I-3 | 用語の定義 | 1 |
| I-4 | 医療安全に関わるヒヤリ・ハットおよび事故報告の分類・レベル院内基準 | 2 |
| II. | 委員会等の組織に関する基本的事項 | 2 |
| II-1 | 医療安全管理委員会の設置 | 2 |
| II-2 | 医療安全管理委員会の管理及び運営に関する規定 | 2 |
| II-3 | 医療安全管理部門（以下、医療安全対策室）の設置 | 3 |
| II-4 | 医療安全対策室の業務 | 3 |
| II-5 | 医療安全管理者の業務 | 4 |
| II-6 | リスクマネジャーの配置と業務 | 4 |
| III. | 研修に関する基本方針 | 4 |
| III-1 | 医療安全管理のための研修の考え方 | 4 |
| III-2 | 医療安全管理の研修の種類 | 5 |
| IV. | 改善方策に関する基本方針 | 5 |
| IV-1 | 報告とその目的 | 5 |
| IV-2 | 報告にもとづく情報収集 | 5 |
| IV-3 | 報告内容の検討 | 6 |
| IV-4 | その他 | 6 |
| V. | 事故発生時の対応に関する基本方針 | 7 |
| V-1 | 救命措置の最優先 | 7 |
| V-2 | 初動体制 | 7 |
| V-3 | インシデント・アクシデント事例の報告・連絡 | 7 |
| V-4 | 実習生の実習中のインシデント・医療事故に関する対応 | 7 |
| V-5 | 医療事故緊急対策会議（以下、緊急会議） | 7 |
| V-6 | 患者・家族への対応 | 8 |
| V-7 | 事実経過の記録 | 9 |
| V-8 | 医療事故調査制度における医療事故 | 9 |
| V-9 | 医療事故の評価と事故防止への反映 | 9 |
| V-10 | 医療事故に関与した職員の心理的支援について | 9 |
| VI. | 情報共有に関する基本方針－患者等から本指針の閲覧の求めがあった場合の対応 | 9 |
| VII. | 患者相談対応に関する基本指針 | 10 |
| VIII. | その他 医療安全の推進のために必要な基本方針 | 10 |

社会医療法人恵和会 西岡病院 医療安全管理指針

I. 総則

I-1 目的

この指針は、西岡病院(以下、本院)における医療事故等の発生防止及び医療事故発生後の対応策について、必要な要綱と具体的な手順を定め、適切かつ安全な医療の提供に資することを目的とする。

I-2 医療安全管理に関する基本的考え方

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意等が、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。

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程にいくつかのチェックポイントを設けるなど、単独あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、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り組みを要請する。

I-3 用語の定義

(1) 医療事故(アクシデント)

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する全ての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

- ① 患者の死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害、苦痛及び不安等の精神的被害が生じた場合
- ② 患者の転倒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従事者に被害が生じた場合

(2) 医療過誤

医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、これによって患者に傷害を及ぼした場合をいう。過失の有無については、事例によって必ずしも明確でない場合がある。また、事実認定が医療事故の発生時点における医療水準に照らして判断されることから、医療過誤の範囲は時代とともに変化するものと考えられる。

(3) ヒヤリ・ハット(インシデント)

患者に傷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、“ハッ”とした経験のことをいう。ただし、西岡病院医療安全管理指針におけるヒヤリ・ハット(インシデント)は、本院での運用上、次項に掲げる【医療安全に関わるヒヤリ・ハットおよび事故報告の分類・レベル院内基準】に則り、レベル 3a までのものとする。

I-4 医療安全に関わるヒヤリ・ハットおよび事故報告の分類・レベル院内基準

レベル0 : 誤った行為が発生した、医薬品・医療介護用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった

レベル1 : 事故は発生したが、患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)

レベル2 : 実害はあったが、処置や治療は行わず軽微であった(観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査の必要、絆創膏の保護等が生じた)

レベル3a: 事故により中等度な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与、チューブ類の再挿入、レントゲン単純撮影など)

レベル3b: 事故により濃厚な処置や治療を要した(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 : 事故により永続的な障害や後遺症が残る場合、またはそうなる可能性が高く治療を継続しなければならない場合

レベル5 : 事故による死亡、またはそうなる可能性が高く治療を継続している場合(原疾患の自然経過によるものを除く)

* レベル0～3a までがヒヤリ・ハット(インシデント)、レベル3b～5を医療事故(アクシデント)とする

II. 委員会等の組織に関する基本的事項

II-1 医療安全管理委員会の設置

(1) 目的

本院において発生した医療事故の原因究明及び再発防止対策等を検討し、安全かつ適切な医療の提供体制を確立すること、それらを総合的に企画、実施することを目的として、医療安全管理委員会(以下「委員会」という)を設置し、その方針に基づき、医療安全対策室を設置する。

(2) 委員会の構成は、以下のとおりとする。

委員長 : 副院長

副委員長 : 医療安全管理者(看護師)

担当委員 : 総看護師長、看護師長、薬局、リハビリ科、栄養科、医事課等の各部門の管理者及びリスクマネージャーを充てる

(3) 委員会の開催

委員会は原則として毎月1回定例開催するほか、必要に応じて委員長の判断のもと(2)以外の職員を加えること及び臨時会議を開催する。

委員会開催における検討事項等についてあらかじめ構成員に通知すること、また議事録の記録等の整理は副委員長が行う。

II-2 医療安全管理委員会の管理及び運営に関する規程

委員会は、主として以下の管理及び運営を負う。

(1) 委員長は委員会の業務を統括し、委員会が行う業務・重要な検討内容を適宜管理者である病院長に報告するとともに、医療事故防止対策を職員に周知徹底するため、次の事項を行う。

- ① 医療事故防止対策の確認のため、ミーティング及びカンファレンス実施を促進する
 - ② 医療事故事例を含めた学習会及び研修会開催を促進する
 - ③ 委員会の開催及び管理
- (2) 副委員長は、委員長が別の業務等により欠けるとき、その任務を代行する。また委員会における庶務を担当する。
- (3) 委員は、次の事項を行う。
- ① ヒヤリ・ハット、医療事故報告書、及び医療事故に関する諸記録の点検等に関すること
 - ② 医療事故防止に関するマニュアルの作成及び見直し・評価に関すること
 - ③ インシデント・アクシデント事例の分類・レベルの認定に関すること
 - ④ 報告事例とくに重大な問題発生時の原因分析・改善策立案・実施を職員に周知し、推進すること
 - ⑤ 改善策の実施状況の調査、見直しに関すること
 - ⑥ 医療事故防止のための啓発・広報等に関すること
 - ⑦ 診療及び療養環境の安全チェックと、院内監視体制の一貫としての院内ラウンド実施
 - ⑧ 医療事故防止対策に関する院内研修会を少なくとも年2回は開催すること

II-3 医療安全管理部門(以下、医療安全対策室)の設置

信頼される医療の実現のため院内におけるインシデント・アクシデントを総合的にマネジメントし、医療事故の防止及び医療安全の推進により安全文化の醸成を図るために、本院に「医療安全対策室」を置く。

医療安全対策室には、適切な研修を受けた医療有資格者を医療安全管理者として配置する。適切な研修とは、国及び医療関係団体等が主催する医療安全管理者の養成を目的とした研修であり、かつ要件を満たすプログラム内容である「医療安全対策に係わる適切な研修」に該当するものをいう。また、感染防止対策委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の感染予防対策を担うため、医療安全対策室に感染防止対策部門を設置する。感染防止対策部門には院内感染管理者を配置する。

医療安全管理者の任務に就く者は【IX-2 医療安全対策室の配置構成員】をもって示す。担当者に変更が合った場合は、その都度一覧を更新する。

II-4 医療安全対策室の業務

医療安全対策室は、病院長の直轄の部門として、次に掲げる業務を行う。

- ① 医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及びその他医療安全管理委員会の庶務に関すること
- ② 医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと
- ③ 患者や家族への説明など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
- ④ 医療事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに必要な指導を行うこと
- ⑤ 医療安全に係る連絡調整に関すること
- ⑥ 医療安全対策の推進に関すること

II-5 医療安全管理者の業務

医療安全管理者は、病院長の直轄として、次に掲げる業務を行う。

- ① 安全管理部門の業務に関する企画立案及び実施・評価を行う
- ② 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
- ③ 各部門における医療安全活動への支援を行う
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 院内感染予防対策活動に関することを行う
- ⑧ 抗菌薬適正使用に関することを行う
- ⑨ アウトブレイク発生時の対応に関することを行う
- ⑩ その他院内感染予防対策の推進に関することを行う

II-6 リスクマネジャーの配置と業務

(1) 目的

各所属に医療事故等の検討・分析の中心的な立場を担うリスクマネジャー(以下、マネジャー)を配置することにより、インシデント・アクシデント報告の点検及び積極的な提出の促進に努め、本院での診療行為、診療体制及び施設・設備等の安全を維持することを目的とする。

(2) 配置

マネジャーは医師1名のほか、看護職員は外来及び病棟単位、各医療技術部門及び事務部門にそれぞれ1名配置する。なお少人数の部門もあるため管理者等が兼任しても差し支えないものとする。

マネジャーの任務に就く者は【IX-2 医療安全対策室の配置構成員】をもって示す。担当者に変更があった場合は、その都度一覧を更新する。

(3) マネジャーは各所属において、次の事項を行う。

- ① インシデント・アクシデント事例の原因及び医療体制の改善方法についての検討に関すること
- ② インシデント・アクシデント報告の点検及び積極的な提出の促進に関すること
- ③ 院内において決定された医療事故防止及び安全対策に関する事項の周知徹底に関すること
- ④ 医療事故等の予防・再発防止等の研修会への参加の奨励に関すること

III. 研修に関する基本方針

III-1 医療安全管理のための研修の考え方

本院は、医療安全管理の基本的な考え方及び医療事故等の防止の具体的な対策等を全職員に周知徹底し、職員個々の医療安全管理に対する意識の向上を図るため、職種横断的に院内全体で医療安全管理の研修を実施するものとする。

III-2 医療安全管理の研修の種類

(1) 新採用職員に対する研修

新採用職員に対しては、採用時に必ず医療安全管理の基礎に関する研修(オリエンテーション)を行うものとする。

(2) 全職員に対する研修

医療安全対策室、リスクマネジャー及び委員会は、病院全体に共通する医療安全管理の意識的及び技術的な向上を促進するために、全職員を対象とした医療安全管理の研修を少なくとも年2回は行うものとする。

(3) 医療安全管理の研修の実施形態

- ① 医療安全管理のための研修は、各リスクマネジャーによる講義、講習会及び医療事故等の事例報告、または外部講師を招請した講演等の方法で行うものとする
- ② 研修の実施内容(開催日又は受講日時、出席者、研修項目)は、委員会の記録等の整理を担当する副委員長あるいは医療安全管理者が記録管理する
- ③ 研修の参加について、職種横断的に出席状況がわかるよう名簿管理とする

IV. 改善方策に関する基本方針

IV-1 報告とその目的

(1) この報告は医療安全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料とすることのみを目的とし、具体的には以下となる。

- ① 当院内における医療事故や危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定する
- ② これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集すること報告及び報告書は病院における医療安全推進のために用いられ、報告することによる個人への懲罰等は伴わないものとする

(2) これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、医療事故等の報告を行うものとする

IV-2 報告にもとづく情報収集

(1) インシデント事例を体験した職員は、その概要を【ヒヤリ・ハット、医療事故報告書】(以下、報告書)に記載し、可及的速やかに当該部署のマネジャーに報告する。

(2) 医療事故が発生した場合には【V 事故発生時の対応に関する基本方針】に則って直ちに報告する。

(3) 報告の方法は原則として報告書式として定める書面【ヒヤリ・ハット、医療事故報告書】をもって行う。ただし、緊急を要するアクシデント事例では直ちに口頭で報告し、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。

(4) 報告書の提出を受けたマネジャーは、潜在するシステム自体のエラー発生要因を把握するとともに、危険性の度合い及び予測の可否、システムの改善の必要性等、必要事項を記載して、インシデント事例では翌日までに、アクシデント事例では当日に医療安全管理者に提出する。

- (5) 報告書は、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。
- (6) 報告者について
 - ① 医療事故等の発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人が行う
 - ② 第三者が医療事故等を発見した場合には、当該事故の発見者又はその所属長が行う
 - ③ 医療事故(レベル3b 以上)等で、濃厚な処置や治療及び他科受診・転院等が必要となった場合、当該所属長がその経過報告を、書面【医療事故報告書(続報)】をもって行う

IV-3 報告内容の検討

(1) 改善策の策定

委員会は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。

- ① 【ヒヤリ・ハット及び事故報告の分類・レベル】の院内基準から、
レベル0～3a :

同じ又は類似して発生頻度が高い事例、発生すると患者への影響が大きい事例

レベル3b～5: 重大事故発生時

主に再発防止の手法である根本原因分析法(RCA:Root Cause Analysis)により分析を実施し、再発防止対策を立案、当該部署へフィードバックする

- ② 当該部署は、フィードバックされた防止対策をカンファレンス等でより効果的な対策となるよう検討及び職員間で周知を図り、それを実施する。
- ③ 根本原因分析法(RCA)の分析方法については資料手順に則る。また、取り組む事例によっては未然防止の手法(FMEA:Failure Mode and Effects Analysis)やMedical SAFERなどの分析手法を用いる場合もある。

どちらにせよ、以下の流れをもって分析することを基本とする。

- | | |
|----------------|----------------|
| 1:時系列で事象を関連づける | 2:問題点の抽出 |
| 3:背後要因を探る | 4:対策案を列挙・検討・決定 |
| 5:対策の実施 | 6:評価 |

(2) 改善策の実施状況の評価

改善策を実施している当該部署のマネジャーは、決められている評価時期に一旦評価し委員会へ報告すること。時期尚早で評価が困難な場合には、評価時期を変更して再度対策の実施・追跡・再評価を行うこととする。

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。

IV-4 その他

- (1) 病院長、事務長、医療安全管理者及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告げてはならない。
- (2) 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処分を行ってはならない。また、報告者の個人情報保護されるものとする。

V. 事故発生時の対応に関する基本方針

V-1 救命措置の最優先

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、可能な限り、まず本院内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。

また、本院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

V-2 初動体制

- (1) 医療事故が発生した際には、即時 周囲のスタッフに応援を要請し、医師及び看護師等の連携の下に救命処置を行う。また、状況に応じて救急カートの準備や必要な人員を確保する。
- (2) 重大な医療事故の発生に備え、ショックや心肺停止等に係る一次救命処置を直ちに行える医療体制を整備する。
- (3) 重大な事故(心肺停止等)の発生場所・曜日・時間等によっては、コードブルーによる応援要請を行う。
- (4) 救命処置を施さないレベルの場合は、医師の指示にしたがい経過観察等を行う。

V-3 インシデント・アクシデント事例の報告・連絡

報告の手順と対応について

- (1) 医療事故が発生した場合は、直ちに自部署の管理者もしくはマネジャー及び医師に報告する。
- (2) 患者の生死に関わる場合及び緊急的な対応が必要な場合(主に レベル3b 以上)は、医師、薬剤師及び看護師等は、副院長、薬局管理者、看護師長等に対する報告、及び直接 病院長、事務長、総看護師長に報告する。
- (3) 事務長、総看護師長は報告を受けた事項について、医療事故の重大性等を勘案し、病院長に報告する。
- (4) 報告を受けた病院長は、医療事故緊急対策会議の開催の必要性について判断する。

V-4 実習生の実習中のインシデント・医療事故に関する対応

ここでいう実習生とは本院が受け入れている全ての実習生(各職種の専門課程の学生(無資格者)、特定行為看護師研修受講者(有資格者))、研修生等を示す。臨床実習中のインシデント・医療事故は実習生自身のみならず、患者または実習指導者、担当教員をはじめとするスタッフも当事者になることがあり、事故発生に際しては迅速に対応し、関係各部署への連絡を滞りなく行う必要がある。

(1) 臨床実習受け入れ担当部門等責任者の責務

臨床実習受け入れ担当部門等の責任者は、実習生受け入れ時に、本院のインシデント等発生時の報告体制を説明し周知させるとともに遵守を徹底する。

- (2) 臨床実習中に発生したインシデント・医療事故等は、受け入れ担当部門等の責任者が本院の報告の流れに準拠し適切に対処する。また、担当教員と発生状況について確認し、原則として患者等対象者への対応は本院が、学生への対応は学校側が中心に行うこととする。

V-5 医療事故緊急対策会議(以下、緊急会議)

重大な医療事故発生時の対策を講じる目的で緊急会議を設置する。

- (1) 緊急会議は、医療事故発生時に病院長の判断により病院長、事務長、総看護師長及び委員会の委員長、副委員長、医療安全対策室の医療安全管理者、当該医療事故の当事者及び(又は)その上司の出席により開催する。
- (2) 病院長は、次の者を緊急会議に出席させる、又は求めることができる。
 - ① 当該医療事故の対策に必要と判断した職員
 - ② 病院が依頼した弁護士
- (3) 病院長は、緊急会議において次の事項を協議し、当該医療事故の対策を決定する。
 - ① 事実関係の確認・整理
 - ② 当該医療事故に関する識者等の意見の聴取
 - ③ 当該医療事故の対応方針
 - ④ 病院開設者(法人理事長)への報告、警察への届出、及び報道機関への公表の必要性
 - ⑤ 対応の役割分担
 - ア 患者・家族への対応
 - イ 施設内職員への対応
 - ウ 各関係者への報告(行政、関係団体、警察)
 - 行政 : 札幌市保健所
 - 関係団体: 日本医療機能評価機構
(医療事故調査制度に係る対象の場合、医療事故調査・支援センター)
 - 警察 : 所轄警察署
 - エ 報道機関への対応
 - エ 事故当事者及び当該部署への対応
 - ⑥ 当該医療事故の原因究明と、以降の医療事故防止への反映についての委員会との連携
 - ア 事故の分析とともに、以降の対応(早期発見、被害の拡大防止等)を行う
 - イ 事故後の検証を行い、再発防止、不備に関する改善に努める
 - ⑦ その他必要な調査等
- (4) 施設内職員及び他の患者に対する留意事項
 - ① 職員には事故の事実と患者・家族に対する説明内容を伝え、職員が同じ対応を行えるよう周知する。その際、事故発生場所、患者、当事者等が特定されないようプライバシーには十分注意する。緊急会議を招集し組織として対応していること、今後も経過を知らせる旨を伝え、マスコミ報道等に左右されることなく日常業務を行えるようにする。
 - ② 他の患者への説明については、範囲及び内容等を適時検討し対応する。
- (5) 病院長は、緊急会議を開催しない場合であっても前記(3)の事項について関係職員と協議し、対策を決定する。

V-6 患者・家族への対応

- (1) 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては誠意をもって医療事故等の説明等を行う。
- (2) 患者及び家族に対しての当該医療事故に関する説明等は、担当医又は看護師等が対応するものとし、重大な医療事故等については緊急会議で役割を担った担当者が対応するものとする。

V-7 事実経過の記録

- (1) 医師及び看護師等は、誰がいつ何をどのように実施したか、患者の状況、処置の方法、患者及び家族の反応・説明内容等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。
- (2) 電子カルテ上の診療録等の記載にあたっては、次に掲げる事項に留意して行うものとする。
 - ① 初期対応が終了次第、速やかに記載すること
 - ② 医療事故等の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと
 - ③ 想像や憶測に基づかず、事実を客観的かつ正確に記載すること
 - ④ 記録の追記・訂正を行う場合には、決められた方法で行うこと
 - ⑤ 記載は基本的に黒文字で入力する
 - ⑥ 第三者が見てもわかりやすいような誤解のない表現を用い、専門用語・略語は極力使用しない

V-8 医療事故調査制度における医療事故

(当院に勤務する医療従事者が提供した医療に起因又は起因すると疑われる死亡を含む医療事故)
平成 26(2014)年医療法改正により「医療事故調査制度」が制度化され、平成 27(2015)年 10 月 1 日より施行となっている。標題事故があった場合、当院の「院内医療事故調査の指針」に基づき、速やかに対応する。

V-9 医療事故の評価と事故防止への反映

- (1) 医療事故が発生した場合、委員会において、医療事故の原因分析など、次に掲げる事項について評価検討を加え、その後の医療事故防止対策への反映を図るものとする。
 - ① アクシデント報告に基づく事例の原因分析
 - ② 発生した事故について、組織としての責任体制の検証
 - ③ 講じてきた医療事故防止対策の効果
 - ④ 同様の医療事件事例を含めた検討
 - ⑤ 医療機器メーカーへの機器改善要求
 - ⑥ その他、医療事故防止に関すること
- (2) 医療事故について効果的な分析を行い、事故再発防止に資することができるよう必要に応じて、日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業の報告書・年報の分析内容等も活用し評価分析を行う。

V-10 医療事故に関与した職員の心理的支援について

- (1) 職場の上司は職員との面談を行い、職員の業務遂行上での影響を考慮し、心理面でのサポートや勤務上の配慮を行う。
- (2) 職場の上司は、必要に応じて、所属長への報告を行う。
- (3) 所属長は、職場の上司からの報告を受け、必要に応じてアドバイスをを行う。

VI. 情報共有に関する基本方針 — 患者等から本指針の閲覧の求めがあった場合の対応

本指針は、患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合はこれに応じるものとする。

VII. 患者相談対応に関する基本指針

- (1) 患者・家族が安心して医療を受けられるよう患者相談窓口(医療福祉課・地域連携室)を設置している。
- (2) 医療安全に関する相談は、医療安全対策室(医療安全管理者)が連携し相談及び支援を行う。
- (3) 相談により患者等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- (4) 医療安全対策室で受けた相談内容は報告書にまとめ、関係者及び院長、副院長に供覧をもって報告する。相談者が希望した場合や医療安全対策室室長が診療行為の妥当性について検証する必要があると判断した場合、委員会で審議するものとする。患者等から回答の要請がある場合は口頭又は文書により回答する。

VIII. その他 医療安全の推進のために必要な基本方針

医療安全の推進のため、医療安全管理マニュアルおよび改善策の見直しを継続して行い、改正内容については職員への周知徹底を速やかに行う。

他の医療機関等の安全対策や医療事故等の有用な情報収集を行うとともに、医療安全対策の推進を図る機関への報告を行う。(日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部)