

山梨病院医療安全管理指針

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人 地域医療機能推進機構山梨病院（以下「JCHO 山梨病院」という。）における医療の質の確保と安全な医療を提供するために医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及びアクシデント発生時の対応方法等についての基本方針を示すものである。当院はこれに基づき適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

JCHO 山梨病院は、当院の基本理念「だれでも いつでも 気持ちよく 安心してかかれる病院」及び目標に基づき、患者の尊厳と安全を確保し、質の高い医療を提供する。

安全な医療の提供は、個人レベルのみならず組織レベルでのアクシデント防止対策の実施により達成される。患者が安心して安全な医療を受けられるように、疾病や臓器を対象とした治療や、職種・診療科単位で追及する医療の質だけでなく、医療の受け手である患者の視点を含めた「病院全体」としての医療の質を考え、これを向上させなければならない。

日頃から安全性の高い医療を提供することによってアクシデントを未然に防止し、また、発生したアクシデントに対し迅速に公平で透明性のある対応を行うことにより社会的信頼を維持する必要がある。

JCHO 山梨病院は「人は誰でも間違える」という人間の本質を基に、職員個人の問題としてとらえるのではなく、過ちを誘発しない環境や過ちがアクシデントにつながらないシステムを組織全体として整備し、安全文化の醸成に努め、安全で質の高い医療を提供しなければならない。

このため、JCHO 山梨病院は本指針に基づき医療安全管理体制を確立するための医療安全管理指針及び医療安全管理マニュアル（以下「マニュアル」という。）を作成し、医療安全管理の強化充実を図る。

JCHO 山梨病院の基本理念を全うするためにも、院長、副院長、医療安全管理責任者（副院長）、医療安全管理者を中心に職員を包括した病院としてのアクシデント防止対策システム作りを行い、アクシデントのない医療の確立を目指す。

I アクシデントの現状認識

1999年に発生した二つの大きなアクシデント（横浜市立大学医学部附属病院での患者取り違え、東京都広尾病院での消毒液の誤注射）以来わが国でも医療安全に対する取り組みの重要性が指摘されるようになり、医療の高度化・複雑化等により患者の安全確保の観点からアクシデントの予防対策を推進することは極めて重要な取り組みである。当院においては2008年に医療安全管理室が発足、2014年改組に伴いJCHO指針に沿って一層の安全管理を行うため本管理指針を改定した。

II 医療安全に関する基本姿勢

当院の医療安全活動においては、「人間はエラーを犯すもの」という観点に立ち、1:29:300というハインリッヒの法則に鑑み、インシデント報告、アクシデント報告はアクシデント防止のための重要な情報と考え、これを収集・分析し個人の責任を追究するのではなく、アクシデントを起こさないような安全管理体制の構築と全職員が一体となり医療安全文化の醸成を図る。

第3 用語の定義

I 医療安全に係る指針・マニュアル

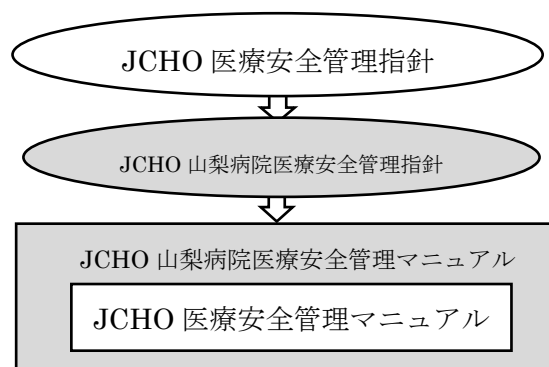
1. 医療安全管理指針

JCHO山梨病院における医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、及び医療有害事象対応等の医療安全管理のための基本方針を示したもので、JCHO医療安全管理指針に基づき作成する。医療安全管理指針は、JCHO山梨病院の医療安全管理委員会において策定及び改定されるものとする。

2. 医療安全管理マニュアル

JCHO山梨病院の医療安全のための未然防止策、医療安全対応等について記載したものの。医療安全管理マニュアルは、JCHO山梨病院の関係者の協議のもとに作成され医療安全管理委員会において承認を受け、概ね年1回の点検、見直しを行うものとする。

JCHO医療安全管理指針、JCHO山梨病院医療安全管理指針、JCHO医療安全管理マニュアル、JCHO山梨病院医療安全管理マニュアルの位置付け



II 事象の定義及び概念

1. インシデント

インシデントとは、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたりした経験を有する事例を指し、実際には患者へ傷害を及ぼすことはほとんどなかったが、医療有害事象へ発展する可能性

を有していた潜在的事例をいう。

具体的には、ある医療行為が、(1)患者へは実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの傷害が予測された事象、(2)患者へは実施されたが、結果として患者へ傷害を及ぼすには至らなかった不適切な事象、又は(3)結果として比較的軽微な傷害を及ぼした事象を指す。

なお、患者だけでなく訪問者や職員に、傷害の発生又はその可能性があったと考えられる事象も含む。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、0～3aが対象となる。

2. アクシデント

アクシデントとは、防止可能なものか、過失によるものかにかかわらず、医療に関わる場所で、医療の過程において、不適切な医療行為（必要な医療行為がなされなかった場合を含む。）が、結果として患者へ意図しない傷害を生じ、その経過が一定程度以上の影響を与えた事象をいう。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、3b～5が対象となる。

3. 医療過誤

過失によって発生したインシデント・アクシデントをいう。

過失とは、結果が予見できていたにもかかわらず、それを回避する義務（予見性と回避可能性）を果たさなかったことをいう。

※別紙1 インシデント・アクシデントの患者影響度分類 参照

第4 医療安全管理体制の整備

JCHO 山梨病院は、以下の事項を基本として、病院内における医療安全管理体制の確立に努める。

I 医療安全管理責任者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、感染管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療安全推進担当者の配置

医療安全管理の推進のため、院長は、医療安全管理責任者（主として副院長）を任命すると共に医療安全管理責任者の下に、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を置き、さらに部門においては、医療安全推進担当者を配置するものとする。

1. 医療安全管理責任者の配置と業務

医療安全管理責任者は、JCHO 山梨病院における医療安全の総括的な責任を担う者とし、原則として副院長とする。

医療安全管理責任者は以下の業務について主要な役割を担う。

- (1) アクシデント防止・医療安全に関わる事項の管理・統括
- (2) 医療安全管理室の管理・統括

2. 医療安全管理者の配置と業務

医療安全管理者は、JCHO 山梨病院における医療安全管理に係る実務を担当し、医療安全を推進する者とする。

アクシデント防止に積極的に取り組むため、医療安全管理責任者から委譲された範囲で一定の権限をもち、院内の医療安全活動において中心的役割を果たす。

- (1) 医療安全管理者は、所定の医療安全管理者養成の研修を終了した医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療安全管理者は、医療安全管理責任者の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携、協同し、医療安全管理室の業務を行う。
- (3) 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - 1) 医療安全管理部門の業務に関する企画、立案及び評価
 - 2) 定期的な院内巡回による各部門における医療安全対策の実施状況の把握と分析、及び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の推進
 - ① インシデント、アクシデント発生時における早期報告の習慣化のための環境醸成
 - ② インシデント、アクシデント発生原因等の分析・整理・再発防止のための方策等の検討及び関連委員会等への報告等
 - ③ インシデント、アクシデント再発防止のための医療現場での取り組みの徹底と周知
 - ④ 院内を巡回し、医療行為等がマニュアルどおりに実施されているか、安全性に問題がないかなどの点検と各部門の医療安全推進担当者、各所属責任者及び管理部門に対する改善策の提案、具体的な対策の推進等
 - 3) 各部門における医療安全推進担当者への支援
 - 4) 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整
 - 5) 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の年2回以上の実施
 - 6) マニュアルを適宜・適切に見直し、整備・検討への参画
 - 7) 医療安全対策に関わる最新情報の把握と提供
 - 8) 相談窓口等の担当者との密接な連携のうえで、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の支援

3. 医薬品安全管理責任者の配置と業務

医薬品を安全に管理するために医薬品安全管理者を配置する。医薬品安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とする。

- (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及び見直し
- (2) 職員に対して、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の管理

- (4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集し、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) 医薬品に関するインシデント発生時の情報提供と周知

4. 医療機器安全管理責任者の設置と業務

医療機器を安全に管理するために医療機器安全管理責任者を設置する。医療機器安全管理責任者は、以下の業務について主要な役割を担う。

- (1) 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- (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) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、及び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と職員への周知・確認
- (4) JCHO 山梨病院が管理する全ての医療機器に係る安全管理のための体制の確保

5. 医療安全推進担当者の配置と業務

JCHO 山梨病院は、各部門の医療安全管理の推進に資するため医療安全推進担当者を配置する。

- (1) 医療安全推進担当者は、各部門、診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を置くものとし、医療安全管理責任者が指名する。
- (2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。
 - 1) 各部門におけるインシデント・アクシデントの原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - 2) 各部門における医療安全管理に関する意識の向上
 - 3) インシデント・アクシデント報告の内容の分析及びインシデント報告承認
 - 4) 委員会において決定した再発防止策及び安全対策に関する事項の各部門への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡、調整
 - 5) 職員に対するインシデント・アクシデント報告の積極的な提出の励行
 - 6) フィードバックされた改善策に対する取組状況を的確に確認
 - 7) その他、医療安全管理に関する事項の実施

6. 感染管理責任者の設置

感染管理責任者は、JCHO 山梨病院における感染管理の総括的な責任を担う者とし、原則として院長とする。

7. 各部門の長の管理責任の明確化

診療部門の部長・コメディカルの所属長・事務局の各事務長補佐など各部門の長は現場の安全管理に一義的な責任を負うべき存在であり、常に現場で行われている業務の実態（職員の勤務状況も含めて）の把握に努め、必要があれば改善措置を講ずるなど管理責任を適切に果たすように努めることがアクシデント防止のためには重要である。また、医療安全推進担当者の活動を支援するため、通常業務の負担を軽減する

ことを含め適切な措置を講じることも考慮し、管理する。

II 医療安全管理室の設置と業務

1. 委員会で決定された方針に基づき、組織横断・職種横断的に当院の安全管理を担い、医療安全に関する業務が遂行できる実働的な組織として、JCHO 山梨病院内に医療安全管理室を設置する。
2. 医療安全管理室は、専任の医療安全管理者及び医薬品安全管理者、医療機器安全管理者、事務担当で構成される。
3. 医療安全管理室長は医療安全管理者が務め、院内安全推進のために、医療安全管理責任者（副院長）から委譲された範囲内で一定の権限をもち、医療機関内の医療安全活動において中心的役割を果たす。
4. 医療安全管理室の所掌事務は以下の通りとする。
 - (1) 各部門における医療安全対策に関すること。
 - 1) 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づく医療安全確保のための業務改善報告書の作成。
 - 2) 1) に基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録
 - (2) 医療安全に係る以下の活動の記録に関すること。
 - 1) 医療安全管理委員会との連携状況
 - 2) 院内研修の実績
 - 3) 患者等の相談件数及び相談内容
 - 4) 相談後の取扱い
 - 5) その他の医療安全管理者の活動実績
 - (3) 医療安全対策に係る取組の評価等に関すること。

医療安全管理委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全推進担当者等が参加する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の週1回程度の開催。
 - (4) 医療安全に関する日常活動に関すること
 - 1) 医療の質の向上及び安全に関する事項
 - 2) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査
(定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検)
 - 3) 院内各部署における医療安全管理状況の確認と指導
 - 4) 医療安全管理のためのマニュアルの整備と活用

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る観点から、マニュアル作成には、多くの職員がその作成、検討に積極的に関わる必要がある。

院内における各種業務を理解し、日常業務に役立てることを目的に医療安全管理マニュアルが整備され、他のマニュアルと併せて活用し、事故のない安全な医療の提供により一層努めることが求められる。

マニュアルの作成、点検の提言及び定期的見直しを行う。(年1回)
 - 5) インシデント・アクシデント報告書の収集、保管、分析、分析結果等の現場へのフィードバックと集計結果の管理及び具体的な改善策の提案、推進と評価

- 6) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知
(他病院における警鐘事例の把握等)
 - 7) 医療安全に関する職員への啓発、広報
 - 8) 医療安全管理委員会と医療安全推進担当者部会の連携による医療安全に関する教育研修の企画、運営推進
 - 9) アクシデント防止のための改善策の策定・実施状況の確認・及び周知
 - 10) アクシデント調査のための委員会開催の判断を仰ぐと共に委員会開催の周知
 - 11) 地区事務所及び本部への報告、連携
 - 12) 医療安全管理に係る連絡調整
- (5) アクシデント発生時の支援等に関すること
- 1) 診療録や看護記録等の記載、インシデント登録・アクシデント報告書の作成について、職場責任者に対する必要な支援
 - 2) 患者や家族への説明など、重大なアクシデント等発生時の対応状況についての確認と必要な支援（患者及びその家族、弁護士、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長、事務長のほか、それぞれの部門の管理責任者が主として行う）
 - 3) 医療安全管理委員会委員長の招集指示を受け、事案の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を開催
 - 4) 原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
 - 5) インシデント・アクシデント報告書の保管
 - 6) 秘匿性に関する指導と支援

- 7) 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保存、並びにその他委員会の庶務に関すること
 - 8) その他、医療安全対策の推進に関すること
5. 医療安全管理室の下に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

Ⅲ 医療に係る安全管理のための委員会

Ⅲ-1 医療安全管理委員会

1. JCHO 山梨病院は、アクシデント防止について全体を統括する委員会として医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
2. 委員会は、副院長、診療部長又は医長、薬剤部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、及び放射線技師長、臨床検査技師長、栄養管理室長等各部門の安全管理のための責任者、事務員をもって構成することを原則とする。
3. 委員会の委員長は、原則として医療安全管理責任者を担う副院長とする。
4. 委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者とする。
5. 委員長がその任務を遂行できない場合は、他の副院長又は副委員長がその職務を代行する。
6. 委員会は、以下の業務を行うものとする。
 - (1) 病院医療安全管理指針の策定及び改定
 - 1) 当院における医療安全管理
 - 2) 医療安全管理委員会、その他の当院の組織
 - 3) 医療に係る安全管理のための職員への研修
 - 4) 当院におけるアクシデント報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策
 - 5) 重大なアクシデント等発生時の対応
 - 6) 職員と患者との間の情報の共有（患者等に対する当該指針の閲覧を含む。）
 - 7) 患者からの相談への対応
 - 8) その他医療安全推進のために必要な事項
 - (2) 院内等において重大な問題その他委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における当該事例の発生原因等の分析、再発防止策の検討及び職員への周知
 - (3) (2) の改善のための方策の実施状況の調査及び必要に応じた当該再発予防策の見直し
 - (4) 院内のインシデント・アクシデント防止のための啓蒙活動及び医療安全に関する職員研修の企画、立案
 - (5) その他、医療安全の確保に関する事項
7. 委員会の開催及び活動の記録
 - (1) 委員会の開催は、概ね毎月1回とするほか、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
 - (2) アクシデント調査後、改善策検討のために必要に応じて臨時委員会を開催する。
 - (3) 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
8. 委員会の議事は、事務担当が記録し医療安全管理室が管理する。

Ⅲ-2 医療安全推進担当者部会

1. 医療安全管理委員会の下に医療安全推進担当者部会（以下「部会」という。）を設置する
2. 部会は、診療部門は医師 1 名以上、看護部門は看護単位毎に 1 名以上、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、栄養士、理学療法士、臨床工学士はそれぞれ 1 名、事務部門は医事担当、健康管理センター管理課事務担当にそれぞれ 1 名をもって構成し、医療安全推進担当者として各部署の医療安全管理に資する業務を行う。
3. 部会は、以下の業務を行うものとする。
 - 1) 各医療安全推進担当者はインシデント情報をモニター・分析し、それらを定期的（月 1 回）に審議し、アクシデント防止のための改善策、対応策を医療現場のスタッフと共有し再発防止に努める
 - 2) 各医療安全推進担当者はインシデントの詳細報告を部会において行う。
 - 3) 部会での検討結果及び提言を医療安全管理委員会へ行う。
 - 4) 研修会等の企画・運営に参画する。
 - 5) 各医療安全推進担当者は部署の安全に対する活動の中心的役割を担う
 - 6) フィードバックされた改善策に対する取り組み状況を適宜確認する。
 - 7) 5S の視点で職場内のラウンドを実施し、改善点等を部会において報告・検討する。

IV 報告体制の整備

1. 報告に係る基本的な考え方
 - 1) 医療安全に係る報告体制は、WHO のドラフトガイドラインにおける「学習を目的としたシステム」に準じたもので、責任追及を目的とするものではなく、原因究明と再発防止を図ることにより、医療事故防止のためのシステムの改善や教育・研修の資料とする等の医療安全の推進を目的としたものである。したがって、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) インシデント・アクシデントが発生した場合は、本指針に定める報告体制により、速やかに報告すると共に、必要に応じ患者や家族等に対して速やかに説明する。なお、報告内容は診療録等に基づいて作成し、インシデント報告システム、アクシデント報告書により報告する。
- 3) 院長は病院における死亡の確実な情報の把握のため、看護課管理日誌（特記事項：外来患者死亡情報）及び病棟管理日誌（特記事項：入院患者死亡情報）を確認する。

2. JCHO 山梨病院における報告の手順と対応

インシデント・アクシデントが発生した場合、当事者又は関係者は、可及的速やかに上司に報告することとする。報告を受けた上司は、医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告し、事態の重大性を勘案して、速やかに院長に報告する必要があると認めた事案は直ちに報告し、それ以外の事案については定期的に報告する。

報告体制については、JCHO 山梨病院医療安全管理マニュアルを各部署に配置すると共に医療安全推進担当者が全職員に周知徹底する。

3. JCHO 山梨病院における報告の方法

1) インシデント報告

インシデント・アクシデント 3a はインシデント発生後所属長（夜間・休日は責任者）に速やかに報告すると共に 7 2 時間以内にインシデント報告システムに登録する。登録後部署医療安全推進担当者に報告する。ただし、緊急を要する場合は、所属長（夜間・休日は責任者）に直ちに口頭で報告する。

2) アクシデント報告

アクシデント 3b 以上はアクシデント報告書により行う。アクシデント発生後速やかに概要を所属長（夜間・休日は責任者）へ口頭で報告する。所属長は管理者（院長・看護部長・事務長）及び医療安全管理責任者（副院長）に口頭で連絡する。連絡後、アクシデント報告書にアクシデント内容を記載し、所属長に速やかに提出、報告する。報告を受けた所属長は、アクシデント発生後 2 4 時間以内に院長及び医療安全管理責任者にアクシデント報告書を提出、報告する。

- 3) インシデント・アクシデント報告は、原則として発生の直接の原因となった当事者又は発見者が行うが、不可能な場合には関係者が代わって行う。報告書は再発防止に役立てるものであり、これをもって懲罰の対象や理由となるものではない。

4) その他

インシデント・アクシデント 3a 以下においても、必要時には上記 2) と同様に報告する。報告する例として、広く警鐘が必要な場合、今後重大なアクシデントに発展しそうな場合等がある。

4. 地区事務所・本部への報告

地区事務所・本部への報告は、原則として医療安全管理者が行う。

5. インシデント・アクシデント報告書の保管

インシデント報告書については、原則として報告日の翌年4月1日を起点に1年以上、アクシデント報告書については5年以上保存するものとする。

第5 医療安全管理のための職員研修

アクシデントを防止するためには、医療従事者個人の資質、技術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のみに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大切である。

(1) 職員に対する啓発

職員個人が日々自己啓発、質的向上に努めるとともに、組織として職員の能力を向上させるため、定期的、計画的に教育・研修の機会を設ける。教育、研修の際には、機会ごとに「どんな小さいインシデントでも、大きなアクシデントにつながることを強調し、常に「危機意識」を持ち業務に当たるように指導する。

また、職員は医療の安全を確保するための研修を開催することは医療法上の医療機関の責務であることを認識し研修に参加すること。

(2) 組織で取り組む研修

医療安全管理の推進のための基本的な考え方及び具体的な方策について、全職員に対し周知徹底を図るため、医療安全管理のための院内研修を定期的に年2回以上開催する。加えて、アクシデントが発生した後や医療安全管理室が必要と認めたときは、臨時に研修を行うものとする。

研修の実施は医療安全管理委員会及び医療安全管理室が行う。

(3) 医療安全管理のための企画、立案、研修の実施方法

- 1) 医療安全管理委員会・医療安全管理室が中心となり研修テーマを決定する。
- 2) テーマにあった講師の選定と決定
- 3) 研修のお知らせの作成と配布（遅くとも研修開催日の3週間前）
- 4) 研修終了後はアンケートを実施し、評価を行う
- 5) 研修実施内容・評価は記録として管理する（2年間）
（研修内容・出席人数・欠席者の把握・事後研修追加の方法・など）

第6 重大なアクシデント等発生時の具体的対応

重大なアクシデント等とは、Ⅱ-3の患者影響度分類におけるレベル4、5及びそれに準ずる重篤度・緊急度が高いと判断された事例をいい、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす必要がある。

I 初動体制

アクシデント発生時、アクシデントを起こした当事者は、頭の中が真っ白になり、色々なことが頭の中をよぎる。そのような時には、原点に立ち戻ることが重要となる。立ち戻る原点として、「隠さない」「嘘をつかない」「責任転嫁をしない」がある。

アクシデント発生時の対応で、隠したり、嘘をついたり、責任転嫁をしてしまったことで、アクシデントを起こしたこと以上に厳しい社会の批判を受けることがあるのは、医療現場だけでなく、あらゆる分野であることは報道等で承知していると思われる。

1. 救命を第一とし、傷害の進行防止に最大限の努力を払える体制の整備

いついかなるアクシデントであっても、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動することが原則である。そのためにも、アクシデント発生時の対応について、組織の危機管理として、あらかじめ検討・決定し、職員に周知徹底するなどの備えが必要である

(1) アクシデント被害の最小化

アクシデント発生時の対応の遅れは、患者の生命や予後に大きな影響を及ぼす。いかなるアクシデントであっても、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え、行動することが求められる。

- 1) 発見者は第一に患者の状況を把握し、バイタルサイン等からその緊急度に応じた行動をとる。
- 2) 発見者は救命処置が必要な場合は、その場をできる限り離れず、他の医療関係者に知らせる（ナースコール・大声で呼ぶなど）
- 3) コードブルー等を発信し、必要かつ十分な人員を確保する
- 4) アクシデントが発生したことの第一報（要点）を所属長に知らせる
- 5) 直ちに1次救命処置を実施する
 - ア 救急処置の担当・記録の担当・アクシデント対応以外の業務の担当・当事者へのサポートなどの業務の割り当てを行う
 - イ アクシデント当事者には冷静さを保つため、誰かを付き添わせる
- 6) 到着した医師に指示ももとに2次救命処置を行う
- 7) 患者の家族に連絡を行い、「至急来院していただくこと」を主眼に連絡をする。
- 8) 患者・家族に事実経過と現在の状況を適宜説明し、状況が明確になった時点で改めて事実関係の説明を行うことを告げる

- 9) 医療有害事象・対応指針（前組織）アクシデント発生時は、医療有害事象・対応指針も参考にする。 2008 '6 '13 (Ver. 1) *旧組織時代に配布

(2) 重大アクシデント発生直後の対応と報告

1) 事実確認

アクシデントに関連した正確な情報を収集し、事実確認をする。アクシデントに関わった各職員から、可能な限り時系列で情報を収集し、それらを統合して、正確な事実をまとめる。

2) 証拠保全（現場保全）

アクシデントが発生した直後には、報告と現場保全を同時に行う必要がある。患者に使用した医療品や医療機器、チューブやルート類、シリンジ等の医療材料、また、寝具類などは、破棄したり移動したりせず、そのままの状態で保存する。必要に応じてデジタルカメラ等を用いて、現場の状況を画像などでも記録しておく。後に、アクシデントに関係する器具等を証拠として提出を求められることがあるため、無暗に破棄すると証拠隠滅ととられる可能性がある。

(3) アクシデント患者及びにアクシデントの可能性が高い患者が死亡した場合の対応

- 1) アクシデントと認定された患者がそのアクシデントにより死亡した場合・影響レベル5または4の一部により死亡した場合は主治医ないし担当科から、直に院長に連絡する。院長不在の場合は副院長、医療安全管理責任者に連絡する。近日中に死亡が予測される場合も、前もって院長に連絡をする。

- 2) 医師法第21条に基づく警察への届け出については、遺族の意向も加味して院長判断となるが、警察へ届け出た場合、解剖を行う場合は、主治医は遺族に説明する。警察への届け出を遺族が希望しない場合は、その旨を院長に報告する。（遺族が希望しなくても届けざるを得ない場合があることは、遺族に伝える）解剖については、警察、行政の指示に従う。

- 3) 事務長は対応の結果を主治医に報告する。

2. 夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告する体制の整備

アクシデント発生時には当院の取り決めに基づき、医療安全管理責任者や医療安全管理室への報告を行う。別紙2参照

II 患者家族への対応

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、その経緯について、明らかになっている事実を丁寧に逐次説明する。

Ⅲ 事実経過の記録

医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。

診療録・看護記録などは医療訴訟等で証拠となることも認識しておかなければならず、アクシデント発生時は原則、記録方式を経時記録に変えることを明示する。また、重大なアクシデントが発生した場合、入院時点までさかのぼって記録物の提出が求められることがある。従って日常の記録も、情報開示を踏まえた記載を行っておくこと。

(1) 初期対応時の記録

初期対応の現場のリーダーが、初期対応時の記録の担当者を選定し指示する。

記録内容は、治療・処置・ケアについて、いつ・どこで・誰が・何を・どのように実施したか、指示者並びに実施者の氏名、および患者の反応・状態・患者・家族への説明内容などを客観的・経時的に記載する。

(2) 初期対応終了後の記録

アクシデント発生時は、事実の認識が錯綜し、混乱しやすいものである。初期対応時の処置・看護などは実施次第、その都度速やかに記録し、その後、関わった医師・看護職等で事実を再度確認する。初期対応が一段落しても、患者の状態が安定するまでは経時的な記録を続ける。

(3) 記録の原則

- 1) 真実のみを客観的かつ正確に記録する（想像や憶測、自己弁護的反省文、他者の批判、感情的表現などは書かない）。
- 2) 誤解のない表現を用いる（根拠のない断定的な表現、「～と思われる」「～のように見える」といった曖昧な表現はしない）。
- 3) 患者・家族への説明や、やりとりは必ず記録する（誰にどのような説明をしたか、それに対して患者様やご家族はどのように発言や反応をしたか、など）。
- 4) 記録を修正する場合は、院内の取り決めに則った方法で行う。手書きの場合は、修正液などで消す、間違った箇所を除く、意図的に線や点を加えるなど改ざんが見なされるような修正を行わない。
- 5) 記録の途中で行を空けない。
- 6) 記載者の責任を明確にするために、記録を終える毎に、署名と日付と時刻を確認する。
- 7) 略語や外国語の使用は最小限にし、判読可能な文字であること。

IV 医療安全管理委員会の招集

重大なアクシデント等が発生した場合には、直ちに臨時に委員会を招集し内容を審議する。

アクシデントの疑いのある事態、合併症又は偶発症等に起因し重篤な後遺症が生じ、将来的に疑義を提訴される恐れがある事象が発生した場合や「予期せぬ死」が発生した場合、報告を受けた院長は、緊急会議を開催し、情報の共有と当面の対応を協議する。具体的には、①患者・家族への対応 ②アクシデント当事者及び当該部署への対応 ③医療スタッフへの対応 ④行政機関等各関係機関への報告 ⑤アクシデント調査・支援センターへの報告 ⑥JCHO 地区事務所への報告等について方針を決定し、役割分担を行う。

V 当事者及び関係者（職員）への対応

アクシデント発生時には、組織ばかりではなく個人もそれまでに体験したこともなかったことに向き合っていかなければならない。アクシデント後の当事者を取り巻く状況が大きく変化しつつあるなかで、医療従事者が安全かつ安心して職務を継続していくためのサポートとしてアクシデント後の当事者のサポートが必要になる。必要なサポートは実務的サポートと精神的サポートがある。

1. 個人の責任を追及することなく組織としての問題点を検討する。
2. 当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。

(1) 実務的サポート

状況が変わるたびにこれからどうなる可能性があるのかについての説明と患者や家族との対応といった局面において、これから何が起きるのかについて説明が必要となる。

(2) 精神的サポート

事故の対応について組織としての対応が求められる中で、組織の対応に対して当事者ならではの葛藤を抱えていることもある。精神的支援を希望した場合は等、必要に応じて、カウンセリング対応者として山梨看護大学心理学教授を紹介する。

VI 関係機関への報告

重大なアクシデント等が発生した場合には、可及的速やかに関係機関へ報告する。

1. 地区事務所、本部への報告 対応者：医療安全管理者
管轄の関東地区事務所へ電話又はメールで報告、連絡、相談する。
※本部への報告は、関東地区事務所から電話又はメールで報告する。
2. 警察署への届出 対応者：病院長もしくは事務長
医師法第21条により異状死と認めたときは、24時間以内に所轄警察に届け出ることが義務付けられている。
連絡先：甲府警察署 TEL：232-0110
3. 医療事故調査・支援センターへの報告
医療事故調査制度の対象事案と判断した場合、遺族へ説明した上で、医療事故調査・支援センターへ報告する。
書面またはWeb上のシステム：「アクシデント」に該当するか否かの判断に迷った場合も相談に応じてくれる。（24時間対応可能） TEL 03-3434-1110
Webセンターホームページから入力。管理番号及びアクセスキーを交付
対応者：医療安全管理委員会事務局 医療安全管理室
4. 医療機能評価機構への報告事例
 - (1) 明らかな過失によって、あるいは過失の有無を問わず予期しない形で、重大な障害が患者に起こった事例（患者さまが死亡若しくは患者さまに障害が残った事例、あるいは濃厚処置や治療を要した事例）
 - (2) 警鐘的意義が大きいと医療機関が考える事例

第7 院内・院外への公表

院長はアクシデントが発生した場合、医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他医療機関での同様のアクシデント防止に役立てることを目的として、必要と判断した場合、当該アクシデントの内容、原因、病院の過失責任の有無、謝罪及び医療事故調査委員会の開催等事案について、患者及び家族等の同意を得て社会に速やかに公表し説明する。また、公表にあたっては患者及び家族等並びにアクシデント当事者のプライバシー保護に最大限配慮しなければならない。

(1) 公表の基準 別紙3 参照

(2) 公表の決定・内容・時期・場所

公表の決定・内容・時期・場所については、以下に留意する。

- ① 個人情報とは、患者及び家族の了解事項以外は絶対に公表しない。
- ② 公表の時期は、患者及び家族の心情に配慮し行う。
- ③ 日常の診療の妨げにならないように配慮する。

(3) 院内への公表

院長は、公表すべき医療事故が発生した場合速やかに全所属長を招集して事故の内容等を説明する。さらに、各所属長より、全職員に対し周知し、再発防止を図る。

また、報道機関等の誤報や危機管理の姿勢を疑われないために、職員への周知し 報道機関等への公表の前に行う。

(4) 院外への公表

記者会見をする場合は、病院長、副院長、医療安全管理責任者（副院長）、関係部署の長、事務長が対応する。

報道機関の取材に対しては、広報窓口（事務長）に一本化し、他の職員はコメントしない。

※ 報道機関の取材に際し、診療の妨げになる外来診療棟、病棟及び病院各部への取材者の立ち入りを禁止する。

第8 患者相談窓口の設置

院内に、患者及び家族並びに利用者からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安及び苦情等の様々な相談に適切に対応する窓口を設置する。相談窓口対応者は、医療安全管理者と密な連携を図り、医療安全に係る患者及び家族並びに利用者の相談に適切に応じる体制を整備する。

相談・苦情等のうち、医療安全に係る内容のものは、医療安全管理室と情報を共有し、当院の安全対策の見直し等に活用する。

また、相談したことにより患者・家族等に不利益が発生しないように配慮する。

第9 病院医療安全管理指針の閲覧

医療安全管理指針については、当院ホームページへ掲載し、その他に患者及び家族並びに利用者が容易に閲覧できるように配慮する。

【病院職員と患者等との情報共有に関する基本方針】

医療安全管理指針については、当院ホームページへ掲載すると共に図書室にて職員が容易に閲覧できるようにする。また、患者及び家族並びに利用者から閲覧の求めがあった場合はこれに応じる。

治療方針、検査方法、侵襲的検査によるリスク、診断、治療方法及び内容、侵襲的治療によるリスク等について、医師が十分な説明を行い、患者の治療に対する希望や考えを聴き治療を行う。

医療従事者と患者の信頼関係をつくり、様々な情報を共有し医療事故防止に努める。

第10 医療事故調査制度に係る指針は別に定める。

医療事故調査制度における医療事故の定義は、医療安全管理指針の定義とは異なることに留意のこと。

【医療事故調査制度における医療事故の定義（医療法第6条の10）】

当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又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。

第11 山梨病院医療安全管理指針 策定、改定履歴

平成16年 4月1日策定

平成 17 年 11 月 1 日改定
平成 18 年 4 月 1 日改定
平成 19 年 10 月 1 日改定
平成 20 年 9 月 1 日改定
平成 26 年 4 月 1 日改定
平成 27 年 10 月 1 日改定
平成 28 年 7 月 1 日改定
平成 28 年 12 月 1 日改定
平成 29 年 10 月 1 日改定
平成 30 年 4 月 1 日改定
令和元年 5 月 1 日見直し
令和元年 11 月 1 日見直し
令和 2 年 10 月 1 日見直し
令和 3 年 10 月 1 日見直し
令和 4 年 10 月 1 日見直し
令和 5 年 9 月 1 日見直し