

おおすか整形外科 医療安全管理指針

1 総 則

1-1 基本理念

本診療所は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

この目的を達成するため、院長のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避する能力を強固なものにすることが必要である。これらの取り組みを明確なものとし、本診療所における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここにおおすか整形外科医療安全管理指針を定める。

2 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

(1) 報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と事故の未然防止・再発防止に資する対策を策定するのに必要な情報を収集するために、すべての職員は以下の要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

職員からの報告等

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする。報告は、診療録、看護記録等に基づき作成する。

(ア) 医療事故

⇒医療側の過失の有無を問わず、発生後直ちに院長へ報告する。

(イ) 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⇒速やかに院長へ報告する。

(ウ) その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、院長へ報告する。

報告された情報の取扱い

院長、その他の管理的地位にある者は、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

(2) 報告内容に基づく改善策の検討

院長は、前項にもとづいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること

上記で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果を上げているかを評価すること

3 安全管理のための指針・マニュアルの作成

院長は本指針の運用後、多くの職員の積極的な参加を得て、以下に示す具体的なマニュアル等を作成し、必要に応じ見直しを図るように努める。

マニュアル等は、作成、改変のつど、全ての職員に周知する。

- (1) 院内感染対策指針 別紙指針参照
- (2) 医薬品の安全使用のための業務手順書 別紙手順書参照
- (3) リハビリテーション科医療安全マニュアル
- (4) 虐待発見・対応マニュアル
- (5) その他

4 医療安全管理のための研修

(1) 医療安全管理のための研修の実施

院長は、年に1回程度、および必要に応じて、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。

研修を実施した際は、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。

(2) 研修の趣旨

研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等をすべての職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本診療所全体の医療安全を向上させることを目的とする。

(3) 研修の方法

研修は、院長等の講義、診療所内での報告会、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等の抄読など

の方法によって行う。

5 事故発生時の対応

(1) 救命措置の最優先

1. 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、まず、院長またはそれに代わる医師に報告するとともに、可能な限り、本診療所の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。
2. 緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう、連携体制を日頃から確認しておく。

(2) 本診療所としての対応方針の決定

報告を受けた院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて関係者の意見を聴くことができる。

(3) 患者・家族・遺族への説明

院長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

6 医療安全管理体制

当院では、医療安全の確保及び事故防止を目的として、医療安全管理責任者を以下のとおり選任する。

医療安全管理責任者：大数加 光治（院長）

選任日：2012年3月31日

役割：院内の医療安全に関する体制整備、職員教育、事故発生時の対応および再発防止策の立案・実施を統括する。

7-1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全推進者等を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改正

院長は、必要に応じ本指針の見直しを検討するものとする。

7－3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者およびその家族等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。

7－4 患者からの相談への対応

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院長等へ内容を報告する。

（施行日）この規程は、2012 年 3 月より施行する。

2015 年 4 月 一部改訂
2020 年 1 月 一部改訂
2024 年 3 月 一部改訂

[illegible]

インシデント・アクシデント・レポート

年 月 日 報 告

報 告 者 氏 名 (省略可)

担当者（上席者） 氏 名 役職

発 生 日 時	年 月 日 () AM・PM 時 分
発 生 場 所	☐ 駐車場 ☐ 外階段 ☐ 玄 関 ☐ 待合室 ☐ 受 付 ☐ 診察室 ☐ 処置室 ☐ 超音波室 ☐ 内視鏡室 ☐ 放射線室 ☐ 健診室 ☐ 心電図室 ☐ 更衣室 ☐ C T室 ☐ 風呂場 ☐ トイレ ☐ 階 段 ☐ 病 室 ☐ 廊 下 ☐ デイルーム ☐ 事務室 ☐ その他 ()
薬 物	☐ 点滴 ☐ 静注 ☐ 筋注 ☐ 皮下注 ☐ 皮内注 ☐ 経口 ☐ 外用 ☐ 麻薬 ☐ その他 ()
内 容	☐ 処方・指示ミス ☐ カルテ記入ミス ☐ 誤調剤 ☐ 投与量 ☐ 投与薬 ☐ 投与時間 ☐ 投与方法 ☐ 投与忘れ ☐ 人違い ☐ 飲み忘れ・飲み違い ☐ 点滴もれ ☐ 点滴忘れ ☐ 点滴速度 ☐ 点滴順番 ☐ 神経損傷
検 査	☐ 生 検 ☐ X 線 ☐ C T ☐ MR I ☐ 内視鏡 ☐ 採血・採尿 ☐ 超音波 ☐ その他 ()
内 容	☐ 人違い ☐ 部位違い ☐ 操作ミス ☐ 実施忘れ ☐ 損 傷 ☐ 器具・設備不具合 ☐ その他 ()
☐ 自己抜去 ☐ 事故抜去	☐ 点 滴 ☐ その他 ()

インシデントレポート

患者名	(歳) 男・女 日時 平成 年 月 日
診断名	
場所	☐ 1F リハ室 ☐ 2F リハ室 ☐ 診察室 ☐ 処置室 ☐ 待合室 ☐ レントゲン室 ☐ その他 ()
内容 (初期対応・事後対応も含めて時系列に沿って記載。時間も記載。)	
問題や原因となる箇所	☐ 物や設備・環境 () ☐ 作業の方法・手順 () ☐ その他 ()
患者側のリスク因子	☐ 高齢 ☐ 基礎疾患あり ☐ 理解度の低下 ☐ 難聴 ☐ 抑うつ傾向 ☐ その他 ()
再発の可能性	☐ 非常に高い ☐ 高い ☐ 低い ☐ 非常に低い
患者に与える影響	☐ 後遺症を残す ☐ 治療を要する ☐ 一過性の影響（治療不要） ☐ なし
今後の対応	☐ システムの変更・追加 ☐ 事例の周知と注意喚起 ☐ 環境の整備
	備考：