

医療法人マキノ病院

医療安全管理指針

医療安全管理委員会

目次

I. 総則	4
(1) 目的	
(2) 安全管理に関する基本的な考え方	
(3) 用語の定義	
II. 安全管理委員会及びその他の安全に関する組織に関する基本事項.....	6
(1) 組織および体制	
(2) 医療安全管理委員会	
(3) 医療安全管理部門	
(4) 医療安全管理者	
(5) 医薬品安全管理責任者	
(6) 医療機器安全管理責任者	
(7) 医療放射線安全管理責任者	
(8) リスクマネジメント部会・リスクマネージャー	
(9) 院内事故調査委員会	
III. 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善の為の方策に関する 基本方針.....	10
(1) 報告の目的	
(2) 報告の方法	
(3) 改善策の策定と実施状況の評価	
(4) 情報の共有	
(5) その他	
IV. 医療事故等発生時の対応に関する基本方針.....	11
(1) 救命処置の最優先	
(2) 病院長・医療安全管理者への報告など	
(3) 患者様・ご家族・ご遺族への説明	
V. 診療行為に関連した死亡発生時の対応	12
(1) 医療事故調査制度の対象となる医療事故	
(2) 医療事故調査制度の対象となる医療事故の範囲	

(3) 「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方	
(4) 予期しなかった死亡又は死産	
(5) 患者死亡時の対応フローチャート	
(6) 医療事故調査・支援センターへの医療事故報告の流れ	
VI. 医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針	16
(1) 医療安全研修会	
(2) 医薬品の安全使用のための研修	
(3) 医療機器に対する研修	
(4) 医療被ばくに関する研修	
VII. 患者からの相談への対応に関する基本方針	17
相談窓口設置について	
VIII. その他医療安全の推進のために必要な基本方針	17
(1) 医療安全管理マニュアルの整備	
(2) 医療安全マニュアル及びそれに関連するマニュアルの改訂	
IX. 患者に対する当該指針の閲覧に関する方針	18
X. 本指針の見直し	18

医療安全管理指針

I. 総則

(1) 目的

本指針は、マキノ病院における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および医療事故発生時の対応方法等についての指針を示すことにより、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。

(2) 安全管理に関する基本的な考え方

医療事故を防止し、医療安全に関する責務を負うためには、病院及び職員一人一人が、医療安全の必要性・重要性を自分自身の問題と認識し、患者安全を確保するという観点から医療安全管理体制の構築を図ることが重要である。

本指針はこのような考えのもとに、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、病院全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推進することによって医療事故を無くし、患者様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。

(3) 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下の通りとする。

1) 職員

病院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、放射線技師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護補助者、事務職員等あらゆる職種の職員（嘱託職員、パート職員、および委託業者の職員等を含む。）をいう。

2) 医療事故

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切を包括する。患者ばかりではなく職員が被害者である場合や、患者が廊下で転倒した場合のように、医療行為とは直接関係しない事故も含まれる。よって、職員の過誤、過失の有無を問わない。

3) 医療過誤

医療事故のうち、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、患者の心身に何らかの障害が生じた場合をいう。民事責任のみならず、刑事責任を追及されることもある。

4) リスク

事故発生の危険性をはらむこと。

5) アクシデント

「医療事故」と同義。被害が発生したものをいう。

事故レベルとしては、3b～5に相当する。

6) インシデント

実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性があるもの、観察強化や検査の必要が生じたもの、簡単な処置や治療を要したものをいう。

事故レベルとしては、1～3aに相当する。

7) ヒヤリ・ハット

間違ったことが発生したが、患者には実施されなかったものをいう。

事故レベルとしては、0に相当する。

8) 患者影響レベル

患者様への影響の大きさに応じて、医療事故を次の7段階のレベルに分類する。

影響レベル	事故の内容
レベル0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった
レベル1	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	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
レベル3a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚縫合、鎮痛剤の投与など）
レベル3b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器装着、手術、入院日数の延長、外来患者さんの入院、骨折など）
レベル4	事故による障害が一生残る場合
レベル5	死亡

9) 医療安全管理者

医療安全管理対策に係る適切な研修を修了した者であって、医療安全委員会委員長より委譲された権限に基づいて、各部署のリスクマネージャーと連携・協働の上、組織横断的に医療安全管理活動を行う者。

10) 医薬品安全管理責任者

医薬品の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

11) 医療機器安全管理責任者

医療機器の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

12) 医療放射線安全管理責任者

診療用放射線の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

13) リスクマネージャー

① 医療安全推進者で、各部門（医局、薬剤科、検査科、放射線科、リハビリテーション科、栄養科、各病棟、外来、訪問看護ステーション、はびねす）により選出され、医療安全確保のための任務を負う者。

II. 安全管理委員会及びその他の安全に関する組織に関する基本事項

(1) 組織および体制

マキノ病院における医療安全対策の推進のために、以下の組織ならびに役職等を設置する。

医療安全管理委員会

医療安全管理部門

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

医療放射線安全管理責任者

リスクマネジメント部会・リスクマネージャー

院内医療事故調査委員会

(2) 医療安全管理委員会

1) 委員会の設置

当院の医療安全管理対策を総合的に企画、検討、実施、評価するために、医療安全管理委員会（以下「委員会」という）を設置する。

2) 委員会の構成

病院長を委員長とし、次に掲げる職員をもって構成する。

① 医療安全管理者

② リスクマネジメント部会の代表

③ 診療部：医局長、診療部長、薬剤科所属長、検査科所属長、放射線科所属長
リハビリテーション科所属長、栄養科所属長

④ 看護部：看護部長、各病棟師長、外来師長、訪問看護ステーション所長
はびねす所長

⑤ 事務部：事務長

⑥ その他：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、委員長の指名したもの

3) 委員会の業務

委員会では、以下の項目に関する審議を行う。

① インシデント・アクシデント、医療事故の分析および再発防止に関すること

② 医療安全のために行う指示に関すること

③ 医療安全のための啓発、教育に関すること

④ 医療安全のための医薬品関連に関すること

⑤ 医療安全のための医療機器関連に関すること

⑥ 医療安全のための医療放射線関連に関すること

⑦ その他重大な事象が発生した事項

4) 委員会の開催

委員会は原則として、月1回定期的に開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。また、委員長が不測の事態により欠席する場合は、副委員長を代理とする。

① 医療事故に関する臨時委員会の開催（事例検討会を含む）

病院内で発生した医療事故等に関して、患者様およびご家族への対応、外部関係機関への対応、医療紛争への対応等について、客観的な評価を行う必要があるものに関して、病院長が臨時委員会を招集する。

② 臨時委員会の役割

- ・ 院内で発生した医療事故等に関して、客観的に見て医療水準に反するものなのか、医学・医療技術的に見た水準で検討・評価を行う。
- ・ 病院内で発生した医療事故等に関して、患者様およびご家族への対応、外部関係機関への対応、医療紛争等への対応について検討する。
- ・ 医療が問題となる紛争、事故については、できるだけ早い段階から客観的な評価を行う。

(3) 医療安全管理部門

1) 部門の構成

医療安全管理者を長として、各部門より代表者を選出する。

2) 医療安全管理部門が行う業務基準

- 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き、医療安全確保のための業務改善計画書の作成を指示し、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する。
- ② 医療安全管理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、相談後の取り扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録する。
- ③ 医療安全対策に係る取り組みの評価等を行うカンファレンスを適時開催し、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管理の担当者等参加する。（各レポートの追跡調査、評価や修正を行う）
- ④ 各部門におけるリスクマネージャーへの支援及び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。

(4) 医療安全管理者

医療安全管理者は、病院長の指名により選出された医療安全管理委員会との連携を図りながら以下の業務に就いて主要な役割を担う。

- ① 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。
- ② 業務改善計画書の評価を行うこと。

- ③ 定期的に院内を巡視し、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（医療安全ラウンド）。
- ④ 各部門におけるリスクマネージャーへの支援を行うこと。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 委員会と密接な連携を図り、より実効性のある医療安全対策を講じること。
- ⑨ 医療安全対策地域連携における安全の強化。
医療安全対策地域連携会議への参加。連携病院との相互ラウンドの実施。
外部評価を受けることにより、安全対策の取り組み強化、改善を図る。

(5) 医薬品安全管理責任者

医薬品安全管理責任者は、医薬品に係る安全管理のため以下の業務を行う

- ① 医薬品の安全管理体制の構築に関すること
- ② 医薬品の安全使用に関する職員への教育・研修に関すること
- ③ 医薬品の安全使用のための情報収集、改善のための方策に関すること

(6) 医療機器安全管理責任者

医療機器安全管理責任者は、医療機器に係る安全管理のため以下の業務を行う

- ① 医療器機の安全管理体制の構築に関すること
- ② 医療機器の安全使用のための研修の実施と記録の管理に関すること
- ③ 医療機器の保守点検計画の策定および実施と記録の管理に関すること
- ④ 医療機器の安全使用に係る情報の収集とその周知に関すること
- ⑤ 医療機器安全に関わる業務の医療安全委員会への報告に関すること

(7) 医療放射線安全管理責任者

診療放射線に係る安全管理体制の構築のため、医療放射線安全管理責任者を置く。

1) 主に以下の業務を行う

- ① 診療用放射線の安全使用に関する基本的考え方など指針の策定
- 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
- ③ 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理および記録、その他の診療用放射線の安全利用を目的とした改善策の実施
- ④ 医療放射線安全管理委員会の設置

(8) リスクマネジメント部会の設置

- 1) 医療事故防止対策を実行あるものにするため、委員会にリスクマネジメント部会（以下「部会」という。）を設ける。部会は月1回定期的に行う。
- 2) 部会は、以下の役割を担う。
 - ① ヒヤリ・ハット事例の原因分析並びに事故予防策の検討及び提言に関すること
 - ② 医療事故の分析並びに再発防止策の検討及び実施に関すること
 - ③ 医療事故に関する諸記録の点検に関すること
 - ④ 医療事故防止のための啓発、広報等に関すること
 - ⑤ 他の委員会に対する勧告案の検討に関すること
 - ⑥ 医療事故の発生日・内容・業務改善処置・業務改善処置の結果、有用性の確認・業務改善処置の容認/所見を記入した業務改善計画書を医療安全管理部門へ提出する。
- 3) リスクマネージャーの配置
各部署に、医療安全を積極的に推進するリスクマネージャーを置く。各部署の安全活動のリーダーの役割を担う。
- 4) リスクマネージャーの主要な役割
 - ① 職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言。
 - ② 医療事故報告書の内容の分析及び必要事項の記入。
 - ③ 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の所属職員への周知徹底。
 - ④ 職員に対する医療事故報告書の積極的な提出の励行。
 - ⑤ その他医療事故の防止に関すること。
 - ⑥ リスクマネージャーの任期は、毎年必要時見直しする。

(9) 院内医療事故調査委員会

- 1) 委員会の設置
病院における診療行為に伴って予期せぬ死亡または永続的な障害や重篤な後遺症が起り、病院の治療対応に問題がある可能性がある場合、医療事故の原因究明について調査を行うため、院内医療事故調査委員会（以下、「事故調査委員会」と呼ぶ）を事故直後（遅くとも1週間以内）に設置する
- 2) 事故調査委員会の構成
 - ① 診療部長
 - ② 医局長
 - ③ 医療安全管理者
 - ④ 事務長

- ⑤ 看護部長または師長 1名
 - ⑥ その他、必要と認めた当該医療従事者
 - ⑦ 外部委員（滋賀県医療事故調査等支援団体協議会の推薦をもとに委託）
 - ⑧ 総務課長（庶務）
- 3) 事故調査委員会の業務
- ① 医療事故の事実確認に関する事。
 - ② 医療事故の原因究明に関する事。
 - ③ 医療事故の再発防止策の策定に関する事。
 - ④ 医療事故調査報告書の作成に関する事。
- 4) 事故調査委員会の開催及び活動の記録
- ① 事故調査委員会は事故調査委員長が招集し開催する。ただし、出席者が委員の2/3以上でなければ開催は出来ない。
 - ② 委員会の庶務は、事務部総務課長が処理する。

III. 事故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に関する基本方針

(1) 報告の目的

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防止対策、再発防止対策を策定するため、できるだけ多くのインシデント事例、アクシデント事例、医療事故事例を院内全体から収集することを目的とする。収集した事例は、事故予防対策、再発防止策の策定や、実施対策の評価、点検等に活用するため、職員は別途定める医療安全管理マニュアルに沿って、ヒヤリ・ハット・インシデント・アクシデントレポートで報告をしなければならない。

(2) 報告の方法

事故に対してヒヤリ・ハットレポート（事故レベル0）は、各部署で決められたレポートかあるいは、desknet's NEOによる報告とし、インシデントレポート（事故レベル1～3a）とアクシデントレポート（事故レベル3b～5）は院内統一のもので提出する。

また、転倒・転落、表皮剥離の報告に関しても院内統一のものを使用する。緊急を要する場合には、ひとまず口頭で所属長から院長・医療安全管理者に報告を行う。

(3) 改善策の策定と実施状況の評価

1) 改善策の策定

医療安全管理部門や医療安全管理委員会、リスクマネジメント部会は、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、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

医療安全管理部門、医療安全管理委員会、リスクマネジメント部会は、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。

(4) 情報の共有

- 1) 報告制度に基づき収集したデータは、医療安全管理部門で毎月まとめて、集計、分析し医療安全管理委員会で報告する。
- 2) 重大事故、またはすぐに周知の必要な事故に関しては、医療安全管理者より、各所属長を通して連絡する。

(5) その他

- 1) 守秘義務 病院長、医療安全委員会の委員は、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) 不利益処分の禁止 本項の定めに従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な取扱いを行ってはならない。
- 3) 医療安全対策に関する会議での意見の尊重 医療安全対策に関する議論においては、全ての職員はその職種、資格、職位の上下にかかわらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなければならない。

IV. 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

(1) 救命処置の最優先

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、当院の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

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

(2) 病院長・医療安全管理者への報告など

- 1) 前項の目的を達成するために、事故の状況、患者様の現在の状態等を、所属長を通じてあるいは直接病院長・医療安全管理者へ迅速かつ正確に報告する。
- 2) 報告を行った職員は、その事実および報告の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。
- 3) 事故に関係した医療器具、材料は出来るだけ保存する。
- 4) 医療事故当事者に対する配慮：医療事故当事者は通常の状態を保つことは困難になるため、その立場を理解し組織として適切な配慮を講ずる必要がある。

5) 重大な医療事故が発生した場合は、速やかに事故原因を調査究明し再発防止を講ずる。

(3) 患者様・ご家族・ご遺族への説明

- 1) 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、患者様本人、ご家族等に誠意をもって説明するものとする。患者様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ご遺族に説明する。
- 2) 説明は複数の職員で実施し、説明を行った職員は、説明した相手の氏名とその事実及び説明の内容を診療録、看護記録等、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

V. 診療行為に関連した死亡発生時の対応

(1) 医療事故調査制度の対象となる医療事故

(医療法第六条の十)

病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(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つたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

※ 医師法第 21 条：「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異常があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」

上記でいう「異常」とは、「死体の外表面の異常」のことであり、医療事故調査制度と医師法とは、並列的な位置づけである。

(2) 医療事故調査制度の対象となる医療事故の範囲

以下に示すように、この2つの状況を満たす死亡又は死産が届出対象

	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡または死産	左記に該当しない死亡または死産
管理者が予期しなかつたもの	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

* 過誤の有無は問わない

(3) 「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方

<p>「医療」(下記に示したもの)に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産(①)</p>	<p>①に含まれない死亡又は死産(②)</p>
<p>●診察 徴候、症状に関するもの</p> <p>●検査等(経過観察を含む) 検体検査に関連するもの 生体検査に関連するもの 診断穿刺・検体採取に関連するもの 画像検査に関連するもの</p> <p>●治療(経過観察を含む) 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの リハビリテーションに関連するもの 処置に関連するもの 手術(分娩)に関連するもの 麻酔に関連するもの 放射線治療に関連するもの 医療機器の使用に関連するもの</p> <p>●その他 以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合 療養に関連するもの 転倒・転落に関連するもの 誤嚥に関連するもの 患者の隔離・身体拘束/身体抑制に関連するもの</p>	<p>左記以外のもの <具体例></p> <p>●施設管理に関連するもの 火災等に関連するもの 地震や落雷等、天災によるもの</p> <p>その他</p> <p>●併発症(提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患)</p> <p>●原病の進行</p> <p>●自殺(本人の意図によるもの)</p> <p>●その他 院内で発生した殺人・傷害致死、等</p>

(4) 予期しなかった死亡又は死産

当該死亡又は死産を予期しなかったものとして、以下の事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたもの。

- ① 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの。
- ② 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの。
- ③ 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合に限る。)からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は

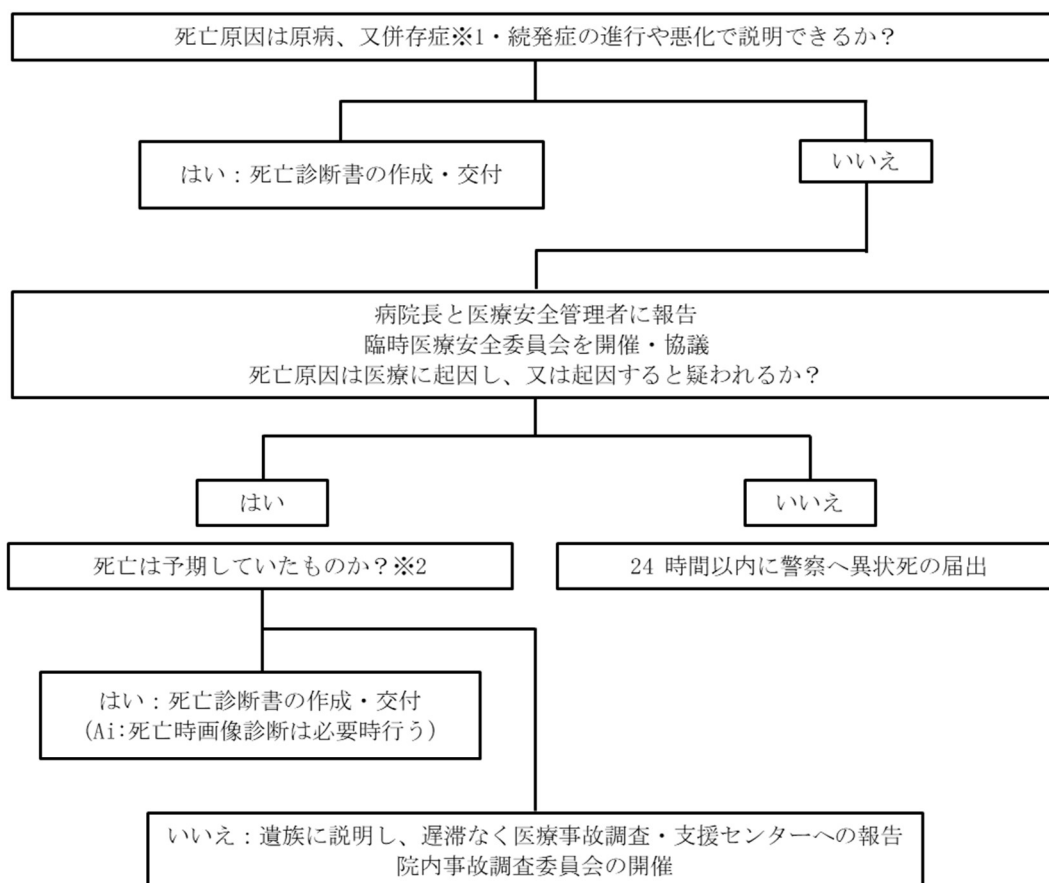
死産が予期されていると認めたもの。

※ 一般的な死亡の可能性についての説明や記録だけでなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明および記録であること。

(5) 患者死亡時の対応フローチャート

患者死亡時の対応フローチャート

医療法第6条の10に従い患者の死因が「原病、又併存症・続発症の進行や悪化で説明できない」場合には第三者委員会に届けなければならない。



※1 併存症とは：原病とはべつに併存している疾病（例：糖尿病と高血圧）

続発症とは：原病と関連して続発する疾病（例：糖尿病と糖尿病腎症）

※2 「予期していなかった」とは：死亡するような病気や病状ではなかった患者が突然に予想外の経過で死亡した場合にはあるが、死亡前の説明や記録の状況を踏まえて管理者（院長）が最終判断する。

(6) 医療事故調査・支援センターへの医療事故報告の流れ

① 医療事故の判断・報告

医療事故に該当するかどうかについては、病院長が臨時の医療安全管理委員会を開催し判断する。該当すると判断した場合は、遺族への説明後、医療事故調査・支援センター（以下センター）に医療事故発生の報告を行う。

※ 病院長はこの報告を行うことが義務付けられている。遺族が報告する仕組みではないことに注意する。

② 医療機関が行う院内調査

医療事故が発生した場合、院内医療事故調査委員会を開催し、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査を行う。院内調査を行う際は、中立性、公正性を確保するため、医療事故調査等支援団体の支援を求めるとされている。

③ 医療事故調査等支援団体による支援

医療事故調査等支援団体とは、医療機関が院内調査を行うにあたり、必要な支援を行う団体で、県医師会、大学病院、各領域の医学会など、複数の医療関係団体で構成されている。想定される支援内容は以下のとおり。

1) 支援内容

- ・ 医療事故の判断に関する相談
- ・ 調査手法に関する相談、助言
- ・ 院内事故調査の進め方に関する支援
- ・ 解剖、死亡時画像診断に関する支援（施設・設備等の提供含む）
- ・ 院内調査に必要な専門家の派遣
- ・ 報告書作成に関する相談、助言

（医療事故に関する情報の収集・整理、報告書の記載方法など）

④ 院内調査結果の説明・報告

院内調査が終了した際は、医療機関は遺族とセンターに調査結果の説明・報告を行う。

※ 遺族には、口頭又は書面、もしくはその双方の適切な方法により行い、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない。

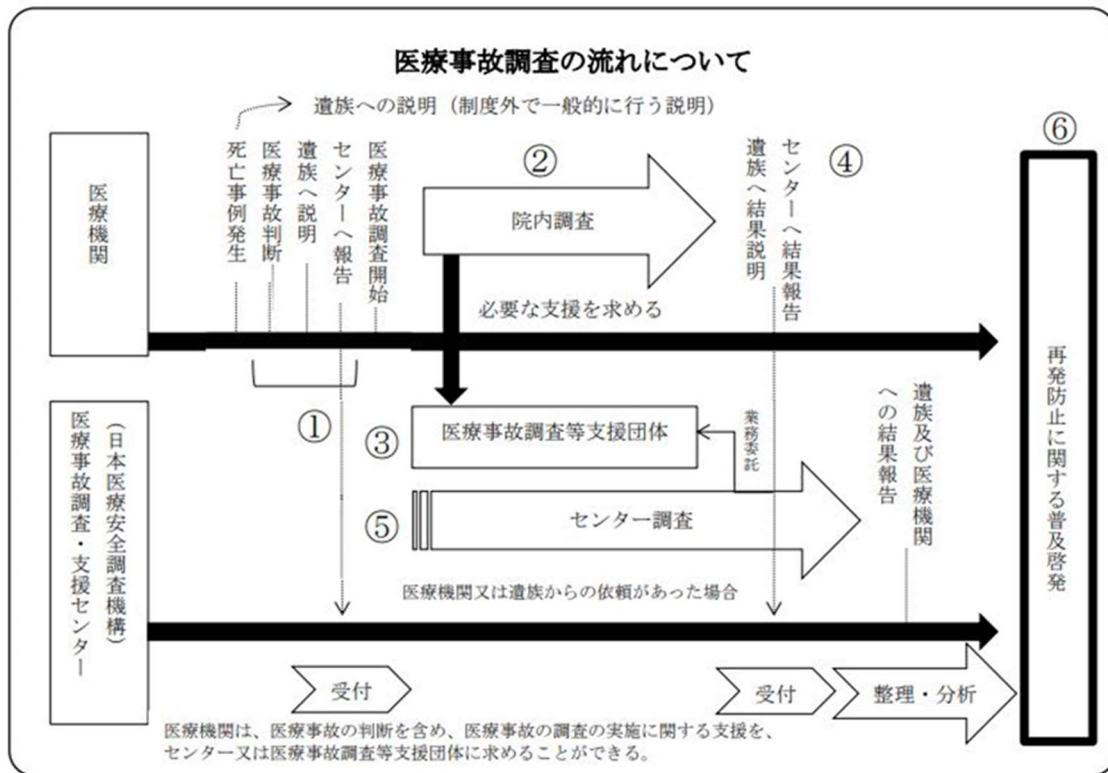
センターへの調査結果報告の内容については、再発防止策の検討を充実させるため、必要に応じて、センターから医療機関に確認・照会等を行うことがある。

⑤ センター調査

医療事故としてセンターに報告された事例について、医療機関又は遺族がセンターへの調査を依頼した場合、センターは必要な調査を行う。

⑥ 再発防止に関する普及啓発

センターは、医療機関から集積した情報に基づき、個別事例ではなく全体として再発防止に関する知見を情報提供していくこととなっている。



VI. 医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針

医療事故防止の取り組みを進める上では、職員一人ひとりが安全に対する意識を高め、対応能力の向上を図ることが必須であり組織全体として取り組む必要がある。したがって、医療事故防止に関する組織的な研修を定期的かつ計画的に行うことが望まれる。そのために、以下の教育・研修を行う。

(1) 医療安全研修会

- 1) 医療安全管理部門は、予め作成した研修計画に従い、一年に2回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- 2) 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など全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、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- 3) 研修方法は、病院長などの講義、院内での報告会、事例分析、事例検討会、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会伝達報告会等の方法によって行う。
- 4) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するように努めなければならない。
- 5) 病院長は、本院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- 6) 医療安全管理部門は、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。

(2) 医薬品の安全使用のための研修

医薬品の有効性・安全性に関する事項や安全使用のための方法について、個々の医療従事者の理解を深め、意識を高めることで、医療安全を確保することを目的に定期的に研修会を開催する。

(3) 医療機器に対する研修

医療機器の正しい使用法を徹底するため、院内の医療スタッフに対して、医療機器安全使用教育を行う。新人職員への教育・機器導入時の教育継続教育を行い、事故防止に努める。

(4) 医療被ばくに関する研修

管理区域内で作業を行う職員に対しては、診療用放射線の安全利用のための研修を行う。

VII. 患者からの相談への対応に関する基本方針

相談窓口設置について

患者様からの相談対応に関する基本方針患者様中心の安全で質の高い医療の実現に向け、患者様、ならびにご家族からの相談の窓口として相談窓口（患者相談支援室）を設置し、医療に関する相談・意見・苦情等に耳を傾け、より質の高い安全対策を推進する。（「相談窓口設置規程」参照）。

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及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。

(1) 医療安全管理マニュアルの整備

本医療安全管理指針に基づき、医療安全管理の方策や、医療事故発生時の対応方法などについて、具体的な手順等を定めた医療安全管理マニュアル及びそれに関連するマニュアルを策定する。この医療安全管理マニュアル及びそれに関連するマニュアルは、関係職員に周知する。

(2) 医療安全マニュアル及びそれに関連するマニュアルの改訂

医療安全管理マニュアルは必要に応じて改訂する。改訂にあたっては、医療安全委員会の決定を経て、院長が決定する。なお、見直しの際に多くの職員が関わることによっ

て、職員の医療安全に対する意識を高める効果もある。職員はこのことを理解し、改訂作業に積極的に参加しなくてはならない。

IX. 患者に対する当該指針の閲覧に関する方針

医療安全管理指針、医療安全管理マニュアル及びそれに関連するマニュアルは公開とし、患者およびその家族等からの求めがあった場合には、条件をつけずに開示する。

X. 本指針の見直し

本指針等は医療安全管理委員会において定期的に見直し、必要に応じて改正するものとする。

実施日

この指針は2002.1より施行する。

2004.11 一部改訂

2014.4 一部改訂

2019.6 一部改訂

2023.1 一部追加

2024.4 全面改定

2025.1 II,(9),2) 一部改訂 患者影響レベルの分類見直し

医療安全管理体制

