

医療安全管理指針

内容

1-1 趣旨	2
〈医療安全の基本指針〉	2
2. 医療の安全を図るため、医療事故防止活動を推進します	2
4. 事故発生時は患者様の治療を最優先し全力を尽くします	2
1-2 用語の定義	2
(1) 医療事故	2
2. 医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象	2
(4) 上席者	2
1-3 組織および体制	2
2-1 医療安全管理部門の設置	3
2-2 部門の構成	3
2-4 医療安全管理委員会の任務	3
(1) 医療安全管理委員会の開催および運営	3
(4) その他、医療安全の確保に関する事項	4
3 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	4
(2) 改善策の実施状況の評価	5
3-4 その他	5
4 安全管理のための指針・マニュアルの整備	5
4-3 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方	6
5 医療安全管理のための研修	6
5-2 医療安全管理のための研修の実施方法	6
6 事故発生時の対応	6
6-2 病院長への報告など	7
6-3 患者・家族・遺族への説明	7
7-2 本指針の見直し、改正	7
7-3 本指針の閲覧	7
7-4 患者からの相談への対応	7

医療安全管理指針

1総則

1-1 趣旨

本指針は、医療法人社団誠弘会池袋病院（以下「本院」）における医療事故の発生防止策により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的とする。また、医療事故発生時における対応方法の指針を示し、医療安全管理体制を促進する。

〈医療安全の基本指針〉

1. 私たちはインフォームド・コンセントを確実におこない、患者様の医療情報をできるだけ提供します。
2. 医療の安全を図るため、医療事故防止活動を推進します
3. ヒヤリハット報告（インシデント報告）を積極的に行います
4. 事故発生時は患者様の治療を最優先し全力を尽くします
5. 患者様の情報開示の求めに、積極的に応じます
6. 医療安全推進に患者様にも参加をしていただき、掲示等で啓蒙します

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

1. 診療の過程において患者に発生した望ましくない事象
2. 医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象

(2) 本院

医療法人社団誠弘会池袋病院

(3) 職員

本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、医事職員等あらゆる職種を含む

(4) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者

(5) 医療安全推進者

医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、本院全体の医療安全管理を中心に担当する者

1-3 組織および体制

本院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき本院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理室(部門)
- (2) 医療安全推進者
- (3) 医療安全管理委員会
- (4) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (5) 医療に係る安全管理のための研修

2医療安全管理体制

2-1医療安全管理部門の設置

本院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理部門を設置する。また、現場での医療事故を迅速に把握するために、部署ごとに医療安全専任者（セーフティマネージャー）を任命し、その対応や当事者の指導をおこなう。

2-2部門の構成

(1) 医療安全管理部門の構成は、以下のとおりとする。

- ①医療安全管理室 室長
- ②医療器機・医療ガス安全管理責任者
- ③感染防止対策責任者
- ④医療安全相談員
- ⑤ICTメンバー
- ⑥各部門医療安全専任者
- ⑦医療安全担当医師

2-3医療安全管理委員会の設置

- (1) 委員会規定は別紙
- (2) 委員会の会議には、病院長が同席する。
- (3) 委員の氏名および役職は(院内掲示等の方法により)、公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。
- (4) 委員の構成

委員会規定にて記載

2-4医療安全管理委員会の任務

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および運営
- (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原因、再発防止策の検討および

職員への周知

(3) 院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の実施

(4) その他、医療安全の確保に関する事項

2-5委員会の開催および活動の記録

(1) 委員会は原則として、月1回、定例的に開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。

(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職員に報告する。

3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

3-1報告とその目的

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ており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、

①本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こと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を目的とする。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おこなうものとする。

3-2報告にもとづく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、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

⇒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病院長 及び 医療安全管理室長へ報告する。

②医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例は速やかに上席者または病院長 及び 医療安全管理室長へ報告する。

③その他、日常診療のなかで危険と思われる状況は適宜、上席者または医療安全推進者へ報告する。

(2) 報告の方法

①前項の報告は、原則として報告システムをもって行う。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、遅滞なく報告システムによる報告を行う。

②報告は、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。

3-3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。

* 報告された事例の検討・再発防止策検討をする為、週1回のミーティングを行う
構成員は、院長・医療安全管理者・看護部長・事務局長・医療安全担当医師 とする
必要に応じて各部門の担当者を招集する。

(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。

3-4その他

(1) 病院長およ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えた内容を、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な取扱いを行ってはならない。

4安全管理のための指針・マニュアルの整備

4-1安全管理マニュアル等

安全管理のため、本院において以下の指針・マニュアル等(以下「マニュアル等」という)を整備する。

- (1) 院内感染対策指針*必携
- (2) 医薬品安全管理マニュアル*必携
- (3) 輸血マニュアル
- (4) 褥瘡対策マニュアル
- (5) 医療機器安全管理マニュアル
- (6) 医療ガス安全管理マニュアル

4-2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) マニュアル等は、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告する。

4-3安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

(1) 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) 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。

5医療安全管理のための研修

5-1医療安全管理のための研修の実施

(1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、1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等を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) 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。

(4) 病院長は、本指針[5-1](1)号の定めにかかわらず、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。

(5) 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。

5-2医療安全管理のための研修の実施方法

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、外部講師を招聴しての講習、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。

6事故発生時の対応

6-1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。

- (1) 患者の救命処置
- (2) 家族及び上司への報告
- (3) 患者・家族への説明
- (4) 証拠保全と原因究明に努めること
- (5) 当事者に対する配慮

6-2 病院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、上席者を通じてあるいは直接に病院長等へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 病院長は、必要に応じて医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 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、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-3 患者・家族・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。
- (2) 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、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、帳簿等に記録する。

7 その他

7-1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改正

- (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。

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

者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

付則 平成14年9月1日制定

平成15年11月01日改訂

平成21年04月01日改訂

平成26年12月22日改訂

平成28年07月01日改訂

平成28年10月01日改訂

平成30年01月01日改定

令和2年12月01日改定

令和3年12月01日改定

令和4年12月01日改定

令和5年8月16日改定