

熊本市立植木病院医療安全管理規程

(目的)

第1条 植木病院（以下「当院」という。）における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するため必要な事項を定め、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。

(医療安全管理のための基本的考え方)

第2条 医療安全は、医療の質に関わる重要な課題であり、安全な医療の提供は医療の基本となるものである。当院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を施設及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要となる。このため、当院は、医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置し、医療安全管理体制を確立するとともに、院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル（以下「マニュアル」という。）を作成する。また、医療事故事例及びインシデント事例の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図るものとする。

(医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について)

第3条 医療安全管理規程については、患者及び家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、待合室等に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮しなければならない。

(医療安全管理委員会の設置)

第4条

第1条の目的を達成するため、当院に医療安全管理委員会を設置する。

1. 委員会の構成は、次のとおりとする。

- (1) 部長級の医師（委員長）
- (2) 医療安全管理者（副委員長）
- (3) 診療部長
- (4) 看護部長
- (5) 事務局長
- (6) 各師長（師長不在の場合は師長代行者）
- (7) 主任薬剤師
- (8) 主任検査技師
- (9) 主任放射線技師
- (10) 主任理学療法士
- (11) 管理栄養士
- (12) 地域連携室社会福祉士
- (13) 診療情報管理士
- (14) 庶務・医事職員各1名
- (15) 臨床工学技師1名

2. 委員会の委員長は委員の中から院長が指名する。

3. 委員会の副委員長は委員の中から、委員長が指名する。
4. 委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代行する。
5. 委員会には、必要に応じて病院長が出席することができる。
6. 委員は委員会の決定事項等を所属部署に周知するとともに、施設・設備等の点検と職員の指導を行い、発生事故等については委員会へ報告する。
7. 委員会の所掌事務は以下のとおりとする。
 - (1) 医療安全管理の検討及び研究に関すること
 - (2) 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに委員会によって立案された防止対策及び
 - (3) 改善策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること。医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること。
 - (4) 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること。
 - (5) 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関すること。
 - (6) 医療訴訟に関すること。
 - (7) その他医療安全管理に関すること。
8. 医療事故が発生した場合は、医療従事者は医療側の過失の有無を問わず、発生後直ちに該当部署の上席者（当該職員の直上で管理的な立場にある者をいう）へ報告しなければならない。
9. 医療従事者から医療事故が発生した報告を受けた上席者は、直ちに医療安全推進者へ報告し医療安全推進者はレベル3 b以上のアクシデントに関しては、医療安全管理者へ報告しなければならない。医療安全管理者は、事故の重大性を勘案して、委員長や院長に報告する必要があると認めた事案はその都度報告する。それ以外の事案については、委員長報告後、適宜院長に報告しなければならない。
10. 前項の報告は原則として別に定める報告書様式（医療事故については「アクシデント報告書」、インシデント事例については「インシデント報告」）をもって行わなければならない。ただし、緊急を要する場合は、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て報告を行うことができる。
11. 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しなければならない。
12. 委員会は、報告された医療事故事例を検討し、医療安全管理上有益と認められるものについて、再発防止の観点から、植木病院の組織としての改善に必要な防止対策を作成しなければならない。
13. 委員会は作成した改善策が、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らなければならない。
14. インシデントの事例（その他、日常診療の中で危険と思われる状況が発生した場合を含む）の報告を受けた上席者又は医療安全推進者は、インシデント報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等の必要事項を記載して、医療安全対策室に提出しなければならない。

- (1) インシデント報告をした者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
 - (2) インシデント事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて当該事例の原因、種類及び内容等をコード化した分析表を活用し分析を行う。
 - (3) インシデント事例の評価分析内容は、医療安全管理に資することができるよう、各部署へ周知をしなければならない。
- 1 5. 安全管理のため、次のマニュアルを各委員会で整備する。整備に当っては、管理と支援を行う。
- (1) 輸血マニュアル
 - (2) 感染対策マニュアル
 - (3) 褥創対策マニュアル
 - (4) 医療ガス管理マニュアル
 - (5) その他
- 1 6. 個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため、医療に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。
- (1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
 - (2) 医療に関わる場所において業務に従事する者とする。
 - (3) 年2回以上定期的で開催し、それ以外にも必要に応じて開催する。
 - (4) 実施内容については記録しなければならない。
- 1 7. 委員会は医療安全管理指針を作成し、適宜改訂するとともに、その内容を全職員に周知しなければならない。
- 1 8. 委員会は毎月第1月曜日に開催する。ただし、必要に応じて臨時の委員会を開催することができる。
- (1) 委員会の検討結果については、速やかに概要を記録し院長に報告するとともに、運営委員会に報告するものとし、5年間これを保存する。
 - (2) 委員会の記録その他の庶務は医療安全対策室で行う。

(医療安全対策室の設置)

第5条 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全対策室を設置する。

1. 医療安全対策室は、以下の委員より構成する。

- (1) 医療安全対策室長：1名（部長級の医師：医療安全管理責任者）
- (2) 医療安全対策副室長：1名（専従の医療安全管理者）
- (3) 委員：各部署の医療安全推進者（リスクマネージャー）

2. 医療安全対策室の所掌事務は以下のとおりとする。

- (1) 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（本指針及びマニュアルの整備・遵守、改善策の実施等）、インシデント・アクシデントレポートの適正な実施の評

価を行う。

- (2) 医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、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し保管する。
- (3) 医療安全管理委員会、医療安全対策カンファレンス（リスクマネージャー会議）の円滑な運営を図るため、会議で用いられる資料及び議事録の作成及び保存その庶務を行う。
- (4) 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、相談後の取扱い、その他対策室の活動実績を記録する。各部署における医療安全対策に係る取組の評価を行うためのカンファレンスを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が参加のもと、週1回程度開催する。
- (5) 診療録や看護記録の記載、医療事故報告書の作成等について、職場責任者に対する必要な指示、指導。
- (6) 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の確認と必要な指導。
- (7) 院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための医療安全委員会（医療事故調査委員会）の招集。
- (8) 事故等の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。
- (9) 医療事故報告書の保管。
- (10) その他医療安全対策の推進を行うこと。

（医療安全管理者の設置）

第6条 医療安全対策の推進のため、医療安全対策室に医療安全管理者を置く。

1. 医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有するものとする。
2. 医療安全管理者は、医療安全対策室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・共同の上、以下の医療安全対策室の業務を行う。
 - (1) 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
 - (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こと。
 - (3) 各部門における医療安全推進者への支援を行うこと。
 - (4) 医療事故発生時の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること。
 - (5) 医療安全対策の体制確保のための各部署間の連携を図るため調整を行うこと。
 - (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) その他医療安全対策室の業務を行うこと。

第7条 別に定める患者相談窓口規定により、患者・家族等からの医療に関する相談等を受け、関係各所への情報提供、連絡調整等を実施することにより、医療の安全と信頼を高め、また、当院における患者サービスの向上を図ることを目的として医療安全相談窓口を設置する。

- (1) 医療安全対策室を同窓口とする。
- (2) 相談内容は多岐にわたると予測されるため、医療安全対策室専従の職員が、相談内容確認後に適切な部署或は個人と協議し適任者が回答する。

- (3) 電話による問合せで即答できない場合には、一旦電話を切りかけ直すなど、迅速・正確かつ丁寧な対応に努める。
- (4) 休日及び時間外の問合せについては、急を要する場合以外は原則として時間内の問合せをお願いします。

附則 この規程は平成27年4月1日から制定する

この規定は文言追加修正のため平成28年11月1日改訂する

この規定は委員構成変更に伴い平成31年4月1日改訂する

この規定は委員構成変更に伴い令和3年4月1日改訂する

この規定は委員構成変更に伴い令和4年4月1日改訂する

この規定は一部内容変更に伴い令和6年4月1日改訂する

この規定は一部内容変更に伴い令和7年4月21日改訂する