

医療安全管理委員会規程

第1章 総則

第一条 目的

医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって医療事故をなくし、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標とする。春日部さくら病院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし、全職員の積極的な取り組みを要請する。

第二条 医療安全管理委員会の設置

春日部さくら病院内における医療安全対策を総合的に企画・実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

第2章 委員会

第三条 委員の構成

- 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。
 - 委員長 1名（当院においては病院長が兼務）
 - 医療安全管理者（医療安全管理者） 1名
 - 医師 必要に応じて委員長が任命する医師
 - 委員 各部署より1名以上
（各部署とは、看護部病棟科、外来科、透析科、薬剤科、放射線科、臨床検査科、栄養科、医療連携室、医事課、総務課を指す）
- 委員長に事故あるときは、医療安全管理者がその職務を代行する。

第四条 任務

- 医療安全管理委員会の開催および運営
- 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
- 医療事故防止マニュアルおよび体制の整備
- 本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企画立案

第五条 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回定例会を開催するほかに、重大事故発生時等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時は、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保存する。
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、必要に応じて病院長に報告する。

第六条 報告に基づく情報収集

1. 報告すべき事項
 - 1 医療事故
医療者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、発生後直ちに上司へ、上司からは直ちに医療安全管理委員長もしくは医療安全管理者へ報告し、委員長もしくは医療安全管理者は病院長へ報告する。
 - 2 医療事故に至らなかったが発見・対応が遅れれば、患者に有害な影響を与えたと考えられる事例については上司に報告する。
 - 3 その他日常診療の中で危険または問題と思われる状況については、適宜上司へ報告する。
2. 報告の方法
 - 1 前項レベル0～2の報告はインシデント・アクシデントレポートおよび転倒・転落報告書で行う。ただし、レベル3以上の緊急を要する場合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、遅滞無く書面による報告を行う。
 - 2 報告は診療録・看護記録等自ら患者の医療に対して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成する。
 - 3 報告および報告書の経路については別紙に定める。(図1)
 - 4 自発的報告がなされるよう、各部署の長は報告者名を省略して報告することができる。(ただし、レベル3以上のアクシデントについては その限りではない。)
3. 報告内容の検討
 - 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、再発防止の観点から検討し、医療の安全上有益と思われるものについて、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、且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 その他、他施設での医療事故内容の検討を行い、必要時各部署へ通達する。(各種団体のホームページ活用等)

4. その他

- 1 病院長・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 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益な取り扱いを行ってはならない。

第七条 医療安全のための研修

1. 研修は医療安全の基本的な考え方、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。
2. 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。
3. 職員研修は原則年2回程度定期開催し、その必要によっては職種別に適時開催する。
4. 研修内容(日時・出席者・研修項目等)を記録する。
5. 外部の医療安全に関する研修会参加の年間計画を作成し、積極的に推進する。研修報告会を設け共有の場として活用する。

第八条 事故発生時の対応

1. 救命措置の最優先
医療者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。具体的対応策は別紙に定める。
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司を通じてあるいは、直接院長へ迅速且つ正確に報告する。
 - 2 病院長は必要に応じて、委員長に医療安全管理委員会の緊急招集・開催をさせ、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。
その際の記録は客観的に正確且つ丁寧に、経時的に記載する。
3. 警察への届出
 - 1 医療過誤によって死亡または障害が発生した場合、または疑いがある場合には、病院長は速やかに所轄警察署に届出を行う。
 - 2 届出を行うにあたっては、原則事前に患者・家族に説明し承諾を得る。
4. 患者・家族・遺族への説明
 - 1 事故発生後救命処置の遂行に支障を来たさない限り、可及的速やかに事故状況、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は、その客観的な状況を速やかに遺族へ説明する。場合によっては警察への届出を説明する。

- 2 説明を行った職員は、その史実および報告内容を診療録・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。
その際の記録は客観的に正確且つ丁寧に記録する。

5. 再発防止

以下の事項について評価検討を加え事故防止対策に反映させる。

- 1 報告書に基づく事例の分析
- 2 組織としての責任体制の検証
- 3 同様の事故事例の検証
- 4 講じてきた防止策の現状および課題
- 5 メーカー各社への改善要求
- 6 その他防止に関する事項

第九条 医薬品の安全管理体制は別紙に定める。

第十条 医療機器の安全管理体制は別紙に定める。

第十一条 その他の事項

1. 本規定の周知

内容については院長・医療安全管理委員会を通じて全職員に周知徹底する。

2. 本規定の見直し・改定

- 1 見直しは年1回実施する。
- 2 改定は医療安全委員会の決定により行う。

3. 本規定の閲覧

職員と患者との情報の共有に努めるため、患者・家族から閲覧の求めがあった場合にはこれに応じる。その際は医療連携室相談員を窓口とし、医療安全管理委員が対応する。

4. 患者相談窓口

担当者(原則として、医療連携室相談員)は患者・家族からの病状や治療方針、苦情に関する窓口となる。必要に応じて、病院長、主治医、関係する部署および委員会等に連絡する。

5. ご意見箱の設置

各階に患者・家族からのご意見箱を設置する。患者相談窓口担当者は適時回収し、その内容について対応する。

平成16年10月01日制定
平成18年12月01日改訂
平成23年 4月13日改訂
平成27年10月01日改訂
平成28年10月01日改訂
平成29年10月01日改訂
平成30年09月01日改訂

令和1年10月01日改訂
令和2年10月01日改訂
令和3年10月01日改訂
令和4年10月01日改訂
令和5年10月01日改訂
令和6年01月22日改訂
令和6年10月01日改訂

医療法人社団

春日部さくら病院