

医療安全管理指針

I 基本方針

医療の場では医療従事者の不注意が、単独であるいは重複したことによって医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねない。

患者の安全を確保するために、病院職員一人ひとりが、医療安全の必要性・重要性を自分自身の課題と認識し、最大限の注意を払いながら日々の医療に従事せねばならない。また、医療行為がもたらす結果を予見（予見義務）、医療事故に生じる悪い結果を回避（結果回避義務）すべく常に考えながら行動する。

当院は、医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、「人間はエラーをおかす」という観点に立ち、個人の責任追及ではなく、医療安全管理システムの問題として捉え、院長のリーダーシップのもと、医療安全管理対策委員会委員長、医療安全管理者、リスクマネジメント部会を中心として有機的な体制を構築し、組織横断的に取り組むことを基本方針とする。

II 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. アクシデント（医療事故）

医療の過程においてその目的に反して傷害を生じたレベル3b以上の事象。また、医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

2. インシデント

本来の目的からはずれた行為や事態の発生を意味する。また、患者だけでなく訪問者や医療従事者に、傷害の発生した事例や傷害をもたらす可能性があったと考えられる状況も含むレベル3a以内の事象で、エラーや過失の有無を問わない。

3. インシデント、アクシデントレベル

医療事故に関する影響の大きさに応じて、レベル0から5迄の8段階に分類したもの。

4. 本 院

社会医療法人社団光仁会 総合守谷第一病院。

5. 職 員

本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む。

6. 医療安全推進者（リスクマネージャー）

当該職員の直上で管理的立場にある各部署責任者。

7. 医療安全管理者

医療安全管理者は病院長の指名で選任され、医療安全管理のための組織横断的な活動を行う立場の者。

8. 患者サポート窓口

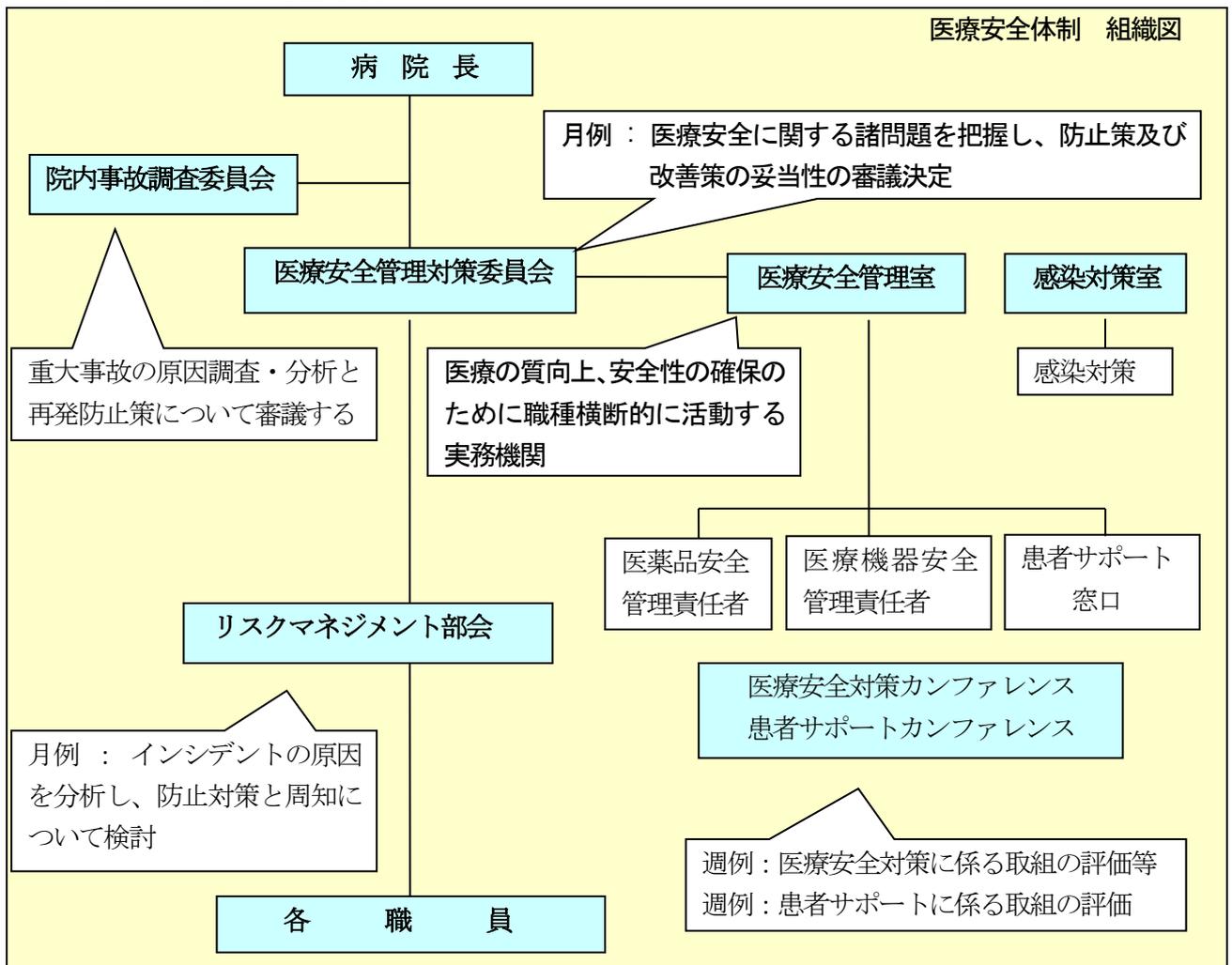
患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、1階外来フロアへ患者サポート窓口を常設し、医療安全管理者と連携して担当者がその業務にあたる。

9. 医療事故調査制度

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って、病院長が当該死亡又は死産を予期しなかった場合で、調査が必要と病院長が判断した事例については、院内事故調査を行い、調査報告書を医療事故調査支援センターへ報告する。

III 組織と体制

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委員会・部門等の組織、及び体制を整える。



1. 医療安全管理対策委員会

本院における安全な医療を推進するために医療安全管理対策委員会（以下、委員会）を設置する

- 1 委員会は原則として、毎月第4火曜日に開催する。
- 2 レベル3b以上事例の発生などで委員長が臨時会を必要と認識した際には、臨時開催することができる。
- 3 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年間これを医療安全管理室で保管する。
- 4 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へ報告する。

2. 医療安全管理室

1 設置目的

医療安全管理対策委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の医療安全管理を担う部門として医療安全管理室を設置する。

2 業務

- 1) 医療安全管理対策委員会及びリスクマネジメント部会で用いられる資料、及び、議事録の作成・保存・その他庶務を行う。
- 2) 複数の部署にまたがるシステム上の問題又は各部署では分析が難しい問題を分析し、改善策を立案し、関係部署に実施の徹底を図る。
- 3) インシデント（レベル0 事例含む）・アクシデント集計。
- 4) 医療安全対策に係る取組の評価などを行うため毎週水曜日の17時（第4週は火曜日のリスクマネジメント部会終了後）より、医療安全対策カンファレンスを実施し記録に残す。

(1) 医療安全対策カンファレンスの構成者

次に掲げる者をもって構成する。

医療安全管理対策委員長、副院長、事務部長、看護部長、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、放射線科技師長、医療対話推進者、院長・名誉院長（オブザーバー）

(2) 医療安全対策カンファレンス・患者サポートカンファレンス

1) 目的

医療安全対策カンファレンス： 医療安全対策に係る取組の評価など

患者サポートカンファレンス： 患者サポート窓口からの苦情・相談に係る取組の評価など

2) 記録

カンファレンスを開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事録を作成し、2年間これを医療安全管理室で保管する。

3. 医療安全管理者

1 設置目的

医療安全管理室における医療安全管理の実務を行う専任、及び、兼任の者（以下「医療安全管理者」）を置く。

2 医療安全管理者の配置基準

- 1) 医師、薬剤師、看護師、またはその他の医療資格を有している。
- 2) 医療安全に関する必要な知識を有している。
- 3) 医療安全管理室に所属していること。
- 4) 医療安全管理者は、医療安全対策委員会の構成員に含まれている。
- 5) 専任の医療安全管理者は、医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事している。
- 6) 医療安全対策に係る適切な研修を終了している。

3 医療安全管理者の業務

- 1) 医療安全管理室の業務に関する企画立案、及び、評価を行う。
- 2) 院内を巡回し、各部署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。
- 3) 医療安全管理に関する職員研修の企画、実施する。

- 4) 職員の医療安全管理に関する意識の向上、指導等を行う。
- 5) 病院の各部門・部署間の連携を図るための調整を行う。
- 6) その他、医療安全管理室の業務を行うこと。
- 7) 患者サポート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、家族相談に適切に応じる。
- 8) アクシデント発生時、現場に事情聴取に向き具体的な事情聴取から要因分析を行ない、必要に応じて部署と再発防止策を検討し、記録を2年間医療安全管理室で保管する。

4. 医薬品安全管理責任者

1 設置目的

医薬品の使用に際して、医薬品の安全使用のための体制を確保し、医薬品に係る安全管理のための体制を確保するために、医薬品安全管理責任者を置く。

2 業務

- 1) 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成。
- 2) 従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施。
- 3) 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施。
- 4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施。
- 5) 「医薬品の安全使用のための業務手順書」を必要に応じ、改訂し遵守を促していく。

5. 医療器機安全管理責任者

1 設置目的

病院が管理する医療機器に係る安全管理のための体制を確保するため、医療機器安全管理責任者を置く。

2 業務

- 1) 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施。
- 2) 医療機器の保守点検に関する計画の策定、及び、保守点検の適切な実施。
- 3) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施。

6. リスクマネージャー

1 設置目的

診療部門、看護部門、事務部門を構成する部門の責任者は、医療安全対策の活動と医療安全対策推進者としてリスクマネージャーを置く。

2 業務

- 1) インシデント報告書の積極的な提出を促進すること。
- 2) アクシデントが発生したときは、当事者からの報告に基づき事象の内容を病院長・医療安全管理室へ報告する。
- 3) 担当部署の日常業務を通じて医療安全管理に関する問題を提起し解決を図る。
- 4) 担当部署では解決がつかない問題を医療安全管理室へ報告し、協同で解決を図る。
- 5) 担当部署内で解決した問題等をリスクマネジメント部会に報告し、全院的な問題への関連として提案を行う。
- 6) 院内で回付されてきた医療安全管理に係わる情報を担当部署に速やかに周知徹底する。

- 7) 担当部署における医療安全管理に係わる情報を積極的に収集し、医療安全管理室や関係部署へ迅速に提供する。
- 8) 医療安全管理に関する職員研修、及び、啓発を推進する。
- 9) 医療安全管理室の活動に協力し、部署毎の医療安全対策を推進する。

7. リスクマネジメント部会

医療安全管理室のもとに、医療安全を推進する具体的、実効的な活動を行うことを目的として、リスクマネジメント部会を設置する。

1 リスクマネジメント部会の構成

リスクマネジメント部会の構成員は、各部署の責任者からなる医療安全対策推進者とする。部会長は医療安全管理対策委員会委員長、副部会長を医療安全管理対策委員会副委員長とする。

2 任 務

リスクマネジメント部会は、主として以下の任務を負う。

- 1) 医療安全・事故防止のための具体的対策の検討及び推進
- 2) 院内において発生したヒヤリハットレベル0の分析結果などの現場へのフィードバック
- 3) 院内において発生したヒヤリハットレベル1～3 a 事例の対策、マニュアル等の遵守状況の報告
- 4) 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに医療安全管理対策委員会によって立案された防止対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
- 5) 院内外からの医療事故防止に役立つ資料の報告
- 6) 職員の院内研修履修結果、追加研修についての報告
- 7) その他、医療事故の防止に関する事項

3 部会の開催および活動の記録

- 1) 委員会は原則として、毎月の第4火曜日17時に定例会を開催する。なお、部会構成員からの申し出で部会長が早期対策の検討が必要と認識した際には、随時臨時部会を開催する。
- 2) 部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録の医療安全管理室で作成し、2年間これを医療安全管理室で保管する。

8. 患者サポート窓口

1 患者サポート窓口の設置

患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、外来フロア内に患者サポート窓口を常設する。

2 患者サポート窓口の構成

患者サポートの構成員は、患者サポート窓口担当者、医療安全管理者から構成される。

3 任 務 : 患者サポート窓口の任務を負う

- 1) 患者サポートの活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について患者等に明示する。
- 2) 患者サポートの活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。
- 3) 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- 4) 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し、当該施設の安全対策の見直し等に活用する。
- 5) 苦情や相談件数の報告書を作成し、医療安全対策カンファレンスへ報告する。

IV 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、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、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、インシデント及びアクシデント（医療事故等）の報告を行うものとする。

医療事故に関する影響のレベル

	レベル	障害の継続性	障害の程度	解 説
インシデント	0	なし		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
	1	一過性		患者への実害は無かった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
	2	一過性	軽 度	処置や治療は行なわなかった（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等の必要は生じた）
	3 a	一過性	中等度	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）
医療事故	3 b	一過性	高 度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
	4 a	永続性	軽～ 中度	永続的な障害や後遺症が残り、優位な機能障害や美容上の問題は伴わない
	4 b	永続性	中度～ 高度	永続的な障害や後遺症が残り、優位な機能障害や美容上の問題を伴う
	5	死 亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

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、本院内での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) アクシデント（医療事故事例）： レベル3b以上事例

医療側の過失の有無を問わず、障害の程度が一過性で高度状態から死亡に至った事例。

2) インシデント： レベル1～3a事例

医療側の過失の有無を問わず、障害の程度が一過性で実害の無かった事例から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）事例。

3) ヒヤリ・ハット事例（レベル0事例）

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

4) その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

適宜、医療安全推進者へ報告し、医療安全管理者へと報告する。

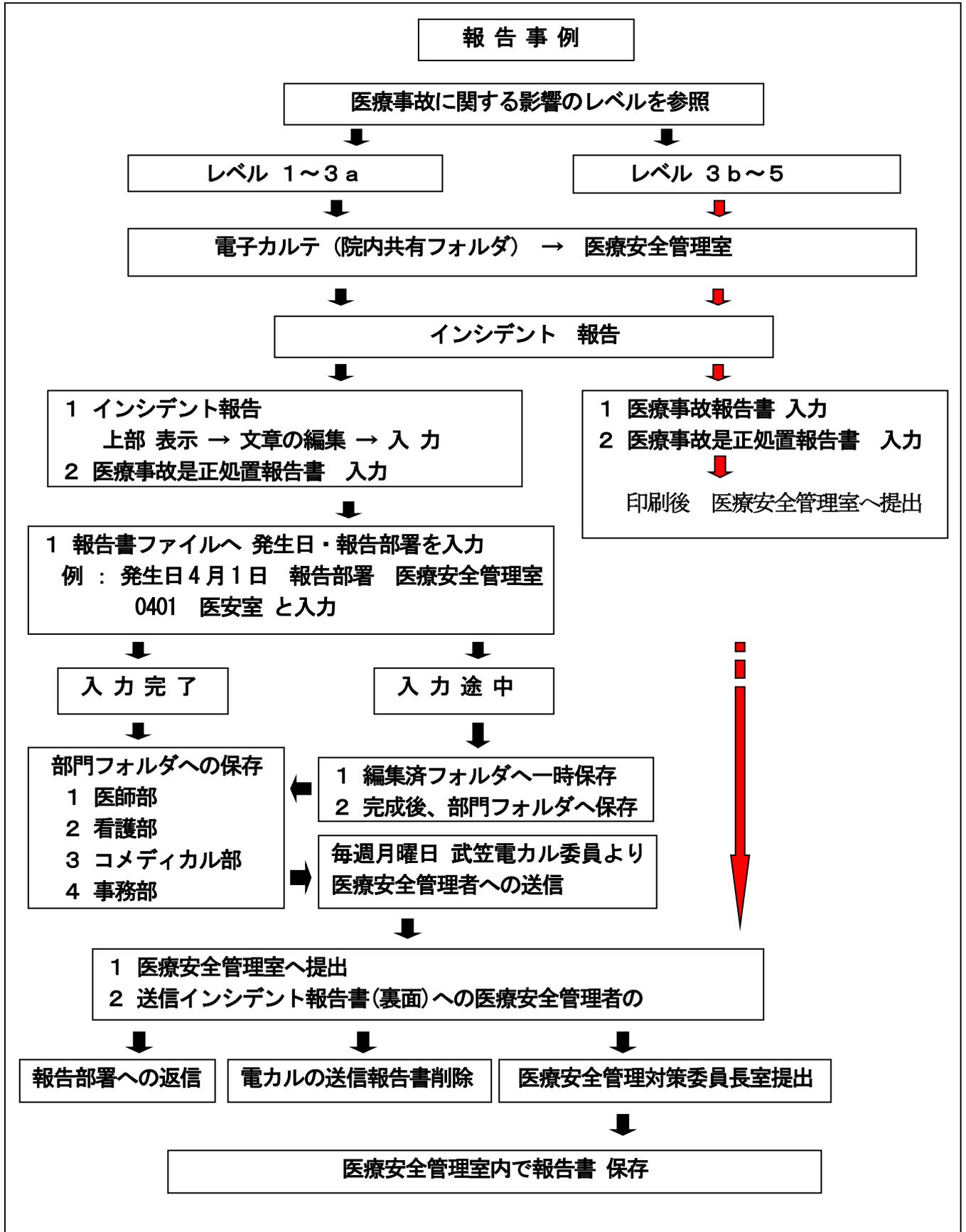
2 報告の方法 : インシデント・アクシデント報告書等作成・提出フロー図参照

- 1) 医療事故に関する影響レベルに照らし、医療事故は医療事故報告書を、レベル0を除く事例はインシデント報告書で報告。ただし、緊急を要する場合には病院長（不在時は名誉院長）・医療安全管理対策委員長へ口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面で報告を行う。
- 2) 報告書は下記に沿って取得する。
 - (1) 事故報告書 : 電子カルテの共有フォルダー → 医療安全管理室
 - (2) インシデント報告書 : 電子カルテの共有フォルダー → 医療安全管理室
 - (3) 是正処置報告書 : 電子カルテの共有フォルダー → 医療安全管理室
- 3) 報告者は、基本事項（職種・発生要因・多忙度・報告分類）をコード表に沿って分類し、医療安全管理に資することができるよう、インシデントの発生に至った要因分析・再発防止策を報告書へ記載する。
- 4) 報告書は、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。作成に当たり、発生状況を5W1Hで整理して報告する。5W1Hとは、When(何時)、Who(誰が)、Where(何処で)、What(何を)、How(どのように)、Why(何故)を指します。5W1Hを意識し、文章を構成することで、伝えたい情報の主旨が明確になり、かつ過不足なく伝えられる。
- 5) 自発的報告がなされるよう医療安全推進者、医療安全管理者は報告者名を省略して報告する事が出来る。
- 6) 医療安全推進者は、インシデント報告書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を再発防止策へ記載する。
- 7) 提出されたインシデント報告書へ、医療安全管理者が情報収集し要因分析・再発防止案を追記。医療事故報告書は内容をそのまま、両報告書ともに是正処置案を添えて医療安全管理対策委員長へ提出する。
- 8) 委員会は、職員が事故に関するインシデント・アクシデント体験を報告したことのみをもって不利益な処遇を受けないように配慮する。
- 9) 提出された報告書は医療安全管理室で2年間保管し、その後、重要書類として廃棄する。

3 医療安全管理者による報告部署へのヒヤリングとインシデント報告書への追記作成

医療安全管理室へ提出されたインシデント報告書・事故報告書に基づき、医療安全管理者は報告部署のヒヤリングを行ない、医療安全管理者の視点で事例を分析し発生要因・再発防止対策案を提出された報告書へ追記し報告部署へ返信する。作成した記録（報告書）は医療安全管理室で2年間保管し、その後、重要書類として廃棄する。

インシデント・アクシデント報告書等作成・提出フロー図



3. 報告内容の検討等

1 再発防止対策の立案

1) インシデント報告事例

(1) 医療安全管理対策委員長による是正指示

医療安全管理対策委員長は報告された各事例を精査し、是正の必要性が伺える事例に対して是正処置を医療安全管理者へ指示する。

(2) 医療安全管理者の発生部署への情報収集記録に基づき、各報告事例の再発防止対策評価を医療安全対策カンファレンスで行なう。

2) アクシデント（医療事故）報告事例

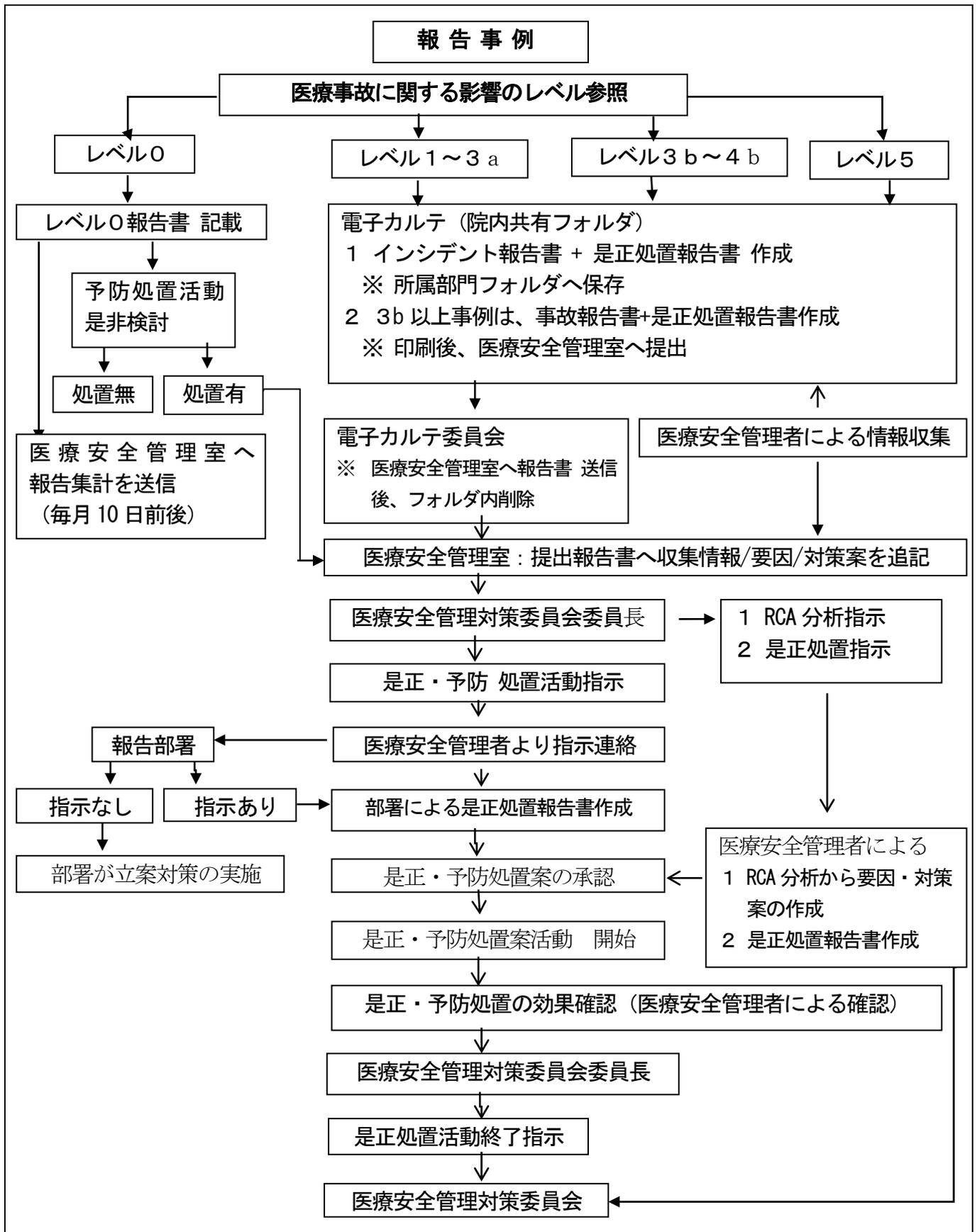
(1) 医療安全管理者は、医療安全管理対策委員長もしくは院長の指示のもと、現場へのヒヤリングと各診療記録などをもとにRCA（根本原因分析）を行ない、報告部署の医療安全推進者に助言を行ない是正処置案を作成する。

(2) 医療安全管理対策委員会は、医療安全対策カンファレンスなどから報告された3b以上事例の再発防止対策案が、医療の安全管理上有益と思われるものについて活動を指示し、医療安全管理室（者）を通じて対策の周知徹底を行なう。

2 改善策の実施状況の評価

医療安全管理室は、既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、医療安全管理者の定期巡視で点検・評価をさせ、活動の現状と結果は、医療安全対策カンファレンスへ報告し必要に応じて見直しを図り、その結果を医療安全管理対策委員会へ報告する。

インシデント報告書・事故報告書（是正・予防処置報告書含む）の流れ図



V 事故発生時の対応

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

2. 院長への報告など

- 1 救命措置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、各部署責任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、必要に応じて委員長に医療安全管理対策委員会を緊急招集・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。

3. 患者・家族・遺族への説明

- 1 事故発生直後、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。

4. 事実経過の記録

- 1 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。
- 2 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。
 - 1) 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
 - 2) 患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと。
 - 3) 事実を客観的かつ正確に記載し想像や憶測に基づく記載を行わないこと。

5. 警察への届出

警察への届出は、医師法 21 条の規程に従い、平成 6 年 5 月の日本法医学会「異常死」ガイドラインや各種学会などの見解を参考に医療事故調査委員会で検討し、事前に患者・家族の承諾を得た上で行う。

* 「外因死」については例外なく警察に届出なければならない。

6. 事故内容の公表

医療事故が発生した場合必要に応じてその内容を公表するが、その基準は以下の通りとする。

- 1 事故により、患者を死に至らしめたり、重大な後遺症を残すことが判明した場合、あるいはその可能性が高いと判断される 3b 以上の事例。
- 2 公表することが重大な事故の再発を回避できる可能性があり、医療安全管理上有益と認められる場合。
- 3 公表する内容は、事故発生の経緯、状況、発生後の処置や対応とする。

- 4 公表をする場合には、患者様、家族のプライバシー等に最大限の配慮を行い、事前に患者様本人、家族にその内容を説明し、了承を得なければならない。原則として、患者や当事者の個人情報や、特定個人が識別される情報を除くものとする。

7. 当該医療者へのサポート

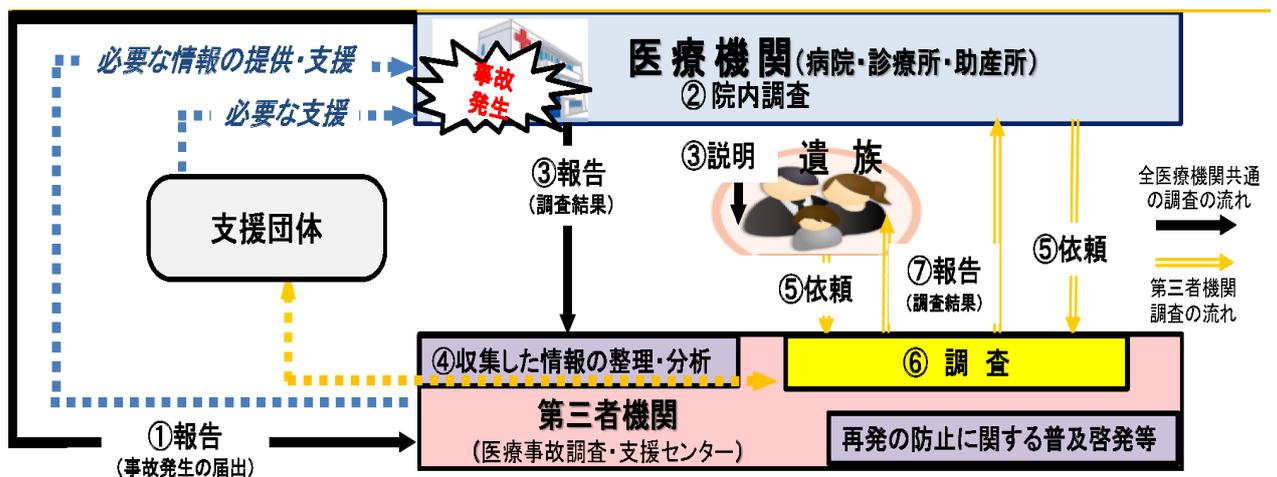
有害事象に関係した医療従事者は精神的、心理的な支援を必要とすることもある。救済処置として、当該職場の職責者が中心となり、精神科医師のカウンセリング等を考慮する。ケースによっては、当該医療者を一人にさせない等の配慮も必要である。

VI 医療事故調査報告について

1. 事故調査の目的

医療事故調査制度における医療事故とは、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って、当該管理者が死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。

医療事故に関する原因究明を目的とする情報収集・原因分析を行い、再発の防止対策または類似事故防止のための原因に対する改善策の立案を目的として事故調査を行い、これを報告する。



(注1) 支援団体については、実務上厚生労働省に登録し、院内調査の支援を行うとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。
(注2) 第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

2. 該当事例発生時の対応

該当の事例と判断される場合は、可及的速やかに状況の把握・保全を行うことが必要となる。下記に各職員の責務を記載する。

1 主治医、執刀医、現場の看護師など

- 1) 救命のための治療や処置
- 2) 使用済み医薬品・医療材料・医療機器等の現状保全あるいは回収
- 3) 適時の診療記録の記載
- 4) 医療安全管理者、病院長へ報告
- 5) 患者、家族への連絡・説明、予期せぬ結果の謝罪
- 6) 警察署、保健所への届け出について、病院長の判断を仰ぐ

2 医療安全管理者

- 1) 状況の把握に努める
- 2) 関係者に事情を聴取する
- 3) 時計の誤差を確認
- 4) 使用した物品等の回収と保管
- 5) 病院長へ報告

3 病院長

- 1) 院内医療事故調査委員会の開催を指示
医療安全管理対策委員長、副院長、看護部長、医療安全管理者、事故に関連した診療科の専門家、専門性によりその他の医療職者などで構成
- 2) 緊急対策会議の示した行動計画を承認
 - (1) 警察署への届け出の必要性
 - (2) 行政機関への報告の必要性
 - (3) 保険会社・顧問弁護士などへの報告
 - (4) 病理解剖またはAiの必要性
 - (5) 院内事故調査委員会の設置の必要性
 - (6) 公表の必要性
 - (7) 患者家族への相談窓口
 - (8) 対外的な対応窓口
 - (9) 第三者機関への報告の必要性

3. 事故調査の種類

1 院内事故調査委員会

医療安全管理対策委員長、副院長、看護部長、医療安全管理者、事故に関連する部署の所属長、事故に関連した診療科の専門家、専門性によりその他の医療職者、必要に応じて病院との利害関係にない第三者（当該事例に詳しい外部の専門医療者、弁護士など）で組織され、事故発生から1週間～1ヶ月を目安として委員会を開催し、事故半年を目安に報告書を作成する。

2 院外事故調査委員会

院外事故調査機関（第三者機関）として医療事故調査・支援センターが設置されている。

院内事故調査が終了した時点でその結果を院外事故調査機関へ報告したのちに、当院または患者遺族からの申請により、院外事故調査機関は院外事故調査委員会を組織し、再度事故調査を行う。

VII 高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供

1. 学会から示される高難度新規医療技術の導入に当たっての『医療安全に関する基本的な考え方』を参考に実施する。
2. 医薬品業務手順書において、未承認の医薬品などの処方の方の妥当性について、学会ガイドラインなどの医学的知見を確認する。

VIII 院内での死亡及び死産の確実な把握のできる体制

医療安全管理者は、電子カルテ内の看護部「管理日誌」「日誌管理」から死亡及び死産者を把握し、対象者の医療安全管理室・管理者日報への記載、死亡症例管理票作成と院長報告を行う。

IX 安全管理のためのマニュアルの整備

1. 医療事故防止・対応マニュアルの整備

安全管理のため、医療安全管理対策委員会は医療事故防止・対応マニュアルの整備を行なう。

2. 医療事故防止・対応マニュアルの作成と見直し

- 1 マニュアルは、院内共通のものとして整備する。
- 2 マニュアルは、関係職員へ周知し必要に応じ適時リスクマネジメント部会で見直しを図る。
- 3 リスクマネジメント部会より提案されたマニュアル改訂案は医療安全管理対策委員会へ報告し、承認の後に登録を行なう。

3. 医療事故防止・対応マニュアル作成の基本的な考え方

- 1 医療事故防止・対応マニュアルの作成に、多くの職員が関わることで、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、医療事故防止・対応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 医療事故防止・対応マニュアルの作成、医療の安全・患者の安全確保に関する議論は、全ての職員が「職種・資格・職位」の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重する。

X 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

- 1 医療安全管理室は、研修計画を概ね2カ月に1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立案する。他委員会より安全に関する共同研修会の要請があった場合、可能な限り協同する。
- 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し、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 研修は、病院長等の講義のほか報告会・事例分析や外部講師を招いた講習会などの方法によって行なう。
- 4 職員は、研修を受講するよう務めなくてはならない。医療安全管理室が主催する視聴覚研修へ参加。視聴研修後、アンケート・小テストを受けていただき結果を医療安全管理室へ提出して頂く。
- 5 病院長は、本院内で重大事故が発生した後に再発防止に向け必要があると認められる時は、臨時に研修を行うものとする。
- 6 実施された研修会は、企画書と実施記録（研修企画報告書・研修資料・直筆アンケート・小テスト回答用紙）を医療安全管理室で2年間保存する。

XI その他

1. 本指針の見直し、改正、周知

- 1 医療安全管理対策委員会は、少なくとも毎年1回程度、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、医療安全管理対策委員会の決定により行う。
- 3 本指針の内容については院長、医療安全管理室（医療安全管理者）、医療安全管理推進者等を通じて、全職員に周知徹底する。

2. 本指針の閲覧

本指針は、ホームページに掲載し、一般に開示。患者等からの閲覧の求めがあった場合には速やかに応じる。

3. 患者からの相談への対応

患者家族が抱える療養上の様々な不安等の軽減と、医療環境に関する意見等への対応のため、院内に患者相談窓口(患者サポート窓口)を設置。