

## 京都大学医学部附属病院における医療に関する安全管理の指針

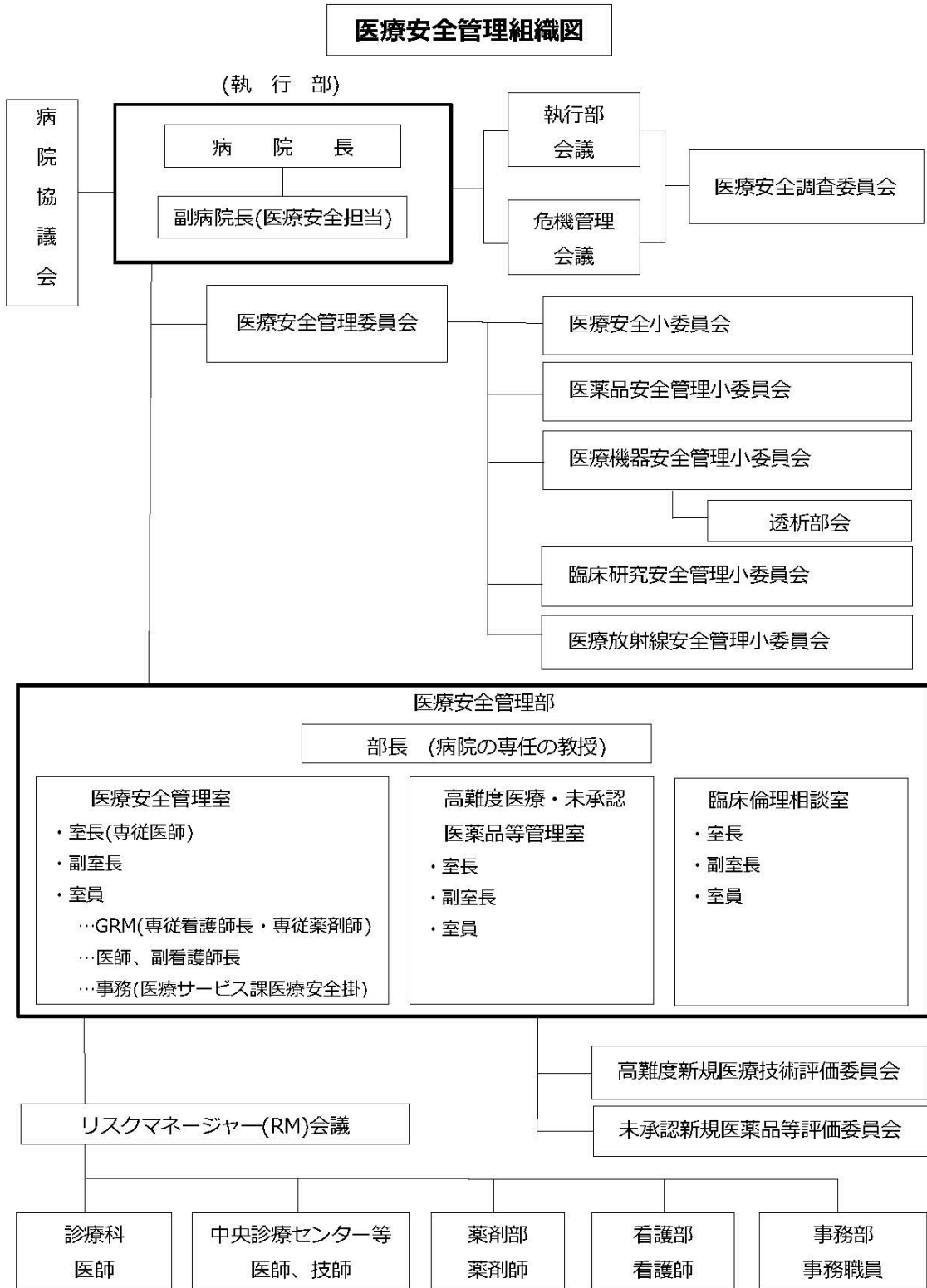
京都大学医学部附属病院における医療の安全管理指針を下記のとおり策定する。

### 1. 基本理念

- 1) 京都大学医学部附属病院は、患者の権利を尊重し、患者本位の医療、安全な医療の提供に努める。
- 2) 院内における責任体制および管理体制を明確にし、恒常的に医療事故に関する情報収集を行うとともに、迅速かつ適切な事故防止策を立案、実施する。

### 2. 組織と体制

- 1) 病院長は、医療安全管理の方針、医療の質の向上にかかる施策等を決定するため医療安全管理部を設置し、病院の専任の教授を医療安全管理部長とする。また、医療安全管理に関する施策の最高決定機関として、医療安全管理責任者を委員長とし、各診療科長・部門長などから構成される医療安全管理委員会を設置する。
- 2) 実質的な医療安全のための方策を実施するため、医療安全管理部に医療安全管理室を設置する。医療安全管理室には、専従の医療安全管理室長（医師）、専従の室員（ジェネラルリスクマネージャー：看護師、薬剤師）、兼任の室員（医師、看護師、事務職員）から構成される。
- 3) 医療安全管理室長、室員はインシデントレポートに代表されるサーベイランス活動などを通じ、各診療科（部）、病棟、中央診療センターなどの医療現場での医療事故防止と院内指導・教育、事故発生時の初動対応・調査・分析などについて中心的な役割を担う。
- 4) 医療事故等発生時には、医療事故等の実情調査と再発防止を図るため速やかに医療安全調査委員会を設置する。医療安全調査委員会においては、事故等に係る事情聴取、医療提供体制の分析、調査等を行い医療事故等発生後の必要な処置を行う。
- 5) 医療現場における医療事故問題について中心的な役割を担う職員として、各部門にリスクマネージャーを配置する。リスクマネージャーは、診療科（部）および病棟並びに中央診療施設単位に配属し、医療現場における安全策の遂行並びに関係委員会等の連絡調整を行う。
- 6) 高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門、および未承認新規医薬品等の使用の適否等を決定する部門として、医療安全管理部に高難度医療・未承認医薬品等管理室を設置する。



リスクマネージャー：約100名

### 3. 医療事故収集とサーベイランス

#### 1) 報告体制

京都大学医学部附属病院で発生した医療事故および医療事故が発生する危険のあった事例（ヒヤリ、ハットした事例）、警鐘に値する事例等については、速やかに対応措置を講じるとともに、事例の大小を問わず、「インシデントレポート提出要項」に基づく確実な報告を行うものとする。

病院は、報告された医療事故等について原因分析・調査を行い、事故防止策を取りまとめ周知・徹底する。

なお、医療事故等の報告は、将来の医療事故の再発防止の観点から極めて有用であることから、報告に基づく報告者に対する不利益処分を科さない等の環境整備に努める。

#### 2) 報告内容の検討・改善策の策定

医療安全管理室は、リスクマネージャーと協力し、医療事故または発生する危険のあった医療事故等について、速やかに事実関係を把握し、原因の分析・調査を行う。

各部門のリスクマネージャーは、策定した改善策の周知徹底を図り、所属の医療現場において医療行為が適切に実施されているかを確認し、指導する。

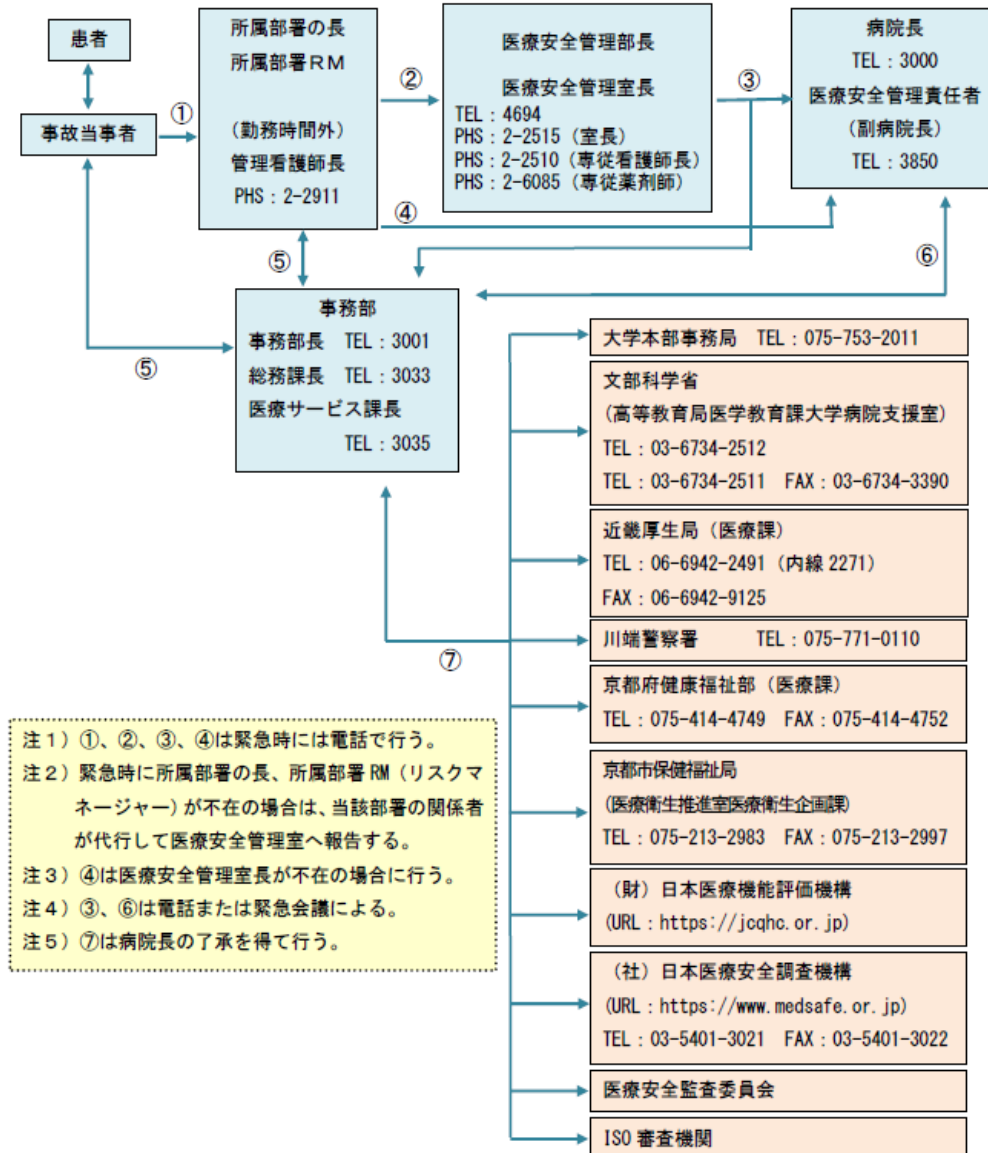
医療安全管理委員会は、以下のことを行う。

- ・医療事故等の情報を収集し、病院としての対応を検討する。
- ・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点検・評価する。

### 4. 重大事故発生時の報告体制

重大事故発生時には、事故当事者は速やかに所属部署の長・リスクマネージャーに連絡する。連絡を受けた所属部署の長・リスクマネージャーは速やかに医療安全管理室長に連絡する。勤務時間外であれば、時間外管理師長に連絡する。

## 重大事故発生時の報告体制



### 5. 安全管理に係る研修の実施

医療事故の防止に係る職員の意識改革と安全管理の意識の高揚並びに医療資質の向上を図るため、全職員を対象とした教育・研修、講演会を予め定められた計画に基づき開催し、チームの一員としての意識の向上、相互の連携を活性化する。対象職員は年2回以上の出席を義務とし、それを満たさない部署は指導を受けるものとする。

なお、病院長、医療安全管理部長は、本院内で重大な事故が発生した後等、必要に応じて、臨時に研修を行うものとする。

## 6. マニュアル・対応指針等の作成

安全かつ高度な医療を提供するため、医療安全管理マニュアル、医療スタッフマニュアル、各種対応指針等の策定を行うとともに定期的な見直し、改訂を行う。

## 7. 診療情報等の共有と開示

職員は、患者および家族等と診療情報などの共有に努めるとともに、患者および家族等から閲覧および開示の求めがあった場合には、本指針も含めこれに応じる。応じる場所は医療サービス課とする。また、広報誌、ホームページにより、医療安全情報および取り組みなど積極的に公開する。

## 8. 患者および家族からの相談等への対応

患者および家族等からの相談、苦情に対して適切に対応するため、相談担当者等を定め、患者相談窓口を設置する。

## 9. その他医療安全の推進のために必要な基本方針

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については、関係学会から示される「基本的な考え方」やガイドライン等を参考に、本院が定める「高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等を用いた医療に関する体制」に基づき、医療安全管理の体制等が整っていることを確認の上、導入の適否を判断する。

[平成12年 3月 8日 病院長裁定]

[平成14年 9月25日 改訂]

[平成16年 1月26日 改訂]

[平成19年10月 4日 改訂]

[平成27年 5月 1日 改訂]

[平成29年 2月 8日 改訂]

[平成29年 9月26日 改訂]

[平成30年 9月19日 改訂]

[平成31年 2月25日 改訂]

[令和 元年12月23日 改訂]

[令和 2年12月14日 改訂]

[令和 3年 4月14日 改訂]

[令和 4年12月16日 改訂]