



## 医療安全管理指針

### 1 総則

#### 1-1 基本理念

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意等が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを構築することが重要である。

私たちは患者の安全こそ最優先の事項と位置づけ、常にそのことに柔軟に対応するため、相互信頼と学習・報告の文化・習慣を共有し、自己・組織の向上に努めるものである。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と病院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標とする。

#### 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

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象。

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も含む。

##### (2) 当院

一般財団法人天誠会 武蔵境病院

##### (3) 職員



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

#### (4) 医療安全管理者

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、病院長の指名により、病院全体の医療安全管理を中心的に担当する者。

#### (5) 医療安全推進者（医療安全委員）

院内各部署から選出された医療安全対策実務者。所属部内の安全管理対策について監督する（インシデントや医療事故発生時の部内での適切な対応と指導を行う）。医療安全委員会の構成員を務める。

### 1-3 医療安全管理部門の設置

当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、医療安全管理部門を設置する。

### 1-4 医療安全委員会の設置

医療安全管理部門の方針に基づき、当院の医療安全に関する実務業務を行うために、医療安全委員会を設置する。

## 2. 医療安全管理部門

### 2-1 医療安全管理部門の設置

当院における医療安全対策に係る方針・決定を行うために、医療安全管理部門を設置する。

### 2-2 医療安全管理部門の構成

医療安全管理部門は、病院長、医療安全管理者及び院内各部署所属長ならびに医療機器安全管理責任者（委員長）、医薬品安全管理責任者（委員長）で構成する。部門の責任者は病院長が務める。



(1) 医療安全管理部門のメンバーは、以下のとおりとする。

- ①病院長（部門責任者）
- ②医療安全管理者（専任）
- ③看護部長
- ④事務長
- ⑤診療部門安全推進責任者（医師）
- ⑥医療機器安全責任者（委員長）※放射線科責任者
- ⑦医薬品安全管理責任者（委員長）※薬剤科責任者
- ⑧リハビリテーション部門責任者（リハビリテーション室室長）
- ⑨臨床検査部門責任者
- ⑩地域医療連携室長
- ⑪栄養科責任者

(2) 部門責任者は病院長が務める。

(3) 部門責任者に事故ある時は、医療安全管理者がその職務を代行する。

## 2-3 任務

医療安全管理部門は、主として以下の任務を負う。

- (1) 当院の医療安全活動に関する任務
  1. 医療安全に関する各部署の情報収集を行う。
  2. 医療安全マニュアルの定期的な見直し・改訂を行う。
- (2) 医療事故の収集・集計を行い、その結果を分析し、医療安全委員会に対して対策・改善策の提案・指導を行う。また対策・改善策施行後の評価を行い、医療安全委員会を通して院内にフィードバックを行う。
- (3) 医療安全に関する職場への啓発・教育活動を行う。医療安全委員会が行う医療安全に係る院内研修内容の提案・指導を行う。
- (4) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知を行う。
- (5) 医療安全に関する院内の連絡調整を行う。



(6) 医療安全委員会における資料及び議事録の保管管理を行う。

#### 2-4 医療事故発生時に関する対応

- (1) 診療録や看護記録などの記載、医療事故報告書の作成について必要な指示・指導を行う。
- (2) 患者・家族への説明など医療事故発生時の対応状況についての確認、指導を行う。
- (3) 病院長の指示のもとに、医療事故の分析のために臨時医療安全委員会を招集する。
- (4) 医療事故報告書の保管（報告書提出後5年間）

#### 2-5 医療安全管理部門会議

- (1) 毎週金曜日午後5時15分に部門者全員が参加しミーティングを行う。
- (2) レベル3b以上の医療事故発生時には速やかに緊急会議を開催し、初動体制・対応策・患者対応策等を合議する。臨時医療安全委員会の開催についての判断を行う。
- (3) 医療安全部門会議の内容は、医療安全管理者を通して医療安全委員会議事録に記載する。

### 3 医療安全管理者

#### 基本業務

- (1) 医療安全に関する一連の取り組み、情報収集、リスク評価、分析、対策立案と実施（定期的（週1回以上）に医療安全ラウンドを行う）。
- (2) 院外情報収集と管理、院内発信を行う。
- (3) 医療事故発生時、直ちに医療事故の状況把握に努める。
- (4) 重大事故発生時、病院長の指示に基づき、初期対応をサポートする。
- (5) 医療安全部門からの提案、対応策等を医療安全委員会ならびに各部署へフィードバック、指導を行う。
- (6) 医療安全業務を行う上での必要な調整、援助、連携。
- (7) 医療安全推進者からのコンサルテーションを受け、適切に指導する。



(8) 医療安全委員会が実施する院内研修（年2回）について、適切に助言、指導する。

## 4 医療安全委員会

### 4-1 医療安全委員会の設置

当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、医療安全委員会を設置する。

### 4-2 委員の構成

(1) 医療安全委員会の構成は、以下のとおりとする。

- ① 病院長
- ② 医療安全管理者（委員長）
- ③ 看護部長
- ④ 事務長
- ⑤ 診療部門医療安全推進者（医師）
- ⑥ 看護部門医療安全推進者（病棟看護師長・外来看護師・病棟看護師、病棟介護士）
- ⑦ 事務科医療安全推進者
- ⑧ リハビリテーション部門医療安全推進者
- ⑨ 臨床検査部門医療安全推進者
- ⑩ 薬剤科医療安全推進者
- ⑪ 放射線科医療安全推進者
- ⑫ 地域医療連携室医療安全推進者
- ⑬ 栄養科医療安全推進者

(2) 委員長は医療安全管理者がその任務を行う。

(3) 委員長が事故あるときは、副委員長がその職務を代行する。

### 4-3 任務

医療安全委員会は、主として以下の任務を負う。



- (1) 医療安全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企画立案
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項

#### 4-5 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、必要に応じて病院長（医療安全管理部門長）が招集する。
- (2) 医療安全管理者は、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録の概要を回覧する。2年間これを保管する。

## 5 セーフティチーム（SFT）

### 5-1 セーフティチーム（SFT）の設置

医療安全委員会の方針に基づき、医療安全委員会の活動に協力し、補佐するものとして医療安全委員会の中に「セーフティチーム（SFT）」を設置する。

### 5-2 チームの構成

- (1) セーフティチーム（SFT）の構成は以下のとおりとする。
  - ① 医療安全管理者
  - ② 看護部長
  - ③ 診療部門医療安全推進者（医師）
  - ④ 看護部門医療安全推進者（病棟看護師長・外来看護師・病棟看護師・病棟介護士）
  - ⑤ リハビリテーション部門医療安全推進者
  - ⑥ 医薬品安全管理者（薬剤部医療安全推進者）
- (2) セーフティチーム（SFT）の業務内容
  - ① 月に1回定例会を開催するほか必要に応じて医療安全管理者が招集する。
  - ② 院内各部門の医療安全の為の定期的なラウンド。
  - ③ 報告された事例の問題の発生原因を把握し、立案された改善策についての検討。



- ④ ③で検討した内容を医療安全委員会へ報告。
- ⑤ 医療安全委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の周知徹底。
- ⑥ 職員全体に対するインシデント・アクシデントレポートの積極的な提出の励行。
- ⑦ 医療安全研修への積極的な参加よびかけ。
- ⑧ 医療安全に関する地域医療連携会議への参加。

## 6 報告にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

### 6-1 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。

### 6-2 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、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、発生後直ちに責任者へ。責任者からは直ちに医療安全管理者、院長へと報告する。

##### ②医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに責任者または医療安全管理者へ報告する。

##### ③その他、日常診療のなかで危険と思われる状況



⇒適宜、責任者または医療安全管理者へ報告する。

## (2) 報告の方法

①前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う。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、遅滞なく書面による報告を行う。

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。

## 6-3 報告内容の検討等

### (1) 改善策の策定

医療安全委員会は、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、当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。

### (2) 改善策の実施状況の評価

医療安全委員会は、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。

## 6-4 その他

(1) 院長、医療安全管理者および医療安全委員会の委員は、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。

## 7 安全管理のための指針・マニュアルの整備

### 7-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、当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) 医療安全対策指針
- (2) 院内感染対策指針
- (3) 医療安全マニュアル
- (4) 院内感染対策マニュアル
- (5) 医療機器安全管理マニュアル
- (6) 医薬品安全管理マニュアル
- (7) 輸血マニュアル
- (8) 褥瘡マニュアル

#### 7-2 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、医療安全委員会で報告する。

#### 7-3 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。

## 8 医療安全のための研修

### 8-1 医療安全研修の実施

- (1) 医療安全委員会は、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のための研修を定期的実施する。



- (2) 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、当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、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、当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。

## 8-2 医療安全研修の実施方法

医療安全のための研修は、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、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。

## 9 事故発生時の対応

### 9-1 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、まず、当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、当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。

### 9-2 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、責任者を通じてあるいは直接、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。



### 9-3 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。

### 9-4 患者・家族からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者・家族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担当医、担当看護師等へ内容を報告する。

## 10 その他

### 10-1 本指針の周知

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

### 10-2 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全委員会は、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、医療安全委員会の決定により行う。

### 10-3 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。また、本指針についての照会には医療安全管理者が対応する。

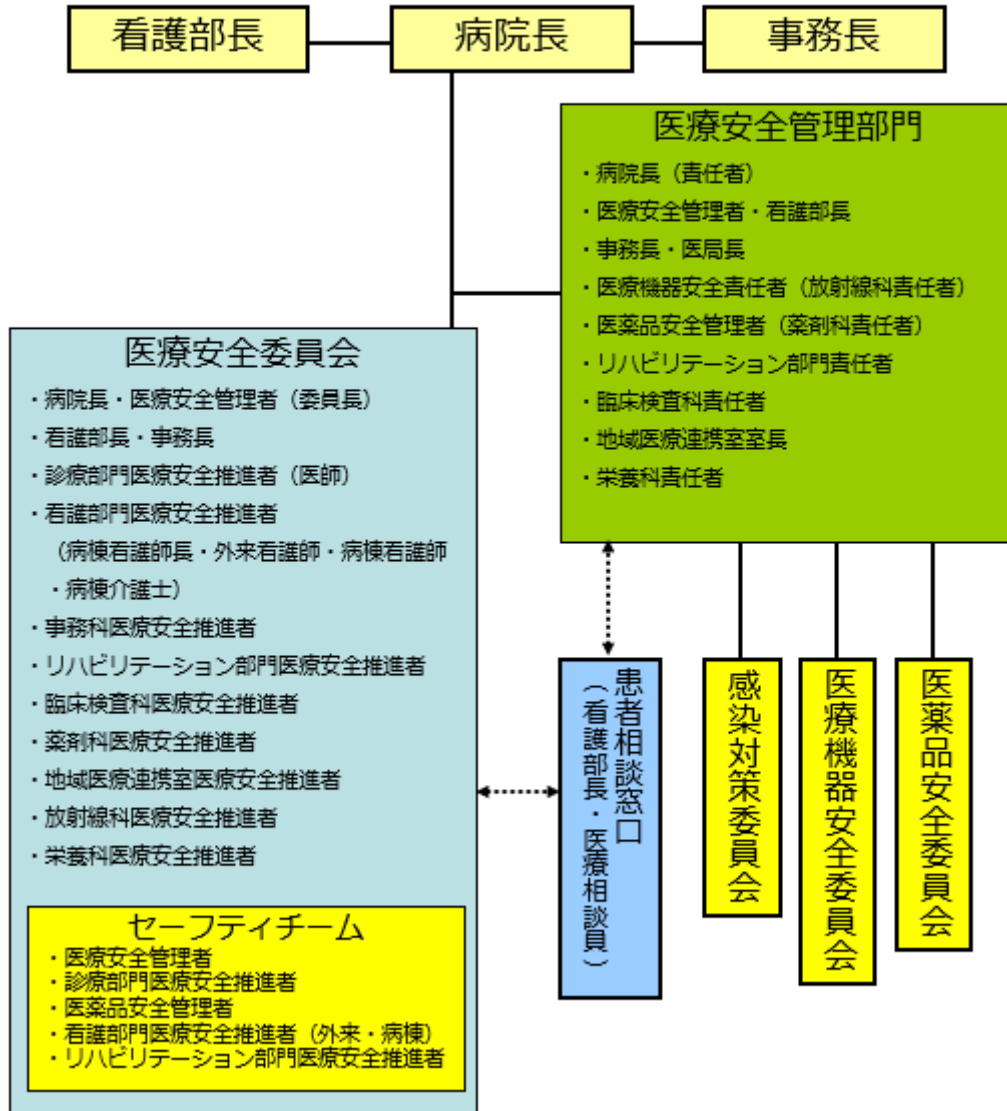
### 10-4 患者・家族からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者・家族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担当医、担当看護師等へ内容を報告する。



1.2 医療安全に関わる院内組織図

武蔵境病院 医療安全組織図



2019年2月21日現在

- 平成25年10月4日制定
- 平成27年6月10日改訂
- 平成28年11月4日改訂
- 平成31年2月21日改訂