

愛和病院  
医療安全管理指針

## 第1条 総則

### 1-1 基本理念

本病院は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

この目的を達成するため、病院長のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避しうる能力を強固なものにする事が必要である。

これらの取り組みを明確なものとし、本病院における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここに愛和病院医療安全管理指針を定める。

### 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

医療に係る場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療提供者の過失の有無を問わない。患者だけでなく、家族や医療従事者に被害が生じた場合も含み、転倒のように医療行為と直接関係しない場合も含む。また、身体的実害はないが、検査・観察を必要としたり、精神的被害を与えたりした場合も含む。

#### (2) 医療過誤

医療事故の発生原因に、医療提供者の過失があるものをいう。

#### (3) 医療紛争

医療に関して、医療提供者と患者側との間に生じた紛争をいう。

#### (4) 医療安全管理部門

医療安全管理室、医療安全管理者、医療安全管理委員会、リスクマネージャー等が連携し、院内の医療安全に努める。(組織図別紙)

## 第2条 医療安全管理委員会

(1) 医療安全に関する最高意思決定機関として「医療安全管理委員会」を設置する。

(2) 委員会は病院長、医療安全管理者、診療部（医師）、看護部（看護師・助産師）、診療技術部（薬剤師・臨床検査技師・栄養士）、事務部門の責任者をもって構成し、院長及び医療安全管理者が中心となって取りまとめる。

(3) 医療安全管理委員会の業務内容

① 医療安全管理指針の策定及び改訂、インシデントの発生原因、再発防止策の検討及び職員への周知。

- ② 医療安全の確保の実施に必要な体制・対策・研修等の統括・承認。
  - ③ 病院全体の医療安全体制を管理・指揮し、方針決定や審議を行う。
  - ④ 現場からの情報収集、実態調査、インシデント報告の収集・分析、最新情報の把握、職員研修の企画など、幅広い活動を行う。
  - ⑤ 医療安全管理室の活動状況の評価を行う（院内ラウンドの結果の報告を受け改善を指示する。
- (4) 定例の委員会を月1回開催する。  
※委員会開催日、会議の欠席者は、議事録を確認する。

### 第3条 医療安全管理室

- (1) 委員会の指示に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院長直轄の組織として「医療安全管理室」を設置する。
- (2) 医療安全管理室は、医療安全管理者を専任として配置し、医療安全管理者が中心となって業務を遂行し、必要に応じて他職種（薬剤師・臨床検査技師・事務等）が専門的見地からこれを補佐する
- (3) 医療安全管理室の業務内容
  - ① 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、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する。
  - ② 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、その他医療安全管理者の活動実績を記録する。
  - ③ 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの順守状況の確認）
  - ④ マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
  - ⑤ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンス（週1回程度）を開催する。

### 第4条 医療安全管理者

- (1) 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り、所定の研修を修了した専任の看護師を医療安全管理者として配置する。
- (2) 医療の質と安全確保のため、組織横断的に院内の安全管理業務を統括し、現場と委員会のパイプ役を担う。
- (3) 医療安全管理者の業務内容
  - ① 医療安全管理部門の業務に関する企画・立案・実施内容の評価。
  - ② 定期的な院内巡回（ラウンド）による現状把握と具体的改善策の推進。

- ③ 各部門におけるリスクマネージャーへの支援。
- ④ お客様相談係・各職場リスクマネージャーと連携し、患者・家族の相談に適切に応じる体制の構築・支援。
- ⑤ 医療安全に関する職員への教育・研修の実施。

## 第5条 リスクマネージャー

- (1) 各部署における医療安全対策推進の中心的役割を担う責任者として、リスクマネージャーを配置する。
- (2) リスクマネージャーは各部署の所属長により指名され、以下の業務を行う。
- (3) リスクマネージャーの業務内容
  - ① 各職場における医療安全管理に関する意識の向上
  - ② 委員会で決定した安全対策に関する事項の各現場への周知徹底
  - ③ インシデントレポートの積極的な提出の励行
  - ④ インシデント報告の内容の情報収集

## 第6条 インシデント事例の報告及び評価分析

- (1) インシデント報告手順（報告・レポート提出ルートは別紙参照）
  - ① 当事者より、所属長・リスクマネージャーへの口頭報告
  - ② 当事者によるレポート作成、及び、リスクマネージャーへの提出
  - ③ レベル2以上または必要時、当事者とリスクマネージャーによる面談を行い、振り返りシートを作成する
  - ④ 非医療系のインシデントに関しては、ノーミスミステイクレポートとして提出する。
- (2) 報告内容に基づく改善策の検討  
医療安全管理委員会は、前項目に基づいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用する。
  - ① すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知徹底する。
  - ② 上記①で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果をあげているかを評価する。

## 第7条 安全管理のための指針・マニュアルの作成

医療安全管理者は本指針の運用後、多くの職員の積極的な参加を得て、以下に示す具体的なマニュアル等を作成し、必要に応じ見直しを図るよう努める。

マニュアルの見直しを行った後は、全職員に周知徹底するものとする。

- (1) 院内感染対策マニュアル
- (2) 医薬品安全使用マニュアル
- (3) 輸血マニュアル
- (4) その他部門毎の業務マニュアル

## 第8条 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

医療安全管理者は、あらかじめ医療安全管理委員会において作成した研修計画に基づき、最低でも1年に2回以上、全職員を対象として実施する。

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。

研修を実施した際は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し保管する。

### (2) 研修の趣旨

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、個々の安全意識の向上を図るとともに、本病院全体の医療安全を向上させることを目的とする。

### (3) 研修の方法

研修は、院長等の講義、病院内での事例分析報告、外部講師を招いての講演、外部の講演会・研修会参加での内容伝達報告、または有益な文献抄読等の方法によって行う。

新入職員に対しては入職時に別途研修を行う。

## 第9条 事故発生時の対応

### (1) 救命措置の最優先

- ① 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、まず、院長またはそれに準ずる医師に報告するとともに、可能な限り、本病院の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。
- ② 必ず看護師1名は、患者の状態や行った処置を経時的に記録する。その際、電子カルテに表示されている時刻を標準とする。
- ③ 急時に円滑に周辺医療機関・関係機関の協力を得られるよう、連携体制を日ごろから確認しておく。

### (2) 本病院として対応方針の決定

院長及び診療部長、看護部長に連絡する。(休日・夜間は上長連絡する)

報告を受けた院長または、それに準ずる医師は、対応方針の決定に際し、必要に応じて医療安全管理委員会を緊急召集し、関係者の意見を聴くことができる。

(3) 患者・家族・遺族への説明

家族へ連絡する。院長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障をきた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、家族等に誠意を持って説明するものとする。不幸にも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。原因が明らかでない状況で、死亡に至った場合は遺族の方に病理解剖を勧める。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

(4) 証拠保全

医療事故に関わる医療器具、医療機器は廃棄せず保存する。チューブやルート類、注射器、アンプル、薬袋などに至るまで全て保存しておく。

(5) 報告

- ① 当事者は事故発生の状況を 24 時間以内にインシデント報告する。
- ② 明らかな過誤により死亡に至った場合は、速やかに院長及び医療安全管理者に報告し、早急に事例検討会を開催する。
- ③ 医療に起因し、かつ予期できなかつた死亡事故が起こった際には、医療事故調査委員会を開催し、医療事故調査が終了したときは遅滞なくその結果を医療事項調査・支援センターに報告する。

## 第 10 条 その他

(1) 本指針の周知・徹底

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

指示の伝達規定

院長→医療安全管理室マネージャー→医療安全管理委員会委員  
→各部署職員への周知

原則、文章化にして伝達を行う。

(2) 本指針の見直し、改正

- ① 医療安全管理委員会は、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なう。

(3) 本指針の閲覧

- ① 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

及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。

②患者および家族からの安全に関する相談には、誠実に対応する窓口を設ける。

(4) 患者からの相談への対応

病状や治療方針等、患者からの相談に対しては、担当医師が窓口となり、誠実に対応する。

必要に応じ院長・診療部長へ対応を求める。

## 附 則

この指針は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

この指針は、平成 21 年 4 月 1 日に一部改訂する。

この指針は、平成 22 年 4 月 1 日に一部改訂する。

この指針は、平成 24 年 4 月 1 日に一部改訂する。

この指針は、平成 24 年 4 月 23 日に一部改訂する。

この指針は、平成 24 年 5 月 22 日に一部改訂する。

この指針は、平成 26 年 4 月 1 日に一部改訂する。

この指針は、平成 27 年 4 月 1 日に一部改訂する。

この指針は 平成 30 年 4 月 1 日に一部改訂する。

2019 年 4 月 1 日 一部改訂。

2020 年 4 月 1 日 一部改訂。

2021 年 4 月 1 日 見直し。

2022 年 4 月 1 日 見直し。

2023 年 4 月 1 日 見直し。

2024 年 4 月 1 日 見直し。

2025 年 4 月 1 日 一部改訂

2025 年 7 月 1 日 改訂。

2026 年 1 月 31 日一部改訂。

2026 年 4 月 1 日 改訂。