

# 市立伊勢総合病院医療安全管理指針

## I. 総則

### 1 基本理念

患者一人一人に良質な医療を提供する為に、病院では最新・専門性の高い医療知識・技術を取り入れるだけでなく“より安全な医療”を実践する体制を構築しなければならない。よって当院では、各職員が医療水準の向上と医療安全に対する意識を高めるとともに、病院が就業環境の整備を行うことで、互いの職能を発揮できるチーム医療を推進している。つまり、個人と組織の両面から医療事故を防止する取り組みを明確にし、医療の質向上を徹底する為に、医療安全管理指針を定める。

### 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不利益な事象  
医療過誤(医療従事者の過失)の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

#### (2) 職員

当院に勤務するあらゆる職種を含む

#### (3) 医療安全管理者(ジェネラルセフティーマネージャー)

医療安全管理に必要な知識・技術および態度を有する職員であって、管理者(院長)の指名により病院全体の医療安全管理を中心に担当する者。

## II. 医療事故防止委員会

### 1 医療事故防止委員会の設置

医療事故を未然に回避する為に委員会を設置する。

### 2 委員会の構成

委員会の構成は以下のとおりとする。

#### (1) 医療安全管理室室長

#### (2) 医療安全管理者(ジェネラルセフティーマネージャー)

#### (3) 医療部、看護部、経営推進部各代表若干名

#### (4) 薬局、臨床検査室、放射線室、臨床工学室、リハビリテーション室、栄養管理室、健診センター各代表

#### (5) その他

### 3 委員会の任務

以下の事項を医療安全管理室と協力して行う。

- (1) 医療に係る安全管理のための報告制度で得られた事例の検討、再発防止策の策定および職員への周知徹底
- (2) 院内の医療事故防止活動および医療安全管理研修の企画立案
- (3) その他、安全管理のために必要な事項

### 4 委員会の運営

医療事故防止委員会の運営は以下のとおりとする。

- (1) 委員会は月に1回程度、および必要に応じて開催する。
- (2) 本委員会は定例とする他の委員会等と合わせて合同委員会や院内研修会を開催することができる。
- (3) 委員会開催後、速やかに議事の概要を作成し、管理会議に提出する。

### Ⅲ. 医療安全管理室

#### 1 医療安全管理室の設置

当院における医療安全管理対策と感染防止対策を総合的に企画、実践する為に医療安全管理室を設置する。

#### 2 医療安全管理室委員の構成

委員の構成は以下のとおりとする。

- (1) 医療安全管理室室長・(兼任)
- (2) 医療安全管理室室長補佐・医療安全管理者(専従)
- (3) 医療安全管理室主査・感染対策管理者(専従)
- (4) 医薬品安全管理者・(兼任)
- (5) 医療機器安全管理者・(兼任)
- (6) 臨床検査室長・(兼任)
- (7) 放射線室室長・(兼任)
- (8) リハビリテーション室室長・(兼任)
- (9) 健診センター担当・(兼任)
- (10) 看護部安全衛生委員長・(兼任)
- (11) 経営推進部担当・(兼任)

室長を置き、室長は副院長とする。室長補佐を医療安全管理者(ジェネラルセフティーマネジャー)、主査を感染対策管理者とする。安全管理対策に関する事項は、医薬品安全管理者・医療機器安全管理者・臨床検査室・健診センター・放射線室・リハビリテーション室・看護部・経営推進部の職員(リスクマネジャー兼任)が補佐する。補佐する職員は院長が指名し、必要に応じ、当室の職務を優先して行う。

#### 3 医療安全管理者の任務

医療安全管理者は医療事故防止委員会と連携しつつ、医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施する。  
また感染防止対策に関する事項については院内感染対策マニュアルに記載する。

##### 【医療安全管理者(ジェネラルセフティーマネジャー)が行う業務に関する事項】

- (1) 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- (2) 定期的に院内を巡回し各部門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こと。
- (3) 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
- (4) 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
- (5) 医療安全対策に係る体制を確保する為の職員研修を企画・実施すること。
- (6) 相談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・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。
- (7) 事故発生時に室長と協力し、事故対応を支援する。

##### 【医療安全管理室が行う業務に関する基準】

- (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していること。
- (2) 医療事故防止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、相談後の取り扱い、その他の医療安全管理者と活動実績を記録していること。
- (3) 医療安全対策に係る取り組みの評価を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療事故防止委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全の担当者が参加していること。
- (4) 医療事故調査制度に基づく日本医療安全調査機構への報告を要する死亡事例の有無を毎月検証し、管理会議に報告する。

#### IV. 報告に基づく医療に係る安全確保を目的とした改善

##### 1 報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、医療の質の向上と事故の未然防止・再発に資する対策を企画・実施するのに必要な情報を収集する為に、すべての職員は以下の要領に従い、報告を行うこととする。

##### (1) 職員からの報告等

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書式により、報告するものとする。

##### (ア) 医療事故(アクシデント)

医療側の過失の有無を問わず、患者に不利益な事象が発生した事例

⇒報告ルート(医療事故防止マニュアル参照)を経て、事故レベル 3b 以上の場合は管理者(院長)へ報告する。

##### (イ) ヒヤリハット(インシデント)

医療事故に至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に望ましくない事象を与えたと考えられる事例

⇒所属長(部長)へ報告する。緊急に改善を要する事例は速やかに所属長(部長)は管理者(院長)へ報告し、指示を受ける。他の事例は対策を取りまとめ、月1回まとめた報告でもよい。

(院長への速やかな報告は部長決済とする)。

⇒毎月、医療安全管理室、医療事故防止委員会に報告する。

##### (ウ) その他、日常業務のなかで危険と思われる状況(危険予知活動・対策)

⇒速やかに所属長(部長)へ報告する。院長へ報告する。

##### ① 報告された情報の取り扱い

報告を行った職員に対しては、不利益な処遇を行ってはならない。

① システムの不備により生じた事故、インシデントおよび危険予知対象は速やかに所属長、部長、管理者(院長)、医療安全管理室に報告する。

② 事故防止対策の改善に際し、エラープルーフ化を行う。

「教育・訓練」あるいは「マニュアル作成・改善」いずれが適切かを検討する。

##### 2 報告内容に基づく改善策の検討

医療安全管理室・医療事故防止委員会は前項に基づいて収集された情報を医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

(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、職員に周知すること。

(2) 上記(1)で策定した事故防止対策が、各部署で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果を挙げているかを評価すること。

⇒2~3部署間での事例であれば、当外部署間で協議し対策をたて、院長の許可後実施することができる。

#### V. 安全管理のための指針・マニュアルの作成

指針の運用後、多くの職員の参加を得て、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に努める。

マニュアル等は、作成、改変のつど、医療事故防止委員会・医療安全管理室に報告し、管理会議の後、各科代表者会議を通じ全ての職員に周知する。

#### VI. 医療安全管理のための研修の実施

##### 1 医療安全管理のための研修の実施

医療安全対策室・医療事故防止委員会において作成した研修計画に従い1年に2回および必要に応じて、全職員を対象とした医療安全のための研修を行う。職員は研修に極力参加するよう努めなければならない。

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、保管しなければならない。

## 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ての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、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、院長等職員の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師による講習、院外の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献等の抄読などの方法によって行う。

## VII. 事故発生時の対応

### 1 救命措置の最優先

- (1) 患者に不利益な事象が生じた場合には病院の総力を結集して、患者の救命と障害の拡大防止に全力を尽くす。
- (2) 緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう、連携体制を確認しておく。

### 2 病院としての対応方針の決定

院長は対応方針の決定に際し、必要に応じて危機管理委員会を緊急招集し、関係者の意見を聴くことができる。また、院長は事例に応じ、医療班・調査班を結成し、迅速な対応を行う。

事故調査委員会を設置し、原因の究明と再発防止対策に当てることができる。

医療事故調査制度が示す予期しない死亡に該当する場合は、公的機関から外部委員の推薦選出を受け、外部委員を委員長とする事故調査委員会を設置する。

### 【連絡】

事故現場→所属長(不在時は代行者)→部長→院長(不在時は副院長)、

「近隣のスタッフ」「ハリーコール」

### 【院長指示】

迅速に指示をだす

治療班、調査班の設置について

危機管理委員会の開催

救命処置、障害拡大の防止について

患者・家族への対応について

当該職員への配慮について

事故調査委員会の設置について

保健所・警察への報告について

市長への報告について

事故の公表について

### 3 患者・家族・遺族への説明について

事故発生直後は患者の主治医、および上席医は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、家族等に誠意をもって説明するものとする。事故の全容が確定すれば、あらためて本人・家族等に説明を行う。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。また、この説明の事実・内容等を診療録等に記載する。

## VIII. その他

### 1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全管理室・医療事故防止委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

### 2 本指針の見直し、改正

- (1) 医療事故防止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。
- (2) 本指針の改正は、医療事故防止委員会で合意後、管理会議の決定により行う。

### 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(ジェネラルセーフティマネージャー)が対応する。

本指針については閲覧可能とするため市立伊勢総合病院のホームページに掲載する。

### 4 患者・家族等からの相談への対応

患者・家族等からの相談に対応するために患者相談窓口を設置する。

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、当者は必要に応じ、主治医・担当看護師等へ内容を報告する。

本指針は平成23年4月1日より施行する。

2017.06 改訂  
2019.06 改訂  
2020.07 改訂  
2021.05 改訂  
2022.04 改訂  
2023.04 改訂  
2024.04 改訂  
2025.07 改訂  
2026.04 改訂