

# 江戸川病院高砂分院 医療安全管理指針

## 1 総則

### 1-1 基本理念

医療の現場では、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即ち、アクシデント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、院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方の基に、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止策と、医療施設全体の組織的な事故対策の二つの対策を推し進めることによって、アクシデントや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。当院においては院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし、全職員の積極的な取り組みを要請する。

### 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。

アクシデント…医療側の過失を問わず、患者に望ましくない事例が生じた場合等  
インシデント…日常の診療等の中で危険と思われる事象もしくはアクシデントに至らなかったが有害な影響を与えたと思われる事象

医療事故…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であって、死亡を予期しなかったものとして厚生労働省令が定めるものをいう。

当院…江戸川病院高砂分院

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

上席者…当該職員の直上で管理的立場にある者

医療安全推進者…医療安全管理に必要な知識及び技能を有する職員であって、院長の指名により、当院全体の医療安全管理を中心的に担当する者で専任、兼任の別を問わない

重大事故…患者への影響度が大きいアクシデント

### 1-3 組織および体制

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、本指針に基づき当院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全推進者
- (2) 医療安全管理委員会
- (3) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (4) 医療に係る安全管理のための研修

## 2 医療安全管理委員会

### 2-1 医療安全委員会の設置

当院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

### 2-2 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 院長（委員会の委員長を務めるものとする）
- ② 医療安全推進者（兼任を可とする）
- ③ 診療部
- ④ 事務部
- ⑤ 看護科
- ⑥ リハビリ科
- ⑦ 薬剤科
- ⑧ 放射線科
- ⑨ 栄養科
- ⑩ 検査科

(2) 委員の氏名および役職は院内掲示により公表し、当院の職員および患者等の来院者に告知する。

### 2-3 任務

医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理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分析、再発防止策、改善策の立案、実施および職員への周知
- (3) (2)の改善策の実施状況の調査、見直し（アクシデント事例およびインシデント事例でも同様の事例が複数回認められた時など必要に応じて）
- (4) 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
- (5) その他、医療安全の確保に関する事項

## 2-4 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（第2金曜）、定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が召集する。
- (2) 委員長は、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の概要を作成し、2年間これを保管する。なお、議事録は各部署に配布し、決定事項の周知を行う。

## 3 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

### 3-1 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当院内におけるアクシデントや、インシデント事例等を検討して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報告をおこなうものとする。

### 3-2 報告に基づく情報収集

#### (1) 報告すべき事項・基準

すべての職員は、当院内でインシデント（日常の診療等の中で危険と思われる事象もしくはアクシデントに至らなかったが有害な影響を与えたと思われる事例）やアクシデント（医療側の過失を問わず、患者に望ましくない事例が生じた場合等）に遭遇した場合には、速やかに報告するものとする。

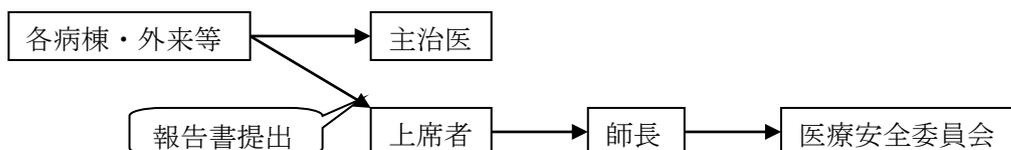
#### (2) 報告体制

##### <現場での対応>

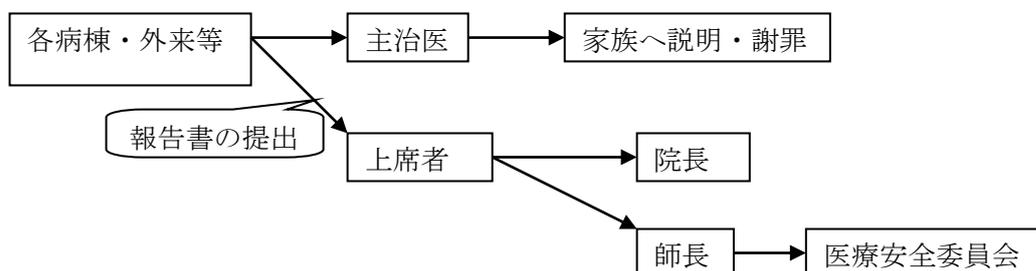
発見者は声をあげて医療関係者を呼び、まず緊急処置を優先する。  
居合わせた中での上席者が次席者を指名して連絡。

##### (平日日中の事故発生時の報告体制)

##### [インシデント]



## [アクシデント]



### (3) 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、ひとまず口頭で報告し、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。
- ③ 自発的報告がなされるよう上席者は報告者名を省略して報告することができる。
- ④ 針刺し事故については、針刺し事故報告書を記載し、感染予防委員会へ報告、対処を委ねる。
- ⑤ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況があれば、適宜、上席者または医療安全推進者へ報告する。

## 3-3 報告内容の検討等

### (1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は、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。防止策として、背景要因及び根本原因を分析し効果的な再発防止策とする。

そして、防止策を職員へ周知させるため医療安全委員会議事録に加え各部署に配布し、決定事項の周知を行う。

### (2) 改善策の実施状況の調査、方策の見直し、評価

医療安全管理委員会は、事故等の発生状況の確認や医療安全管理委員会の構成員が定期的に関係部署の巡回を行うなどして調査を行う。

又、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・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

尚、重要な検討内容について、患者への対応状況も含め、管理者へ報告すること。

### 3-4 その他

- (1) 院長、医療安全推進者および医療安全管理委員会の委員は、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り扱いを行ってはならない。

## 4 安全管理のための指針・マニュアルの整備

### 4-1 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) 院内感染対策指針
- (2) 医薬品安全使用マニュアル
- (3) 輸血マニュアル
- (4) 褥創対策マニュアル
- (5) その他

### 4-2 安全管理マニュアルの作成と見直し

- (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、医療安全管理委員会に報告する。

### 4-3 安全管理マニュアルの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。

## 5 医療安全管理のための研修

### 5-1 医療安全管理のための研修

- (1) 医療安全委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、概ね6ヶ月に1回、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (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、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 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) 医療安全管理委員会は、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。

## 5-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、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。

## 6 重大事故発生時の対応

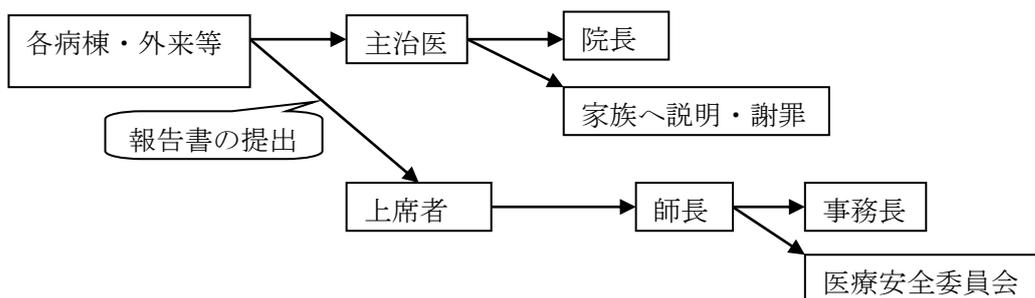
### 6-1 救命措置の最優先

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。

### 6-2 院長等への報告など

- (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、迅速かつ正確に報告する。

#### (重大事故発生時の報告体制)



【必要に応じて下記に連絡を行う】

葛飾保健所

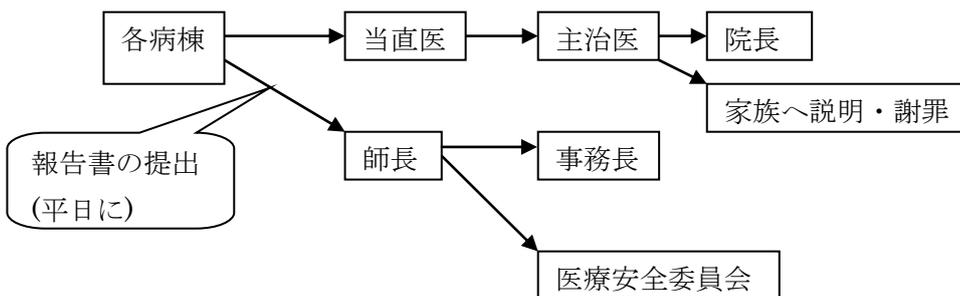
〒125-0062 葛飾区青戸 4-15-14 電話 03-3602-1222

## 亀有警察署

〒125-0051 葛飾区新宿 4-22-19 電話 03-3607-0110

- (2) 院長は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 医療安全管理委員会は事故の調査（背景要因・根本原因の分析、検討など）を行うが、院長が必要と判断した場合は、外部委員を参加させる事ができる。
- (4) 事故調査報告書は、院長の指示に従い内外に公表し、再発の防止につなげる。
- (5) 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。
- (6) 夜間・休日に重大事故が発生した場合は院長に指示を仰ぐ。職員への連絡が必要な場合は、各部署の連絡網を活用し、伝達する。

### (夜間・休日の重大事故発生時)



### 6-3 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。  
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。又速やかに、医療安全委員会に報告書を提出する。

### 6-4 医療事故に対する調査、報告について

医療事故に係る調査、報告の流れについては、別紙を参照の上行う。

## 7 その他

### 7-1 本指針の周知

本指針の内容については、院長、医療安全推進者、医療安全管理委員下記等を通じて全職員に周知徹底する。

## 7-2 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、医療安全管理委員会の決定により行う。

## 7-3 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診療録等の閲覧の求めがあった場合には、診療録委員会の定める診療録等の情報提供に関する指針に基づき、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推進者が対応する。

## 7-4 患者からの相談への対応

当院では、患者様からのあらゆる相談に幅広く対応するための相談窓口を設置する。看護師、ソーシャルワーカー等が話を伺って、院内の各部署と連絡を取り合い問題解決に向け対応していく。

相談は患者様のほか、ご家族様も可能。ご相談されたことにより不利益を受けることはなく、プライバシーの保護を遵守する。

本指針 最終見直し日 2025年4月1日