

医療法人えいしん会 岸和田こころのホスピタル

医療安全管理者（医療安全管理部門）の業務指針及び業務内容

1. 医療安全管理者は、医療安全管理委員会と連携しより実効性のある医療安全対策を実施する。
2. 院内に、医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨掲示し、患者様に対して必要な情報提供を行う。
3. 医療安全管理者の業務
 - (1) 医療安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行う。
 - (2) 定期的に院内を巡視し、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の具体的な対策を推進する。
 - (3) 各部門におけるリスクマネージャーへの支援を行う。
 - (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。
 - (5) 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する。
 - (6) 相談窓口等の担当者との密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者様・ご家族様の
相談に適切に応じる体制を支援する。
4. 医療安全管理部門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、それに基づき医療安全対策実施状況及び評価 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、
相談後の取り扱い、その他の医療安全管理活動実績を記録する。
 - (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を、医療安全管理委員会の開
催時に医療安全管理者中心に行う。
 - (4) 院内各部署の「インシデント・アクシデントレポート」を保管する。

2025年3月1日制定

2026年1月1日改定

岸和田こころのホスピタル 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、患者様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院内に構築することも重要である。

本方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、医療施設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。

本院においては病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。

(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) 本院

岸和田こころのホスピタル

(3) 職員

本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、事務職員等あらゆる職種を含む

(4) 上席者、リスクマネージャー

当該職員の直上で管理的立場にある者

(5) ゼネラルマネージャー

各所属にて医療行為における事故を未然に防止するとともに、事故発生時には迅速な対応を行う。

病院長、医療安全管理者、看護部長、事務部長、もしくは準じた適任者を病院長が指名する。

1-3 組織および体制

本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、本指針に基づき本院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理委員会
- (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (3) 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 医療安全管理委員会の設置

本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) 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。
 - ① 病院長（委員会の委員長を務めるものとする。）
 - ② 医療安全管理者
 - ③ 看護部長
 - ④ 事務部長
 - ⑤ 診療部（医局、薬剤科、栄養科）
 - ⑥ 看護部（各病棟、外来、訪問看護、デイケア）
 - ⑦ リハビリテーション部
 - ⑧ 地域移行連携室
 - ⑨ 診療情報管理室
 - ⑩ 事務部（医事課、総務課、施設管理課、庶務課）
- (2) 委員会の氏名および役職は公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。
- (3) 委員長に事故あるときは、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、再発防止策の検討及び職員への周知
- (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

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回程度定期的に開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (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年間これを保持する。電子カルテ内委員会フォルダで管理
- (3) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告する。

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、報告書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本院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例を検討し、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行うものとする。

3-2 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、本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、発生後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全管理者及び事務部長 → 病院長へと報告する。

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

⇒速やかに上席者またはリスクマネージャーへ報告する。

- 3 その他、日常診察のなかで危険と思われる状況
⇒適宜、上席者またはリスクマネージャーへ報告する。

(2) 報告の方法

- 1 前項の報告は、院内電子カルテを使用して入力し、リスクマネージャーに報告する。リスクマネージャーはこれを確認のうえ、遅滞なくゼネラルリスクマネージャーにオーダーリングを利用して報告する。ゼネラルリスクマネージャーは報告の内容により、重大性のレベルの変更を要求する場合がある。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。

3-3 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、本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

医療安全管理委員会は、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。

3-4 その他

- (1) 病院長、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、本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) 褥瘡対策マニュアル
- (4) その他

4-2 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、医療安全委員会に報告する。

4-3 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、広げ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、患者様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の実施

- (1) 医療安全管理委員会は、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、本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) 病院長は、本指針〔5－1〕（1）号の定めにかかわらず、本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、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 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、患者様に望ましくない事象が生じた場合には、可能な限り、まず、本院内の総力を結集して、患者様の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また、本院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なくほか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 患者・家族・遺族への対応

- (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、病院としての見解をまとめ、それに基づいて患者様本人、家族様等に説明する。

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) 患者様、家族様への説明は窓口を一本化し、当事者および上長は事実経過を説明する。

その際できる限り病院責任者もしくは事務長が同席する。

患者様、家族様の心情に配慮し、過度な防御的態度を慎み、節度をもって対応する。

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、患者様の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6－3 報告体制

- (1) 事故発生の当事者は、事実関係報告書を作成し、リスクマネージャーを通じて上長に報告するとともに病院長に提出する。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。

- (2) 病院長は、必要に応じて医療安全管理委員会を緊急招集・開催し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、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-4 関係官庁への説明

届出が必要と判断された重大事例について病院長が必要と認めた場合には、事務部長は岸和田警察署へ届出を行い、法医解剖の必要性などの指示を仰ぐとともに岸和田保健所、近畿厚生局、医療機能評価機構へ遅滞なく報告する。同報告書の記載日の翌日から起算して5年保管する。また合併症と病院長が判断した場合は、関係官庁への届け出は行わないものとする。

6-5 報道機関への対応

報道機関への対応は、管理者協議のうえ、病院としての意思統一を図り窓口を一本化（事務部長）とする。

6-6 医療事故の評価と医療安全対策への反映

医療事故が発生した場合、医療安全管理委員会において、事故の原因分析など、以下の事項について評価検討を加え、その後の医療安全対策への反映を図るものとする。

- ①医療事故報告に基づく事例の原因分析
- ②発生した事故について、組織としての責任体制の検証
- ③これまでに講じてきた医療安全対策の効果
- ④同様の医療事故事例を含めた検討
- ⑤医薬局の「医薬品・医療用具等安全性情報」への報告及び医療機器メーカーへの機器改善要求
- ⑥その他、医療安全対策の推進に関する事項

7 その他

7-1 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、医療安全管理委員会等を通じて、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、医療安全管理委員会の決定により行う。

7-3 本指針の閲覧

本指針は、患者様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ゼネラルリスクマネージャーが対応する。

7-4 患者様からの相談への対応

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、担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。

附則 この指針は、2023年2月20日から施行する。

2024年7月1日改定

2025年3月1日改定

2026年1月1日改定

上記「医療安全」に関することでの相談窓口は、1階受付となっております。