

武蔵野赤十字病院  
医療安全管理指針  
第 3.4 版

立案者：医療安全推進室センター

審 議：管理会議

承認者：病院長

承認日：2022 年 9 月 28 日

作成日：2004 年 4 月 1 日

更新日：2022 年 9 月 15 日

版 数：第 3.4 版

## 目次

### I 総則

- I-1 医療安全管理指針の目的
- I-2 医療安全管理の基本方針

### II 医療安全管理のための組織体制

- II-1 医療安全推進センター
- II-2 患者安全管理委員会
- II-3 医療事故対策委員会
- II-4 医療事故調査委員会
- II-5 倫理問題検討委員会

### III 医療安全に関する職員への教育研修

### IV インシデント・アクシデント報告制度

### V 医療安全に係る情報の提供および周知徹底

### VI 医療事故発生時の対応

### VII 医療安全管理指針の開示等について

## I 総則

### I-1 医療安全管理指針の目的

武蔵野赤十字病院医療安全管理指針は、日本赤十字社医療安全管理指針（以下、本社指針）に則り、武蔵野赤十字病院における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等についての指針を示し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

### I-2 医療安全管理の基本方針

医療機関が提供する医療の品質は医療安全に拠るところが大きい。しかしながら、医療者ができる限り医療安全に配慮して医療を提供しても、必ずしも患者が期待する品質を保証できないことがしばしばある。これは、残念ながら現在の医療がいまだに不確実なものであること＝リスクを内在するものであることによる。

医療安全はややもすると医療機関が取り組むべきもの、医療機関だけが果たさなければならない使命という見方をされる。しかし、医療安全の本来の姿は患者安全（patient safety）であり、そのような視点に立てば、医療安全の最終的な目的は安全な医療機関を作ることではなく、医療の受け手である患者が安全であること、とすべきである。患者が安全であるということは、患者にとって“受け入れ不可能なリスクのない”（freedom from unacceptable risk ; ISO/IEC Guide51, 1999）ことである。

当院においては医療安全推進センターのもとに医療安全管理部門と患者相談部門が設置され、safety management と conflict management の機能が緊密に連携できる体制となっている。このことにより、患者の声を医療安全に生かし、医療安全を患者にフィードバックすることが可能となった。すなわち、患者側には許容できる（acceptable）リスクの範囲を広げること、医療側には受け入れ不可能な（unacceptable）リスクを縮小することを能動的に働きかけることができるようになったといえる。別の表現をすれば「患者と医療者が協働した医療安全」を実現するための組織体制が整備されているということである。

以上の点を踏まえて、当院は“受け入れ不可能なリスクのない”医療の実施を医療安全管理の基本方針とすることにした。この基本方針に従えば、患者には受ける医療に対する安心・信頼を、医療者には行う医療に対する自信・誇りを与えることができると信じる。

## II 医療安全管理のための組織体制

設置、選任、役割については本社指針あるいは武蔵野赤十字病院処務規程に定めのある場合はそれに従い、定めのない場合には以下において、もしくは別に定める。

- ・医療安全推進センター

医療安全推進室	医療安全推進室長、医療安全管理者
患者相談室	患者相談室長

- ・患者安全管理委員会

- ・医療事故対策会議（事例検討会）
- ・医療事故調査委員会
- ・看護安全委員会
- ・医療安全に係るワーキンググループ
- ・医療安全推進担当者（リスクマネジャー）

このうち、副院長の任にあるものを統括医療安全管理責任者（ジェネラルリスクマネジャー）とし、病院全体の医療安全を推進する役割とする。

- ・医薬品安全管理責任者
- ・医療機器安全管理責任者
- ・医療放射線安全管理責任者
- ・医療事故・紛争担当職員

## II-1 医療安全推進センター

医療安全推進センターに医療安全推進室、患者相談室を置く。医療安全推進センターセンター長ならびに副センター長は医療安全推進室および患者相談室に関することを統括する。

### (1) 医療安全推進室

医療安全推進室長、医療安全管理者、事務、薬剤師、その他病院長が選任するものをもって構成する。

### (2) 患者相談室

患者相談室長、その他病院長が選任するものをもって構成する。

## II-2 患者安全管理委員会

### (1) 委員

- ・医療安全推進室構成員、統括医療安全管理責任者、看護部副部長、患者相談室長、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、看護安全委員会委員長、その他病院長が選任したもの
- ・委員長は医療安全推進室長が、副委員長は医療安全管理者が務める。委員長に事故あるときは委員会担当管理者が代行者を決定する。
- ・委員会担当管理者は統括医療安全管理責任者とする。

### (2) 所掌事務

- ・安全管理の体制確保に関する協議
- ・医療安全推進活動に関する協議
- ・発生した医療事故に対する協議
- ・その他医療安全に関することの協議

### (3) 開催

- ・原則として、週1回開催する。

#### II-3 医療事故対策委員会（事例検討会）

国立大学附属病院医療安全管理協議会による患者影響度分類レベル3b以上もしくはこれに準ずる医療事故に対して、病院として対応する必要があると認められた場合に病院長が招集する。管理会議構成員（病院長、副院長、看護部長、事務部長）、医療安全推進室長、専従医療安全管理者、患者相談室長、医療事故・紛争担当職員、当該部署職員等から出席者を選定する。運営は医療安全推進センターが担当する。

#### II-4 医療事故調査委員会

医療事故対策会議において必要と判断された場合は医療事故調査委員会を発足させる。医療事故調査委員会の設置、所掌事務等については日本赤十字社医療事故・紛争ガイドラインに従う。

併せて、医療事故調査委員会は医療法第六条の十に定める医療事故調査も担当する。

#### II-5 倫理問題検討委員会

高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合、関係学会の基本的考え方やガイドライン等を参考にし、倫理問題検討委員会に届け出る。当委員会での審議、承認を受けた後に、十分なインフォームド・コンセントのうえで実施する。

### III 医療安全に関する職員への教育研修

職員に対して次に掲げる講習会および研修会を行う。

- ・医療安全講演会（悉皆研修）
- ・その他、当院の医療安全に係る課題に対応した研修会

### IV インシデント・アクシデント報告

医療安全推進室はインシデント・アクシデント報告を収集する。医療安全推進室は収集した報告を本社指針に従い、分析、対策立案、評価に供する。

インシデント・アクシデント報告制度の詳細は別に定める。

### V 医療安全に係る情報の提供および周知徹底

職員に対して、医療安全に係る情報の提供および周知徹底を行う。

### VI 医療事故発生時の対応

日本赤十字社医療事故・紛争対応ガイドラインおよび武蔵野赤十字病院医療事故発生時の対応マニュアルに従う。

なお、重大な医療事故が発生した場合には、当事者よりリスクマネジャーに連絡し、リスクマネジャーは当該部署を所轄する副院長、看護部長、事務部長のいずれか、および医療安全推進室に報告する。夜間休日においては夜間・休日日勤責任者（医師）、夜間・休日看護管理師長、事務当直がリスクマネジャー業務を代行する。

## VII 医療安全管理指針の開示等について

武蔵野赤十字病院医療安全管理指針は武蔵野赤十字病院ホームページに開示するものとする。

また、患者からの医療安全に係る相談および支援は患者相談室をもって受けつける。

### 改訂履歴

版数	発行日	改訂履歴
第 1.0 版	2004 年 4 月 1 日	作成
第 2.0 版	2008 年 4 月 1 日	改訂
第 2.1 版	2009 年 3 月 1 日	更新
第 2.2 版	2009 年 4 月 10 日	更新
第 2.3 版	2009 年 9 月 3 日	更新
第 3.0 版	2015 年 1 月 1 日	改訂
第 3.1 版	2016 年 1 月 1 日	改訂
第 3.2 版	2018 年 7 月 17 日	更新
第 3.3 版	2020 年 4 月 1 日	更新
第 3.4 版	2022 年 9 月 28 日	更新