

# 医療法人健美会 佐々木病院 医療安全管理指針

佐々木病院は、患者様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基本理念としています。

この基本理念の実践にあたっては、患者様と病院との相互の信頼関係に基づいた医療を構築していく不断の努力が重要であることを全職員が認識する必要があります。

本指針はこのような基本的考え方のもと全職員がそれぞれの立場から医療事故防止対策に取り組めるよう、以下に示すように定めました。

## 1 医療安全管理に関する基本的な考え方

医療安全とは、医療の質に関わる重要な課題である。安全な医療の提供は、医療の基本となるものであり、職員個人が医療安全の必要性・重要性に対して高い意識をもち、自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り、安全な医療の遂行を徹底することが最も重要です。

医療安全管理委員会を設置し医療安全管理体制を確立するとともに、インシデント・アクシデント事例の評価分析により、マニュアルなどの定期的な見直しを行い、各部署および各委員が連携を図り、医療安全管理を推進します。

## 2 安全管理のための組織・体制

### (1) 医療安全管理委員会の設置

#### ① 医療安全委員会の構成は、以下のとおりとする

委員長 理事長・病院長

医療安全管理者 (正・副)

診療部 : 医師 (3名)

看護部 : 看護部長、看護師長、2階病棟主任、3階病棟主任、外来主任

介護部門 : 訪問看護管理者

診療技術部 : 医薬品管理責任者、医療機器安全管理 (透析機器安全管理) 責任者  
診療放射線安全管理責任者、リハビリテーション科リーダー

事務部 : 事務部長、事務課長、事務係長

その他 : 感染対策責任者

#### ② 委員長が業務を遂行できない時は、医療安全管理者がその職務を代行する。

#### ③ 医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

ア 医療安全管理委員会の開催および運営

イ インシデント・アクシデントレポートの収集、分析、防止策の上申を受け、具体的対策の検討及び推進、医療事故防止のための活動の中核として医療活動の全てにあたって責任を遂行する

ウ 医療安全管理のための研修を実施する。

エ 本指針の全職員への周知徹底

オ その他、医療安全の確保に関する事項

カ 委員会議事録の周知徹底

#### ④ 委員会の開催および活動の記録

ア 委員会は原則として、月1回程度、定例的に開催するほか、必要に応じて委員長が

招集する。

- イ 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。
- ウ 委員会の記録は事務部が行うものとする。

## (2) 医療安全管理チームの設置

- ① 医療安全管理の推進に資するため、医療安全管理チーム（以下「管理チーム」）を設ける。
- ② 管理チームは、医療安全管理者・補佐、また委員長から選出された看護師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・理学（作業）療法士・事務職員、その他相当と思われる職員などをもって構成する。
- ③ 管理チームの所掌業務は次のとおりとする。
  - ア インシデント・アクシデントレポート報告の原因分析、対応策を検討し、委員会に提言
  - イ インシデント・アクシデントに関する諸記録の点検
  - ウ 医療安全院内ラウンドを行い、医療安全活動の実践を確認し対策の再検討を行う
  - エ 医療安全管理のための啓発・広報などに関する事
  - オ その他の医療安全管理に関する事
- ④ 管理チームの検討結果は、医療安全管理者および補佐が医療安全委員会に報告する
- ⑤ 管理チーム会議（以下「チーム会」）は月1回定期的に会合を行う
- ⑥ 管理チーム会の記録は、都度管理者が任命し行う

## (3) 医療安全管理者及び医療安全委員

### ① 医療安全管理者

医療安全管理者は病院長の指名により選任され、医療安全委員を指導し、連携・協働の上、特定の部門ではなく、病院全般にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理推進のため、組織横断的な活動を行う。

- ア 定期的に院内を巡回し、リスク報告事例の改善状況の確認、並びに各部門における医療安全対策の実施状況を把握(チェック表にて)・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。
- イ 医療安全管理のための職員研修を企画・実施すること。
- ウ 各部門における医療安全委員への支援を行う。
- エ 医療安全対策に係る患者様・ご家族の相談に適切に応じる体制を支援する。

### ② 医療安全委員

各部署における医療事故防止への各自の自覚を促すとともにインシデント・アクシデントレポートの提出を指導し、事例の各部署における改善策を検討し医療安全管理委員会に報告する。

## (4) 重大事故発生時臨時委員会

アクシデントレベル 3B 発生時に召集。重大事故について事故原因、診療業務上の問題点、医療行為上の責任、再発防止策について調査・検討を行うため設置。

臨時委員会の構成は、院長・医師・看護部長・師長・事務長・医療安全管理者・医事課長・当該部署の責任者。

#### (5) 医療事故調査委員会

アクシデントレベル4以上発生時に召集、医療事故について事故原因、診療業務上の問題点、医療行為上の責任、再発防止策について調査・検討を行うため設置する。委員の構成は、医療安全管理委員会の判断による。

### 3 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善方策

#### (1) 報告とその目的

迅速な報告を求めるとともに、その原因分析は当事者の責任を追及するのではなく、システムの問題として捉えて改善策をたて、医療の質の向上に努める事を目的とする。

その報告は医療安全管理責任者及び医療安全委員へ行うものとする。

#### (2) 報告すべき事項

- ① 医療事故、医療側の過失の有無を問わず、患者様に望ましくない事象が生じた場合
- ② 医療事故には至らなかったが、発見・対応等が遅れれば患者様に有害な影響を与えたと考えられる事例
- ③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

#### (3) 報告の方法

- ① 報告は、インシデント・アクシデント報告用紙、重大事故発生時報告書をもって行う。ただし、緊急を要する場合には、ひとまず口頭で報告し、患者様の救命措置等に支障が及ばない範囲で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、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録に基づき作成する
- ③ 報告内容及び報告・集計の流れについては、「インシデント・アクシデント報告及び集計手順マニュアル」の通り。また、重大な事故発生(アクシデントレベル3B以上)時の報告は、「重大な事故が発生した場合の報告並びに対応」の通り行う

### 4 安全管理のための指針、マニュアルの整備

#### (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・マニュアル等を整備する。

- ① 院内感染対策指針並びに院内感染対策マニュアル
- ② 医薬品の安全使用のための業務手順書
- ③ 看護手順マニュアル
- ④ 褥瘡対策マニュアル
- ⑤ その他

#### (2) 安全管理マニュアル等の作成、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、変更の都度、医療安全管理委員会に報告する。

#### (3) 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

安全管理マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関することを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者様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。

## 5 医療安全管理のための職員研修

### (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研修計画に従い、年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、病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は、極力受講するよう努めなくてはならない。
- ④ 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。

### (2) 医療安全管理のための研修の実施方法

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の講習会・研修会の伝達報告会又は有益な文献の抄読などの方法により行う。

## 6 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

- (1) 患者様の生命と安全を最優先に考え、治療に最善を尽くす。
- (2) 患者様及び家族への連絡・説明は事実を速やかに、誠意を持って行う。
- (3) 公表にあたっては、患者様のプライバシー保護に十分配慮する。
- (4) 病院全体の組織として判断を行い、医療行為の倫理性、透明性を確保し、迅速かつ適切な対応を行う。

## 7 その他医療安全の推進のために必要な基本方針

### (1) 本指針の周知

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。

### (2) 本指針の見直し、改正

見直しが必要な場合、議事として取り上げ検討し、医療安全管理委員会の決定により行う。

### (3) 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者様との情報の共有に努めるとともに本指針を病院ホームページにて公開、患者様及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が対応する。

### (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様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。

相談内容は秘密を厳守し、患者・家族に相談内容で不利益を生じるようなことはしない。

### (5) 外部研修への積極的な参加

外部研修への積極的な参加を行い、情報収集に努め、院内研修等で知識の共有を図る。

平成20年10月 1日指針 策定  
平成21年 3月 1日改訂  
平成23年 3月 1日改訂  
平成27年 4月 1日改訂  
平成29年 4月 1日改訂  
西暦2019年10月10日改訂  
西暦2023年 1月12日改訂  
西暦2024年12月16日改訂  
西暦2026年 2月16日改訂

## 佐々木病院 院内感染対策指針

### 第1条 院内感染対策に関する基本的な考え方

病気を治療するために医療施設にかかっているにもかかわらず、新たに院内感染に罹患した場合、患者の苦しみを増すだけでなく、患者とその家族の精神的・経済的負担も増大することになる。このため院内感染の防止に留意し、感染等発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、医療提供施設にとって重要である。院内感染防止対策を全従業員が把握し、指針に則った医療が提供できるよう、本指針を作成する。

### 第2条 院内感染対策委員会、組織に関する基本的事項

#### 1. 院内感染対策委員会

院内感染対策に関する院内全体の問題点を把握し、改善策を講じるなど院内感染活動の中核的な役割を担うために、病院内の各部門からの代表者で構成する委員会を次のとおり設置する。ICT（感染制御）チームを下部組織に位置づけ、院内感染対策のための意思決定機関として感染対策に関する事項を検討する。

(構成員) 1. 委員会は次の各委員により構成される。

委員長 1名

感染対策担当医師 1名

副委員長兼感染対策責任者 1名

委員 20名

2. 委員は病院長が委嘱する。

3. 委員の任期は1年とし、再任は妨げない。

(委員長の役割) 1. 委員会に委員長を置く。(当院は、病院長が担う)

2. 委員長は会議を総括し、委員会を代表する。

(運営) 1. 委員長は原則として月1回(第4火曜日 15時00分)会議を開催し、又必要に応じて委員会を開催し、

その議長となる。

2. 委員長が必要と認めたときには、委員以外の者を出席させ意見を求めることができる。

(委員会の役割) 委員会は、次の内容の協議・推進を行う。

① 院内感染対策指針及びマニュアルの作成・見直し

② 院内感染対策に関する資料の収集と職員への周知

③ 職員研修の企画

④ 異常な感染症が発生した場合は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。

⑤ 患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項

⑥ サーベイランスの対策報告

⑦ 当番制にて院内ラウンド(1回/月)を実施。問題解決に向けて各部署リンクナースとともに協議・改善策を検討・実施。感染委員会で評価。

- ⑧ 透析室の肝炎対策
- ⑨ 最終決定権は感染委員会が権限をもつ

(感染対策責任者の役割)

すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をする。

- ① 定期的に病院内監視を行って、現場の改善に努力する。
- ② 重要事項を定期的に院長に報告する。
- ③ 異常な感染症が発生した場合は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る
- ④ 職員教育の企画遂行を積極的に行う
- ⑤ 感染発生状況の集計・動向の調査、評価をし、予防対策に努める。

(守秘義務)

委員はその職務に関して知りえた事項のうち、一般的な院内感染防止対策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。

(報告義務)

下記に掲げる者を診断したときは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」により、感染症サーベイランスシステムを用いて法律により規定された時期に保健所長を通じて都道府県知事へ届出る。

- ① 一類感染症の患者、二類感染症又は三類感染症の患者又は無症状病原体保有者及び新興感染症にかかっていると疑われる者
- ② 四類感染症のうち、後天性免疫不全症候群、梅毒、マラリアその他厚生省令で定めるものの患者（後天性免疫不全症候群、梅毒その他厚生省令で定める感染症の無症状病原体保有者を含む。）
- ③ アシネトバクター含む第5類感染症の保菌者でも保健所へ連絡する。

## 2、ICTに関する基本的事項

(構成員) ICTは、次の各委員により構成される。

感染対策担当医師1名（リーダー）

感染対策責任者1名

委員名8名

(感染対策担当医師)

- 1. 理事長が指名する。
- 2. 感染対策担当医師は会議を統括しICTを代表する。

- (運営)
- 1. 感染対策担当医師は原則として月1回会議（第2火曜日13時）を開催し、又必要に応じて臨時ICT会議を開催する。
  - 2. 感染対策担当医師は、理事長に会議決定内容を報告し意見を求める。
  - 3. 院内感染対策委員会の下部組織に位置し、感染対策を実行するために必要な指導を行う権限をもつ。

(役割・任務)

1. 1回/週の病棟ラウンド、4回/年の外来・透析ラウンド
2. 感染管理における問題解決の支援
3. 感染防止マニュアルの作成・改訂
4. 流行性ウイルス疾患、結核患者（疑い）、  
発生時の接触者調査、対策、評価
5. アウトブレイク（疑い）時の調査、対策、評価
6. 各種データ管理
7. 必要時、臨時会議の開催
8. 感染対策向上加算 1 の保険医療機関主催のカンファレンス  
に年 4 回以上、訓練に年 1 回参加する。（感染対策向上加算 3 算定）
9. 感染対策向上加算 1 の保険医療機関に対して年に 4 回以上の感染症の発生  
状況報告、抗菌薬の使用状況等について報告を行う。（連携強化加算算定）  
このうちの個別カンファレンスには、感染委員会所属の臨床検査技師および  
薬剤師に必要に応じて参加を依頼する。

第 3 条 職員研修

- (1) 院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的に実施する。
- (2) 職員研修は、病院全職員対象年 2 回以上、新人職員研修を年 3 回、院外研修は希望者が参加して年 1 回以上、伝達研修を実施する。
- (3) 研修の開催結果又は外部研修の参加実績を記録・保存する。

第 4 条 院内感染発生時の対応

- (1) 感染症の発生状況の報告  
耐性菌および市中感染症等の院内発生に伴う感染拡大を防止するため、感染委員会及び ICT を通じて、病院職員に定期的に通知する。
- (2) 感染症の発生状況時の対応  
院内感染が発生した部署の病院職員は、ICT・感染委員会に報告する。ICT は、状況及び対応を院長・感染委員会に報告する。ICT 及び発生部署の病院職員は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し実施する。ICT は、発生状況及び改善策の実施結果について感染委員会、電子メール及び紙媒体を通じて全職員に速やかに周知する。

## 第5条 新興感染症への対応

県から医療措置協定の指定（第一種指定医療機関・第二種指定医療機関）を受け、新興感染症に係る発生等の公表が行われた時から新興感染症と認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間（「新興感染症発生等公表期間」）に、流行初期以降の新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を迅速かつ的確に講ずることができるよう、新興感染症の医療提供体制を平時から確保する。

- (1) 病床の確保 1床（うち重症者用0床）
- (2) 発熱外来 6人/日
- (3) 自宅療養者等への医療の提供及び健康観察
- (4) 後方支援
- (5) 個人防護具の備蓄 1ヶ月分

## 第6条 院内感染対策マニュアル

別紙、院内感染対策マニュアルに沿って、対策を実施。必要時は委員会で検討し対応を図る

## 第7条 患者への情報提供と説明

- ① 本指針は、患者又は家族が閲覧できるようにする。
- ② 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で、協力求める。

## 第8条 医療情報システムの安全管理に関する取り組み

ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応すること。

## 第9条 その他の医療機関内における院内感染対策の推進

- ① 感染制御に関する質問は、北九州地域感染制御チーム(KRICT)にFAX(093-741-5887)を行ない、助言を得る。
- ② 日本感染症学会施設内感染対策相談窓口(厚生労働省委託事業)にFAX(03-3812-6180)で質問を行い、適切な助言を得る。また、昨年の質問と回答が同学会ホームページに掲載されているので、活用する。  
<http://www.kansensho.or.jp/sisetunai/index.html>
- ③ その他、医療機関内における院内感染対策を推進する。

平成19年 4月25日指針  
平成24年 4月 1日改訂  
平成25年10月 1日改訂

平成28年 3月 1日改訂  
平成30年 2月23日改訂  
平成30年 4月27日改訂  
令和 元年11月22日改訂  
令和 2年 5月22日改訂  
令和 3年 4月23日改訂  
令和 3年10月22日改訂  
令和 4年 3月25日改訂  
令和 4年11月25日改訂  
令和 5年10月27日改訂  
令和 5年 4月26日改訂  
令和 6年10月25日改訂

# 身体的拘束最小化指針

## 1. 目的と基本方針

当院は、患者様の尊厳と主体性を尊重し、安全で質の高い医療を提供するため、身体的拘束を原則として禁止します。身体的拘束は患者様の自由を制限するのみならず、QOLの低下を招き、身体的・精神的・社会的な弊害を伴います。安易な正当化を避け、職員一人ひとりが弊害を理解し、早期解除に向けた組織的な取り組みを継続します。

## 2. 身体的拘束の定義と対象

以下の「身体的拘束の10項目」に該当する行為を対象とします

- ①徘徊しないように、車椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ②転落しないように、車椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚を掻きむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける。
- ⑥車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯、腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- ⑧脱衣やおむつ外しを制限するために、介護服（つなぎ服）を着せる。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。

### 【対象としない具体的な行為】

- ・離床センサーなど、身体的拘束に替わって患者様の安全を守りADLを低下させないために使用するもの
- ・検査・治療などの際にスタッフが常時そばで観察している場合の一時的な四肢および体幹の固定

## 3. 身体的拘束による弊害の理解

全職員は、身体的拘束がもたらす以下の弊害を十分に認識した上でケアに当たります。

- ・患者様への影響：外傷、筋力低下（廃用症候群）、深部静脈血栓・肺血栓、褥瘡（MDRPU）、せん妄や混乱、尊厳の侵害、生きる意欲の低下、医療者との信頼関係の崩壊。
- ・医療者への影響：尊厳を保てないことによるジレンマ、患者様の苦痛に対する心理的苦痛、拘束がさらなる拘束を生む悪循環。

## 4. 鎮静を目的とした薬物の適正使用（薬剤師の積極的関与）

- ・処方見直し：薬剤師は、せん妄を誘発しやすい薬剤（抗コリン薬、ベンゾジアゼピン系睡眠薬等）を特定し、医師へ代替薬や減量を提案する。

- ・ポリファーマシーの解消：多剤服用が転倒や意識障害の原因となっていないか、入院時に必ずスクリーニングを行う。
- ・対症療法の検討：不穏や興奮がある場合、拘束を選択する前に原因（痛み、便秘、排尿障害等）を医師・薬剤師・看護師で特定し、適切な薬剤調整を行う。
- ・向精神薬のルール：向精神薬の使用にあたっては非薬物的対応を優先し、使用する際は医師・看護師、薬剤師等と協議したうえで最小限にとどめる。

#### 5. 緊急やむを得ず実施する場合の要件と手続き

患者様または他者の生命・身体を保護するため、以下の3要件をすべて満たし、かつ複数名で検討した場合に限り、必要最小限の範囲で実施します。

切迫性：本人または他者の生命・身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。

非代替性：身体的拘束以外に代替する看護・介護（治療）方法がない。

一時性：身体的拘束は一時的なものである。

手続き：医師の指示のもと、患者様・家族等への説明と同意を得ることを原則とする。実施の際は、その態様、時間、心身状況、理由を必ず記録する。

#### 6. 実施後の評価と解除に向けた取り組み

院内に医師、看護師、薬剤師、で構成される「身体拘束最小化チーム」を設置します。

評価：看護師は毎日観察を行い拘束の必要性を再評価し、緩和できる可能性があれば直ちに実施する。最低週に1回はカンファレンスを行う。

環境調整とケアの工夫：離床センサーや低床ベッドの導入、照明調整、生活リズムを尊重した声掛けにより、物理的な制限を減らす。

チーム検討（月1回以上）：身体的拘束を行っている患者様に対し、チームで巡回・カンファレンスを行い、病棟の職員とともに代替案（センサー変更、薬物調整、見守り強化など）を策定・実施する。

#### 7. 職員教育

全職員に対し、本指針の周知と、身体的拘束の最小化・患者様の尊厳保持に関する研修を年2回以上実施します（当該研修には、身体的拘束の代替手段に関する内容のほか、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容や好事例の紹介内容の研修を含む）。

作成日 令和6年5月27日

改訂日 令和7年4月4日

令和8年2月26日