

横浜市立みなと赤十字病院

安全管理指針

1. 医療の安全管理に関する基本的な考え方

(1) 組織として医療安全に取り組む。

医療安全を個人の努力や気付きを中心に捉えるのではなく、医療安全推進室を中心とした組織的な活動と捉え、組織横断的に取り組む。また、個人の責任追及によって再発を防止するのではなく、組織内のシステムの観点から分析し組織として再発防止に取り組む。

(2) 職員が医療安全に取り組む環境を整備する。

職員が医療安全に関する正しい知識の理解と技術を向上するための教育研修環境や、万が一医療事故が発生した場合に職員の精神的な負担を軽減するための環境を整備する。

(3) 患者・家族と共に取り組む。

安全な医療の提供を実現するためには、患者・家族の理解と参加が重要となる。提供する医療について患者・家族に十分に説明をし、理解を得るとともに、より安全な医療の提供のために、患者・家族の意見を取り入れ相互に協力する関係を基本とする。

(4) 地域社会に対して情報を公表し、オープンな姿勢を示す。

医療安全に対する病院の姿勢を示すことで、地域社会と相互の関係を築き上げ、地域から信頼される病院づくりを目指す。

2. 医療安全管理委員会その他の組織に関する基本的事項

(1) 院長を委員長とする「医療安全管理委員会」を月 1 回開催し、医療安全管理の重要事項を審議し決定する。緊急時には臨時に開催できる。

(2) 当院では、医療安全推進室を設置し、医療安全活動を推進している。

医療安全推進室は、統括安全管理者(副院長)、安全管理者を配置し、院内全体の安全管理にかかわっている。また、医薬品及び医療機器の安全使用のため「医薬品安全管理責任者」並びに「医療機器安全管理責任者」を配置し、医薬品に関する業務手順の明確化並びに医療機器保守点検の計画・実施等に当たっている。

(3) 各部署にリスクマネジャーを配置し、「リスクマネジャー委員会」を毎月 1 回定期的に開催し、医療安全活動を推進している。

(4) 当院に従事する職員が提供した医療に起因した予期せぬ死亡または死産が発生した場合には、外部委員参加型事故調査委員会を開催し、医療安全管理委員会に報告する。また、遺族への説明を行い、医療事故調査・支援センターに報告する。

(5) 上記以外の医療事故が発生した場合は、「医療事故調査委員会」を開催し、事実関係の調査を行い、医療安全管理委員会に報告する。

3. 医療にかかわる安全管理のための職員研修に関する基本方針

医療の安全管理に関する意識の向上及び医療の質の向上を図るため、全職員に対し以下のとおり研修を行う。

- (1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
- (2) 医療に関わる場所において業務に従事するものすべてを対象とする。職員は、研修が実施される際には受講するよう努めなければならない。
- (3) 全職員対象研修会は、年2回程度開催する。また、必要に応じてこれ以外にも開催する。
- (4) 医薬品安全管理、医療機器安全管理に関する医療職対象の研修会を各年1回開催する。
- (5) 実施内容についてその概要(開催日時、出席者、研修項目等)を記録し、保存する。
- (6) 業務により参加できなかった職員に対しては、スライド資料、または動画等によるフォローアップの機会を多くつくり、研修内容の周知徹底を図る。また、確認テストにより理解度を評価する。
- (7) 医療安全のための研修は、安全推進室長、安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等の講演や、外部講師を招聘しての講習、研修会を行う。
- (8) 研修会は、アンケート、確認テスト、参加率により評価する。この結果を医療安全管理委員会に報告する。

4. 医療安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

現場で経験したインシデント・アクシデント事例の情報を収集し、医療安全管理委員会、リスクマネジャー委員会等で分析し、改善策立案の検討を行う。その結果を、リスクマネジャー委員会などを通じて全職員に情報提供すること等により、事故発生の再発防止を図る。

5. 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

- (1) 提供した医療に関連して予期せぬ死亡・死産となった事例に関しては、医療安全管理委員会にて事例検証を実施し、管理者(院長)の判断により医療事故調査・支援センターへの報告の可否を決定する。また、遺族等から医療事故ではないかと申し出があった場合は、医療安全推進室に報告し、改めて安全管理委員会にて医療事故の妥当性を判断する。医療事故調査・支援センターへの報告が決定した場合は、統括安全管理者(副院長)が、規程に沿って「外部委員参

加型事故調査委員会」を招集する。

- (2) 医療事故等発生時には、医療上の最善の処置を講じ、統括安全管理者(副院長)が、規定に沿って「医療事故調査委員会」を招集し、事実関係の調査等を行う。医療安全管理委員会は、医療事故調査委員会から報告を受け、改善策を検討する。その結果を踏まえて、患者及び家族への説明を行い、公表する場合は患者等のプライバシー保護に十分配慮した対応をする。

6. 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針

患者の医療安全管理への理解と協力を得るため、この指針は、院内掲示や病院ホームページに掲載する。また、患者及び家族等から閲覧の求めがあった場合にはこれに応ずるものとする。

7. 患者からの相談への対応に関する基本方針

「患者相談窓口」を設置し、患者相談窓口の活動に関する規程により、患者からの相談に適切に対応する。また、相談により、患者や家族が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。相談窓口対応者は、医療安全管理者や必要時国際医療支援室と密な連携を図り、医療安全に係る患者及びその家族の相談に適切に応じる。

8. その他医療安全の推進のために必要な基本方針

医療安全の推進のため、「安全管理マニュアル」を整備し、全職員への周知を図る。また、マニュアルの見直し、改定も随時行い、医療安全管理委員会で承認を得る。当院における新しい手術・手技等導入の際は臨床倫理委員会にて安全性の確保と実施体制を審議し承認を得る。高難度新規医療技術を用いた医療提供の際は、関係学会から示される「高難度新規医療技術の導入を検討するに当たっての基本的な考え方」やガイドラインを参考に実施する。

9. 指針の見直し、改定

本指針の見直しは、必要に応じ医療安全管理委員会にて行い承認を得ることとし、改定年月を下記に記載する。

初版 2005 年 4 月

第 2 版 2006 年 10 月

(医療事故防止対策マニュアルから変更)

第 3 版 2008 年 4 月

第 4 版 2009 年 7 月

第 5 版 2010 年 10 月

第 6 版 2011 年 9 月

第 7 版 2012 年 10 月

第 8 版 2014 年 8 月

第 9 版 2015 年 10 月

第 10 版 2016 年 10 月

第 11 版 2017 年 9 月

第 12 版 2020 年 3 月

2022 年 6 月 1 日改訂 Ver.1

2025 年 6 月 13 日改訂 Ver.1.1

2026 年 4 月 1 日改訂 Ver.1.2

2026 年 6 月 22 日改訂 Ver.2.0