医療に係る安全管理のための基本指針

済生会東神奈川リハビリテーション病院では、質の高い安全な医療を提供することを目的とし、医療従事者間のチームワークと患者とのパートナーシップをより良い状態にするために、以下の指針を定める。

1. 安全管理に関する基本的考え方

- 1) 効果的な医療安全管理体制を構築し、組織全体で適切な事故防止対策を展開する。
- 2) 患者本位の医療を第一と考え、患者・家族との良質な信頼関係を構築する。また、患者・家族と医療従事者のパートナーシップを強化し、質の高い安全な医療を提供する。

2. 医療に係る安全管理のための委員会、その他医療機関内の組織に関する基本的事項

当院の医療安全管理を担う部署として医療安全管理室を設置する。医療安全管理室は医療安全の向上のための推進活動を行うことを目的とし、医療安全管理者が各部署に組織横断的に係り医療安全水準の向上を図っていく。また、医療安全に関する委員会として医療安全対策委員会を設置する。

- 1) 医療安全対策委員会は医療安全管理室室長を委員長とし、医療事故の再発防止、インシデント・アクシデントへの対応等医療安全管理に関する事項を審議する。
- 2) 各部署、各部門に医療安全推進担当者（リスクマネージャー）を置き、医療安全管理の現場責任者として医療安全活動の周知徹底と各部署での教育等を行う。
- 3) 予期せぬ死亡（医療法第6条の10に規定する医療事故）が発生した場合、事故調査委員会を設置し原因究明と第三者機関への報告をする。

3. 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本方針

医療安全管理室室長、医療安全管理者が中心となり、全職員を対象に具体的な立案・実践を行う。

- 1) 全ての職員が安全に関する必要な知識・技術を維持向上できるように安全教育を年2回以上実施する。
- 2) 放射線診療に従事する職員を対象に、診療用放射線の安全利用のための研修を年1回以上実施する。

4. 医療機関内における事故報告等の医療安全の確保のための方策に関する基本方針

- 1) 医療安全対策委員会は医療安全管理のため、具体的な注意事項を定める事故防止の要点と対策を作成する。
- 2) 医療安全管理室は、インシデントの迅速な報告を求めインシデント発生の原因分析を行う。その際は当事者の責任を追及するのではなく、根本原因を究明し、改善策の検討と実施を行い、医療の質の向上に努める。又個々のインシデントについて当事者、当該部署と個別に検討し、安全管理の改善に役立てる。
- 3) 病院全体の問題として取り上げる必要のあるものは、事例内容・原因分析・対策立案等の情報の共有を速やかに行う。
- 4) インシデント以外の合併症や予期せぬ急変に関しても迅速な報告を求め、情報の収集を行う。

5. 医療事故発生時の対応に関する基本方針

- 1) 第一に患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する。

- 2) 家族への連絡・説明は速やかに、主治医もしくは当該科の上席医師が率直に事実を話す。
- 3) 事故の状況は記録方式を経時記録に変え、事実のみを客観的かつ正確に記録する。
- 4) 当事者は当該部署の所属長へ報告する。所属長は直ちに上司及び医療安全管理室に報告する。安全管理室は報告を受けた事項について委員会に報告する。
- 5) 医療過誤によって死亡又は重大な障害が発生した場合、又はその疑いがある場合には院長の指示を仰ぎ、速やかに所轄警察署・保健所に届出をし、済生会本部へも報告を行う。
- 6) 予期せぬ死亡（医療法第6条の10に規定する医療事故）が発生した場合は、速やかに事故原因の究明、今後の対応策等を検討するため、事故調査委員会を院内に設置する。事故調査委員会は病院幹部、医療安全管理室に加え、関係部署の所属長、関係職員で構成する。メンバーは医療安全管理室室長が招集する。又必要に応じて外部の専門家を加え、客観的な判断を加えることに努める。

6. 医療事故調査・支援センターへの報告

医療行為に起因して予期しなかった死亡が発生した場合は、「医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）」に報告し、院内での原因究明を目的に調査を行う。調査結果は速やかに遺族に説明する。【詳細は事故発生時の対応マニュアル P13-P15 参照】

7. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

指針は各部署へ配置するとともに、院内各部署の掲示版、電子カルテ TOP 画面に掲載する。患者及び家族から閲覧の求めがあった場合は、これに応じていく。

8. 患者からの相談対応に関する基本方針

- 1) 患者から、医療安全に関する問い合わせがあった場合は、医療安全管理者が対応し、報告書を作成する。必要に応じて医師等からの説明の調整も行う。
- 2) 施設に対する患者の満足度をチェックするため、ご意見箱を外来・病棟に設置し、患者サービス委員会で審議していく。（患者サービス委員会は月1回開催。また、医療安全管理者も委員として参加。）患者の意見は当該部署へフィードバックし、苦情に関する内容の場合は対策の検討を行い、結果を院内に掲示又は直接患者さんにお知らせすることもある。
- 3) 患者相談窓口での相談内容と対応、患者さんからのご意見の内容は、月1回定例開催される患者サービス委員会で報告・審議が行われる。また、医療安全対策委員会でも月1回の定例委員会で、内容の報告と共有がされ、サービスの向上に努める。

9. その他医療安全推進に必要な基本方針

- 1) 医療事故自体の削減を目的とした「医療安全対策マニュアル」の徹底と見直しを行い、患者の利益を最優先に考える“患者中心の良質な医療”の実践に努める。
- 2) 安全確保のために業務の標準化・統一化に取り組み、医療安全の改善・推進を図る。

※本指針は医療安全対策委員会で年1回見直しし、適宜改訂を行っていく。

附則

本指針は平成30年2月1日より施行する。

2019年7月18日改訂

2020年6月18日改訂

2023年7月3日改訂

2024年8月9日改訂