藤枝市立総合病院　医療安全管理指針

１ 目的

藤枝市立総合病院（以下「病院」という。）における医療安全管理体制の確立のための具体的方策ならびに医療事故等発生時の対応方法について、指針を定める。

本指針は、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

２　基本的な考え方

安全で質の高い医療を提供することは、全ての医療従事者の責務である。病院職員一人一人が、医療安全の必要性・重要性を自分自身の問題と認識し、最大限の注意を払いながら日々の医療に従事しなければならない。

病院は、医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図る。「人間はエラーを犯す」という観点に立ち、個人の責任追求ではなく、医療安全管理システムの問題として捉える。院長・医療安全統括責任者･医療安全管理者と医療安全管理対策委員会を中心として有機的な体制を構築し、組織横断的に取り組むことを基本姿勢とする。

３　委員会および組織

(1)　委員会

医療安全管理体制の確保および重大医療事故の対応方針の決定機関として、医療安全管理対策委員会（以下「管理委員会」という。）を設置し、原則、毎月１回開催する。

管理委員会の下部組織として医療安全推進委員会（以下「推進委員会」という。）を設置するとともに、特定な事項を検討するための部会を設置することができるものとする。具体的な運用に関しては別に定める。

なお、院内感染対策については、院内感染対策委員会と連携する。

(2)　医療安全統括責任者

病院の医療安全管理体制の統括責任者として、医療安全統括責任者（以下「統括責任者」という。）を置く。統括責任者は院長が指名する副院長とする。統括責任者は、院長から安全管理のために必要な権限の委譲や必要な資源を付与され、院長の指示に基づきその業務を行う。

(3)　専従医療安全管理者

医療安全管理を行う部門として、医療安全管理室（以下「管理室」という。）を設置し、専従の医療安全管理者を管理室内に置く。専従の医療安全管理者は、委譲された権限に基づき安全管理に関する院内体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。さらに、これらを通し、安全管理体制を組織内に根づかせ機能させることで、安全文化の醸成を促進する。

(4)　医薬品安全管理責任者

病院での医薬品の安全使用のための責任者として、医薬品安全管理責任者を置く。医薬品安全管理責任者は、委譲された権限に基づき安全管理に関する院内体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への

教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。薬剤科長（又は院長が指名した者）がその職務にあたる。

(5)　医療機器安全管理責任者

病院での医療機器の安全使用のための責任者として、医療機器安全管理責任者を置く。医療機器安全管理責任者は、委譲された権限に基づき安全管理に関する院内体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。臨床工学科長（又は院長が指名した者）がその職務にあたる。

(6)　セーフティマネージャー（ＳＭ）

各部署にセーフティマネージャーを置き、管理委員会で決定した医療安全に係る事項を所属職員に周知する。ＳＭはインシデントアクシデント報告の内容分析及び再発防止策を立案し安全対策に関する事項を周知徹底する。部署をラウンドしインシデント防止対策の実施状況の評価等を行い、医療安全管理に関する意識向上を促進する。

４　教育と研修

医療安全に関する基本的な考え方や医療事故防止の具体的方策の周知徹底および医療事故発生時の対応等の習熟を目的にした職員研修を計画し、定期的に（年２回以上）開催する。

おおむね、研修内容は以下のとおりとする。

内　　容	対　象　者	時　期
新規採用者への医療安全の基礎知識	新規採用者、研修医	４～５月頃
ｲﾝｼﾃﾞﾝﾄ・ｱｸｼﾃﾞﾝﾄレポート集計、分析報告	全職員	６月頃
医薬品の安全管理	全職員	８月頃
医療機器の安全管理	全職員	９月頃
外部講師による医療安全	全職員	２月頃

５ 事故報告等の改善方策

(1) インシデントあるいはアクシデントが発生した場合は、速やかに診療録や看護記録等に基づきレポート報告システムにて報告する。また、レベル３ｂ以上のアクシデント事例はレポート報告と併せ、別に定める「医療事故等対応マニュアル」に従いアクシデント報告書を作成し、管理室に提出する。

(2) 報告されたレポートは、推進委員会で分析・評価し、管理委員会に再発防止のための改善策（マニュアル等）や注意喚起事例（ＷＡＲＮＩＮＧ）を提言・報告する。

(3) 管理委員会は、推進委員会からの提言・報告に基づき、病院としての安全確保のための方策を決定し、病院職員に周知する。

(4) 重要な事例については、専従の医療安全管理者が中心となり、ＲＣＡ（根本原因分析）等の分析手法を用い、分析・対策立案・実施・評価を行う。医療安全対策に係る取組みの評価等を行うカンファレンスを週１回程度、医療安全対策室メンバーで行う。

６ 医療事故等発生時の対応

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、可能な限り、病院内の総力を結集して、先ずは患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。医療事故等への具体的対応は、「医療事故等対応マニュアル」に従って行う。

７　患者等との情報共有と指針の公開

患者やその家族からの医療安全管理や安全対策等の質問に対して、積極的に情報を開示し、患者との情報の共有に努める。また、本指針を病院ホームページ等で公開する。

８　患者からの相談への対応

患者やその家族からの相談に適切に対応するため、患者相談窓口を設置し、医療支援センター患者相談室および医療安全管理室が担当する。患者等の相談件数及び相談内容、相談の取扱いについて相談室と連携し、カンファレンスを開催する。

９　改廃

本指針の改廃は、管理委員会の了承を得て院長がこれを行う。

附　則
この指針は、平成１４年　６月　５日から施行する。
附　則
この指針は、平成１４年１２月１０日から施行する。
附　則
この指針は、平成１６年　４月　１日から施行する。
附　則
この指針は、平成１７年　４月　１日から施行する。
附　則
この指針は、平成１８年　４月　１日から施行する。
附　則
この指針は、平成１９年　４月　１日から施行する。
附　則
この指針は、平成１９年１０月１６日から施行する。
附　則
この指針は、平成１９年１１月　１日から施行する。
附　則
この指針は、平成２０年　４月　１日から施行する。
附　則
この指針は、平成２１年　４月　１日から施行する。
附　則

この指針は、平成２２年　２月１７日から施行する。

附　則

この指針は、平成２２年　４月　１日から施行する。

附　則

この指針は、平成２４年　４月　１日から施行する。

附　則

この指針は、平成２５年　４月　１日から施行する。

附　則

この指針は、平成２６年　３月　１日から施行する。

附　則

この指針は、平成３１年　４月　１日から施行する。

附　則

この指針は、令和　６年　４月　１日から施行する。

附　則

この指針は、令和　７年　４月　１日から施行する。