

相模原協同病院 医療安全管理指針

1. 総則

1.1 目的

本指針は、相模原協同病院（以下「本院」という）における医療安全管理体制を確立し、具体的な方策および医療事故発生時の対応方法を明示することで、安全かつ質の高い医療の提供に資することを目的とする。

1.2 基本理念

安全・信頼の医療を提供するため、以下の項目を基本理念とする。

(1) 安全なシステムの構築：「人はミスを犯すもの」という前提に立ち、個人の責任に帰さない職種横断的な「安全なシステム」を構築する。

(2) 医療安全文化の醸成：生命と尊厳を守ることを最優先とし、全職員が安全意識を共有する文化を育てる。

(3) パートナーシップの構築：患者と職員の相互理解を深め、患者参加型の医療を展開する。

1.3 基本姿勢

(1) 安全最優先：職員は患者の安全を最優先に考え、チーム医療における自らの役割を認識し、自己の責任を遂行する。

(2) 対話と信頼：患者や家族との真摯な対話を通じて、強固な信頼関係を構築する。

(3) 非懲罰性の原則：医療安全のための報告（できごと報告書）や RRT（院内急変対応チーム）要請を行った職員に対し、それを理由とする不利益な取り扱いは一切行わない。

2. 委員会および組織体制

2.1 医療安全管理委員会

医療安全対策を協議・策定する最高審議機関である。医療事故を未然に防ぐため、各部会での検討事項を承認し、組織横断的な安全管理体制の推進を担う。

2.2 委員会・部会

(1) **医療安全推進部会**：すべての「できごと報告書」の検証や事案確認を行い、早期に対応・対策を講じることで院内における安全管理の徹底を図る。

(2) **セーフティマネジメント部会**：各部署のセーフティマネージャー等で構成され、病院全体の伝達・報告・協議機関である。医療安全情報の収集・分析や院内周知、各部署における業務改善推進などの実務を担う。

(3) **RRT 部会**：RRT 活動事例の検証やフィードバックを通じた運用の質の担保をはじめ、職員向け研修の企画・運営および構成員の教育体制構築を担う。

2.3 医療安全対策室

医療事故の予防や原因究明、マニュアル整備、職員研修、院内巡回などを通じ、病院全体の医療安全対策を統括する部門である。各部会と連携し、院内における安全な診療体制の確保および業務改善を推進する。

2.4 管理責任者等の配置

(1) **医療安全対策室部長および室長**：病院長から任命され、委譲された権限に基づいて組織全体の安全管理体制の構築、教育および事案対応の全般を総合的に管理する。

(2) **セーフティマネージャー**：各部署に配置され、部署内の安全活動の推進と「できごと報告書」の提出啓発を図る。

(3) **各分野の安全管理責任者**：医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、放射線安全管理責任者を置き、法令に基づきそれぞれの分野における安全管理体制を確保する。

3. 安全管理のための職員研修

医療安全の意識向上と文化の醸成のため、以下の研修を実施する。

(1) **定例研修**：全職員を対象に年 2 回以上開催し、受講を必須とする。

(2) **入職時研修**：新入職者および中途入職者に対し、本院の安全管理体制について周知徹底する。

(3) **専門教育**：急変対応（RRT 等）や高度医療技術に関する専門的な教育を適宜実施する。

(4) **啓発活動**：セーフティニュースの発行や e ラーニングを活用し、継続的な自己研鑽を促す。

4. 報告制度と改善活動

4.1 報告の義務

職員は、発生した医療事故事例とインシデント（ヒヤリ・ハット）事例を、速やかに所定の「できごと報告書」システムを通じて報告しなければならない。これは不利益な処分や罰則を目的とするものではなく、組織として学ぶためのものである。

4.2 改善サイクル（PDCA）

- (1) 収集：「できごと報告書」の集約を行う。
- (2) 分析：背景にあるシステム上の問題点を分析する。
- (3) 対策：合理的な再発防止策を策定し、周知する。
- (4) 評価：対策の実施状況をモニタリングし、必要に応じて見直す。

5. 医療事故発生時の対応

5.1 報告と公表

- (1) 重大事案発生時は、提出経路に従い、直ちに病院執行部（病院長、副院長等）へ報告し、医療安全管理委員会で協議する。
- (2) 医療法および関係法令に基づき、必要な行政報告および社会に対する説明（公表）を行う。

5.2 患者・家族への誠実な対応

- (1) 事実経過を隠蔽せず、分かりやすく速やかに説明を行う。
- (2) 説明時は複数名（医師、看護師等）が同席し、その内容を詳細に診療録（電子カルテ）へ記載する。

6. 情報の共有と閲覧

- (1) 本指針は全職員に周知するとともに、患者および家族からの閲覧の申し出があった場合には、速やかにこれに応じる。
- (2) 病院ホームページ等を通じて広く外部に公開し、透明性を確保する。

7. 患者相談窓口の設置

- (1) 患者等からの相談や苦情（患者の声）を受け付ける窓口として、患者総合サポートセンター内に「患者の声相談室」を設置する。
- (2) 寄せられた意見は業務改善や医療の質の向上のための貴重な情報として扱い、相談者が不利益を被らないよう厳重に配慮する。

8. 高難度新規医療技術等への対応

- (1) 高難度新規医療技術や未承認医薬品等の導入にあたっては、関連法令および関係学会のガイドラインを遵守する。
- (2) 院内の臨床倫理委員会や専門部門の承認を得た上で、慎重かつ安全に実施する。

令和8年10月 初版