

## ○鹿児島大学病院の医療に関する安全管理指針

平成19年3月20日

制定

平成20年4月1日一部改正

平成21年6月16日一部改正

平成26年4月1日一部改正

平成28年10月1日一部改正

平成29年8月22日一部改正

平成29年11月21日一部改正

平成30年10月31日一部改正

令和元年6月10日一部改正

令和2年4月1日一部改正

令和2年6月1日一部改正

令和5年5月31日一部改正

令和5年4月1日実施

令和6年2月28日一部改正

令和6年3月1日実施

令和6年3月27日一部改正

令和6年4月1日実施

### I 趣旨

医療法第6条の12及び医療法施行規則第1条の11第1項に基づき、鹿児島大学病院(以下「本院」という。)は、特定機能病院として、患者が安心できる医療環境のもとで、安全かつ高度な医療を適切に提供するという深い認識に立ち、次のとおり医療安全の取り組みを宣言し、信頼性の維持及び向上を目指すため、ここに医療に関する安全管理指針を策定する。

- 1 患者及びその家族並びに医療チームの相互の意思疎通を良好にし、患者本位の医療の質と安全を追求する。
- 2 医療の質と安全の確保は、すべての職員の責務であることを自覚し、失敗に学び改善につなぐ文化を育む。
- 3 医療の質と安全を保証するためのシステムの構築を組織を挙げて行う。

### II 安全管理に関する基本的考え方

- 1 患者に対する十分なインフォームド・コンセント及びその同意に基づく医療従事者との良好な信頼関係のもとに、患者本位の全人的な医療及び安全な医療を提供する。
- 2 医療における基本の徹底及びその質の向上を図るとともに、すべての医療従事者の意識改革及び啓発を図るため、教育・研修及び講演会等を定期的で開催する。
- 3 医療従事者自らが、医療行為の基本的事項を日々点検・確認し、事故又はインシデン

ト事例が発生した場合は、直ちに所属責任者に報告するとともに、患者及び関係者に説明の上適切に対処し、速やかに事故内容等の検討及び再発の防止対策を講じる。

### Ⅲ 組織に関する基本的事項

#### 1 人的体制

##### (1) 管理者

病院長は、本院の管理者として、医療安全管理に関する体制を確保する。

##### (2) 医療安全管理責任者

副病院長(医療安全管理・感染制御担当)を充て、病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、病院長の指示に基づき、医療安全管理部、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者及び医療放射線安全管理責任者を統括する。

##### (3) 医療安全管理部副部長

医療安全管理部副部長は、医師GRMを充て、医療安全管理部長を補佐し、医療安全管理部長に事故があるときは、その職務を代行する。

また、院内の医療安全について、インシデントの分析等により具体的な提言・指導を総括する。

##### (4) 医療安全管理部部長補佐

医療安全管理部部長補佐は、医療安全管理部副部長を補佐し、医療安全管理部副部長に事故があるときは、その職務を代行する。

##### (5) 医薬品安全管理責任者

薬剤部長を充て、医薬品の安全使用のための対応等を担当する。

##### (6) 医療機器安全管理責任者

医療技術部長等を充て、医療機器の安全使用のための対応等を担当する。

##### (7) 医療放射線安全管理責任者

放射線部長等を充て、診療用放射線の安全使用のための対応等を担当する。

##### (8) 医療安全管理者(安全管理GRM)

日常の安全管理に関する活動の中心的担当者として、ゼネラルリスクマネージャーを配置する。

##### (9) 部署別危機管理者(リスクマネージャー)

安全管理を一層実効あるものとするために、各医療現場等にリスクマネージャーを配置する。リスクマネージャーは、所属診療センター長その他所属組織の長の指揮・監督の下に、各医療現場等の具体的な業務内容や手順とそのリスクを把握し、かつ責任を持って安全対策を周知・実施する。

#### 2 審議組織

##### (1) 医療安全管理委員会

本院における医療上等の安全管理を図るために、問題の原因分析、改善策を審議し、

防止のための諸施策等の策定等を行う。

(2) 緊急問題検討部会

本院において発生した重大なインシデントについて、事実関係の確認及び適切かつ必要な対策等について検討を行う。

(3) 症例調査委員会

本院において発生した重大な医療事故事案の事実確認及び検証のために、外部委員を含め検討を行い、原因究明及び医療過誤の有無を調査し、類似事案の再発防止について病院長に報告・提言を行う。

(4) 医療事故調査委員会

本院において発生した医療法第6条の10に該当する医療事故については、当該医療事故の原因を明らかにするために外部委員を含め必要な調査を行い、病院長に報告する。

(5) インシデント分析部会

本院におけるインシデントの検証を行い、分析し再発防止の対応策を検討し、その結果を医療安全管理委員会に報告する。

(6) 重要事例検討専門部会

本院において発生した医療安全上の重要事例であり、医療行為との因果関係、診療過程の検証、再発防止策等の検討を行い、医療安全管理委員会に報告する。

3 管理組織

医療安全管理部

本院における医療安全の質の向上及び医療上の事故防止の推進に関する業務を行うと共に、本院の医療安全を担当し、各部署と連携するとともに指導的役割を担う。

4 協力連携組織

次の組織は医療安全管理部の協力連携組織とする。

(1) 医療安全管理部・感染制御部スタッフ合同会議

医療安全管理部及び感染制御部両部署の職員間の緊密な連携体制を確保するため、両部署職員を構成員とするスタッフ合同会議を、適宜開催するものとする。

(2) リスクマネージャー連絡会議

各部署の中核となる実務担当者等(外来・病棟医長、医局長、看護師長、中央診療施設等の副部長等及びその他の職員)で構成され、月1回、開催する。各部署間の緊密な連携を確保し、医療安全に関する委員会等からの提言、再発防止策の周知徹底等の業務を行う。

IV 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

本院の医療安全の向上を図るため、医療安全に対する意識及び技能の向上を目的として、医療安全管理部が企画して、全職員が医療安全に係る研修を年2回受講できるよう実施する。

新規・中途採用者には、採用時期に合わせて医療安全の研修を実施するなど、必要に応じて全員が受けられるよう研修を計画する。

#### V 事故報告等の医療に係る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

1 院内における医療事故等(インシデント)は、診療録や看護記録等に基づき「医療安全管理マニュアル」の定める手順等により、インシデント報告を行う。

2 必要に応じて、改善を要する事項については、インシデント分析部会の分析結果により、各部署に改善の取組・報告を指示する。また、病院として改善を要する事項は、医療安全管理委員会で検討・企画し、研修会等で改善の取組を行う。

3 インシデント報告は、インシデント分析部会で分析・整理し、医療安全管理委員会、病院運営会議に報告するとともに、リスクマネージャー連絡会議を通じて分析結果等を各部署に周知し、情報の共有を図り再発防止に努める。

#### VI 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

医療事故等発生時は、迅速に全力を挙げて患者の救命や回復に尽くす。発生時の対応、報告及び院外公表等の詳細は、別に「医療事故等発生時における対応指針」に定める。

#### VII 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

1 診療情報の共有は、医療従事者と患者及びその家族の信頼関係を構築することを目的とする。

説明は、患者及び家族に理解されるよう解りやすい説明を心掛ける。

治療方針等の説明は、患者の選択権に配慮し、説明の時期、代替的な治療方法等の利害得失、病状の予後、処方剤の副作用、手術、検査における合併症等、危険性について説明し、患者及び家族の同意を得る。

侵襲を伴う手術、検査等の説明は、同席者の立会いを求め、患者・家族に十分な説明を行い、同意を得て実施する。

ただし、患者又は家族から「説明に対する希望」がある場合は、これを尊重する。

2 患者等から、本院の医療に関する安全管理指針の閲覧の申し出がある場合は、これを閲覧させ、医療安全管理の取組に関する情報を共有する。

#### VIII 患者等からの相談への対応に関する基本方針

患者等からの医療相談及び福祉相談・苦情は、関係の担当係等で対応し、その後の対応の充実に役立つよう関係資料及び相談、苦情の記録を整理することとする。

#### IX その他医療安全の推進のために必要な基本方針

1 本指針の実施等に必要な細目等は、別に定める。

2 医療安全推進に必要な事項は、「医療安全管理マニュアル」に集約し、全職員への周知を図る。本マニュアルは、医療安全管理部で管理し、必要に応じて改訂を図る。

3 本院に「鹿児島大学病院における高難度新規医療技術を用いた医療提供規則(平成29年鹿大病規則第3号)」及び「鹿児島大学病院における未承認新規医薬品等を用いた医療提供規則(平成29年鹿大病規則第4号)」を定め、高難度新規医療技術及び未承認新規

医薬品等を用いた医療を適正に提供する。