

新潟県立十日町病院医療安全管理指針

[平成13年4月1日制定]

1 安全管理に関する基本的考え方

医療の場では医療従事者の不注意が単独であるいは重複したことによって医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねない。患者の安全確保をするためには、医療従事者の不断の努力が求められると共に単独の過ちが即ち医療事故というかたちで患者に実害をおよぼすことのないような仕組みを院内に構築することが重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故をなくし、患者が安全・安心な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。本院においては院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし、全職員の積極的な取り組みを要請する。

2 組織および体制

本院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、次に掲げる役職及び組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理者（医療安全室長）
- (2) 医療安全推進者（部門長および部署長）
- (3) 医療安全管理委員会
- (4) （院内）医療事故調査委員会
- (5) リスクマネジメント部会
- (6) 医療安全管理部門（セーフティマネージャー）
- (7) 前号に掲げる委員会等の設置運営規則は別に定める。

2-1 医療安全管理者

医療安全管理の推進のため、院長の指名で医療安全管理者を置く。

- (1) 医療安全管理者は、各部門の医療安全推進者と連携・協同の上、医療安全室長として医療安全管理の業務を行う。
- (2) 医療安全管理者は、以下の業務について主要な役割を担う。
 - ① 医療安全管理業務に関する企画立案及び評価に関すること。
 - ② 病院における職員の安全管理に関する意識向上及び指導に関すること。
 - ③ 医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること。

2-2 医療安全推進者

各部門の医療安全管理の推進に資するため、院長の指名で医療安全推進者を置く。

- (1) 医療安全推進者は、各部門長及び部署長（課長・看護師長等）がその任にあたる。
- (2) 医療安全推進者は、以下の業務を行う。
 - ① 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - ② 各職場における医療安全管理に関する意識の向上
 - ③ ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書の作成
 - ④ 医療安全管理委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他医療安全管理委員会との連絡調整
 - ⑤ 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行
 - ⑥ その他医療安全管理に関する必要事項

3 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善

3-1 医療事故及びインシデント(ヒヤリ・ハット事例)報告制度

この報告は、個人責任の追及ではなく、医療安全を確保するためのシステム改善や教育・研修の資料とすることを目的とする。

- (1) 医療事故報告及びインシデント事例報告に基づいて、医療事故につながる潜在的な事故要因を把握し、事故発生を未然に防止するとともに、発生した事故に対し適切な対応を図る。
- (2) 「報告レベル判断基準」(レベル0～5)および「報告ルート」については、別添のとおり。
- (3) 報告は、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成すること。

3-2 医療事故報告

- (1) 医療事故報告については「新潟県立病院における医療事故等事務取扱要領」の規定による。
- (2) 院内報告については、報告レベル3 b以上はアクシデント報告書(院内報告書)に記入し、医療安全推進者より医療安全管理者および医療安全管理委員会に速やかに報告する。

3-3 インシデント(ヒヤリ・ハット)事例報告

- (1) インシデント(ヒヤリ・ハット)事例の定義
患者等に被害をおよぼすことはなかったが、日常診療現場で「ヒヤリ」としたり「ハット」した体験事例を指す。
- (2) インシデント(ヒヤリ・ハット)事例が発生したときは、当該事例を体験した医療従事者が

その概要を「インシデント・アクシデントレポート(速報)」メデイナックにし、医療安全推進者の意見を付して医療安全管理者（医療安全管理部門）に報告する。なお、当該事案のレベル判断は医療安全推進者または医療安全管理者（医療安全管理部門）で行う。

- (3) 医療安全管理者は インシデント・アクシデントレポートを記載日から起算して1年間保存する。
- (4) 報告されたインシデント・アクシデントレポート事例は医療安全管理部門で集計され、リスクマネジメント部会において評価・分析し、予防対策等を検討する。また、事例集やマニュアルを作成し、関係職員への周知を図る。

3-4 報告内容の検討

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は、報告された事例を検討し、医療の安全管理上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、本院の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は、すでに策定された改善策が、各部門において確実に実施され、かつ有効に機能しているかを常に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

(3) その他

- ① 職員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- ② 報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取扱を行ってはならない。

4 安全推進のためのマニュアルの整備

4-1 医療安全推進マニュアル

リスクマネジメント部会は医療安全（推進）マニュアルを作成する。
マニュアルは、総論と各論で構成され、各セクションに配布し周知する。
必要最低限の項目については職員に携帯マニュアルとして配布する。

4-2 マニュアルの作成及び改正

マニュアルは、必要に応じて改正を行う。マニュアルの作成・改正に、多くの職員が関わることによって、日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識を高め、広めるという効果が本院全体に生まれる。職員は、この趣旨をよく理解し、マニュアルの作成・改正に積極的に参加しなければならない。

5 事故発生時の対応 【新潟県立病院における医療事故等事務取扱要領に準ずる】

5-1 救命措置の最優先

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、院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

5-2 院長への報告等

- (1) 事故発見者は、事故の状況、患者の現在の状態等を、部門長を通じてあるいは直接に院長、医療安全管理者および医療安全管理部門等に迅速かつ正確に報告する。
- (2) 院長は必要に応じて医療事故調査委員会、医療安全管理委員会の開催の指示を行い、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実及び報告の内容を、診療録、看護記録等自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

5-3 患者・家族・遺族への説明

- (1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障がない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復処置、その見通しについて、患者本人、家族等に誠意を持って説明する。
- (2) 患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。
説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6 医療安全管理のための研修

6-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理委員会および医療安全管理者は、予め作成した研修計画に従い、1年に2回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 院長は、本指針〔3-1〕(1)号の定めにかかわらず、本院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めたときは、臨時に研修を行うものとする。

- (5) 医療安全管理委員会および医療安全管理者は、実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、保管する。

6-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、院長および医療安全管理者等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

7 その他

7-1 医療相談窓口の設置

- (1) 患者等からの相談・苦情等に迅速かつ適切に対応するため、院内に医療相談窓口を設置する。
- (2) 医療相談窓口の活動趣旨(相談内容)、設置場所、責任者、対応時間等については、院内掲示する。
- (3) 医療相談窓口に関し、対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約を整備する。
- (4) 相談により、患者や家族等が不利益を受けないように配慮する。

7-2 本指針の閲覧・改正等

- (1) 本指針は、院長、医療安全管理者、医療安全推進者、医療安全管理委員会を通じて全職員に周知徹底し遵守しなければならない。
- (2) 本指針は、医療安全管理委員会において、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとし、改正等が必要な場合は、委員会で決定するものとする。
- (3) 職員は患者との情報の共有に努めると共に、患者及び家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

7-3 患者からの相談への対応

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

平成13年4月1日制定

平成16年4月1日改正

平成20年1月一部改正

平成 20 年 11 月 21 日改正

平成 22 年 11 月 9 日改正

平成 24 年 4 月 10 日改正

平成 29 年 7 月 11 日改正

平成 30 年 3 月 1 日改正