

# 新潟県立がんセンター新潟病院医療安全管理指針

## 1 基本理念

医療の場では医療従事者の単独あるいは重複した不注意が、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。患者の安全を確保するためには、医療従事者の不断の努力が求められるとともに、一つの過ちが直ちに医療事故という形で患者に実害を及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をもとに、当院の全職員の個人レベルでの事故防止対策と、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、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。当院においては病院長のリーダーシップのもと、職員ひとりひとり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かつ高度な医療を提供していくために、全職員の積極的な取り組みを要請するものとする。

## 2 医療安全推進体制に関する組織及び体制

当院においては、以下の事項を基本として、院内における医療安全推進体制の確立に努める。

### 2-1 医療安全推進委員会

- (1) 当院における医療安全対策の推進を図るため、医療安全推進委員会（以下「推進委員会」という。）を設置する。
- (2) 推進委員会の組織及び運営等については、「県立がんセンター新潟病院医療安全推進規程」に定める。

### 2-2 医療安全管理対策委員会

- (1) 医療安全対策の質向上を図るため、医療安全管理対策委員会（以下「管理対策委員会」という。）を設置する。
- (2) 管理対策委員会の組織及び運営等については、「県立がんセンター新潟病院医療安全管理推進規程」に定める。

### 2-3 医療安全管理室（医療管理推進部門）

- (1) 医療安全に関する意識向上や指導、及び患者等からの医療に関する苦情・相談に応じる等、組織横断的に院内の安全管理を担うため、医療安全管理室（以下「安全管理室」という。）を設置する。
- (2) 安全管理室の組織及び運営等については、「県立がんセンター新潟病院医療安全管理室の運営要領」に定める。

### 3 安全推進のための改善方策

#### 3-1 マニュアルの整備

- (1) 当院として、医療安全推進体制の整備、医療事故防止のための具体的方策の推進、医療事故発生時の対応等を構成内容とするリスクマネジメントマニュアル（以下「マニュアル」という。）を作成する。
- (2) マニュアルは関係職員に周知し、また必要に応じ見直す。

#### 3-2 医薬品の管理

- (1) 医薬品の安全は、院長より任命された医薬品安全管理責任者が、医療安全管理室と協調し、医療法施行規則に定められた管理を行う。
  - ・職員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
  - ・医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成
  - ・医薬品の業務基準書に基づく業務の実施
  - ・医薬品安全使用のために必要な情報収集、その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施

#### 3-3 医療機器の管理

- (1) 医療機器の安全は、院長より任命された医療機器安全管理責任者が、医療安全管理室と協調し、医療法施行規則に定められた管理を行う。
  - ・職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
  - ・医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
  - ・医療機器安全使用のために必要な情報収集、その他医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策の実施

### 4 事故防止のための教育システム

- (1) 職員全体に対して、リスクマネジメントの詳細なシステム・手法を十分に認識し個々の意識向上を目指すことが重要であり、作成した研修計画に従って、全職員を対象とした医療安全推進のための研修を、年2回以上定期的に実施する。また、その他の研修についても必要に応じて開催する。
- (2) 研修は医療安全推進の基本的な考え方や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、病院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 研修を実施したときは、その概要（開催日・内容・講師名・出席人数）を記録し保存する。

### 5 医療事故及びインシデント事例の報告指針

- (1) 医療事故につながる潜在的な事故要因を把握し、事故の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ため、事故に関する報告制度を設ける。
- (2) 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。

- (3) 有害事象が発生したときは、分類判定基準に基づき当該事例を体験した医療従事者がその概要をレポートに記載し、インシデント・アクシデント又はオカレンス報告として、速やかに各部門の長の意見を付して医療安全管理室に報告する。
- (4) 報告は、医療従事者としての義務であるが、明らかな医療過誤でない限り当事者個人の責任を一切問うものではない。
- (5) レポートは、同報告の記載日の翌日から起算して1年間医療安全管理室において保存する。
- (6) インシデント・アクシデント又はオカレンスに関する報告制度の詳細は、「医療事故・インシデント・アクシデント報告要領」に定める。

## 6 医療事故発生時の対応

医療事故発生時の対応については、「県立がんセンター新潟病院事故対応マニュアル」に沿って対応する。

## 7 患者からの相談への対応

- (1) 患者さん等からの相談・苦情等に迅速かつ適切に対応するため、院内に地域連携・相談支援センターを設置する。なお、医療安全に関する相談、事故事例の対応については、医療安全管理室が担当する。
- (2) 地域連携・相談支援センターの設置場所、責任者、対応時間等については、院内に掲示する。
- (3) 地域連携・相談支援センターに関し、対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告等については別に定める。
- (4) 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう配慮する。

## 8 患者への情報提供

患者及びその家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合は、これに応ずるものとする。また、本指針についての照会には推進委員長が対応する。

## 9 本指針の改廃

推進委員会は、少なくとも年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。

### 附記

- 1 この指針は、平成28年2月1日から実施する
- 2 県立がんセンター新潟病院医療安全推進指針（平成17年10月24日制定）は廃止する