

# 新潟県立がんセンター新潟病院医療安全推進指針

2005. 10. 24 制定

2009. 1. 26 改訂

## 1 基本理念

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、患者さんの安全を損なう結果となりかねない。患者さん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、単独の過ちが即ち医療事故というかたちで患者さん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のもとに、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、患者さん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、患者さん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ものとし、全職員の積極的な取り組みを要請する。

## 2 医療安全推進体制の整備

本院においては、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) 本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「委員会」という。）を設置する。
- (2) 委員会は、以下をもって構成する。
  - ① 副院長（委員会の委員長を務める）
  - ② 臨床部長、情報調査部長
  - ③ 薬剤部長
  - ④ 看護部長
  - ⑤ 診療放射線技師長
  - ⑥ 臨床検査技師長
  - ⑦ 事務長、事務長補佐、経営課長
  - ⑧ 専任セフティマネージャー（委員会の副委員長を務め、委員長を補佐する）
- (3) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
  - ① 医療安全対策の検討及び研究に関すること
  - ② 医療事故等の検証及び再発防止策の検討に関すること
  - ③ 医療安全のために行う職員に対する指示に関すること
  - ④ 医療安全のために行う院長等に対する提言に関すること
  - ⑤ 医療安全のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
  - ⑥ 医療訴訟に関すること
  - ⑦ その他医療安全の推進に関すること
- (4) 委員会は原則として月1回、定例会を開催するほか、必要に応じて随時開催する。
- (5) 委員会の検討結果については、速やかに院長に報告するとともに、医療安全推進部門を通じて各職場に通知する。

## 2-2 リスクマネジメント部会

- (1) 医療安全対策を実効あるものとするため、組織横断的に医療安全推進を担うリスクマネジメント部会を院内に設置する。
- (2) リスクマネジメント部会は、以下をもって構成する。
  - ① 医療安全推進委員会委員長（部会長を兼任）
  - ② 専任セフティマネージャー（副部会長を兼任）
  - ③ 兼任セフティマネージャー
  - ④ 医師（診療部長又は医長を含む）
  - ⑤ 薬剤師
  - ⑥ 看護師
  - ⑦ 診療放射線技師
  - ⑧ 臨床検査技師
  - ⑨ 理学療法士又は作業療法士
  - ⑩ 栄養師
  - ⑪ その他診療部職員
  - ⑫ 事務部門職員
- (3) リスクマネジメント部会の所掌事務は、以下のとおりとする。
  - ① インシデント事例の原因分析並びに事故予防策の検討及び提言に関すること
  - ② 医療事故等の原因分析並びに再発防止策の検討及び提言に関すること
  - ③ 医療事故等に関する諸記録の確認及び指導に関すること
  - ④ 医療安全のための啓発、広報等に関すること
  - ⑤ 他の委員会に対する勧告案の検討に関すること
  - ⑥ 委員会の記録その他の庶務に関すること
  - ⑦ その他医療安全の推進に関すること
  - ⑧ リスクマネジメント部会の事務局を医療安全管理室とする。
- (4) リスクマネジメント部会は、所掌事務に係る検討を行うための会議を月1回開催する。
- (5) リスクマネジメント部会での検討結果は、部会長より運営会議に報告する。  
また、部会員はリスクマネジメント部会の検討結果について、リスクマネージャーとして各職場に周知する。

## 3 安全推進のためのマニュアルの整備

- (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マニュアルを作成する。
- (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) マニュアルを作成、改正した場合は、内容及び検討メンバーについて速やかに病院局に報告する。

## 4 事故防止のための教育システム

- (1) 医療に従事する職員全体に対して、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、職員の研修プログラムを作成した研修計画に従い、全職員を対象とした医療安全推進のための研修を、定期的実施する。（最低年2回）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、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制度

### 5-1 目的

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。

### 5-2 医療事故報告

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。

### 5-3 インシデント事例報告

#### (1) インシデント事例の定義

インシデント事例とは、患者さん等に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした経験を有する次のような事例を指す。

レベル0：間違ったことが実施される前に気づいた場合

レベル1：間違ったことが実施されたが、変化が生じなかった場合

レベル2：間違ったことが実施され、安全確認のための検査などを行ったが、処置や治療の必要がなかった場合

- (2) インシデン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レポートに記載し、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。

なお、当該事案がインシデント事例に該当するか否かの判断に迷う場合は、各部門の長と協議のうえ決定する。

- (3) インシデントレポートを提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
- (4) インシデントレポートは、医療安全管理室において、同報告の記載日の翌日から起算して1年間保存する。
- (5) 報告されたインシデント事例は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、インシデント事例集を作成するとともに、報告に基づき定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

## 6 相談支援センターの設置

- (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、院内に相談支援センターを設置する。尚、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) 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) 相談支援センターに関し、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。

## 7 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、「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。

## 8 医療事故に関与した職員の精神的支援

医療事故に関与した職員の精神的支援については「県立がんセンター新潟病院における医療事故に関与した職員の精神的支援要領」による。

## 9 その他

- (1) 医療安全推進委員会は、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ものとする。
- (2) 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医療安全推進委員長が対応する。