

新潟県立妙高病院 医療安全指針

1 基本理念

医療の場では医療従事者の不注意が単独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のもとに、医療従事者個人のレベルと医療施設による組織的な二つの観点から医療事故防止対策を推し進めることによって、医療事故を防ぎ、安全・安心な医療の提供を目指している。本指針は院長、医療安全管理委員会、医療安全推進者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 医療安全推進に関する組織及び体制

当院については次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 医療事故対策委員会

- (1) 院内で発生した医療事故については、客観的にかつ透明性を確保した調査・検証を行うために、医療事故対策委員会を置く。
- (2) 医療事故対策委員会の組織および運営等については、「県立妙高病院医療事故対策委員会規程」に定める。
- (3) 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。

2-2 医療安全管理委員会

- (1) 医療安全体制の確立および医療安全推進のための対策を策定するための決定機関として医療安全管理委員会を設置する。
- (2) 医療安全管理委員会の組織および運営については、「県立妙高病院医療安全管理委員会規程」に定める。

2-3 医療安全推進委員会

- (1) 院内の医療安全対策に関する実行と推進を図るため、医療安全推進委員会を設置する。
- (2) 推進委員会の組織および運営については、「県立妙高病院医療安全推進委員会規程」に定める。

2-4 医療安全推進者

- (1) 院内の医療安全を推進するために、院長の指名により医療安全推進者を置く。
- (2) 医療安全推進者は、指名された兼任セーフティマネージャーがその任にあたる。
- (3) 医療安全推進者は次の業務を行う。
 - 1) 医療事故の原因および防止方法並びに改善方法についての検討および提言を行う。
 - 2) 院内で発生したインシデント・アクシデント事例について、関係部署とともに内容の分析、対応策の検討を行う。
 - 3) 医療安全推進委員とともに委員会で決定された方針に基づき、医療安全向上のための指導

および活動を行う。

4)医療安全推進委員会とともに医療安全管理のための研修の企画、運営等を行う。

3 医療事故及びインシデント事例報告に関する指針

この報告は個人の責任を追及するものではなく、医療安全を確保するためのシステム改善や教育・研修に活かすものとし、医療事故及びインシデント(ヒヤリ・ハット)事例に関する報告制度を設ける。

3-1 医療事故およびインシデント(ヒヤリ・ハット)事例の報告制度

(1)医療事故につながる潜在的な事故要因を把握し、自己の発生を未然に防止するとともに、発生した事故およびインシデント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)及び「報告ルート」については別添のとおり。

(3)報告は事実に基づき、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。

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3b以上は「アクシデント報告書(院内報告書)」に記入し、所属長より医療安全管理者(院長)及び医療安全管理委員会に速やかに報告する。

(3)「アクシデント報告書」については、医療安全管理委員会事務局が事故発生の翌日から起算して5年間保存する。

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

患者等に被害を及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。具体的には「報告レベル判断基準」(レベル0～3a)を参照。

(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」メディナック作成画面に入力し、医療安全推進委員の意見を付して第一報を医療安全管理委員長に報告する。

(3)報告されたインシデント・アクシデントレポート事例は院内兼任セーフティマネージャーによって評価・分析を行い、予防対策等を検討する。また、医療安全推進委員会を通して、事例集やマニュアルを作成し、関係職員への周知を図る。

(4)医療安全管理委員会事務局は「インシデント・アクシデントレポート」は記載日から起算して1年間保存する。

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当院の組織としての改善に必要な防止対策を作成する。

(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点検・評価し、必要に応じて見直しを図る。

(3)その他

職員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な理由なく第三者に告げてはならない。報告を行った職員に関しては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。

4 安全推進のための院内マニュアルの整備

(1)推進委員会において「医療安全対策マニュアル」を作成し、各部署に配布し周知する。

(2)毎年マニュアルは毎年見直しを行い、必要に応じて改正を行う。

5 医療安全管理のための研修

5-1 研修の実施

(1)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して、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、当院の医療安全の向上を目指すものとする。

(2)医療安全管理委員会および医療安全推進委員会は、予め作成した研修計画に従い、年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。

(3)医療安全研修に関しては業務上必要な研修として、職員は受講するよう努めなくてはならない。

(4)医療安全管理委員会および医療安全推進委員会は、実施した研修の概要(開催日時、出席者、研修内容)を記録し、保管する。

5-2 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推進者等の講義、院内の報告会、事例分析、外部講師による講演、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。

6 その他

6-1 医療相談窓口の設置

(1)患者等からの医療に関する相談・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)相談窓口に関し、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関する運用を整備する。

(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。

6-2 診療情報の共有

患者等から診療情報提供の申し出があった場合は、「新潟県立病院における診療情報の提供に関する指針」(別紙)に則り、対応する。

6-3 本指針の改正等

本指針は医療安全管理委員会において、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。

(附則)

この規定は、平成 18 年 4 月 1 日から適用する

平成 21 年 1 月 16 日改訂

平成 23 年 4 月 1 日改訂

平成 24 年 5 月 1 日改訂

平成 25 年 10 月 4 日改訂

平成 26 年 1 月 10 日改訂

令和 4 年 4 月 1 日改訂(医療安全管理規程を改め医療安全指針とする)