

新潟県立加茂病院医療安全推進指針

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、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、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組を要請する。

2 医療安全推進体制の整備

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 医療安全管理委員会

(1) 当院における医療安全対策の推進を図るため、医療安全管理委員会（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ことを原則とする。

- ① 診療部医師（委員会委員長）
- ② 看護部職員
- ③ 診療技術部職員
- ④ 医療企画事業部職員
- ⑤ 事務部職員

(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各職場に通知する。

- (6) 委員会の事務を所掌するため診療技術部に事務局を置く。
- (7) 事務局は、会議日時・場所の設定・会議案内を関係者へ配布し、議事録の作成と記録類を5年間保管する。

3 医療安全推進のためのマニュアルの整備

- (1) 当病院は、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) マニュアルの作成、改正にかかる事項は、委員会が院長へ提言することとする。

4 職員研修の実施

- (1) 当病院は予め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年2回程度、定期的実施する。
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、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) 職員は、研修会に、極力出席するよう努めなくてはならない。
- (4) 院長は、院内で重大事故が発生した場合など、必要があると認めるときは、委員会に臨時に研修会を行わせることができる。
- (5) 委員会は、研修を実施したときは、その概要を記録し、5年間保管する。
- (6) 医療安全推進のための研修会は、院長等の講義、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。

5 医療事故及びインシデント・アク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・アク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」（以下「取扱要領」という。）の規定による。

5-3 インシデント・アクシデント事例報告

(1) インシデント・アクシデント事例の定義

インシデントとは、重大事故に至る可能性がある事態が発生し、なおかつ実際には事故につながらなかった潜在的事例のことを指す。アクシデントとは、一般に医療に

関する事故のことであり、次のとおりレベル分類を行う。

- ア 間違ったことが実施される前に気づいた場合・・・・・・・・・・・・ レベル0
- イ 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1
- ウ 間違ったことが実施され、安全確認のための検査等を行ったが、処置や治療の必要性がなかった場合・・・・・・・・・・・・ レベル2
- エ 間違ったことが実施され、新たな治療や処置が必要となった場合・・・・ レベル3a
- オ 事故により、高度なバイタルサイン変化が生じたり、濃厚な治療が必要となった場合・・・・・・・・・・・・ レベル3b
- カ 事故により、治療の経過に重大な影響を与えた場合、又は日常生活に影響を及ぼす高度な後遺症が残る可能性が生じた場合・・・・・・・・・・・・ レベル4
- キ 事故により死亡した場合・・・・・・・・・・・・ レベル5

＊レベル0～3aはインシデント区分（インシデント事例）となる。

＊レベル3b～5はアクシデント区分（医療事故）となる。

- (2) インシデント・アクシデント事例が発生したときは、当該事例を発見・体験した職員がその概要を文書（以下「インシデント・アクシデント報告」という。様式は別添のとおり）に記載し、速やかに、各部門の長の意見を付して回覧した後に医療安全管理委員会事務局に提出する。なお、当該事案がインシデント・アク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・アクシデント事例報告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・アクシデント報告は、診療技術部において、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・アクシデント事例は医療安全管理委員会において評価・分析し、関係職員への周知を図る。

6 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の趣旨（相談内容）、設置場所、責任者、対応時間等については、院内に掲示する。
- (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、取扱要領の規定による。

7-1 救命措置の最優先

- (1) 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、可能な限り、まず、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も

のとする。

なお、院内のみでの対応が不可能と判断される場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求めるとともに、必要なあらゆる情報・資材・人材の提供に努める。

7-2 院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を取扱要領に基づき院長へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 院長は、必要に応じて委員長に委員会を緊急招集開催させ、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、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

7-3 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を来さ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措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。
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。
なお、説明方法及び対応は取扱要領によるものとする。
- (2) 説明を行った職員は、その事実及び説明の内容を、診療録、看護記録等、自ら患者様の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

8 その他

- (1) 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) 本指針の改正は、委員会の決定により行う。
- (3) 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、これに応じるものとする。
また、本指針についての照会には委員会委員長が対応する。

附 則

- 1 この指針は、平成21年 4月 1日から適用する。
- 2 この指針は、平成22年 4月 1日から適用する。
- 3 この指針は、平成23年 4月 1日から適用する。
- 4 この指針は、平成23年 5月 1日から適用する。
- 5 この指針は、平成26年10月 3日から適用する。
- 6 この指針は、平成27年 4月 1日から適用する。
- 7 この指針は、平成28年12月 1日から適用する。
- 8 この指針は、令和 2年10月 6日から適用する。
- 9 この指針は、令和 6年11月 8日から適用する。