

# 新潟県立精神医療センター医療安全推進指針

## 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、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。本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、患者さん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 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 特任診療部長
  - ② 医療安全推進副部門長
  - ③ 薬剤部長
  - ④ 看護部長
  - ⑤ 臨床検査技師長
  - ⑥ 臨床心理代表
  - ⑦ 社会復帰副部長
  - ⑧ レク・作業療法科代表
  - ⑨ 事務長
  - ⑩ 外部委員
- (3) 委員長は特任診療部長とする。
- (4) 委員会は委員長が招集し、議題等付議すべき事項は、あらかじめ通知する。
- (5) 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 医療安全のための教育及び出版に関すること
  - ⑥ 医療訴訟に関すること
  - ⑦ 部門会議に関すること

- (6) 委員会は原則として月 1 回開催するほか、委員長が必要と認めたとき随時開催する。なお、重大な事故が発生した場合は速やかに開催する。
- (7) 重大な事故の検証や再発防止策を検討するにあたり、委員長が必要と認めたときは、予め定める外部委員を委員会に出席させることができるものとする。
- (8) 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、医療安全推進部門会議を通じて各職場に通知する。
- (9) 委員会の事務局は、経営課医事担当及び兼任セーフティマネージャーが行う。

## 2-2 医療安全推進部門会議

- (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医療安全推進部門会議（以下「部門会議」という。）を委員会に設置する。
- (2) 部門会議は、以下をもって構成することを原則とする。
  - ① 医師
  - ② 薬剤師
  - ③ 診療部臨床検査技師
  - ④ 診療部臨床心理担当
  - ⑤ 社会復帰部作業療法士(レク・作業)
  - ⑥ 看護副部長
  - ⑦ 各病棟看護師
  - ⑧ 外来部門看護師（外来、デイケア、地域活動科）
  - ⑨ 管理栄養士
  - ⑩ 医療機器安全管理責任者（以下「医療機器管理者」という。）
- (3) 部門長は医師とし、副部門長は看護副部長の中から委員長がそれぞれ指名する。
- (4) 部門会議の所掌事務は、以下のとおりとする。
  - ① ヒヤリ・ハット事例の原因分析並びに事故予防策の検討及び提言（他の委員会に係ることを含む）に関する事
  - ② 医療安全のための啓発、広報等に関する事
  - ③ 医療機器の保守点検、安全使用に関する事
  - ④ その他医療安全の推進に関する事
- (5) 部門会議は、所掌事務に係る検討を行うための会議を原則として月 1 回開催するほか、必要に応じて随時開催する。
- (6) 委員が出席できない場合は代理出席を認めるものとする。
- (7) 部門会議での検討結果は、診療・運営会議に報告する。  
また、部門会議出席者は医療安全部門会議の検討結果について、各職場に周知する。
- (8) 部門会議の事務局は、経営課医事企画員及び兼任セーフティマネージャーが行う。

## 2-3 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制

- (1) 医療機器管理者の配置
  - ア、医療機器管理者は医師、薬剤師、看護師、検査技師又の中から院長が指名する。
  - イ、医療機器管理者は部門会議、医療機器配置部所、中材及び経営課と連携のもと以下の業務を行う。
    - ① 全医療機器の保有状況の把握
    - ② 職員に対し、必要の都度医療機器の安全使用に関しての研修を実施
    - ③ 医療機器の点検に関する計画の策定及び保守点検の実施
    - ④ 医療機器の安全使用のために必要な情報の収集

## (2) 従事者に対する医療機器の安全使用のための研修

- ア、新しい医療機器を導入する際には、医療機器取り扱い者を対象に研修を行う。なお、その医療機器の製造販売業者による取扱説明等も研修に含むものとする。
- イ、研修を実施した場合は、開催日、出席者、研修項目等を記録する。
- ウ、研修内容は①有効性、安全性 ②使用方法 ③保守点検 ④不具合等が発生した場合の対応 ⑤法令上遵守すべきこと等に関する事項とする。

## (3) 医療機器の保守点検に関する計画及び実施

医療機器の添付文書に記載されている保守点検に関する事項及び業者からの情報をもとに計画を策定し、適切に実施する。

- ア、計画は機種別に作成する。
- イ、保守点検計画における記載事項は①医療機器名②製造販売業者名③型式④保守点検実施時期、条件などとする。

## 3 安全推進のためのマニュアルの整備

- (1) 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 職員研修

- (1) 病院は予め作成した研修計画に従い、CVP PP研修を始め、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。
- (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、その概要を記録し保存する。

## 5 医療事故及びヒヤリ・ハット事例の報告制度

### 5-1 目的

医療事故報告及びヒヤリ・ハッ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 ヒヤリ・ハット事例報告（インシデントレポート）

#### (1) ヒヤリ・ハット事例の定義

ヒヤリ・ハット事例とは、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付いた場合
- ・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 3a：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 3b：事故によりバイタルサインに高度の変化が生じたり、濃厚な治療が必要になった場合
- ・レベル 4：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 5：事故により死亡した場合

(2) 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文書（以下「ヒヤリ・ハット体験報告」という。様式は別記様式1のとおり。）に記載し、翌日までに、各部門の長の意見を付して部門会議に報告する。

なお、当該事案がヒヤリ・ハッ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) ヒヤリ・ハッ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) ヒヤリ・ハット体験報告は、事務局において、同報告の記載日の翌日から起算して1年間保存する。

(5) 報告されたヒヤリ・ハット事例は 部門会議において評価・分析し、予防対策等を検討する。

また、ヒヤリ・ハッ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 医療相談窓口の設置

(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、「新潟県立病院における医療事故等事務取扱要領」の規程による。

## 8 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) 本指針の改正は、医療安全推進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会委員長が対応する。

## 付 則

1 この指針は、平成16年4月1日から適用する。

2 精神医療センター医療事故防止対策規程(平成12年11月10日施行)は廃止する。

3 医療事故防止対策委員会リスクマネジメント部会運営要領(平成12年11月15日施

行)は廃止する。

**付 則**

改正後の指針は、平成18年4月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成18年10月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成20年1月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成22年4月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成23年4月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成23年12月28日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成25年4月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成26年4月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成26年6月1日から施行する。

**付 則**

改正後の指針は、平成27年4月1日から施行する。