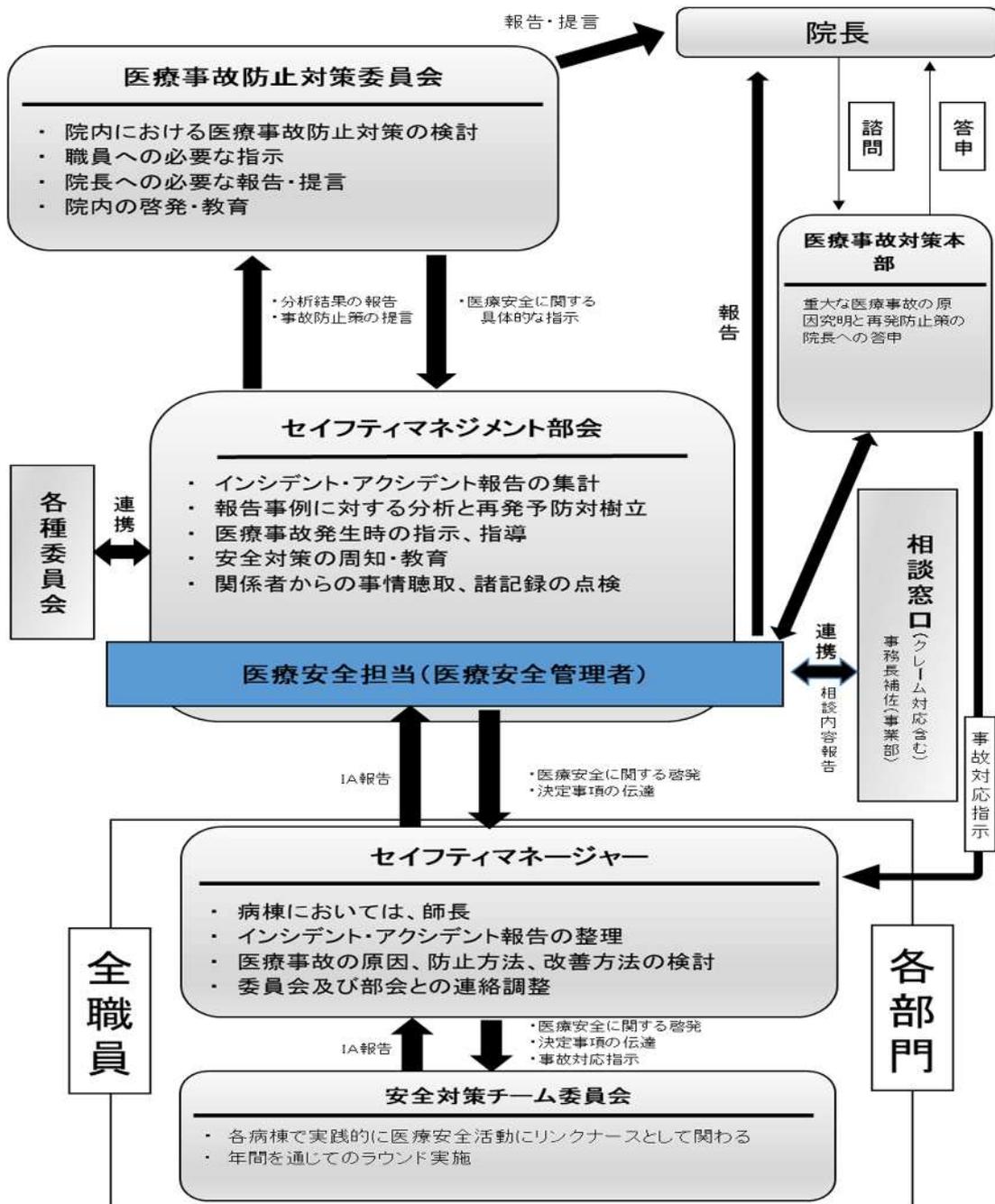


II 愛知県精神医療センター医療事故防止対策指針

本指針は、愛知県精神医療センターにおける医療安全管理体制の確立、医療事故の発生防止対策及び発生時の対応等について、指針を示すことにより適切に医療安全管理を推進し、安全な医療の提供を実現するため医療安全管理の指針を定める。

1. 愛知県精神医療センター医療事故防止対策体系図



2、用語の定義

1) 医療事故（アクシデント）

医療従事者の過誤、過失の有無を問わず医療に関わる場所で、医療の全過程において患者、患者の家族、見舞客、当院の職員、委託業者等（以下「患者等」という）に発生する人身事故及び医薬品の紛失、盗難など今後の重大な事故につながりかねない全ての事故をいう。

2) 医療過誤

医療事故の一類型であって、医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、これによって患者に障害を及ぼした場合をいう。

3) インシデント事例

日常業務の現場で“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例で医療事故に至らなかった場合をいう。

4) インシデント、アクシデントのレベル

区分	レベル	内容
インシデント	0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった場合
	1	間違ったことが発生したが、患者には変化が生じなかった場合
	2	患者に観察の必要が強化された場合
アクシデント	3	a 患者に軽微もしくは中等度な処置・治療を要した場合
		b 患者に濃厚な処置・治療を要した場合
	4	患者に重大な不可逆的障害を与え、または与える可能性が高い場合
	5	患者を死に至らしめ、又は死に至らしめる可能性が高い場合

3. 医療安全管理に係る基本的な考え方

- 1) 職員は、常に「事故はいつでも誰にでも起こるものである」という危機意識を持って医療にあたること。
- 2) 職員は、「患者本位の医療」、「患者の立場に立った医療」を実践するとともに、患者とのコミュニケーションを密にし、円滑におこなうこと。
- 3) 職員は、すべての医療行為において確認手順を明確にするとともに、診療に関する記録・指示は正確かつ丁寧にすること。
- 4) 職員は、職員間の連携を密にし、部門間での情報の共有を図ること。おかしいなと思ったことは素直に報告し、速やかな対策を講ずること。

4. 医療に係る安全管理のための委員会と院内組織

医療安全管理の体制確保及び推進のために医療事故防止対策委員会を設ける。医療事故防止対策委員会は組織横断的に病院内の安全管理を担う。

さらに、セイフティマネージャーを各部門（各看護単位、医局、心理、社会復帰部、医療社会事業科、検査科、薬剤部、給食、事務）に配置する。セイフティマネージャーは院長が指名する。必要に応じ医療事故対策本部を設ける。

1) 医療事故防止対策委員会の委員長は、副院長が担うものとする。なお、日々の医療安全管理業務は主に医療安全管理者である医療安全担当が担い、必要に応じて業務内容を医療事故防止対策委員長に報告する。

(1) 医療事故対策本部

重大な医療事故が発生したとき等院長が必要と判断した場合に院長が召集する。

詳細は別に定める「愛知県精神医療センター事故対策本部設置要項」（別添1）を参照すること。

(2) 医療事故防止対策委員会

本委員会は医療事故防止における最高決定機関である。毎月定期的に開催する。

委員会の詳細は別に定める「愛知県精神医療センター医療事故防止対策委員会設置要綱」（別添2-1）を参照すること。

(3) セーフティマネジメント部会

医療事故防止対策委員会の下部組織として、医療事故防止対策を実行あるものとするために設置する。毎月定期的に開催する。

部会の詳細は別に定める「愛知県精神医療センターセイフティマネジメント部会設置要綱」（別添3-1）を参照すること。

(4) 感染防止対策委員会

院内の感染防止のために毎月定期的に開催する。アウトブレイクが起きた場合は臨時の感染防止委員会を開催し対策の徹底を図る。

委員会の詳細は別に定める「感染予防対策マニュアル 院内感染対策委員会設置要綱」（別冊）を参照すること。

2) 医療安全管理者

医療安全管理者は院内のセイフティマネージャーを統括し、医療事故防止対策委員会からの指示に基づき、医療事故の背景・要因等の実態調査及び分析、再発防止策の検討・策定を行い、職員への周知徹底を図るとともに、職員研修の企画・運営等の業務を行う。

3) セーフティマネージャー

(1) 病院の医療安全管理の取り組みを推進するため、病院内各部署単位にセイフ

ティマネージャーを置く。セーフティマネージャーは、医療安全管理者を補佐するとともに、各所属部署において次の業務をおこなう。

- ア) 所属部署における医療事故防止方法、ならびに医療体制の改善方法についての検討及び部会への提言。
- イ) インシデント・アクシデント報告の受理、整理及び部会へ提出。
- ウ) インシデント・アクシデント報告の積極的な提出の励行。
- エ) 事故防止・安全対策に関する事項の所属部署内への周知、徹底
- オ) その他医療安全委員会との連絡調整。
- カ) 医療安全マニュアル(部門別)を部署ごとに作成し、セーフティマネージャーが管理する。
- キ) その他医療事故防止に関する事項。

5. インシデント、アクシデント事例の報告体制

- 1) 安全な医療を提供するため、職員の一人ひとりが医療事故の原因や背景要因等について共通認識を持つとともに、医療事故報告制度を構築して、組織的にリスクの低減・改善に向けて対応する。
- 2) 医療事故報告書は、医療事故に直面した職員等が作成することを原則とする。
- 3) 医療事故報告書は、インシデント・アクシデント報告に区分し、その報告書式・手順等を別に定める。
- 4) 職員等の報告は、報告書を提出したことを理由に、提出した職員等に不利益処分を行わない。
- 5) 医療事故報告書は、記載日の翌日から起算して、重大な医療事故については5年間、その他の事故については1年間、医療安全管理室において保管する。

6. インシデント・アクシデント報告手順

各部署のセーフティマネージャーを通じて医療安全担当に提出する。

- 1) 速報
 - ・全ての事例について報告書を作成し、提出期限は発生翌日までとする。(緊急性のないと判断される事例の提出は平日でよい)
 - ・報告は指定の報告書(インシデント・アクシデントレポート(速報))を用いて報告する。
- 2) 第2報
 - ・患者への影響レベルで3 b以上の事例、及び3 a以下でもセーフティマネージャーが必要と判断した事例で提出する。
 - ・第2報に該当する事例は各部署で事実確認と対応策を話し合い、速やかに提出する。

7. 重大事故発生時の対応

「IV 重大事故発生時の対応」として別に定める。

8. 医療に係る安全管理のための職員研修

職員の医療安全管理に対する意識啓発と安全な医療を提供するため、すべての職員を対象に、チーム医療の一員としての意識の向上、徹底と、医療知識・技能の習得を行わせるため、次のとおり職員研修を実施する。

1) 年2回以上実施する「全体研修」と、部門・職種・階層に応じた「個別研修」を計画的に実施する。

(1) セイフティマネジメント部会は、2回/年以上医療安全管理のための研修を企画、実施する。

(2) 感染防止対策委員会は2回/年以上感染防止のための研修会を企画、実施する。

9. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

本指針は患者及びその家族から閲覧の求めがあった場合はこれに応じるものとする。

本指針についての照会には事務部企画・経営グループにおいて取り扱うものとする。

10. 患者からの相談の対応に関する基本指針

患者及びその家族からの苦情・相談等に対しては「患者相談窓口」において事務部企画・経営グループが面談・電話により受け付け、迅速かつ適切に対応する。

11. その他医療安全管理推進のために必要な基本方針

1) 県立病院医療事故防止対策指針に基づき医療事故防止対策マニュアルを策定する。

2) 現状に即した改変・追加を行い、より実践的な内容にするため医療事故防止対策マニュアルの定期的な見直し、変更を行う

附則

この指針は平成14年10月1日から施行する。

附則

この指針は平成19年4月1日から施行する。

附則

この指針は平成20年4月1日から施行する。

附則

この指針は平成25年10月1日から施行する。

附則

この指針は平成27年10月1日から施行する。

附則

この指針は平成28年2月22日から施行する。

附則

この指針は平成29年9月15日から施行する。

附則

この指針は平成30年4月1日から施行する。

附則

この指針は令和3年4月1日から施行する。