

I. 医療安全管理指針

H30年11月1日改訂：医療安全管理室

医療安全に関する基本的な考え方

1 総則

1) 基本理念

一般財団法人 医療・介護・教育研究財団 柳川病院は、医療機関として組織的な安全対策に取り組み、責任ある態度で医療事故を未然に防ぐための継続的な改善活動を実践する。

2) 基本方針

- ① 医療安全管理体制を構築し、組織全体で万全な医療事故防止対策を展開する。
- ② 「人間はエラーを犯すものである」、いつでも事故は起こりえることを前提に、個人やチームでチェック機能を強化し、業務遂行過程で疑問を持ったまま医療行為を行わないことを原則として医療事故の未然防止に努める。
- ③ 本来起きてはならない医療事故（ニアミスも含む）が発生した場合、個人の責任を追及する目的ではなく、その事故の正確な情報収集と調査を行い適正に分析することにより、再発防止に努力する。
- ④ 患者の生命・人権を尊重し、常に患者・家族の立場に立ち誠意を持って十分なインフォームド・コンセントに努め、安全かつ質の高い医療を提供する。また職員間のコミュニケーション不足による医療トラブルが発生しないよう、職員が自由に発言・報告できる職場風土を構築し報告制度の活性化と安全文化構築を図る。
- ⑤ 診療録をはじめとする診療に関する諸記録は正確な記録が最も重要であり、正確かつ丁寧に記述することで事故防止に役立てる。診療録の記載は患者のみならず医療従事者自身をも守るものであることを周知し記録の質的監査を励行する。
- ⑥ 院内で発生したインシデント・医療事故のすべてに対して医療安全対策室は、リスクマネジメント委員会の場で報告を受け、提出事例の集積結果から調査・分析・検討を行い各現場と対策内容について協議し改善策の決定を行う。さらに、改善策の成果を評価しフィードバックするPDCAサイクルを励行する。必要に応じリアルタイムに医療安全マニュアルの追加・修正を徹底する。
- ⑦ 医療事故防止に関する職員の認識を高められるよう、全職員に対して安全教育・研修を医療安全対策室が積極的に実施する。**【年2回の全職員参加の研修を実施する】**
- ⑧ 病院職員は常に医療従事者である自覚をもって、個人衛生・健康管理に努める。特に、管理職にあるものは部下の健康管理に十分配慮し、適正な人事管理（1日あたりの人員配置数管理も含む）を行うよう努力をする。

3) 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

① 医療事故（アクシデント）

診療の過程において患者に発生した望ましくない現象であり、医療の全過程においての人身事故をいう。「患者影響レベル別報告基準」「3a~5」とする。医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

- ・患者の死亡、生命の危機、状態の悪化など身体的被害や苦痛、不安などの精神的被害が生じた場合
- ・医療行為と直接的な関係性はないが、入院中の患者ならびに外来診察中の患者が病院管理区域で転倒などで死亡、負傷した場合（犯罪・自損は除く）
- ・注射針などの誤刺など医療従事者に被害が生じた場合

② インシデント

患者に被害を及ぼすことはなかったが、一步誤れば事故につながりえる事態のことをいい、「患者影響レベル別報告基準」「0~2」とする。

【事故レベル】

医療事故を、その結果により次の6段階のレベルに分類する。

事故レベル	事故の内容
レベル 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
レベル 1	間違ったことを実施したが、患者には変化が生じなかった
レベル 2	軽度（事故により、患者への観察の必要が強化された）
レベル 3	中度（事故のため、治療・処置の必要が生じた）
レベル 4	高度（事故による後遺症が残る可能性が生じた）
レベル 5	死亡（事故が死因となった）

③ 医療過誤

医療過誤において、医療従事者が当然行うべき業務上の注意義務を怠りこれによって患者に被害を及ぼした場合をいう。

④ 医療紛争（医療コンフリクト）

医療行為あるいは医療サービスに関連して、患者・家族側より医療関係者にクレームがついた状態をいう。

⑤ 本院

一般財団法人 医療・介護・教育研究財団 柳川病院

⑥ 職員

本院に勤務する医師、看護師、准看護師、看護助手、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士、事務職員などあらゆる職種を含む。

⑦ 上席者

各部署、各部門において直上で管理的立場にある者。

⑧ 医療安全管理者

医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長の指名により、本院全体の医療安全管理を中心的に担当する者。

⑨ リスクマネージャー

各部門の医療安全管理（リスクマネジメント）を推進するに当たり、リーダー的役割を担うものである。リスクマネージャーは上席者に任命を受けた者であり、セーフティリスクマネージャーは各部署長がその任に当たる。

4) 組織および体制

本院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき以下の組織体制を構築する。

- ① 医療安全管理を組織横断的に実践するために、「医療安全管理室」を設置する。その活動の責任者として「医療安全管理者」を置き、「医療安全対策室会議」を開催する。
- ② 医療安全管理の具体的な活動の推進のために、各部署に医療安全の現場責任者として「リスクマネージャー」を置き、定期的に「リスクマネジメント委員会」を開催し、委員長として医療安全管理者がその任に当たり実効ある活動を行う。
- ③ 医療安全に関する全般的な事柄の情報共有および審議する委員会として、「医療安全対策委員会」を設置し、委員長として病院長を置く。
- ④ 発生した有害事象に適切に対応するため、「事故対策委員会」を設置し、医療事故の事実調査や再発防止について検討し、患者・家族とマスコミ等に対して組織として対応する。病院長を委員長として理事長付特命理事・副委員長・看護部長・事務部長・顧問弁護士で構成される。