

医療安全管理指針

制定年月日：平成14年 8月 1日
最終改訂年月日：令和 7年12月 1日

広島市立北部医療センター安佐市民病院

目 次

| | |
|------------------------------|----|
| 第1. 医療安全管理指針の目的..... | 1 |
| 第2. 医療安全管理に関する基本姿勢..... | 1 |
| 第3. 職員の責務..... | 1 |
| 第4. 医療安全管理の具体的な推進策..... | 1 |
| 第5. 用語の定義..... | 1 |
| 第6. 医療安全管理組織体制の整備..... | 3 |
| 第7. 医療安全に係る病院長の職務..... | 8 |
| 第8. マニュアルの作成及び施行..... | 8 |
| 第9. 医療安全管理のための研修の実施..... | 8 |
| 第10. 医療事故の院内報告制度..... | 8 |
| 第11. 重大な医療事故発生時及び発生後の対応..... | 8 |
| 第12. 死亡退院症例の確認..... | 11 |
| 第13. 患者等の窓口相談..... | 11 |
| 第14. 医療安全対策地域連携の推進..... | 11 |
| 第15. 患者等の安全管理指針の閲覧..... | 12 |
| 第16. 改訂日..... | 12 |
| <資料1> 医療事故発生時の対応図..... | 13 |

第1. 医療安全管理指針の目的

広島市立北部医療センター安佐市民病院における患者の安全確保の観点から医療事故の予防・再発防止対策及び事故発生時の適切な対応などの医療安全体制を確立し、安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とする。

第2. 医療安全管理に関する基本姿勢

医療事故の発生予防及び再発防止のため、本院の医療システムの不備や不十分な点に注目し、その根本原因を究明し、これを改善することによって、患者に信頼される医療サービスの提供と医療の質の改善・向上（Quality Improvement）を図っていくことを主眼とする。

全職員が医療安全管理の必要性、重要性を認識し、積極的な取組を行うことを基本姿勢とする。

なお、医療事故・インシデント等の報告で医療従事者の過誤、過失の有無は問わない。

第3. 職員の責務

職員は業務の遂行にあたり、常日頃から患者への医療、看護等の実施及び医薬品・医療機器の取扱いについて、医療事故の発生を防止するため細心の注意を払わなければならない。

第4. 医療安全管理の具体的な推進策

1. 安全管理体制の構築

医療事故の発生予防及び再発防止並びに事故発生時の緊急対応について、一元的に機能する安全管理体制を構築する。

2. 医療事故・インシデント等の報告制度等の確立

医療安全意識の醸成と医療事故の具体的な予防・再発防止を目的として医療事故・インシデント等の情報収集・分析・対策の立案、対策の実施・評価・改善を的確に行う体制を確立する。

3. マニュアルの作成

改善策に基づいてマニュアルを作成し、全職員への周知徹底を図る。

4. 職員に対する安全教育・研修の実施

医療安全に関する基本的な考え方や個別事項に対する予防・再発防止対策の周知徹底のため、全職員を対象にした研修会を年2回以上計画的に実施する。

5. 事故発生時の対応方法の確立

事故発生時には患者の安全確保を最優先し、事故の再発防止策を早期に検討し職員に周知徹底すると共に、患者・家族・その他必要な連絡・説明体制を確立する。

第5. 用語の定義

1. 医療事故

疾病そのものではなく、医療の全過程において発生した患者の有害な事象を言い、医療行為や管理上の過失の有無は問わない。合併症、医薬品による副作用や医療材料・機器による不具合を含む。

2. 医療過誤

医療上の事故のうち、医療従事者・医療機関の過失により起こったものをいう。

3. ヒヤリ・ハット（レベル0）

患者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、”ハット”とした経験を有する事例である。具体的には、ある医療行為が、患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合等である。

4. インシデント（レベル1～3a）

ある医療行為が患者に実施されたが状態の変化が生じなかった事例、患者に頻回な観察が必要になった事例、患者に一時的な状態の変化が生じた事例、患者に簡単な処置や治療を要した事例等である。

5. アクシデント（レベル3b以上）

ある医療行為が患者に実施され、患者に濃厚な処置や治療が必要になった事例、患者に障害が残った事例、患者の死に至る原因となった事例等である。

なお、院内の分類においても過失の有無は問わない。

6. オカレンス（レベルX1）

事象レベル分類に該当しないと思われる事象（予期せぬ死亡・心肺停止、治療・処置・検査による合併症・偶発症等）である。

7. IA

インシデント・アクシデントの略

8. 影響度分類

医療事故、ヒヤリ・ハットが患者に及ぼした傷害の程度、傷害の内容を示したもの。

| レベル | 傷害の継続性 | 傷害の程度 | 傷害の内容 |
|-------|----------|--------|---|
| レベル0 | | | エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。 |
| レベル1 | なし | | 患者への実害はなかった。（何らかの影響を与えた可能性は否定できない。） |
| レベル2 | 一過性 | 軽度 | 処置や治療は行わなかった。（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた。） |
| レベル3a | 一過性 | 中等度 | 簡単な処置や治療を要した。（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など。） |
| レベル3b | 一過性 | 高度 | 濃厚な処置や治療を要した。（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など。） |
| レベル4a | 永続的 | 軽度～中等度 | 永続的な傷害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない。 |
| レベル4b | 永続的 | 中等度～高度 | 永続的な傷害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う。 |
| レベル5 | 死亡 | | 死亡（原疾患の自然経過によるものを除く。） |
| レベルX1 | オカレンス | | 予期せぬ死亡・心肺停止、治療・処置・検査による合併症・偶発症・暴言・暴力等 |
| その他 | 上記以外のもの。 | | |

※「その他」には、個人情報漏洩、薬剤の盗難・紛失等が含まれる。

第6. 医療安全管理組織体制の整備

医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき次の委員会等を設置・配置する。

- 1 医療安全対策管理委員会
- 2 医療安全管理部門
- 3 医療安全対策チーム
- 4 医療安全管理者（専従リスクマネージャー）
- 5 医療安全推進担当者（所属リスクマネージャー）
- 6 医療安全カンファレンス
- 7 診療科及び部門責任者への報告会
- 8 医療安全統括責任者
- 9 医薬品安全管理責任者
- 10 医療機器安全管理責任者
- 11 医療放射線安全管理責任者
- 12 医療事故対策委員会

1 医療安全対策管理委員会の設置

医療安全管理、医療の質向上に関する院内全体の問題点を把握し改善策を講じるなど安全管理活動の中核的役割を担うため医療安全対策管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(1) 委員会

委員長、構成員は、病院長が指名する。

(2) 構成員

医療安全対策管理委員会委員長、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、医師、看護師、医療技術者、事務職員で構成する。

(3) 委員会の所掌事務

- ア 医療安全対策管理委員会の企画に関すること。
- イ 医療事故の予防対策の検討及び推進に関すること。
- ウ 医療事故及び医事紛争への対応に関すること。
- エ 医療事故等の情報交換に関すること。
- オ 医療の質向上に関すること。
- カ 医薬品・医療機器・医療放射線の安全対策に関すること。
- キ その他医療安全対策の推進に関すること。

(4) 参考人の招集

委員会が必要と認めたときは、関係職員・関係業者等の出席を求めて意見を聴取することができる。

(5) 委員会の開催

委員会は委員長が招集し、原則として毎月1回開催する。
重大な問題が発生した場合は速やかに開催する。

(6) 委員会の検討結果等の報告

委員長は委員会の検討結果等を遅滞なく文書で病院長に報告しなければならない。

(7) 委員会の記録

委員会の開催記録及び職員研修記録など医療安全活動に関する各種の記録は TQM センターが行う。

2 医療安全管理部門の設置

病院長の管理の下に医療上の事故防止（以下「医療事故防止」という。）および医療の安全管理に関する諸問題を具体的に検討し、医療の安全性の向上を図ることを目的とし設置する。

(1) 構成員は病院長が指名する。

(2) 構成員

医療安全管理者、専任医師（医療安全研修修了者）、診療統括部門、中央検査・治療部門、薬剤部門、看護部門、生活機能改善支援部門、医療支援部門、医療情報部門、事務部門の職員で構成する。

(3) 所掌事務

医療安全管理部門は次の各号にあげる業務を司る。

ア 広島市立北部医療センター安佐市民病院の医療安全対策管理委員会にかかる事務。

イ 事故その他の取り扱うことが必要なものとして、病院長が認める事象が発生した場合における診療録、その他の診療に関する記録の確認、患者またはその家族への説明、当該事象の発生原因の究明の実施、その他の対応の状況および当該確認の結果に基づく病院職員に必要な指導。。

ウ 医療にかかる安全管理にかかる連絡調整。

エ 医療にかかる安全の確保のための対策の推進。

オ 医療安全の確保に資する診療状況のモニタリング。

カ 全職員に対する医療安全にかかる教育・研修の企画、実施および医療安全に関する認識状況の確認。。

キ 各部署における医療安全対策の実施状況の評価に基づく、医療安全確保のための業務改善計画書の作成およびそれに基づく医療安全対策の実施状況および評価結果の記録。

ク 医療安全対策管理委員会の連携状況、医療安全にかかる職員研修の実績、患者などの相談件数および相談内容、相談後の取り扱い、その他の医療安全管理者の実績の記録などの管理。

ケ 医療安全にかかる取り組み及びその評価を行うカンファレンスの実施

コ その他医療安全の推進に関すること。

(4) 病院長が必要と認めた時は構成員以外のものを会議に出席させることができる

(5) 会議の開催

会議は毎週1回開催する。

重大な問題が発生した場合は速やかに開催する。

(6) 会議の検討結果報告

会議の検討結果を遅滞なく文章で病院長に報告しなければならない。

(7) 医療安全管理部門の庶務に関する事務は TQM センターにおいて処理する。

(8) 実践活動は医療安全対策チームが行う。

3 医療安全対策チームの設置

医療安全部門の活動チームとして設置する。

(1) 委員長・構成員は病院長が指名する。

(2) 構成員

医療安全管理者1名、医師（内科系・外科系）3名、看護師5名、薬剤師1名、臨床検査技師1名、診療放射線技師1名、臨床工学士1名、理学療法士1名、栄養士1名、医療ソーシャルワーカー1名、事務職員1名で構成する。

(3) 所掌事務

- ア 医療安全管理部門の実践業務をおこなう
- イ 患者相談窓口カンファレンスを行う

(4) 会議

週1回の医療安全管理部門の会議に同席する

4 医療安全管理者（専従リスクマネジャー）の配置

安全対策を確実に実施するため病院長より権限を賦与された医療安全管理者（専従リスクマネジャー）を配置する。

医療安全管理者の任務は以下とする。

- (1) 医療安全管理部門の企画、立案、評価、改善に関すること。
- (2) 医療安全対策に関する企画、立案、修正、評価、改善に関すること。
- (3) 医療安全に関する職員の研修、意識の向上や指導に関すること。
- (4) 定期的に院内を巡視し、各部門における医療安全対策の実施状況の把握・分析・具体的対策の推進を行うこと。
- (5) 医療安全推進担当者への支援を行うこと。
- (6) 医療安全対策のための各部門との調整を行うこと。
- (7) 医療機器の安全情報に関する情報収集と安全確保に関すること。
- (8) 患者の相談窓口等において、医療安全対策に係る患者・家族の相談に応じること。
- (9) 他の医療機関と連携し、医療安全対策の評価の充実・推進を図ること。
- (10) その他医療安全対策の推進に関すること。

5 医療安全推進担当者（所属リスクマネジャー）の配置

医療安全管理者の活動に協力し、医療事故の防止に資するため、各職場に病院長が指名する医療安全推進担当者を配置する。

- (1) 医療安全推進担当者は、各診療科等の所属長をもって充てる。
- (2) 医療安全推進担当者の任務は、次のとおりとする。
 - ア 各部署における事例の積極的収集。
 - イ ヒヤリ・ハット事例の報告促進、詳細把握及び評価検討を行う。
 - ウ 各部署において提出されたレポート等を情報源とした医療事故の予防に関する問題点の具体的対応策の立案及び実践に関すること。
 - エ 各部署で検討した事項及び検討結果等の医療安全管理部門への報告に関すること。
 - オ 各部署では解決できない問題及び他の部署に関係する事案（参考事案を含む）等への提言に関すること。
 - カ 医療安全対策管理委員会で決定した医療事故予防策の部署内への周知徹底に関すること。
 - キ 医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理の推進に関すること。
 - ク その他、部署内の医療安全対策の推進に関すること。

6 医療安全カンファレンス

病院内で発生したIA（ヒヤリ・ハット・インシデント・アクシデント）を医療安全管理者が迅速に病院長など関係職員に報告するとともに、その要因を分析し、今後の再発防止策を検討する。

7 診療科及び部門責任者への報告会

病院全体の組織的な事故防止対策を推し進めるとともに医療安全対策に関する情報や病院に対する要望・苦情等を共有するため、毎月1回、診療科及び部門責任者へ医療安全に関する院内外の情報の周知を行う。報告を受けた責任者はそれを所属部署に周知する。

8 医療安全統括責任者の配置

- (1) 病院全体の医療安全を統括、指揮するため、医療安全統括責任者を配置する。医療安全統括責任者は医療安全対策管理委員会委員長を充てる。
- (2) 医療安全統括責任者は、医療安全管理者（専従リスクマネージャー）、医療安全推進担当者（所属リスクマネージャー）、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者及び医療放射線安全管理責任者を指揮する等により安全対策を職員に周知徹底させ実施状況や効果を評価する。

9 医薬品安全管理責任者の配置

- (1) 医薬品の安全使用のための責任者である医薬品安全管理責任者を配置する。
- (2) 医薬品安全管理責任者は薬剤部主任部長を充てる。
- (3) 医薬品安全管理責任者は、以下の業務を担当する。
 - ア 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成に関すること。
 - イ 従事者に対する医薬品の安全使用のための研修に関すること。
 - ウ 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施に関すること。
 - エ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施に関すること。
 - オ 当院が管理する全ての医薬品に係る安全使用のための体制の確保に関すること。

10 医療機器安全管理責任者の配置

- (1) 医療機器の安全使用のための責任者である医療機器安全管理責任者を配置する。
- (2) 医療機器安全管理責任者は病院長が指名する。
- (3) 医療機器安全管理責任者は、以下の業務を担当する。
 - ア 従事者に対する医療機器の安全使用のための研修に関すること。
 - イ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施に関すること。
 - ウ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施に関すること。
 - エ 当院が管理する全ての医療機器に係る安全管理のための体制の確保に関すること。

11 医療放射線安全管理責任者の配置

- (1) 診療用放射線の安全使用のための責任者である医療放射線安全管理責任者を配置する。

- (2) 医療放射線安全管理責任者は、放射線科医師主任部長を充てる。
- (3) 医療放射線安全管理責任者は以下の業務を担当する。
 - ア 診療用放射線の安全使用のための指針の策定に関すること。
 - イ 放射線診療従事者に対する診療用放射線の安全使用のための研修に関すること。
 - ウ 放射線診療に用いる医療機器・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素・診療用放射性同位元素を用いた放射線診療を受ける者の放射線による被ばく線量の管理及び記録、診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施に関すること。
 - エ 当院が管理する全ての診療用放射線に係わる安全使用のための体制の確保に関すること。

1.2 医療事故対策委員会の設置

指針第11の2の(5)の〔報告を要する医療事故の範囲〕の事故が発生した場合（医事紛争を含む）、速やかに緊急会議を開催し、必要に応じて事故原因の究明、今後の対応策などを検討するため、医療事故対策委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(1) 委員会及び構成員

委員会の委員長は病院長が指名する。

構成員は病院幹部職員、医療安全管理者、医療事故・紛争当事者及び委員長が必要と認める者とする。

(2) 委員会の所掌事務

ア 医療事故報告に基づく事例の原因分析、再発防止策の立案に関すること。

イ 発生した事故について、組織としての責任体制の検証に関すること。

ウ その他医療安全管理に関する事項

(3) 外部委員及び参考人の招集

ア 委員会は必要に応じて外部の専門家を加え、客観的な判断を加えるように努める。

イ 委員会は必要に応じて関係職員等の出席を求めて意見を聴取することができる。

(4) 委員会の検討結果等の報告

委員長は委員会の検討結果等を遅滞なく文書で病院長に報告しなければならない。

(5) 広島県医師会への報告

病院長は委員会の報告結果を踏まえ、必要に応じて県医師会医療事故特別委員会への事故報告の手続きをとる。

(6) 財団法人日本医療機能評価機構への報告

病院機能評価認定に関する運用要項「第9 重大な医療事故等への対応」に基づき報告しなければならない。

ア 明らかに誤った医療行為や管理上の問題により、患者が死亡若しくは患者に傷害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例。

イ 明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、患者が死亡若しくは患者に傷害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例。

(注) 医療行為や管理上の問題が、原因として疑われる場合も含めるものとする。

第7. 医療安全に係る病院長の職務

病院長は、院内の医療安全対策管理、医療の質の向上を確実に実施するため関係者との調整を行う。

- 1 医療安全対策管理委員長、医療安全管理者（専従リスクマネジャー）、医療安全推進担当者（所属リスクマネジャー）、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者及び医療放射線安全管理責任者を指揮する等により安全対策を職員に周知徹底させ実施状況や効果を評価する。
- 2 病院長は上記の業務を確実にを行うため、医療安全統括責任者、医療安全管理者（専従リスクマネジャー）、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者及び医療放射線安全管理責任者を指名する。

第8. マニュアルの作成及び施行

- 1 医療安全管理部門で作成されたマニュアルは医療安全対策管理委員会で審議し、病院長決裁後、診療科および部門責任者への報告会、所属リスクマネジャー等により、職員へ周知徹底を図る。
- 2 マニュアルは院内LANに掲示し、いつでもどこでも閲覧できるようにする。
- 3 マニュアルは必要に応じて修正・追加等の改訂を行う。

第9. 医療安全管理のための研修の実施

- 1 医療安全管理部門は、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を図り、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して医療安全管理のための研修会を実施する。
 - (1) 全職員を対象とした医療安全管理のための研修を年2回以上計画的に実施する。
 - (2) 職員は研修が実施される際には、極力受講するよう努めなければならない。
 - (3) 病院内で重大事故が発生した場合またはその恐れがあった場合など必要があると認めるときは臨時に研修を行うものとする。

第10. 医療事故の院内報告制度

- 1 医療安全管理部門は医療事故の予防、再発防止のため報告を制度化し収集を促進する。
 - (1) 事例を体験あるいは発見した職員は「IA報告書」により速やかに報告する。
 - (2) 事例がレベル3b以上、医薬品の盗難や紛失・個人情報漏洩など予め規定されている場合には、「IA報告書」に加え「医療事故報告書」により報告する。
 - (3) 入院患者の死亡において、予期しない死亡の場合は、患者の主治医等がレベル5で「IA報告書」により報告する。診療行為の過誤や過失の有無を問わない。また、遅滞なく病院長への報告を行う。

第11. 重大な医療事故発生時及び発生後の対応

1 初動体制

- (1) 医療事故が発生した際には、医師・看護師等の連携の下に、まず救急処置を行う。
- (2) 重大事故の発生に備え、ショックや心停止に直ちに対応できるチーム医療体制を整備する。

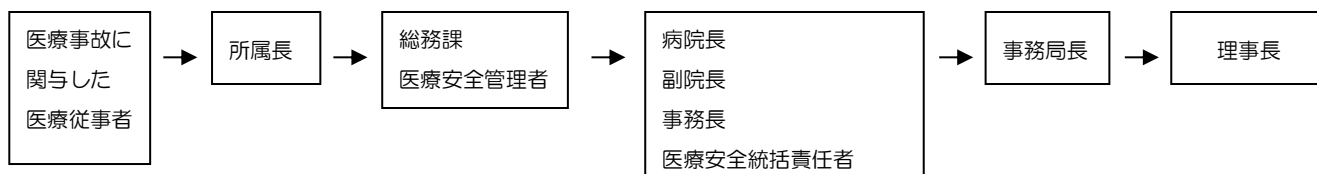
ドクターハリー（ハリー先生）の院内放送が行われた際は、業務に支障のない医師は放送のあった場所に直ちに集合し、救急処置を行う。

※ドクターハリー（ハリー先生）

患者の状態が急変して、救急蘇生法の実施が必要と考えられる場合に実施される医師の緊急召集とその対処の手順に関する病院としての取り決めである。

2 院内における医療事故報告の手順と対応

- (1) 医療従事者は、医療事故が発生した場合、概要及び事実経過等を遅滞なく、次のとおり上司に報告しなければならない。



- (2) 医療従事者は、患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急の対応が必要な場合は、直接、病院長等に報告することができる。

- (3) 医療従事者は、医療事故が休日及び夜間等の所属長不在時に発生した場合、遅滞なく病院長等に報告しなければならない。

(4) 報告の方法

報告は、「医療事故報告書」により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭（電話）で報告し、文書による報告を速やかに行う。

なお、医療事故報告書の記載は、

ア 事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人が行う。

イ その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

(5) 関係機関への報告

病院長は、次に掲げる医療事故が発生した場合、[災害・事故報告書]で速やかに報告する。

[報告を要する医療事故の範囲]

ア 医療事故によって患者を死に至らしめ、または死に至らしめる可能性があるとき。（死亡事故、又はそれに準ずるような事故）

イ 医療事故によって患者に重大若しくは不可逆的傷害を与え、または与える可能性があるとき。（重大な障害の残る事故）

ウ その他患者等から抗議を受けたケースや医事紛争に発展する可能性があると思われるとき。（重大なトラブルに発展する事故）

エ 「医療の質・安全管理システム」（セーフマスター）に記載されている事項で必要があると認められたとき。

(6) 医療事故等報告書の保管

医療事故報告書は事務局において、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保管する。

- (7) 医療事故による診療費の減免が必要であると主治医またはその上席医が判断した場合は、「医療費の減免について」（上申書）を経営企画会議に提出する。

3 患者・家族等への対応

- (1) 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族等に対しては、誠意をもって事故の説明等を行うこととする。
- (2) 患者及び家族等に対する事故の説明は、状況に応じて担当医または上席医等が診療記録等に基づいて対応する。なお、説明担当者の決定にあたっては必要に応じて上司に相談し、指示や了解を得ることとする。
- (3) 説明には説明担当者単独で行うのではなく、より正確でわかりやすい説明が可能となるよう上席医や他の医療従事者が立ち会うようにする。

4 事実経過の記録

- (1) 医師及び看護師等は、患者の状況・処置の方法などの診療内容を患者及び家族等へ説明した場合、その内容を診療録や看護記録等に詳細に記載しなければならない。
- (2) 記録するに当たっては、具体的に以下の事項に留意する。
 - ア 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
 - イ 時系列に正確に分単位で記載すること。
 - ウ 事実を客観的かつ正確に記載すること。(想像や憶測に基づく記載を行わない)
 - エ 警察に届けた場合、診療録・メモ等はその場で持ち帰る可能性があるのですのですぐにコピーをとる。

5 第11の2の(5)の[報告を要する医療事故の範囲]に掲げる事故が発生した場合

(1) 緊急会議の開催

病院長は指針第11の2の(5)の[報告を要する医療事故の範囲]に掲げる事故が発生した場合、すみやかに緊急会議を開催し次の事項を審議決定する。

- ア 事故の状況把握及び事故影響度(レベル)の判断
- イ 医療事故対策委員会の組織化
- ウ 患者・家族への対応
- エ 警察への届出の適否
- オ 公表の可否
- カ 事故当事者への対応
- キ 医療事故に係る診療費減免判定
- ク その他医療事故に係ること

(2) 証拠物品等の保存

事故に関わる証拠物品等は確実に保管しておくこと。特に薬物の誤投与等の可能性がある事故では、血液の採取・保存や原因確定の証拠となる医薬品のアンプルや注射器等の保管を確実にすること。

(3) 警察への届出

ア 医師法第21条の「異状死」を認めたとき

死体等を検案した医師は、「異状」を認めたときは、医師法第21条の規定に基づき、所轄警察署へ届けなければならない。

イ 医療過誤によって死亡又は重篤な傷害が発生した場合

病院側の過失により死亡又は重篤な傷害が発生した場合には、緊急会議を開催する

とともに、その必要があると認めた場合には速やかに所轄の警察署に届出を行わなければならない。

ウ 警察署への届出を行うに当たっては、原則として、事前に患者、家族等に説明を行い、同意を得る。

エ 警察署への届出を行った場合は、病院長は遅滞なく、その旨を関係機関へ報告しなければならない。

(4) 医療事故の公表

ア 医療事故の公表については、医療行為公表要綱及び医療行為の公表に関する事務手順に基づき行うとともに、本部事務局とも協議し、公表の可否を判断する。

イ 公表にあたっては、事故の発生状況を正確に把握した後、その方法等について本部事務局と協議し、速やかに事故を公表するものとする。

ウ なお、公表にあたっては、患者及び家族の理解を求めるとともに、プライバシーの保護に最大限の配慮をしなければならない。

(5) 公益財団法人日本医療機能評価機構への報告

病院機能評価認定に関する運用要項「第21 重大な医療事故等への対応」に基づき「医療事故報告書」を45日以内に機構に提出するものとする。

(6) 医療事故調査・支援センターへの報告

病院長の判断のもと「医療事故調査制度対応マニュアル」に基づき対応する。

6 医療事故の評価と事故防止への反映

医療事故が発生した場合、医療事故対策委員会、医療安全対策管理委員会及び医療安全管理部門において、事故の原因分析など、次の事項について検討を加え、その後の事故防止対策への反映を図るものとする。

医療事故の効果的な分析にあたっては、事故の再発防止に資することができるよう、RCA分析・時系列事象分析等を用いて、より詳細な評価分析を行う。

第12. 死亡退院症例の確認

医療安全管理者は、全死亡退院症例報告書の提出により死亡患者のカルテ内容の確認をする。医療安全管理者は、速やかに医療安全統括責任者および病院長に死亡退院症例報告書を提出する。

第13. 患者等の窓口相談

患者等から相談等の申し出があった場合は適切に対応することとする。

- 1 初期対応は可能な限り相談等を受けた職員が行い結果を所属長に報告する。
- 2 医療内容・医療事故等に関する相談窓口は医療安全管理者（専従リスクマネジャー）とする。
- 3 相談における個人情報、当院個人情報保護方針に沿って適切に保護する。

第14. 医療安全対策地域連携の推進

他の医療機関と連携し、医療安全対策の評価の充実、推進を図ることを目的とする。

第15. 患者等の安全管理指針の閲覧

医療安全管理指針は総務課に常備し、患者等から閲覧の要請があった場合は遅滞なく応じなければならない。

第16. 改訂日

| | | | |
|-------|-----|-----|----|
| 平成15年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 平成16年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 平成17年 | 8月 | 1日 | 改訂 |
| 平成18年 | 4月 | 10日 | 改訂 |
| 平成19年 | 6月 | 25日 | 改訂 |
| 平成21年 | 11月 | 13日 | 改訂 |
| 平成23年 | 5月 | 16日 | 改訂 |
| 平成25年 | 2月 | 5日 | 改訂 |
| 平成27年 | 10月 | 1日 | 改訂 |
| 平成28年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 平成29年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 平成30年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 平成31年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 令和元年 | 10月 | 1日 | 改訂 |
| 令和3年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 令和4年 | 5月 | 1日 | 改訂 |
| 令和5年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 令和6年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 令和7年 | 4月 | 1日 | 改訂 |
| 令和7年 | 12月 | 1日 | 改訂 |

事故発生

