



独立行政法人
地域医療機能推進機構玉造病院
医療安全管理指針

令和2年4月1日

改訂版

目次

第1	趣旨	P1
第2	医療安全管理のための基本的考え方	P1
第3	用語の定義	P1
	Ⅰ 医療安全に係る指針・マニュアル	
	Ⅱ 事象の定義および概念	
第4	医療安全管理体制の整備	P2
	Ⅰ 医療安全管理責任者、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、医療安全推進担当者の配置	
	Ⅱ 医療安全管理室の設置	
	Ⅲ 医療安全管理委員会及び関連委員会	
	1. 医療安全管理委員会	
	2. リスクマネジメント部会	
	3. 看護部リスクマネジメント委員会	
	Ⅳ 報告体制の整備	
	Ⅴ 医療安全対策地域連携	
第5	医療安全管理のための職員研修	P8
第6	重大なアクシデント等発生時の対応	P9
	Ⅰ 初動体制	
	Ⅱ 患者及び家族への対応	
	Ⅲ 事実経過の記録	
	Ⅳ 医療安全管理委員会の招集	
	Ⅴ 当事者および関係者（職員）への対応	
	Ⅵ 関係機関への報告	
第7	公表	P11
第8	患者相談窓口の設置	P11
第9	病院医療安全管理指針の閲覧	P11
別紙	インシデント・アクシデントの患者影響度分類	P12

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構玉造病院（以下「本院」という。）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び事故発生時の対応方法等についての基本方針を示すものである。本院はこれに基づき適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

本院（附属施設を含む）は、基本理念に基づき、患者の尊厳と安全を確保し、質の高い医療を提供することが求められる。医療現場で安全を確保するために、私たち医療従事者は、常に危機意識を持ち、患者の安全を第一に考えた医療を実践しなければならない。しかし医療には、潜在的に不確実な部分があり、たとえ過失がなくても、ある一定の確率で予期しない状況や、望ましくない事態を招き、患者の安全を損なう有害事象を招くことがある。この有害事象の発生は医学的事由や医療者個人の技量のみならず、病院全体のシステム内の様々な背景因子が複合的に関与すると考えられている。当院に勤務するすべての医療従事者個人の事故防止対策と病院全体で構築する組織的な事故防止対策の両面からの対策を推し進めることで、有害事象を誘発しない環境が構築され、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者は安全な医療を受けることが可能となる。

本院における安全管理体制を確立するために、医療安全管理指針を定め医療安全管理の強化を図る必要がある。

第3 用語の定義

I 医療安全に係る指針・マニュアル

1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 医療安全管理指針（以下「JCHO医療安全管理指針」という。）

JCHO各病院において、医療安全を推進していくための基本的な考え方を示したものの。

2. 独立行政法人地域医療機能推進機構玉造病院 医療安全管理指針（以下「病院医療安全管理指針」という。）

本院における医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、医療有害事象対応等の医療安全管理のための基本方針を示したもので、JCHO医療安全管理指針に基づき作成する。病院医療安全管理指針は、医療安全管理委員会において策定及び改訂するものとする。

3. 独立行政法人地域医療機能推進機構 医療安全管理マニュアル（以下「JCHO医療安全管理マニュアル」という。）

JCHOの各病院に共通する医療安全のための未然防止策、医療安全対応等について標準的な内容を記載したものの。JCHO医療安全管理マニュアルは、本部にて作成され、概ね年1回の点検の見直しを行うものとする。

4. 独立行政法人地域医療機能推進機構玉造病院 医療安全管理マニュアル（以下「病院医療安全管理マニュアル」という。）

本院における医療安全管理のための未然防止策、発生時の対応等を具体的に記載したもの。病院医療安全管理マニュアルは、病院内の関係者の協議のもとで作成し医療安全管理委員会で承認を受け、概ね年1回の点検、見直しを行うものとする。

II 事象の定義及び概念

1. インシデント（ヒヤリ・ハット）

インシデントとは、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたりした経験を有する事例を指し、実際には患者へ傷害を及ぼすことはほとんどなかったが、医療有害事象へ発展する可能性を有していた潜在的事例をいう。具体的には、ある医療行為が、(1)患者へは実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの傷害が予測された事象、(2)患者へは実施されたが、結果として比較的軽微な傷害を及ぼした事象な事象指す。なお、患者だけでなく訪問者や職員に、傷害の発生又はその可能性があったと考えられる事象も含む。インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、0～3aが対象となる。

2. アクシデント（医療有害事象、医療事故）

アクシデントとは、防止可能なものか、過失によるものかにかかわらず、医療に関わる場所で、医療の過程において、不適切な医療行為（必要な医療行為がなされなかった場合を含む。）が、結果として患者へ意図しない傷害を生じ、その経過が一定程度以上の影響を与えた事象をいう。インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、3b～5が対象となる。

※医療事故調査制度における医療事故の定義は、本定義とは異なることに留意のこと。

参考) 医療事故調査制度における医療事故の定義（医療法第6条の10）

当該病院等に勤務する職員が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの

3. 医療過誤

過失によって発生したインシデント・アクシデントをいう。過失とは、結果が予見できていたにもかかわらず、それを回避する義務（予見性と回避可能性）をはたさなかったことをいう。

第4 医療安全管理体制の整備

本院においては、以下の事項を基本とし、病院内における医療安全管理体制の確立に努める。

I 医療安全管理責任者、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、医療安全推進担当者の配置

医療安全管理推進のため、院長は、医療安全管理責任者を任命すると共に、医療安全管理責任者の下に、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を置き、さらに部門においては、医療安全推進担当者を配置するものとする。

1. 医療安全管理責任者の配置

医療安全管理責任者は、本院における医療安全の総括的な責任を担い、院長が任命する。

2. 医療安全管理者の配置

医療安全管理者は、本院における医療安全管理に係る実務を担当し、医療安全を推進する者とし専従配置とする。

- (1) 医療安全管理者は、所定の医療安全管理者養成の研修を終了した医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療安全管理者は、医療安全管理責任者の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携、協同し、医療安全管理室の業務を行う。
- (3) 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち以下の業務について主要な役割を担う。医療安全管理者の権限を別に定める。

《医療安全管理者の業務内容》

- 1) 医療安全管理部門の業務に関する企画、立案及び評価
- 2) 定期的な院内巡回による各部門における医療安全対策の実施状況を把握と分析、及び医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策の推進
- 3) 各部門における医療安全推進担当者への支援
- 4) 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整
- 5) 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を年2回以上の実施
- 6) 相談窓口等の担当者との密接な連携のうえで、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制の支援

3. 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とする。専従、専任の別を問わない。(適宜、医療安全管理責任者の指名により医薬品管理に必要な知識及び技能を有する職員で、医薬品安全管理責任者を補佐する者を配置できる。専従・専任の別を問わない。)

- (1) 医薬品の安全使用のための業務に係る手順書の作成及び見直し
- (2) 職員に対して、医薬品の安全使用のための研修の実施
- (3) 医薬品の業務手順に基づく業務の実施の管理
- (4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報を収集し、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

4. 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とする。専従・専任の別

を問わない。(適宜、医療安全管理責任者の指名により医療機器管理に必要な知識及び技能を有する職員で、医療機器安全管理責任者を補佐する者を「医療機器安全管理者」として配置できる。専従・専任の別を問わない。)

- (1) 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- (2) 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
- (3) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、及び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

5. 医療放射線安全管理責任者の配置

医療放射線安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とする。専従・専任の別を問わない。(適宜、医療安全管理責任者の指名により診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する診療放射線技師で医療放射線安全管理責任者を補佐する者を「医療放射線安全管理者」として配置できる。専従・専任の別を問わない)

- (1) 診療用放射線の安全利用のための指針の策定
- (2) 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修
- (3) 次に掲げる装置を用いた放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録、その他の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 「全身用X線CT診断装置」
- (4) 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応

6. 医療安全推進担当者の配置

各部門の医療安全管理の推進に資するため医療安全推進担当者を置く。

- (1) 医療安全推進担当者は、各部門、診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を置くものとし、医療安全管理責任者が指名する。
- (2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。
 - 1) 各部門におけるインシデント・アクシデントの原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - 2) 各部門における医療安全管理に関する意識の向上
 - 3) インシデント・アクシデント報告の内容の分析及び報告書の作成
 - 4) 医療安全管理委員会において決定した再発防止策及び安全対策に関する事項の各部門への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡、調整
 - 5) 職員に対するインシデント・アクシデント報告の積極的な提出の励行
 - 6) その他、医療安全管理に関する事項の実施

II 医療安全管理室の設置

1. 医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理室を設置する。
2. 医療安全管理室には診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員を配置することとする。
3. 医療安全管理室は、院長の任命する、医療安全対策において十分な経験を有する医師を室長とし、医療安全管理者及びその他、室長が必要と定めた職員で構成

される。

3. 医療安全管理室の所轄業務は以下のとおりとする。

《医療安全管理室の業務指針》

- (1) 各部門における医療安全対策に関すること
 - 1) 各部門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
 - 2) 1)に基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録
- (2) 医療安全に係る以下の活動の記録に関すること
 - 1) 医療安全管理委員会との連携状況
 - 2) 院内研修の実績
 - 3) 患者等の相談件数及び相談内容
 - 4) 相談後の取扱
 - 5) その他の医療安全管理者の活動実績
- (3) 医療安全対策に係る取組の評価等に関すること
医療安全管理委員会の構成員及び必要に応じて各部門の安全推進担当者が参加する医療安全対策に係る取組の評価を行うカンファレンスの週1回程度開催
- (4) 医療安全に関する日常活動に関すること
 - 1) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）
 - 2) マニュアルの作成、点検及び見直しの提言等
 - 3) インシデント・アクシデント報告書の収集、保管、分析結果等の現場へのフィードバックと集計結果の管理、及び具体的な改善策の提案、推進とその評価
 - 4) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における警鐘事例の把握等）
 - 5) 医療安全に関する職員への啓発、広報
 - 6) 医療安全に関する教育研修の企画、運営
 - 7) 地区事務所及び本部への報告、連携
 - 8) 医療安全管理に係る連絡調整
- (5) アクシデント発生時の支援等に関すること
 - 1) 診療録や看護記録等の記載、インシデント・アクシデント報告書の作成について、職場責任者に対する必要な支援
 - 2) 患者や家族への説明など、重大なアクシデント等発生時の対応状況についての確認と必要な支援（患者及びその家族、弁護士、警察等の行政機関並びに報道機関への対応は、院長、副院長、事務部長のほか、それぞれの部門の管理責任者が主として行う）
 - 3) 医療安全管理委員会委員長の招集指示を受け、事案の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会の開催
 - 4) 原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導

- 5) インシデント・アクシデント報告書の保管
- 6) 秘匿性に関する指導と支援
- (6) 医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、並びにその他の委員会の庶務に関すること
- (7) その他、医療安全の推進に関すること
- 4. 尚、医療安全管理室の下に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

III 医療安全管理委員会及び関連委員会

1. 医療安全管理委員会

- 1. 本院は、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、院長、副院長、診療部長または医長、薬剤部長、看護部長、事務部長、医療安全管理者及び医療技術部門など全ての部門の安全管理のための責任者等をもって構成することを原則とする。
- 3. 委員会の委員長は、原則として院長又は医療安全管理担当の副院長（または部長）とする。
- 4. 委員会の副委員長は原則として事務部長とする。
- 5. 委員長がその任務を遂行できない場合は副委員長がその職務を代行する。
- 6. 委員会は以下の所轄業務を行うものとする。

《医療安全管理委員会の業務》

- (1) 病院医療安全管理指針の策定及び改訂
病院医療安全管理指針には、以下の基本的考え方や方針を含む。
 - 1) 医療機関における医療安全管理
 - 2) 委員会その他の本院の組織
 - 3) 職員に対する医療に係る安全管理のための研修
 - 4) 本院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策
 - 5) 重大アクシデント等発生時の対応
 - 6) 職員と患者との間の情報の共有（患者等に対する当該指針の閲覧を含む。）
 - 7) 患者からの相談への対応
 - 8) その他医療安全推進のために必要な事項
- (2) 院内等において重大な問題、その他委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における当該事例の発生要因の分析、再発防止策の検討、立案、実施及び職員への周知
- (3) (2) の改善のための方策の実施状況の調査及び必要に応じた当該再発防止策の見直し
- (4) 院内のインシデント・アクシデント防止活動及び医療安全に関する職員研修の企画、運営
- (5) その他、医療安全の確保に関する事項
- 7. 委員会の開催及び活動の記録

- (1) 委員会の開催は、概ね月 1 回とするほか、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
- (2) 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
8. 委員会の議事は、記録し医療安全管理室が管理する。
9. 医療安全管理委員会規程は別に定める。

2. リスクマネジメント部会の設置

1. 本院における医療安全管理対策を実効あるものとするため、委員会の下にリスクマネジメント部会（以下「部会」という）を設置する。
2. 部会は、診療部門、薬剤部門、看護部門、医療技術部門、事務部門、など全ての部門に配置された医療安全推進担当者をもって構成することを原則とする。
3. 部長は、原則として医療安全管理担当の副院長（または部長）とする。
4. 部会の開催は概ね月 1 回とするほか重大な問題が発生した場合は適宜開催する
5. 部会の議事は、記録し医療安全管理室が管理する。
6. リスクマネジメント部会規程は別に定める。

3. 看護部リスクマネジメント委員会の設置

1. 本院における医療安全管理対策を実効あるものとするため、委員会を補佐、及び当院看護部門における医療安全対策を総合的に企画、実行するために看護部を中心としたリスクマネジメントのために、看護部リスクマネジメント委員会を設置する。委員会の開催は概ね月 1 回とするほか、必要に応じて委員長が招集する。
2. 看護部リスクマネジメント委員会は、副看護部長、医療安全管理者、各病棟・外来・手術室の医療安全推進担当者で構成することを原則とする。
3. 委員長は看護部長の指名とする。
4. 看護部リスクマネジメント委員会の開催は、概ね月 1 回とするほか、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
5. 看護部リスクマネジメント委員会の議事を記録し看護部が管理する。
6. 看護部リスクマネジメント委員会規約は別に定める。

IV 報告体制の整備

1. 報告に係る基本的な考え方

医療安全に係る報告体制は、WHOのドラフトガイドラインにおける「学習を目的としたシステム」に準じたもので、責任追及を目的とするものではなく、原因究明と再発防止を図ることにより、医療安全の推進を目的としたものである。したがって、報告書は病院における医療安全推進のために用いられ、報告することによる個人への懲罰等は伴わないものとする。

2. 報告の手順と対応

インシデント・アクシデントが発生した場合、当事者又は関係者は、可及的速やかに上司に報告することとする。報告を受けた上司（部門長・事務部長・看護

部長・副院長など)は、患者の現在の状態等を、直接に病院長等へ迅速かつ正確に報告する。報告を受けた上司は、医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告し、事態の重大性を勘案して、速やかに院長に報告する必要があると認めた事案は直ちに報告し、それ以外の事案については定期的に報告する。

3. 報告の方法

報告は電子カルテ内「インシデント報告」の入力で行う。緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後、速やかに文書（アクシデント報告書）による報告を行う。なお、報告は原則として発生直接の原因となった当事者又は発見者が行うが、不可能な場合には関係者が代わって行う。報告書は再発防止に役立つものであり、これをもって懲罰の対象や理由となるものではない。

さらに、院長は、本院における死亡（及び死産）の確実な把握のための体制を確保し全死亡例において適応する。具体的な方法は別に定める。

4. 地区事務所・本部への報告

地区事務所・本部への報告は、原則として本院の医療安全管理者が行う。

5. インシデント・アクシデント報告書の保管

インシデント報告書については、原則として報告日の翌年4月1日を起点に1年以上、アクシデント報告書については5年以上保存するものとする。

V 医療安全対策地域連携

他の医療安全対策加算Ⅰに係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算Ⅱに係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算Ⅰに関して連携しているいずれかの保健医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関に報告する。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算Ⅰに係る届出を行っている保険医療機関より評価を受ける。他施設と連携することで医療安全管理の質の向上を図る。

連携病院間における具体的な評価方法や評価項目等、実施要綱は別に定める。

第5 医療安全管理のための職員研修

医療機関全体に共通する医療安全管理の推進のための基本的考え方及び具体的な事故防止の方法について、職員に対し周知徹底を図るため、医療安全管理のための院内研修を定期的に開催する。委員会及び医療安全管理室は以下のように研修を企画、立案、実施する。

1. 医療法に基づき、全職員を対象に年2回以上定期的に開催し医療機関全体に共通する内容とする。それ以外は必要に応じ開催する。
2. 本院で重大事故が発生した後など、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。
3. 委員会及び医療安全管理室は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、

出席者、研修項目等)を記録し、2年間は保管する。

4. 職員は、年2回医療安全に関する研修を受講するように努めなければならない。
5. 研修は、院長等の講義、院内報告会、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。

第6 重大なアクシデント等発生時の対応

重大なアクシデント等とは、患者影響度分類におけるレベル4、5及びそれに準ずる重篤度、危険度が高いと判断された事例をいい、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす必要がある。重大なアクシデント(レベル4・5)時の対応マニュアルを別に定める。

I 初動体制(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は、本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。
2. 本院での対応が不可能と判断された場合は、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資源・人材を提供する。
3. 夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告する体制を整えておく。

II 患者及び家族への対応

1. 事故発生時、救命措置の遂行に支障をきたさない限り速やかに事故の状況、現在実施している回復処置・その見通し等について、患者・家族等に誠意をもって説明する。
2. 説明にあたっては、医師、看護師長等で患者・家族への対応を行なう。検査等での事故の場合は当該部署の責任者と医師・看護師長とで対応する。重大な事故の場合は院長の指示によるものとする。

III 事実経過の記録

医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、報告の内容、患者及び家族への説明内容等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。

- (1) 初期対応が終了次第速やかに記載する。
- (2) 事実を客観的に正確に記載する。
- (3) 誤解のない表現を用いる。
- (4) 患者家族の説明は、その内容とあわせて患者・家族からの応答・質問等も記録する。

IV. 医療安全管理委員会の招集

重大なアクシデント等発生時、院長は、直ちに臨時に委員会を招集し内容を審議する。

V. 当事者及び関係者(職員)への対応

1. 個人の責任を追及することなく組織としての問題点を検討する。

2. 当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。

VI. 関係機関への報告

重大なアクシデント等が発生した場合には、可及的速やかに関係機関へ報告する。

1. 地区事務所・本部への報告

速やかに管轄の地区事務所へ電話、またはメールで報告、連絡、相談を行う。

2. 保健所への報告

- (1) 医療過誤によって患者が死亡、または重大な後遺障害が生じた場合、またはその疑いがある場合
- (2) 医薬品の紛失等、警察への報告、連絡、相談が必要と判断したもの

3. 警察署への届出

- (1) 医療法第21条に則り、その判断としたもの（死亡後24時間内）。
- (2) 医薬品の紛失等、警察への報告、連絡、相談が必要と判断したもの（以下）。
 - 1) 医療過誤によって患者が死亡、または重大な後遺障害が生じた場合、またはその疑いがある場合。
 - 2) 法令等により事故報告が求められている場合で、地域への影響が生じる可能性がある場合も、所轄警察署へ届け出を行う（医療事故調査制度により死亡診断書を携帯せずに他施設に遺体を搬送する場合等）
- (3) 警察署へ届け出を行う場合には原則として事前に患者及び家族に説明を行う。

4. 医療事故調査・支援センターへの報告

医療事故調査制度に基づき（当院の医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡で、管理者が予期しなかった場合）対象事案と判断した場合、遺族に説明した上で速やかに医療事故調査・支援センターへ報告する。

5. 報道関係

- (1) 記者会見を行う場合は、院長、関係部署長、事務部長、総務課が対応する。
- (2) 報道機関の対応は総務課に一元化し院内の他の職員は一切コメントしない。
- (3) 報道機関の取材に際し、診療の妨げになる外来診療部門、病棟、および病院各部門への取材者の立ち入りを禁止する。

第7. 公表

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他医療機関での同様の事故防止に役立てることを目的として、必要と判断した場合、事案等を患者及び家族等の同意を得て社会に公表する。公表の決定等に関しては委員会で検討後、院長が行う。公表にあたっては、患者及び家族の意向を尊重し、プライバシーにも十分配慮する。

公表の範囲

- (1) 医療過誤により死亡または重大な後遺障害が残ると思われる事例

- (2) 警察に届け、死体検案が行われた結果、医療過誤の存在が明らかになった事例
- (3) 他、公表が医療安全対策の観点から社会的意義が大きいと考えられる事例
院内への公表は、院長が、報道機関等への公表前に、速やかに全所属長を招集して事故内容等を説明し、さらに全職員へ周知し再発防止に努める。

第8. 患者相談窓口の設置

院内に、患者及び家族並びに利用者からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等の様々な相談に対する窓口を設置する。

相談窓口対応者は、医療安全管理者と密な連携を図り、医療安全に係る患者及びその家族等の相談に適切に応じる体制を整備する。別途、患者相談窓口取り扱い規程を定める。

第9. 病院医療安全管理指針の閲覧

病院医療安全管理指針については、本院のホームページに掲載し、その他に患者及び家族並びに利用者が容易に閲覧できるように配慮する。

附則 この指針は平成26年4月1日より施行する

附則 この指針は平成28年4月1日より施行する

<1-2改正、1-4追記、2-2改正、4-3改正、8-4追記、(附)改正>

附則 この指針は平成28年8月1日より施行する

<項目番号の見直し>

<第2-I改正、第2-II改正、第3-I改正、第3-II改正、第3-III改正、第3-V改正、第3-VI改正、第5-II改正、第5-IV改正、(附)改正>

附則 この指針は平成30年4月1日より施行する

<第3-II改正、第3-III改正>

附則 この指針は平成31年1月7日より施行する

附則 この指針は令和2年4月1日より施行する

<第3-II改正 第4-I改正>

(附) インシデント・アクシデントの患者影響度分類

1 インシデント（ヒヤリ・ハット）

- レベル 0 : エラーが発生した、もしくは医薬品・医療器具に不具合があったが、事前に何らかの理由で患者には実施されなかった。
- レベル 1 : エラーが発生し、患者に実施したが、患者には実害はなかった。(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
- レベル 2 : エラーが発生し、患者に実施し、何らかの実害はあったが、処置や治療は不要であった。(患者の観察の強化、バイタルサインの軽度の変化、安全確認の検査などの必要性は生じた。患者または家族からクレームがあった)
- レベル 3a : 事故により、患者に実害が発生し、治療の必要が生じた。障害・後遺症は残らない。(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与)

2 アクシデント（医療事故）

- レベル 3b : 事故により、患者に実害が発生し、濃厚な治療や処置の必要性が生じた。障害・後遺症は残らない。(バイタルサインの高度の変化、人工呼吸器装着、手術施行、入院日数の増加、外来患者の骨折入院)
- レベル 4 : 事故により永続的な障害や後遺症が残る。
- レベル 5 : 事故により死亡（原疾患の自然経過によるものは除く）

《医療安全管理者の権限》

- (1) 医療安全管理者は、院長の任命を受け、安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、院長の指示に基づいてその業務を行う。
- (2) 医療事故発生時などの緊急の場合、院長承認の下、医療安全管理委員長（医療安全管理室長）に医療安全管理委員会を臨時で開催することについて提言できる。
- (3) 医療事故および重要事例発生の場合、院長承認の下、事故分析や対策の検討に対しリスクマネジメント部会を臨時で開催することをリスクマネジメント部会長（医療安全管理室長）に提言できる。
- (4) 医療安全の研修の企画運営に関して意見を述べ必要な研修を随時開催することができる。
- (5) 患者相談窓口で対応した事例について医療安全の観点から職員への啓蒙や教育が必要な事案についてはリスクマネジメント部会や医療安全委員会で取り扱うことができる。
- (6) 医療安全に関するマニュアルの作成や改訂については医療安全管理指針に則り、各部門のマニュアルの整備に関しても助言や提言ができる。
- (7) 医療事故および有害事象、警鐘事例、訴訟事例の発生時は必要な情報として患者カルテを閲覧することができる。
- (8) 医療事故を含めインシデント、アクシデント事例として報告されたデータを収集、分析、評価して医療事故防止活動に活かすことができる。
- (9) 医療安全に関して、患者や職員の個人情報にふれない範囲の必要な相談を JCHO本部、中四国事務所、近隣や JCHO病院の医療安全管理室、島根県看護協会などの公的機関に相談することができる。
- (10) 院内をラウンドし各部門・部署に対して医療安全の観点から改善案の提言や指導ができる。
- (11) 医療安全管理室に所属するものとして患者間や医療者間において調整を行うに当たって中立の立場を保持することができる。