



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 8 年 2 月

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等 | |
| | Ⅱ 事象の定義および概念 | |
| 第 4 | 医療安全管理体制の整備 | P3 |
| | 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 | |
| | 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 | P9 |
| 第 6 | 重大なアクシデント等発生時の具体的対応 | P10 |
| | Ⅰ 初動体制（救命措置の最優先） | |
| | Ⅱ 患者及び家族への対応 | |
| | Ⅲ 当事者及び関係者（職員）への対応 | |
| | Ⅳ 関係機関への報億、連絡、相談 | |
| | Ⅴ 医療安全管理委員会の招集 | |
| 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 | P13 |

第1 趣旨

医療安全文化とは、「医療に従事する全ての職員が、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方、およびそれを可能にする組織の在り方」とされている。安全文化を醸成すると、医療チームの能力が高まり、コミュニケーションエラーが減り、医療の質が高まることなどが報告されている。

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）玉造病院及び介護事業所（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アクシデント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。本院は指針等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

本院は、JCHOの基本理念に基づき、患者の尊厳の保持と安全の確保を行い、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。本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本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、医療安全管理指針及び医療安全管理マニュアルを作成し医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

第3 用語の定義

I 医療安全に係る指針等

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。医療の質・安全管理委員会に置いて概ね年1回点検し、策定及び改定する。あわせて、本部は各病院の医療安全管理の向上に資するよう、医療安全に係る本部、地区事務所への報告及び重大なアクシデント発生時の対外対応等について標準的な手引きを示すものとする。

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。）

JCHO医療安全管理指針の内容を踏まえ、本院における医療安全管理のための基本方針を示したもの。医療安全管理委員会は他の委員会等と連携し、医療安

全に係る分析結果等を踏まえ、概ね年1回点検し、見直しや策定の提言を行うものとする。

指針は以下の基本的考え方や方針を含むのものとする。

- (1) 医療機関における医療安全管理の考え方、医療安全文化
- (2) 委員会、その他の医療安全管理組織体制
- (3) 職員に対する研修方針
- (4) 報告体制、改善活動
- (5) 重大な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

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の各病院における医療安全管理のための未然防止策、発生時の対応などを具体的に記載したもの。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回点検し、見直しや策定の提言を行うものとする。

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に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）

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。

重大なアクシデント等とは、インシデント・アクシデントの患者影響度分類の影響度レベルにおいて、レベル4 又は5 に該当する事案及び、社会的影響を考慮し本部への報告が必要と院長が判断した事案をいう。

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、結果が予測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。

4. オカレンス（発生）報告

過失の有無や行った医療に起因するか否かは問わず、医療の質改善のために報告対象として別に定める事案が発生した場合に報告するものをいう。

5. 医療事故（医療事故調査制度における定義）

当該病院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または死産であって、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をいう。（医療法第6条の10）

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 医療安全に係る管理責任者・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統括的な責任を担う者とし、原則として副院長とする。

2. 医療安全管理者の配置

医療安全管理者は、院長の指名により選任され、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する。医療安全管理者には、院長より権限が委譲され、医療安全に関する企計画・実施・評価を組織横断的に実施する。

（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

《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発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管理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、西日本地区事務所、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。

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
- (4) 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の実施
- (3) 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
- (4) 診療放射線の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

6. 医療安全推進担当者の配置

本院は、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
(必要に応じて事例検討会 (M&M カンファレンス等) を診療部長や所属長と協力し開催)
- 2) 各部門における医療安全管理に関する意識の向上に向けた活動 (研修会、注意喚起等)
- 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. 医療安全管理室は、医療安全管理責任者、医療安全管理者、医薬品管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者及びその他必要な職員で構成される。
3. 医療安全管理室の所掌業務は以下のとおりとする。

《医療安全管理室の業務指針及び基準》

- (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における報告・審議内容
 - 2) 院内研修の実績
 - 3) 患者等の相談件数及び、相談内容及び相談後の取扱い
 - 4) 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) 医療安全に係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. 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、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、原則として医療安全管理責任者を担う副院長とする。
4. 委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者とする。
5. 委員長がその任務を遂行できない場合は、他の副院長又は副委員長がその職務を代行する。
6. 委員会は以下の所掌業務を行うものとする。

《医療安全管理委員会の所掌業務》

(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管理のための職員研修の企画、運営

(5) 虐待防止に関する必要な事項

(6) 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、医療安全管理者をもって構成することを原則とする。

3. 部会長は、原則として医療安全管理責任者を担う副院長とする。

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。

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、報告書は本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、可及的速やかに所属長に報告することとする。報告を受けた所属長は、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・アクシデント報告システム」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てるものであり、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

本院の医療安全管理者は、インシデント・アクシデント報告を取りまとめて、地区事務所・本部に報告を行う。

患者影響度分類の影響度レベルにおいてレベル4又は5に該当する事案及び、社会的影響を考慮し本部への報告が必要と院長が判断した場合は、速やかに報告を行う。

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、医療安全対策加算Ⅰに係る届出を行っ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1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年2回以上開催する。加えて、必要に応じて臨時に開催することが望まれる。研修の企画、立案、実施は委員会及び医療安全管理室が行う。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。

第6 重大なアクシデント等発生時の具体的対応

患者影響度分類におけるレベル4、5及び社会的影響を考慮し本部への報告を行う重大なアクシデント等が発生した際には、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）発生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. 救命を第一とし、被害の拡大防止に最大限の努力を払える体制を整えておく。
2. 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。
3. 事実経過を正確に記録する

医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者およ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。

II 患者及び家族への対応

患者に対しては、誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、その経緯について、明らかにしている事実を丁寧に逐次説明する。

III 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。

IV 関係機関への報告、連絡、相談

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、連絡、相談する。

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. 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。

V 医療安全管理委員会の招集

重大なアクシデント等発生した場合には、速やかに臨時に委員会を招集し内容を審議する。

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。

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＞
- 附則 この指針は令和 4 年 10 月 1 日より施行する ＜第 2－改訂、第 4－Ⅳ－3 改訂、第 6－Ⅵ改訂、
第 7－改訂＞
- 附則 この指針は令和 6 年 4 月 1 日より施行する ＜第 1－改訂、第 6－Ⅲ－1 改訂＞
- 附則 この指針は令和 6 年 5 月 1 日より施行する ＜第 3－1 改訂、第 3－3 削除＞
- 附則 この指針は令和 8 年 2 月 1 日より施行する
＜第 1－改訂、第 2－改訂、第 3－Ⅰ改訂、第 3－Ⅱ改訂、第 4－1 改訂、第 4－Ⅱ改訂、
第 4－Ⅲ改訂、第 4－Ⅳ改訂、第 6－Ⅰ改訂、第 6－Ⅲ改訂、第 6－Ⅳ改訂、第 6－Ⅴ改訂、
第 6－Ⅵ削除＞

(附) インシデント・アクシデントの患者影響度分類

| | 影響 レベル | 傷害の 継続性 | 傷害の程度 | 内容 |
|--------|-----------|------------|-------|---|
| インシデント | 0 | | | エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった |
| | 1 | なし | 実害なし | 何らかの影響を及ぼした可能性はあるが、実害はなかった |
| | 2 | 一過性 | 軽度 | 処置や治療は行わなかった（バイタルサインの軽度変化、観察の強化、安全確認の検査などの必要性は生じた） |
| | 3 a | 一過性 | 中程度 | 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） |
| アクシデント | 3 b | 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） |
| | 4 | 永続的 | 軽度～高度 | 永続的な障害や後遺症が残存（有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合、伴う場合の両者を含む） |
| | 5 | 死亡 | | 死亡（現疾患の自然経過によるものを除く） |