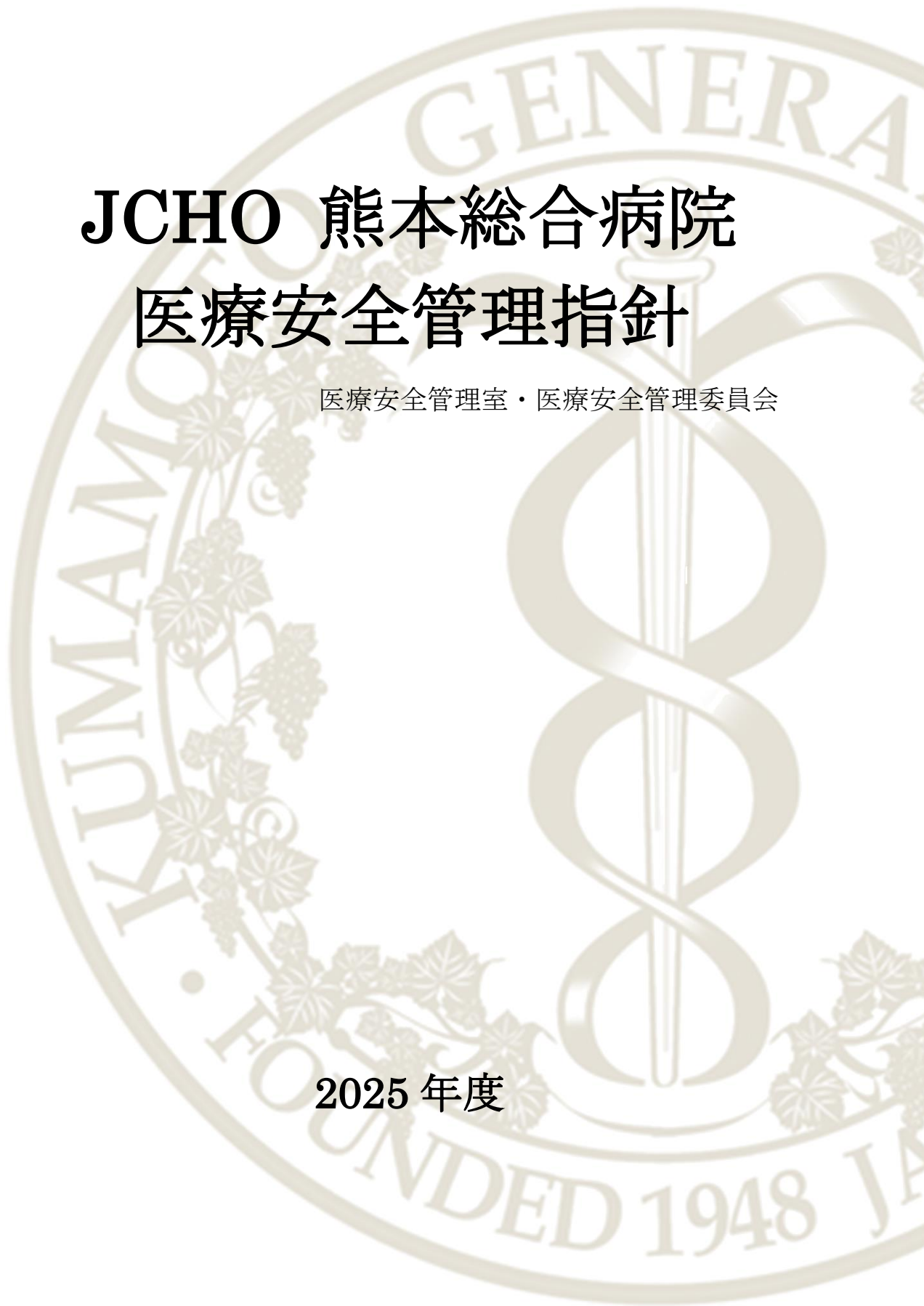




JCHO 熊本総合病院

医療安全管理指針

医療安全管理室・医療安全管理委員会

2025 年度

目次

第 1	趣旨
第 2	医療安全管理のための基本的考え方
第 3	用語の定義
I	医療安全に係る指針・マニュアル
II	事象の定義及び概念
第 4	医療安全管理体制の整備
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、医療安全推進担当者の配置
II	医療安全管理室の設置
III	医療に係る安全管理のための委員会
IV	報告体制の整備
第 5	医療安全のための職員研修
第 6	重大なアクシデント等発生時の具体的取り組み
I	初動体制
II	患者家族への対応
III	事実経過の記録
IV	医療安全管理委員会の招集
V	当事者及び関係者（職員）への対応
VI	関係機関への報告
第 7	公表
第 8	患者相談窓口の設置
第 9	本指針の閲覧
別紙	インシデント・アクシデントの患者影響度分類

独立行政法人 地域医療機能推進機構 熊本総合病院

医療安全管理指針

第1 趣旨

本指針は、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対応等についての基本指針を示した、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という）医療安全管理指針に基づいて作成した。当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

当院は、JCHOの基本理念に基づき、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。

安全な医療の提供は、個人レベルのみならず組織レベルでの事故防止対策の実施により達成される。このため、当院はJCHO医療安全管理指針に基づき医療安全管理体制を確立するためのJCHO 熊本総合病院医療安全管理指針及び医療安全管理マニュアル（以下「マニュアル」という）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・マニュアル

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

JCHO の各病院において、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。

2. JCHO 熊本総合病院 医療安全管理指針（以下「病院医療安全管理指針」という）

当院の医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、及び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、当院の医療安全管理委員会において策定及び改定されるものとする。

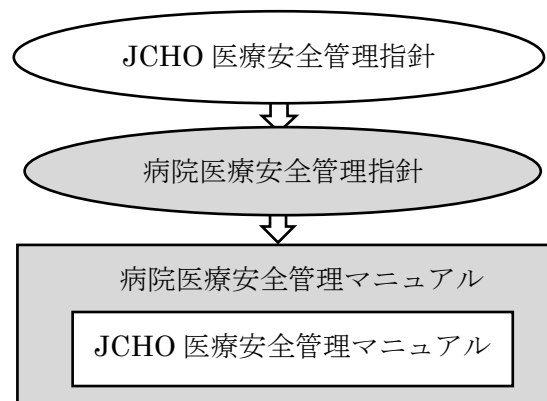
3. 独立行政法人地域医療機能推進機構 医療安全管理マニュアル（以下「JCHO 医療安全管理マニュアル」という）

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。JCHO 医療安全管理マニュアルは、本部にて作成され、概ね1回/年の点検、見直しを行うものとする。

4. JCHO 熊本総合病院 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）

当院の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され医療安全管理委員会で承認を受け、概ね1回/年の点検、見直しを行うものとする。

JCHO 医療安全管理指針、病院医療安全管理指針
JCHO 医療安全管理マニュアル、病院医療安全管理マニュアルの位置付け



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、結果として患者へ傷害を及ぼすには至らなかった不適切な事象、又は(3)結果として比較的軽微な傷害を及ぼした事象を指す。

なお、患者だけでなく訪問者や医療従事者に、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する。

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）を果たさなかったことをいう。

※別紙）インシデント・アクシデントの患者影響度分類

第4 医療安全管理体制の整備

当院は、以下の事項を基本として、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

医療安全管理の推進のために、医療安全管理責任者（主として副院長）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、当院における医療安全の総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、当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。

- (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。

- 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の把握と分析、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の年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、病院等の管理者の指示の下に、次に掲げる業務を行う者とする。

- (1) 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成
- (2) 従事者に対して、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の収集し、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設置

医療機器安全管理責任者は、病院等の管理者の指示の下に、次の掲げる業務を行う者とし、以下の業務について主要な役割を担う。

- (1) 従業者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し、以下の業務について主要な役割を担う。

- (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職員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

6. 医療安全推進担当者の配置

当院は、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) 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. 委員会で設定された方針に基づき、組織横断的に当該病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、医療安全管理者及びその他必要な職員で構成される。
 - (1) 医療安全管理室長：副院長
 - (2) 医療安全管理者：1名

- 1) 室長は病院長が任命した副院長とする
 - 2) 医療安全管理者は病院長の命を受け、室長に従い以下の業務に従事する
 - 3) 各部門には専任の職員を配置する
3. 医療安全管理者は次に掲げる業務を行う
- (1) 安全管理部門（医療安全管理委員会および医療安全推進委員会）の運営および支援
 - (2) 定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、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を推進する
 - 1) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（マニュアルの遵守状況の点検）
 - 2) インシデント・アクシデントレポート報告書の収集、保管、分析、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
 - 3) インシデント・アクシデント事象における具体的な改善策の提案、推進とその評価
 - 4) 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、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等への対応は、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 医療安全管理室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を開催
 - 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 報告書の保管
 - ⑥ 秘匿性に関する指導と支援
 - ⑦ 全死亡症例のスクリーニング
死亡患者において、部署長と主治医が医療事故の可能性があると判断した場合は医療安全管理者に報告される。さらに、医療事故調査制度への対応が必要と判断した症例は、医療安全責任者に報告するとともに臨時医療安全管理委員会を開催する。
 - (3) 各部門における医療安全推進委員への支援
各部署の代表で構成される委員は、医療安全管理委員会で決定した事項について部署内に周知徹底させる
 - (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の企画・実施
 - 1) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他施設における警鐘事例・医療事故の情報収集と発信）
 - 2) 医療安全に関する職員への啓発、広報

- (6) 患者サポート室と連携を図り、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を支援する
- (7) 各種マニュアルの作成、点検及び見直しの提言
 - 1) 感染防止対策マニュアル
 - 2) 各部門における医療安全対策マニュアル
 - 3) 看護部においては、看護手順に安全対策を含めているため基準・手順委員会作成の看護手順を参照
 - 4) マニュアルは関係部署の共通のものとして整備する
 - 5) マニュアルは関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す
 - 6) マニュアルは作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告する
- (8) JCHO 九州地区事務所及び本部への報告・連携
- (9) 他施設の医療安全管理室との連携・情報交換
- (10) 職員へのメンタルヘルスケア：労働安全衛生委員会との連携

4. 医療安全管理者の権限

- (1) 医療安全に関連にした調査と指導
- (2) 患者情報の自由閲覧
- (3) インシデント・アクシデントレポート等の提出に関する教育と指導
- (4) 医療事故発生時の調査指導
- (5) 問題提議時、各委員会へ緊急出席と提案

Ⅲ 医療に係る安全管理のための委員会

1. 当院における医療事故を予防し、患者の安全確保のため病院全体の潜在的なリスクを整理・分析し、適切な対応を選択し実行する方策を講じるため熊本総合病院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、あらゆる情報を収集し事例を徹底調査することにより安全管理の為にシステムを立案し実行に移す。万が一事故が発生した場合には速やかに対応する。次の各号に掲げる業務を行う。
 - (1) 病院医療安全管理指針の策定及び改定

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) 医療安全管理委員会その他の当該病院等の組織
 - 3) 医療に係る安全管理のための職員への研修
 - 4) 当該病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) 重大なアクシデント等発生時の対応
 - 6) 医療従事者と患者との間の情報共有（患者等に対する当該指針の閲覧を含む）
 - 7) 患者相談への対応 ⇒患者サポート委員会と連携
 - 8) その他の医療安全推進のために必要な事項
 - (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討及び職員への周知

(3) 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、立案

(4) その他、医療安全の確保に関する事項

3. 委員会は、次の各号に掲げる委員をもって構成する。

- (1) 病院管理者（副院長）
- (2) 病院管理者（看護部長またはそれに準ずる者）
- (3) 病院管理者（事務部長またはそれに準ずる者）
- (4) 内科系及び外科系の診療科部長のうちから選出された者
- (5) 薬剤部
- (6) 検査部
- (7) 放射線部
- (8) 看護部
- (9) 事務部
- (10) 栄養管理部
- (11) リハビリテーション部
- (12) 臨床工学部
- (13) 医療安全管理者

前項の委員は、病院長が委嘱する。

4. 委員の任期

- (1) 前条の委員の任期は2年とし、再任を妨げない
- (2) 委員に欠員を生じた場合、補欠委員の任期は、前項の規定にかかわらず、前任者の残任期間とする

5. 委員長と副委員長の役割

- (1) 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
- (2) 委員長は、委員会を招集し、その議長となる
- (3) 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
- (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

6. 委員会の開催及び活動の記録

- (1) 委員会は、委員過半数が出席しなければ、議事を開き議決することができない
- (2) 委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる
- (3) 委員会は原則として、月1回定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する
- (4) 委員長または副委員長は議事の概要を作成し、病院長に報告する。また医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する
- (5) 委員会の議事は記録し、医療安全管理室が管理する
- (6) 委員長は、必要があるときは、委員以外の者を委員会に出席させ、意見を聞くことができる

7. 医療安全カンファレンス

- (1) 医療安全対策に係る取り組みの評価等を行うカンファレンスを週 1 回程度開催する
- (2) 出席者は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医療安全推進担当者が参加する
- (3) 緊急的な事項の検討および院内巡回等を行う

8. 事務

委員会に関する事務は、総務課において処理する

9. 雑則

この要項に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員会が別に定める

IV 報告体制の整備

1. 報告とその目的

この報告は医療安全管理に資するため、システムの改善や教育・研修の資料とすることのみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、①本院内における医療事故（アクシデント）や危うく事故になりかけた事例（インシデント）等を整理・分析し、医療システムの改善、及び再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価・点検に活用しうる情報を院内全体から収集する事を目的とする。これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領に従い、報告を行うものとする。

2. 報告にもとづく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は本院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、それぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに CLIP（インシデント報告分析支援システム）に記入し報告するものとする。

1) アクシデント事例

患者影響度： 3 b（治療や処置が必要となった）

4（傷害や後遺症が残った）

5（死亡）

医療側の過失の有無を問わず、患者に不利益が生じた場合は、発生後直ちに上司へ報告する。上司からは直ちに医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告する。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、直ちに報告する。

2) インシデント事例

患者影響度： 0（未実施）

1（実施されたが影響なし）

2（観察や検査が必要となった）

3 a（軽微な処置は必要となった）

速やかに上司および医療安全管理者へ報告する。

- 3) その他、日常診療の中で危険と思われる状況：適宜、上司および医療安全管理者へ報告する。

(2) 報告の方法

- 1) 報告は CLIP での報告をもって行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、第一報報告書を提出。患者の救命処置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく CLIP による報告を行う。(所属長は医療安全へ1週間以内報告書承認)
- 2) 報告は、診療録、看護記録など自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成する。
- 3) CLIP の記載は、原則として発生の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。自発的報告がなされるよう上司は報告者名を省略して報告することができる。

3. 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理室及び医療安全管理委員会は、前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、医療事故防止上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、本院の組織としての改善に必要な対策を講じるものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理室及び医療安全管理委員会は、すでに策定した改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを常に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

(3) 事例整理・分析

- 1) 発生部署にて整理・分析を行い、対策を講じる。
- 2) 医療安全管理室及び医療安全管理委員会で必要とした重大な事例（患者影響度4以上または繰り返し報告される事例など）については、時系列分析または RCA 分析を行い対策を講じる。

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年間保存するものとする。

6. その他

- (1) 病院長、医療安全管理委員会の委員は報告された事例について職務上知り得た内容を、正当な理由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本項の定めにしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。

第5. 医療安全管理のための職員研修

1. 医療安全管理室及び医療安全管理委員会は、研修の企画、立案、実施を行う。
2. あらかじめ作成した研修計画に従い、概ね6ヶ月に1回、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を開催する。また、必要に応じて臨時に開催する。
3. 研修は医療安全管理の基本的考え方、事故防止の具体的な手法などを全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
4. 職員は研修や講演会が実施される際は極力参加するように努めなければならない。
5. 医療安全管理室は、研修を実施したときにはその概要を記録し、保管する。

第6 重大なアクシデント等発生時の具体的取り組み

重大なアクシデント等とは、別紙の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・緊急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。(医療有害事象・対応マニュアル参照)

I 初動体制

1. 救命を第一とし、傷害の進行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
 - ・夜間・休日緊急事態発生時の対応マニュアル参照
 - ・夜間・土日・祝日の病棟患者急変時の医師の対応マニュアル参照

II 患者家族への対応

1. 患者に対して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、その経緯について、明らかになっている事実を丁寧に逐次説明する。
2. 窓口は一本化する

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、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。

IV 医療安全管理委員会の招集

重大なアクシデント等が発生した場合には、直ちに現状調査し臨時医療安全管理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。

・医療事故発生時の報告システムマニュアル参照

1. 地区事務所、本部への報告

当該病院は、管轄の地区事務所へ電話又はメールで報告、連絡、相談する。

地区事務所は、本部へ電話又はメールで報告する。

2. 医療事故調査・支援センターへの報告

医療事故調査制度の対象事案と判断した場合、遺族へ説明した上で、医療事故調査・支援センターへ報告する。

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の同意を得て社会に公表する。

第8 患者相談窓口の設置

院内に、患者及びその家族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応する窓口（患者サポート室）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の相談に適切に応じる体制を整備する。

第9 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努める。患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとするとともに、ホームページで公開する。

平成 28 年 7 月作成
平成 29 年 12 月改訂
平成 30 年 8 月改定
2019 年 8 月改定
2020 年 6 月改訂
2021 年 6 月改訂
2022 年 11 月改定
2023 年 6 月改訂
2024 年 6 月改訂
2025 年 4 月改訂

参考

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	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）