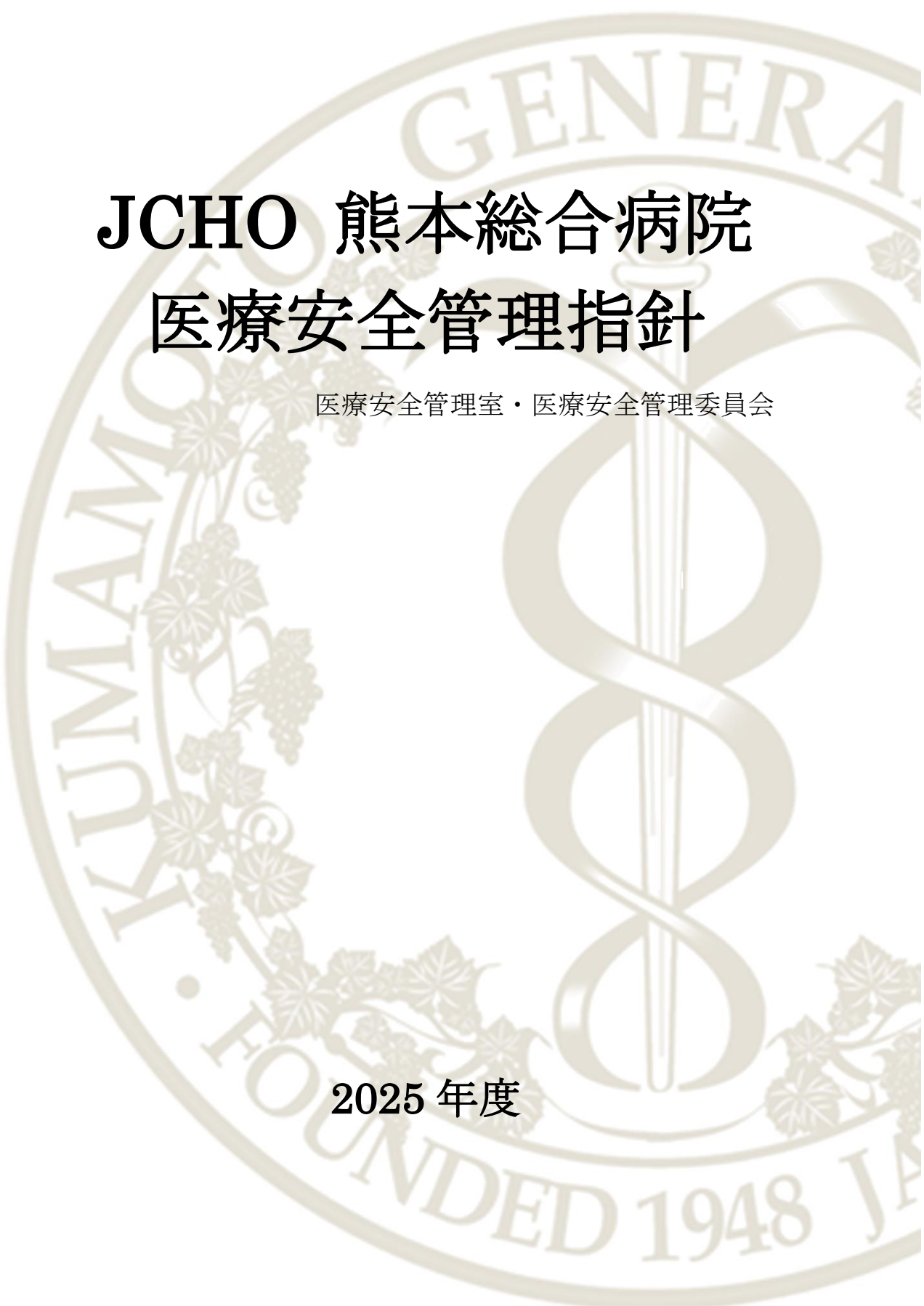




JCHO 熊本総合病院 医療安全管理指針

医療安全管理室・医療安全管理委員会

2025 年度

1. 趣旨
2. 医療安全管理のための基本的考え方
3. 用語の定義
 - (1) 医療安全に係る指針・マニュアル
 - (2) 事象の定義及び概念
4. 医療安全管理体制の整備
 - (1) 医療安全管理指針の作成
 - (2) 医療安全管理委員会の設置
 - (3) 医療安全推進委員会の設置
 - (4) 医療安全管理室の設置
 - (5) 医療安全管理責任者の配置
 - (6) 医療安全管理者の配置
 - (7) 医薬品安全管理責任者の配置
 - (8) 医療機器安全管理責任者の配置
 - (9) 医療放射線安全管理責任者の配置
 - (10) 患者相談窓口の設置
5. 医療安全管理のための具体的方策の推進
 - (1) インシデント・アクシデント防止の要点と再発防止策
 - (2) 報告体制の整備
 - (3) 医療安全管理のための職員研修
6. 重大なアクシデント等発生時の具体的取り組み
 - (1) 初動体制
 - (2) 患者家族への対応
 - (3) 事実経過の記録
 - (4) 医療安全管理委員会の招集
 - (5) 当事者及び関係者（職員）への対応
 - (6) 関係機関への報告
7. 公表
8. 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

1. 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構熊本総合病院（以下「JCHO 熊本総合病院」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有害事象発生時の対応等についての基本を示し、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ための基礎となるものである。

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。

3. 用語の定義

(1) 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。

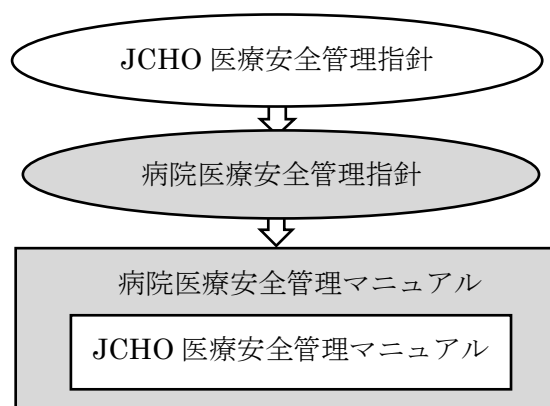
- 3) 独立行政法人地域医療機能推進機構 医療安全管理マニュアル（以下「JCHO 医療安全管理マニュアル」という）

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



(2) 事象の定義及び概念

1) インシデント（ヒヤリ・ハット）

患者に傷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”としたりした経験を有する次のような事象を云う

- ① ある医療行為が、患者に実施されるまでには至らなかったが、誤って実施されていれば何らかの傷害を及ぼす可能性のあった事象
- ② ある医療行為等が患者へ実施されたが、結果的に傷害がなくまたその後の観察も不要であった事象。なお、患者だけでなく、訪問者や職員に傷害の発生また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。

3) 医療事故（医療法第6条の10）：医療事故調査制度

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

4) 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。

4. 医療安全管理体制の整備

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。

(1) 医療安全管理指針の作成

- 1) 医療安全管理委員会において医療安全管理体制の確立に努める
- 2) 医療安全管理指針に、次の事項を規定する
 - ① 医療機関における医療安全管理に関する基本的考え方
 - ② 医療安全管理のための体制の整備
 - ③ 医療安全管理委員会の設置及び所掌事務
 - ④ インシデント・アクシデント報告体制
 - ⑤ 重大なアクシデント報告体制
 - ⑥ 重大なアクシデント等発生時の対応
 - ⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本方針
 - ⑧ 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）
 - ⑨ その他、医療安全管理に関する事項

(2) 医療安全管理委員会の設置

- 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) 委員会の委員長は病院長が任命する（原則、医療安全管理責任者を担う副院長）
- 3) 委員会の委員は病院長が指名するものとし、次に掲げる職位またはそれらに準じる委員をもって組織する
 - ① 診療部門：副院長、内科系診療部長、外科系診療部長
画像診断センター長（医療放射線安全管理責任者）
 - ② 診療協力部門：薬剤部長（医薬品安全管理者）、診療放射線技師長、臨床検査技師長、臨床工学技士（医療機器安全管理者）、栄養管理室長、リハビリテーション室長
 - ③ 看護部門：看護部長、看護師長
 - ④ 事務部門：医事課、総務企画課、経理課のうち1名
- 4) 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）
 - ア 医療機関における医療安全管理
 - イ 医療安全管理委員会その他の当該病院等の組織
 - ウ 医療に係る安全管理のための職員への研修
 - エ 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
 - オ 重大なアクシデント等発生時の対応
 - カ 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）

- キ 患者相談への対応 ⇒患者サポート委員会と連携
- ク 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
- 5) 委員会では所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う
- 6) 医療安全対策に係るカンファレンスを週1回程度開催する
- 7) 委員会の検討結果などについては、定期的に病院長に報告するとともに、医療安全推進委員を通じて各職場に周知する
- 8) 委員会の開催は原則1回/月とする。但し、必要に応じ臨時の委員会を開催できるものとする
- 9) 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
- 10) 委員会の記録は副委員長が行い、その他の事務は総務企画課が行うものとする

(3) 医療安全推進委員会の設置

- 1) 各部門の医療安全管理の推進に資するため、委員会の傘下に医療安全推進委員会（以下「推進委員会」という）を設ける
- 2) 推進委員会の委員長は、委員の中から病院長が指名する
- 3) 推進委員会の委員は医療安全管理責任者が指名するものとし、次に掲げる職員をもって構成する
 - ① 診療協力部門：薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、栄養管理士、理学療法士等
 - ② 看護部門：看護師
 - ③ 事務部門：事務職員
- 4) 推進委員会では、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・アクシデント事例の原因分析ならびに再発防止策の検討及び提言に関する事
 - ② 各部門を訪問し、医療安全活動の実践確認や対策の再検討を行うこと（医療安全ラウンド）
 - ③ インシデント・アクシデント防止のための情報収集、啓発、広報等に関する事
 - ④ インシデント・アクシデント防止の実践の作成及び改訂に関する事
 - ⑤ インシデント・アクシデントに関する諸記録の点検に関する事
 - ⑥ 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職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡、調整
 - ⑦ その他、各部門における医療安全管理に関する意識の向上（医療安全文化の醸成）とインシデント・アクシデントの防止に関する事

- 5) 推進委員会の検討結果は、委員長より委員会に報告する
- 6) 推進委員会の開催は原則1回/月とする
- 7) 推進委員会の記録、その他の事務は医療安全管理者が行うものとする

(4) 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、組織横断的に病院内の安全管理を担うため、院内に病院長直轄の医療安全管理部に医療安全管理室を設置する。
- 2) 医療安全管理室は、医療安全管理室長及び医療安全管理者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
 - ア 室長は病院長が任命した副院長とする
 - イ 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
 - ウ 各部門には専任の職員を配置する
- 3) 医療安全管理室は次に掲げる業務を行う
 - ① 安全管理部門（委員会および推進委員会）の運営および支援
 - ア 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
 - イ ア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 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
 - ア 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）
 - イ 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
 - ウ 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、推進と評価
 - エ アクシデント発生時の支援等に関すること
 - （ア）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
 - （イ）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、病院長、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）
 - （ウ）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
 - （エ）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
 - （オ）報告書の保管
 - （カ）秘匿性に関する指導と支援
 - （キ）全死亡症例の把握
 - 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、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
 - ア 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）
 - イ 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
- ⑦ 各種マニュアルの作成、点検及び見直しの提言
 - ア 感染防止対策マニュアル
 - イ 各部門における医療安全対策マニュアル
 - ウ 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
 - エ マニュアルは関係部署の共通のものとして整備する
 - オ 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
 - カ マニュアルは作成、改変のつど、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
 - ア 医療安全対策加算 1 の保険医療機関と連携し、1 回/年以上相互ラウンドを行う
 - イ 医療安全対策加算 2 の保険医療機関と連携し、1 回/年以上評価ラウンドを行う
- ⑩ 職員へのメンタルヘルスケア：労働安全衛生委員会と連携

（５） 医療安全管理責任者の配置

医療安全管理責任者（医療安全管理室長）は、当院における医療安全管理の総括的な責任を担う者とし、病院長が任命する（原則として副院長）

（６） 医療安全管理者の配置

医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く

- 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

4) 医療安全管理者の権限

- ① 医療安全に関連した調査と指導
- 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

(7) 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品安全管理推進のため、医薬品安全管理責任者を配置する

- 1) 医薬品安全管理責任者は、薬剤部長またはそれに準じる職位にあるものとし、病院長が指名する
- 2) 医薬品安全管理責任者の権限と業務
医薬品安全管理責任者は次に掲げる業務について主要な役割を担い、その業務を遂行するための権限を有する
 - 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 職員に対する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

(8) 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器安全管理推進のため、医療機器安全管理責任者を配置する

- 1) 医療機器安全管理責任者は、臨床工学技士長またはそれに準じる職位にあるものとし、病院長が指名する
- 2) 医療機器安全管理責任者の権限と業務
医療機器安全管理責任者は次の掲げる業務について主要な役割を担い、その業務を遂行するための権限を有する
 - 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

(9) 医療放射線安全管理責任者の配置

医療放射線安全管理推進のため、医療放射線安全管理責任者を配置する

- 1) 医療放射線安全管理責任者は、放射線科診療部長またはそれに準じる職位にあるものとし、病院長が指名する
- 2) 医療放射線安全管理者の権限と業務
医療放射線安全管理責任者は次の掲げる業務について主要な役割を担い、その業務を遂行するための権限を有する
 - 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
- ④ 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

(10) 医療安全推進委員の配置

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 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

(11) 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。患者相談窓口担当者は、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応じる体制を整備する

- 1) 患者相談窓口担当者は、病院長が指名する
- 2) 患者相談窓口担当者は、次に掲げる業務について主要な役割を担う
 - ① 患者相談窓口業務
 - ア 患者などからの相談・苦情に応じ、その内容を把握する
 - イ 相談内容に応じて、専門部署に対応を依頼する
 - ウ 事例によって該当診療科の医師、看護師長、各部門責任者から説明が得られるように連絡調整する
 - ② 相談内容及び対応内容の記録
 - ③ 患者支援に係るカンファレンスの開催（1回/週程度）
- 3) 相談により、患者や家族等が不利益を被らないよう配慮する

5. 医療安全管理のための具体的方策の推進

(1) インシデント・アクシデント防止の要点と再発防止策

インシデント・アクシデント防止の要点は、原因分析等に基づいて、システムに関わる要因を見出し、随時改善を図り、一方で関係職員に対して常に注意を促すなどの工夫を行うことである。

インシデント・アクシデント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本院内におけるインシデント・アクシデント等を整理・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ことを目的とする。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) 報告体制の整備

1) インシデント・アクシデント報告（医療安全マニュアル参照）

- ① 医療安全管理に資するよう、インシデント・アクシデント報告を促進するための体制を整備する
- ② インシデント・アクシデントが発生した場合、当事者または関係者は可及的速やかに当該所属長へ報告する
- ③ 当該所属長が重大性や緊急性などから必要と判断した場合、速やかに医療安全管理責任者または医療安全管理者へ報告する
- ④ 医療安全管理責任者または医療安全管理者は、事態の重大性を勘案して速やかに病院長へ報告する。それ以外については定期的に報告する。
- ⑤ 関与した職員はその概要を報告書に記載し、3日以内に所属長へ提出する
- ⑥ 所属長は医療安全推進委員とインシデント・アクシデント報告の内容を分析し、再発防止策などを記載して医療安全管理室へ報告する
- ⑦ インシデント・アクシデント報告を提出した者に対し、当該報告したことを理由に不利益となる処分は行わない
- ⑧ 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。

2) 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

ア 発生部署にて整理・分析を行い、対策を講じる。

イ 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。

3) 死亡・死産の報告

医療安全管理室は当院における死亡および死産の全例について把握し、院長に報告する

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) 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。

(3) 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) 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。

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)

(1) 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し、医療安全管理責任者へ報告する

(2) 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

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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

(6) 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

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。

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、病院長が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。

8. 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。

2016 年 7 月作成

2017 年 12 月改訂

2018 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 6 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）