

I. 医療安全管理指針

1. 趣旨

この指針は、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し、医療事故の予防および事故発生時の適切な対応など、当院の医療安全体制について述べたものである。

2. 安全管理に関する基本的な考え方

当院の医療安全活動においては、「人間はエラーを犯すもの」という観点に立ち、医療事故を起こした個人の責任を追及するよりも、むしろ事故を発生させる安全管理の不備をも含め事故の根本原因を究明し、これを改善することを重視する。

また、「医療事故を絶対に防ぐ」という強い信念のもと、患者に信頼される医療サービスの提供と医療の質の向上を常に追求する。さらに、この基本姿勢に立った医療安全活動の重要性を周知徹底し、全職員の課題として積極的な取り組みを行う。

3. 用語の定義

当院で使用する用語の定義は以下のとおりとする。

① 医療事故

医療従事者の過誤、過失の有無にかかわらず、医療の全過程において発生する全ての人身事故をいう。具体例として以下のものがある。

- a. 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的障害および苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合
- b. 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように医療行為とは直接関係しない場合
- c. 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように医療従事者被害が生じた場合

② 医療過誤

医療事故の一類型であって、医療従事者が医療の遂行において不注意により患者に被害を発生させた人身事故をいう。

(※参考文献：加藤済仁、看護師の注意義務と責任、日本法規、H18)

③ インシデント（患者影響度分類 0～3a が対象となる）

患者に被害を及ぼすことがなかったが、日常診療の現場で「ヒヤリ」としたり「ハット」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、次のような行為を指す。

- a 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た事象
- b 患者には実施されたが、結果的に患者へ傷害を及ぼすには至らなかった事象、またその後結果として比較的軽微な傷害を及ぼした事象
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。

④ アクシデント（患者影響度分類 3b～5 が対象となる）

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も含む）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。

※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

- ⑤ 事故レベルの分類…インシデントレポートにはアクシデントも含む
 - a 事故の内容により患者の影響から次の6段階に分類

患者影響レベル分類（JCHO 本部医療安全指針より）

	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	3 a	一過性	中程度
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）
アクシデント	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）

- b 治療の有無で次の2つの報告に分類
 - i. 「レベル0～3 a」に該当する事例：インシデント
 - ii. 「レベル3 b～5」に該当する事例：アクシデント
 - ※レベル3 b以上は、東海北陸地区事務所統括部医療課に報告
 - 東海北陸事務局から独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）へ報告する

※参考文献：リスクマネジメントマニュアル作成指針、
厚生労働省リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会

4. 安全管理体制の構築

当院における効率的な安全管理体制の構築を目的として下記の組織を設ける。

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、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、医療安全に係る実務を担当し、医療安全を推進するものとする。

医療安全管理者は、所定の医療安全管理者養成の研修を修了した医療安全に関する十分な知識を有するものとする。

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。

(1) 医療安全管理者の職務

- ① 事故・インシデント等の情報の収集、分析、改善策の立案
- ② 改善策実施のための他部門との連絡・調整
- ③ 職員の医療安全に関する研修の企画・運営（年2回以上）
- ④ 医療安全情報の発信、啓蒙活動
- ⑤ 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こと
- ⑥ 医療安全に係わる委員会への出席（安全管理委員会、安全衛生委員会、院内感染対策委員会、手術部運営委員会等）
- ⑦ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、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こと

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、管理者の指示の下に医薬品の安全に係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、管理者の指示の下に医療機器の安全に係る業務を行う者とする。

- (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

5) 医療安全推進担当者の配置

医療安全管理の推進に資するため各部門医療安全推進担当者を置く。

医療安全推進担当者は、部門の所属長又は所属長が指名したもの1名とする。

(1) 医療安全推進担当者の職務

- 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 安全管理委員会において決定した再発防止策に関する事項の各部門への周知徹底

- 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 医療安全管理に関する事項の実施

6) 医療安全対策室 (H18.9.1 設置)

院内の医療安全活動全般に渡る活動を組織横断的に担う。

- (1) 医療安全対策室には、専従の医療安全管理者を置く。
- (2) 医療安全管理室長には、副院長があたる。
- (3) 室の所掌業務
 - ① 安全管理委員会で用いられる資料および議事録の作成および保存、その他安全管理委員会の庶務に関すること
 - ② 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書の作成
 - ③ 院内の研修実績や医療安全管理者の活動実績の記録
 - ① 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスの開催
 - ② 医療安全にかかる連絡調整に関すること
 - ③ その他医療安全対策の推進に関すること

5. 医療に係る安全管理のための委員会

医療安全対策委員会の下に安全管理委員会、医療安全管理部会、安全リンク委員会を置く

1) 医療安全対策委員会

安全管理委員会、院内感染対策委員会、安全衛生委員会、および医療安全対策室の活動を支援、管理する。

- ① 委員の構成

院長、副院長 3 名、事務部長、看護部長、副看護部長、医療安全管理者で構成する。
- ② 委員会の所掌業務
 - a. 病院医療安全管理指針の策定及び改定
 - b. 重大なアクシデント等の対応検討
 - c. 医療安全の確保に関する事項
- ③ 委員会の開催

委員会は、随時必要に応じて開催する。

2) 安全管理委員会 (H19.7 改名：旧医療事故防止委員会)

- ① 委員の構成

副院長、看護部長、医師 (若干名)、薬剤科、副看護部長、各部門の医療安全推進担当者 (放射線部、検査部、看護師長、臨床工学士、栄養管理室、リハビリテーション科、事務部 (2 名) / 1 人は兼健康管理センター、附属介護老人保健施設、附属訪問看護ステーション) 感染認定看護師、医療安全管理者、および事務局 1 名をおく。

また、委員の中で医療機器安全管理責任者および医薬品安全管理責任者を各 1 名任命する。
- ② 委員長は、医療安全管理責任者を担う副院長とする
副委員長は、医療安全管理者とする
- ③ 委員会の所掌業務
 - a. 医療安全対策の検討および推進に関すること
 - b. 事故・インシデントレポートの分析及び対策立案に関すること

- c. 医療安全対策について職員に対する提言、啓蒙、教育に関すること
- d. 改善策の立案と評価

④ 委員会の開催

委員会は、原則毎月1回開催する。また、委員長は必要に応じて臨時に委員会を召集することができる。

⑤ 参考人の招請

委員会が必要と認めるときは、関係職員ならびに関係業者等の出席を要請し、意見を求めることができる。

⑥ 委員会の記録およびその他庶務

委員会の開催記録および職員研修等医療安全活動に係る各種記録その他の庶務は医療安全対策室および事務局と協力してこれにあたる。

⑦ 管理者への報告および提言

委員長は、委員会で審議された重要な事項についてはその都度管理者に報告する。

また、立案した医療事故防止対策の周知、あるいは提言の実施を求める。

委員会は、その立案した医療事故防止対策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しを行う。

3) 医療安全管理部会

① 部員の構成

医師、看護師、薬剤師、検査技師、放射線技師、理学療法士、感染認定看護師、医療安全管理者の8名の構成である（安全管理委員会構成員が兼任）。必要時、該当部門の安全管理担当者が出席をする。

② 部会の開催

安全管理の構成員及び必要に応じて各部門の安全管理の担当者等が参加し、医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催すること。

③ 部門目標

各部門より、安全に関する年間目標をあげ、部会でも進捗状況を行う。

4) 安全リンク委員会

① 部員の構成

各看護単位から所属長に指名された看護職1名が出席をする。

（各病棟、外来診療棟、手術室、健康管理センターで構成されている）

② 委員会の開催

毎月1回開催される。安全対策委員会の伝達と検討事項の共有と評価等を行い、自部署での医療安全意識の向上に努める役割を担う

6. 安全管理のための院内報告制度

責任追及を目的とするものではなく、原因究明と医療事故の予防、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。インシデントレポート（アクシデントを含む）の制度を設け、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などは伴わないものである。

1) 医療事故報告：“事故レベル3 b～5”の事例について報告をする。

医療事故の当事者あるいは発見者は、急場の対応が終了次第、その概要を「インシデントレポート」に記載し、翌日までに所属長を通して「医療安全対策室」に提出する。

- ① 所属長は事故事例によっては、ただちに「医療安全対策委員会」に口頭で報告する。

- ② 医療安全対策委員会はその後の対応についての指示を出す。
- ③ 医療安全管理者は事故事例の情報を収集し、報告書を「医療安全対策委員会」に提出する。
- ④ 「インシデントレポート」は医療安全管理者のもとに保管する。

2) インシデントレポート：“事故レベル0～3a”の事例について報告をする。

- ① インシデント事例を体験した職員は、その概要を「インシデントレポート」に記載し、所属長に提出する。
「インシデントレポート」の提出者が不利益を蒙らないよう無記名とする。
 - ② 提出された「インシデントレポート」について所属長は所属内で検討し、対策を立案し、医療安全管理者に提出する。
 - ③ 提出された「インシデントレポート」は医療安全管理者がインシデントレポート要約一覧を作成し、「医療安全管理委員会」で協議・検討、対策の提言等が行われる。
 - ④ 「インシデントレポート」は医療安全管理者が保管し、分析、対策等一連の処理を終えたものは順次破棄する。
 - ⑤ このインシデントレポート要約は公益財団法人日本医療機能評価機構の「ヒヤリ・ハット事業」に参加をする。
- ※ インシデントレポート（アクシデントを含む）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っても良い。

3) インシデントレポート（アクシデントも含む）の保管

報告日の翌年4月1日を起点に5年以上保存するものとする。

7. 院内における安全管理活動の周知徹底

1) 職員研修の定期開催

安全管理委員会および医療安全管理者は協力して、医療安全管理に関する基本的な指針や医療事故予防、再発防止の具体的な方策を職員に周知徹底する。また、医療安全風土醸成を目的とした職員研修・訓練を計画し、定期的に（年2回以上）開催する。加えて、必要に応じ臨時に開催することが望まれる。

8. 医療事故発生時の対応

《基本的な考え方》

* 倫理性の確保

医療的・法的・社会的な観点から、自らの行動に責任が伴うことを念頭に置く。

* 組織としての判断と対応

病院全体の組織としての判断と対応が必要である。現場の当事者や診療科などの中だけで判断して対応しない

医療事故は患者に損害を及ぼし、時には死に至らしめることもありうる。万一重大事故が発生した場合は、迅速かつ敵確に患者に処置を行い、誠実に患者、家族に対応することが重要である。

- ・ 患者・家族への対応は、『独立行政法人地域医療推進機構：医療安全マニュアル』に準拠する。
- ・ 資料1～5参照

《基本姿勢》

- ① 原因の如何に問わず、治療にベストを尽くす
- ② 応援を呼ぶ・・・心当たりのあることは、チームメンバーに正直に報告
- ③ 誠意ある対応・・・相手の気持ちを逆なでする発言や程度を慎む
- ④ 患者家族に首尾一貫した事実を報告
- ⑤ 必要な場合は謝罪
 - 病院側の過誤が極めて明白な場合は、率直に謝罪をする。しかし、事故発生直後には原因、予後が未確定なことが多いのでこれらについての曖昧な言及は控え、調査後改めて説明する旨を告げるべきである。
- ⑥ 疑わしき事はしない（隠さない、逃げない、ごまかさない）

1) 初動体制

医療事故が発生した場合は、当事者は直ちに上司（所属長）に報告をする。
報告を受けた上司は、院内の「医療事故の報告・連絡体制」により定められた職員に直ちに報告をする。

2) 患者、家族への対応

現場の医療従事者は、医療上の適切な処置を講じ、速やかに上司に報告をする。他の専門領域の診療等が必要と思われるときは躊躇なく応援を依頼し、誠心誠意治療に専念する。
当院での対応が困難であれば、転院も考慮する。
患者、家族への説明は、窓口を一本化し、主治医及び診療部長は事実経過について明らかになっている事実を、誠意を持って丁寧に逐次説明する。

3) 事実経過の記録

医師・看護師・当事者は、患者の状態、処置の方法、事実経過を詳細に記録する。
医師は、診療録に“説明者の名前、時刻、内容、説明を受けた人の名前及び患者との続柄、患者側の質問内容、患者側の受け止め方など”を記録する。

① その他記録

事故記録と報告・・・患者の処置が一段落した時点で、出来るだけ早くインシデントレポートを作成し、医療安全対策委員会に提出する

4) 証拠物の確保

- ① 現場保存、物品保存
- ② 証拠隠滅、カルテ改ざん嫌疑の回避
- ③ 情報や記憶の消失防止
- ④ 記録：事故発生時には、経時的記録とする
 - 時間の確認、記録内容（治療・処置・ケアについて、何時・どこで・誰が・何を・どのように実施したか、および患者の状態、患者・家族への説明内容などを客観的に記録）

5) 医療安全対策委員会の招集・・・連絡、報告窓口の一本化、説明は複数の同席

重大なアクシデントなどが発生した場合には、直ちに臨時医療安全対策委員会を招集し内容を審議し下記内容を検討する。

- ① 状況に応じて、毎日開催（情報共有、検討）
- ② 治療チーム立ち上げ
- ③ 家族への説明・・・発生した事例に対し遺憾の意を表明し、事実経過について誠意をもって説明する

- ④ 家族・該当職員への心のケア
 - ⑤ 監督官庁・警察への連絡、公表の意思決定と実施
- 6) 事故調査委員会の設置
- ① 医療安全対策委員会が必要と認めた場合は、医療事故について事故原因、診療業務上の問題点、医療行為上の責任、再発防止策について調査・検討するため、外部の第三者を含めた医療事故調査委員会を設置して医療事故調査報告書の作成を依頼する（顧問弁護士は入らない）
 - ② 委員会の構成は医療安全対策委員会の判断による
 - ③ 院長は、医療事故の原因調査の結果については速やかに院内に周知する
- 注) 責任やその程度を判断するものではない
- ④ 顧問弁護士への相談、情報提供
- 7) 当事者及び関係者（職員）への対応
- 個人の責任を追究することなく組織として対応する
- 医療事故の当事者は、過誤が重大なものであれば自責の念にかられ、通常の状態を保つことが困難な場合もあるので、患者や家族、時にはマスコミへの対応などに際して十分な配慮が必要であり、継続的な支援を行う。
- 8) 監督官庁（保健所、JCHO、厚生労働省（東海北陸厚生局）・警察等への報告
- ① 監督官庁への報告

院長は、医療事故が原因で患者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、JCHO東海北陸地区事務所、東海北陸厚生局、保健所等関係機関に速やかに報告をする。

JCHO本部へはJCHO東海北陸地区事務所から報告される

※医療安全管理者は、JCHO東海北陸地区事務所へ電話又はメールで速やかに報告、連絡、相談をする（第一報を入れる）
 - ② 警察・・・異常死の場合

院長に報告後、速やかに所轄の警察署に届け出を行う。（医師法21条：異常死体の届け出義務、24時間以内）

死亡要因の判断を裏付ける一手段として、家族に許可を得てAi（死亡時画像検索）を選択することもある。

警察に届出をする場合は家族に説明し、十分理解を得る。

※異常死： ・明らかに医療事故によって患者が死亡した場合
 （明らかな過失が認められた場合）ex.
 ・手術中誤って、動脈を切って、死亡させた場合
 ・予期せぬ急変や、死因が不明である死亡
- 9) 顧問弁護士へ公表することは事務部長を通し、伝える
- 10) 院内スタッフへ公表することを伝える
- 11) 公表することになったら報道への連絡を、事務部長を通し伝える
 （患者・家族に病院としての意思を示し、必ず同意を得たうえで患者・家族と医療従事者のプライバシー、患者側の心情と社会的状況に十分配慮し行う）

9. 重大事故の公表について

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たすために次により対応する。

- 1) 医療事故が発生した場合、主治医や看護師が個々に取材を受けると病院としての意思統一を欠き、混乱を引き起こす可能性があることから、窓口は一本化する。
 - ① 窓口は事務部長とし、対応者は、院長、副院長、事故に関する科の診療部長および看護部長があたる。
- 2) 事故原因の判断や見解は、事故の実態を早急に究明した後に、病院の公式見解とする。
- 3) 公表に際しては、患者や家族に公表の必要性を説明するとともに、プライバシー保護の観点から、事故の公表内容について患者や家族、遺族等十分に話し合い、必ず同意を得た上行うこととする。
- 4) 疑わしきことはしない。(隠さない、逃げない、ごまかさない)
- 5) 公表に関する留意点
 - ① 目の前にいない読者・視聴者に、第三者の記者が書く記事を通して正しい情報を伝えること
 - ② 記者の誘導質問に引っかからず、余計なことを話さない、真実のみを伝えること
 - ③ 公表の際、患者・家族の同意を得る

10. 院内メディアーション

医療事故という不幸な出来事の前で、医療者—患者間の信頼関係を再構築するために、発生した事実や医療者側の理論を専門家の立場で説明したり、押し付けたりすることなく、医療者側・患者側双方のそれぞれのナラティブからの情報開示が可能となるような関係性を構築できるような対話のプロセスを共有することが重要である。そのために双方の対話を促進できるメディアーション・アプローチを行う。(医療安全管理者および相談窓口担当者は医療メディアーター研修に参加し、メディアーションスキルを磨いている)

11. 訴訟

- 1) 訴訟に対する総括担当者は事務部長とする
- 2) 訴訟後、医療安全対策委員会や毎朝行われる「管理者朝の会」で統一見解を出す
- 3) 顧問弁護士への相談は事務部長が行う
- 4) JCHOへの相談誰する
- 5) 原告、マスコミ、弁護士との折衝は事務部長が行う
- 6) 病院が加入している損害賠償保険会社への報告
 - ※医療安全管理者は報告書を作成し、手続きは総務課担当者が行う
- 7) 事務的処理は総務企画課長が行う

12. 医療事故調査制度について（医療事故調査制度マニュアル参照）

- 1) 医療事故調査制度とは

医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組みのこと
- 2) 対象となる医療事故とは

「医療機関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、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの」

	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が予期しなかったもの	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

※過誤の有無は問わない



<ul style="list-style-type: none"> ○ 診察 - 徴候、症状に関連するもの ○ 検査等(経過観察を含む) <ul style="list-style-type: none"> - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像検査に関連するもの ○ 治療(経過観察を含む) <ul style="list-style-type: none"> - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術(分娩含む)に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの ○ その他 以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合 <ul style="list-style-type: none"> - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの 	<p>左記以外のもの</p> <p><具体例></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設管理に関連するもの <ul style="list-style-type: none"> - 火災等に関連するもの - 地震や落雷等、天災によるもの - その他 ○ 併発症 (提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ○ 原病の進行 ○ 自殺(本人の意図によるもの) ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> - 院内で発生した殺人・傷害致死、等 <p>「医療に起因する(疑いを含む)」死亡又は死産の考え方</p>
---	--

「当該死亡または死産を予期しなかったもの」としては、以下に示す事項のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。

- (1) 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者などに対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明していたと認めたもの※
- (2) 管理者が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文章等に記録していたと認めたもの※
 - ※一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること
 - ※患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること
- (3) 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会（当該委員会を開催している場合に限る）からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの

3) 医療事故調査制度対象医療事故発生時の報告について

- (1) 医療事故の報告・連絡体制に準ずる（管理者・医療安全管理者に速やかに報告）

- (2) 院長又は医療安全管理者は速やかに下記へ報告をする
 - ・ JCHO本部、地区事務所（電話またはメール）
 - ・ 医療事故調査・支援センター（書面又はWeb上システム）
- 4) 医療事故調査制度の流れについては、「医療事故調査制度マニュアル」参照
 - ・ 医療事故調査制度の流れ
 - ・ 支援団体について
 - ・ 解剖について
 - ・ オートプシー・イメージング (Ai) について

平成27年9月7日作成

13. 患者相談窓口の設置

みどりの窓口・・・患者及びその家族から疾病に関する質問や、生活上及び入院上の不安等の様々な相談に対応する「患者様相談窓口」であり、対応者が相談にのる。医療安全管理者と連携を図り、医療安全に係る患者及びその家族の相談に応じる体制である。

*個人の秘密は守ることを明示している

14. 安全管理指針の保管、閲覧および改定

- 1) この指針は、当院の各所属に配布され、職員が常時閲覧できる場所に保管する。
- 2) この指針は、病院のホームページへ記載されており、その他に患者及び家族並びに利用者が容易に閲覧することが出来る。
- 3) また、患者等の求めがある場合は、総務企画課員が閲覧に供するものとする。
この指針の改定は、管理者会議の合議による。

平成14年 8月27日	制定	平成21年11月24日	改訂
平成17年 5月13日	改訂	平成22年 2月 1日	改訂
平成17年 6月 1日	改訂	平成24年 4月 1日	改訂
平成21年 3月12日	改訂	平成26年 4月 1日	改訂
平成21年 4月27日	改訂	平成27年 2月 23日	改訂
平成28年 7月25日	改訂	平成29年 3月 17日	更新
平成29年 10月20日	改訂		