

茨城県立中央病院 医療安全管理指針

令和 6 年 5 月 23 日改訂
(第 4 版)

§ 目 次 §

I	総則	1
1	基本理念	1
2	用語の定義	1
3	組織および体制	2
II	医療安全管理対策室	3
1	目的と設置	3
2	構成	3
3	業務	3
4	各部局等における事例分析等の措置	4
III	医療安全管理対策委員会	5
1	委員会の設置と目的	5
2	委員会構成	5
3	任務	5
4	委員会の開催および議事・活動の記録	6
5	専門検討チームの設置	6
IV	医療安全管理者，および医療安全推進責任者	7
1	目的	7
2	医療安全管理者	7
3	医療安全推進責任者	7

V	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	
	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9
1	目的	9
2	医薬品安全管理責任者	9
3	医療機器安全管理責任者	9
4	医療放射線安全管理責任者	9
VI	医療事故外部調査委員会	10
1	設置と目的	10
2	審議内容	10
3	組織構成	10
4	委員会の開催	10
5	守秘義務	11
6	その他	11
VII	医療安全対策地域連携連絡会	11
VIII	医療相談支援室・患者様相談室との情報共有	12
IX	医療安全確保を目的とした体制	12
1	事例報告体制	12
2	改正医療法による「医療事故調査制度」について	14
3	報告内容の検討等	15
4	事故発生時の対応	15
5	安全管理のための指針・マニュアルの整備	16
6	医療安全管理のための研修	17

X	医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に基づく報告	17
XI	警察への届出	17
XII	医療事故情報収集等事業	17
XIII	医療事故の公表	18
1	医療事故等公表の意義とプライバシーの尊重	18
2	公表する医療上の事故等の範囲及び方法	18
3	公表に当たっての留意点	20
4	その他	21
XIV	その他	22
1	指針の周知	22
2	指針の見直し, 改正	22
3	指針の閲覧	22
附 則		
資料 1	医療事故の影響度分類	23
資料 2	院内急変対応システム運営部会規程	24
資料 3	医療安全管理体制	26
資料 4	医療安全対策地域連携連絡会規約	27
資料 5	医療事故発生時報告手順 (フロー図)	29
資料 6	茨城県立中央病院院内事故調査委員会設置規程	30
資料 7	医療事故調査制度にかかる審議の流れ	34
資料 8	医療事故調査制度に係るセンター報告までの流れ	35

I 総 則

1 基本理念

医療安全の推進は、病院の理念を達成し、質の高い医療を提供するために最も重要な要件の一つである。医療がどんなに高度化、複雑化しようとも、医療は潜在的に不確定な要素とリスクを多分に含んでおり、医療行為を行う以上、有害事象の発生は不可避であることも事実である。

しかし、医療事故がひとたび起これば患者やその家族はもちろんのこと、事故に関わりを持った医療当事者も辛苦の極みを味わうこととなる。医療事故の根絶は、医療を受ける側も提供する側も等しく望む共通の悲願である。

そこで、当院においては、本指針に基づき病院長のリーダーシップの下に医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを第一の目標としたい。万が一、医療事故が発生した場合には、治療に全力を尽くしながら患者とその家族に対し誠意をもって対応し、速やかに原因を調査するとともに、事故の再発防止に向けた新たな対策を講じ、それを社会に還元することを第二の目標としたい。

2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

- ① 診療の過程において患者、或いは医療従事者に発生した予想外の望ましくない事象
- ② 医療提供者の過失の有無は問わず不可抗力と思われる事象
国立大学附属病院医療安全管理協議会で定めた「影響度分類」(※資料 1)による事レベル(以下「事故レベル」という。)3b 以上の事例などをいう。

(2) インシデント(ヒヤリハット)

インシデント(ヒヤリハット)とは、患者に被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事例で事故レベル 3a 以下の事例をいう。

具体的には、ある医療行為が、

- ① 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る場合
- ② 患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等である。

(3) 医療事例

医療事故及びインシデントを総称して医療事例（以下「事例」という。）という。

(4) 職員

当院に勤務する医師，看護師，薬剤師，検査技師，事務職員等あらゆる職種の職員をいう。

(5) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者をいう。

(6) 医療安全管理者

医療安全管理に必要な知識及び技能を有する職員であって，病院長の指名により，当院全体の医療安全管理を中心的に担当する者をいう。

(7) 医療安全推進責任者

院内の各病棟及び各部門等で医療安全管理を行う責任者をいう。

3 組織および体制

当院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために，本指針に基づき当院に以下の組織及び体制等を病院長が整備し，指名する。

(1) 医療安全管理対策室

(2) 医療安全管理対策委員会

(3) 医療安全管理者，医療安全推進責任者

(4) 医療事故外部調査委員会

(5) 医療にかかる安全確保を目的とした体制

Ⅱ 医療安全管理対策室

1 目的と設置

医療安全管理対策委員会と連携し、組織横断的に院内の安全管理を担うために、医療安全管理対策室を設置する。（※資料３）

2 構 成

医療安全管理対策室の構成は、以下の構成とする。

- （１） 医療安全管理対策室長（医療安全管理対策委員長兼任）、診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の専任または兼任の職員を配置する。
- （２） 医療安全対策に係る適切な研修を修了した医療有資格者を医療安全管理者として配置する。
- （３） 医療安全管理者及び室長補佐として病院長の指名する若干名の職員を当てる。

3 業 務

医療安全管理対策室の業務は、以下のとおりとする。

- （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き、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録する。
- （２） 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、医療相談支援室または患者様相談室からの患者相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録する。
- （３） 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回程度開催し、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加する。
- （４） 委員会で用いられる資料及び議事録の作成・保存並びにその他委員会の庶務に関すること。
- （５） 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。
 - ③ 事例報告の収集、保管、分析、分析結果などの現場への広報と集計結果の管理、具体的改善策の提案・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、医療安全に関する職員への啓発、広報。

- ⑤ 医療安全に関する職員への啓発，広報。
 - ⑥ 医療安全に関する研修の企画・運営。
 - ⑦ 医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告。
 - ⑧ 医療安全管理に係る連絡調整。
- (6) 事例発生時の指示，指導等に関すること。
- ① 診療録や看護記録等の記載，事例報告書等の作成について，当事者及び医療安全推進責任者に対する必要な指示，指導。
 - ② 患者や家族への説明など事例発生時の対応状況についての確認と必要な指導。（患者とその家族，警察等の行政機関及び報道機関への対応は，病院長，副院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 病院長，医療安全管理対策委員長の指示を受け，医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理対策委員会の開催。
 - ④ 事例等の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 事例及び医療事故報告書の保管。
- (7) 研修会の開催等，その他医療安全対策の推進に関すること。

4 各部局等における事例分析等の措置

- (1) 本指針Ⅱ-3-(2)の業務に関し事例分析及び改善策の検討等の充実を図るため，各部局等において独自の措置を講じることができる。
- (2) 前項に定める措置を講じようとするときは，事前に医療安全対策室長の承認を得るものとする。

Ⅲ 医療安全管理対策委員会

1 委員会の設置と目的

当院における医療安全管理対策を総合的に企画，実施するために，医療安全管理対策委員会を設置する。

2 委員会構成

(1) 医療安全管理対策委員会の構成は以下のとおりとし，病院長が指名する。

- ① 副院長
- ② 各局長，局次長及びセンター長のうち病院長の指名するもの
- ③ 各部長，科長，課長，師長，医長，研修医のうち病院長の指名するもの
- ④ 医療安全管理者

(2) 委員会の会議には，必要に応じて病院長が同席する。

(3) 委員の氏名及び役職は院内掲示等の方法により公表し，当院の職員及び患者等の来院者に告知する。

(4) 委員長及び副委員長は病院長が指名する。委員長に事故等が起きたときは，副委員長がその職務を代行する。

3 任 務

医療安全管理対策委員会は，主として以下の任務を担う。

- (1) 医療安全管理対策委員会の開催及び運営
- (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) 院内の医療事故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

予期せぬ院内死亡事例を減らす取り組みとして，患者急変の兆候を察知し早期に対応する為に，院内急変対応システム（RRS）運営部会を当委員会の下に置く。RRS 運営部会については，「院内急変対応システム運営部会規程」

（※資料 2）に定める。（平成 28 年 6 月 2 日改訂）

4 委員会の開催および議事・活動の記録

- (1) 委員会は、原則として定期的に毎月原則第4木曜日に開催するほか、必要に応じて委員長が召集する。
- (2) 原則毎月第4月曜日に、医療安全管理対策準備ワーキングを開催し、委員会の議題に関してあらかじめ討議する。(医療安全管理対策委員会の中から選出された代表者が参加し、討議を行う。)
- (3) 委員長が必要と認めるときは委員以外の者（事例の関係者を含む）に出席を求めて意見を聴くことができる。
- (4) 委員長は、委員会を開催したときは速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを医療安全管理対策室に保管する。
- (5) 委員長は、委員会における議事の内容及び活動の状況について、逐次、病院長に報告する。
- (6) 議事などの記載は医療安全管理対策室で行う。

5 専門検討チームの設置

- (1) 委員長は、必要と判断した場合、特定事項等を調査及び検討を行うための専門検討チーム（以下「チーム」という。）を設置することができる。
- (2) チームは、委員長が委員の中から指名した者をもって構成する。ただし、委員長が必要と認めた場合は、委員以外の職員を指名し加えることができる。

IV 医療安全管理者および医療安全推進責任者

1 目 的

医療安全管理推進のために、医療安全管理対策室内に医療安全管理者（専従）を、各職場に医療安全推進責任者を置く。

2 医療安全管理者

（1）業務

医療安全管理者の業務は、以下のとおりとする。

- ① 医療安全管理者は、医療安全管理対策室長の指示を受け、各職場の医療安全推進責任者と連携・協働の上、医療安全管理対策室の業務を行う。
- ② 医療安全管理者及び副医療安全管理者は、医療安全管理対策室業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行う。
 - 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。
 - 各部門における医療事故防止担当者への支援を行う。
 - 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
 - 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する。
 - 医療相談支援室・患者様相談室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。院内の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示し、患者に対して必要な情報提供を行う。

3 医療安全推進責任者

院内の各病棟及び各部門等にそれぞれ 1～2 名を置くものとし、病院長が指名する。

（1）業務

医療安全推進責任者は、医療安全管理対策室の指示により以下の業務を行う。

- ① 各職場における医療事故の原因、防止方法及び医療安全管理体制の改善方法についての検討・提言。
- ② 各職場における医療安全管理に関する意識の向上への努力及び医療安全対策マニュアル作成への協力。
- ③ 事例報告の内容の分析及び報告書の作成。
- ④ 医療安全管理対策委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事

項の各職場への周知徹底。

- ⑤ 職員に対する事例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必要な事項。
- ⑦ 上記①～⑥までの項目を討議することを主たる目的とした月 2 回程度の病棟会議の開催。

V 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

1 目的

医療安全管理推進のために，院内に医薬品安全管理責任者，医療機器安全管理者，医療放射線安全管理責任者を配置する。

2 医薬品安全管理責任者

(1) 業務

- ① 医薬品の添付文書の情報のほか，医薬品製造販売業者，行政機関，学術誌等からの情報収集・管理
- ② 得られた情報で必要なものについての当該情報に係る医薬品を取り扱う職員への周知
- ③ 医薬品の業務手順書に基づき，業務が行われているかについて定期的な確認と記録
- ④ その他，医薬品の安全使用に関する事項

3 医療機器安全管理責任者

(1) 業務

- ① 医療ガス設備・医療機器の安全使用点検・工事に係る業務の実施責任者選任
- ② 医療ガス設備に係る保守点並びに工事に関する検討
- ③ 医療ガスに係る安全管理のための職員研修に関する検討
- ④ 医療機器使用に際しての従事者に対する安全使用のための研修に関する検討
- ⑤ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検に関する検討
- ⑥ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集と，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に関する検討

4 医療放射線安全管理責任者

(1) 業務

- 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放射線による被ばく線量管理及び線量記録，その他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

- 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
- ⑤ 医療放射線安全管理責任者から病院等へ定期報告の実施

VI 医療事故外部調査委員会

1 設置と目的

病院長は当院において、重大な医療事故が発生した場合、当該事故の原因究明と再防止について客観的な視点から検討し、当院における医療安全管理の推進を図るとともに、病院運営の透明性を高めることを目的に医療事故外部調査委員会（以下「外部委員会」という。）を設置する。

2 審議内容

- （１）原因の究明のため事故内容の調査を行い、事故の事実関係、事故前後の経過などを把握する。
- （２）事故における問題点を整理し、再発防止に向けての改善策を審議する。
- （３）（１）及び（２）を評価、検証し客観的な調査報告書を作成し、病院長に報告する。

3 組織構成

外部委員会は、病院長が委嘱する次に掲げる外部委員をもって組織する。

- （１）医療安全対策に関する学識経験者及び専門家。
- （２）他の医療機関等の医師。（専門分野）
- （３）その他、病院長が指名した者。
- （４）外部委員会には、委員長を置く。
- （５）委員長は、必要に応じて外部委員会を召集し、会議の議長となる。
- （６）委員の任期は、院長への答申までとする。

4 委員会の開催

委員会は、以下の場合に開催させる。

- （１）事故レベル４b以上で過失のある医療事故又はその疑いのある医療事故が発生した場合。
- （２）（１）に掲げる事故に該当しないが、事故又は事故の疑いのある事案が発生した場合であって、第三者の客観的な調査及び分析が必要と判断される場合。
- （３）事故とは判断していないが患者・家族側が納得していない事案であって、第三者的機関による調査分析の必要があると判断される場合。

- (4) 事故レベル4 a 以下であるが、病院の安全管理上重大と考えられる事故であり、第三者的機関による調査分析の必要があると判断される場合。
- (5) その他、病院長又は医療安全対策委員長が設置の必要があると判断した場合。

5 守秘義務

委員は、外部委員会の委員として知り得た事項に関して、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

6 その他

外部委員会に関しこの指針に定めるもののほか、この指針の実施にあたって必要な事項は別に定める。

VII 医療安全対策地域連携連絡会

病院間で意見交換及び評価を実施し、医療安全対策の標準化を推進するとともに、医療安全の質の向上と均てん化を図ることを目的に、医療安全対策地域連携連絡会を設置する。なお、医療安全対策地域連携連絡会の詳細については、医療安全対策地域連携連絡会規約（※資料4）により定める。（平成30年9月7日から施行）

VIII 医療相談支援室・患者様相談室との情報共有

患者サービスの向上と医療の安全確保を図るため、院内に医療相談支援室・患者様相談室を常設している。医療安全に関わる相談等については、医療相談支援室または患者様相談室から医療安全管理対策室に情報提供がされ、迅速に対応を行う。

※患者相談窓口規定（医療相談支援室 業務概要，患者相談マニュアル）参照

IX 医療安全確保を目的とした体制

1 事例報告体制

（１）事例報告の目的

事例報告は、医療安全を確保するための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する。具体的には、

- ① 本院内における事例を検討し、医療の改善に資する事故予防対策，再発防止策を策定する。
- ② これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用し得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、全ての職員は次項以下に定める要領に従い、事例の報告を行うものとする。

（２）報告者の取り扱い

本項の定めに従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。報告者はその報告によって何ら不利益を受けない。

（３）報告の手続きと連絡体制

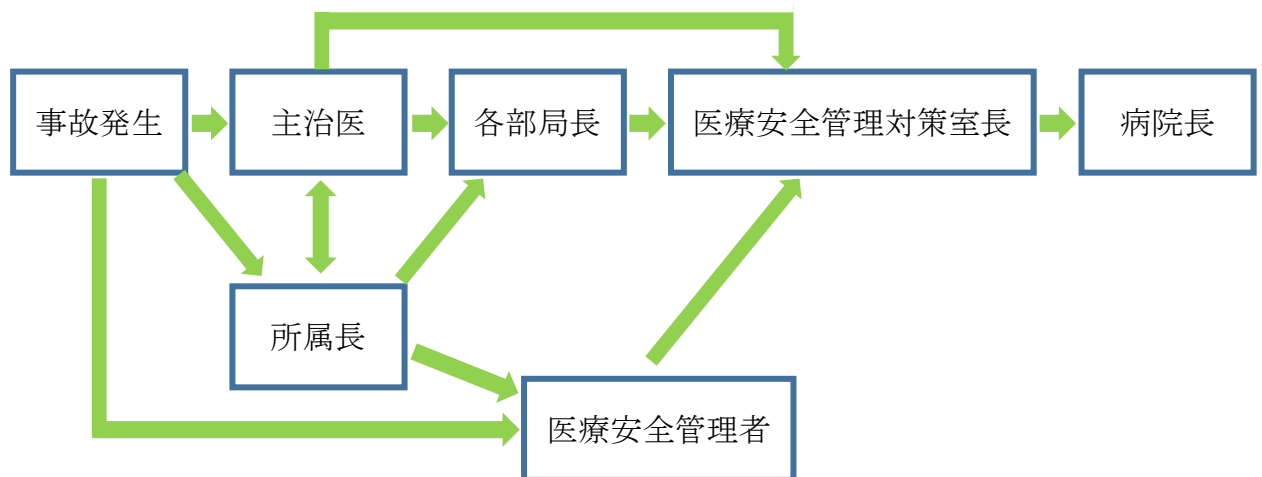
全ての職員は、本院内で事例に遭遇した場合には、電子カルテシステムの「インシデントレポートシステム（以下インシデントレポートシステムという。）より速やかに報告するものとする。

- ① 事例体験職員は、その概要をインシデントレポートシステムの報告書に入力し、翌日までに各職場医療安全推進責任者に報告する。
- ② 報告を受けた各職場医療安全推進責任者は、インシデントレポートシステムの報告内容を確認し、医療安全管理者へ報告する。

③ 事例体験職員は、事故レベルが医療事故に相当或いは、その疑いのある医療事故と判断した場合は、事故報告書を作成の上、直ちに（遅くとも3日以内）下記の報告手順に従う。（※資料5）

- 医師→診療科部長→（診療部長→医療局長，センター長等）→医療安全管理対策室（医療安全管理対策室長・医療安全管理者）
- 研修医→指導医等→診療科部長→（診療部長→医療局長，センター長等）→医療安全管理対策室（医療安全管理対策室長・医療安全管理者）
- 看護師→看護師長→副総看護師長→総看護師長→看護局長→医療安全管理対策室（医療安全管理対策室長・医療安全管理者）
- 薬剤師→薬剤科長→薬剤局長→医療安全管理対策室（医療安全管理対策室長・医療安全管理者）
- 栄養士，放射線技師，臨床検査技師，臨床工学技士，リハビリ職員→各科長→医療技術部長→医療安全管理対策室（医療安全管理対策室長・医療安全管理者）
- 事務職員→課長→事務局次長→事務局長→医療安全管理対策室（医療安全管理対策室長・医療安全管理者）

ただし、緊急の事案の時は次のとおりとする。



- ④ 医療安全管理対策室長は報告を受けた事故について、委員会に報告するとともに、事故の重大性等を勘案し、速やかに病院長へ報告する必要があると判断した事案は、その都度病院長に報告し、それ以外の事案については適宜病院長に報告する。
- ⑤ 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合においては、直接、医療安全管理対策室長及び病院長，副院長に報告する。

- ⑥ 院内における報告は、インシデントレポートシステムにより行う。(インシデントレポートシステム運用マニュアル参照) ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後インシデントレポートシステムによる報告を速やかに行う。なお、事例報告書の入力は、事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合は、当該本人が、また、その他の者が事故を発見した場合は、発見者とその職場の長が行う。

※ 緊急を要する場合の判断が難しいため、全てのインシデントについて、日勤帯、夜勤帯を問わず直ちに主治医等に口頭で報告するものとする。ただし、夜勤帯において、院内に主治医が不在の時は、当直看護師長が主治医に連絡する事例か否かを判断し、必要な場合は直ちに主治医に口頭で報告するものとする。

- ⑦ 次の「報告を要する医療事故の範囲」に該当する医療事故が発生した場合、医療安全対策室長は、臨時医療安全管理対策委員会を開催し可能な限り病院長、及び関係職員の参加も要請する。又、医療事故報告書を作成し、速やかに病院長に報告するとともに、県病院局経営管理課に報告する。

なお、報告を要する医療事故の範囲は次のとおりとする。

明らかな医療過誤により患者が死亡した場合又は障害を与えた場合。(医療過誤とは結果予見義務違反、結果回避義務違反をいう)

- 医療行為において、通常発生しない又は予測できない状態によって、患者が死亡した場合、患者に重度な障害を与えた場合、或いは障害を与えるおそれがある場合。
- 医療行為とは直接関係しない医療事故であって報告が必要と病院長が判断した場合。

(4) 事例報告書と医療事故報告書の保管と破棄

事例報告書は、医療安全管理対策室において分析、医療安全管理対策委員会での分析・検討が終了した時点まで保管し以後破棄する。医療事故報告書については、医療安全管理対策室において、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保管する。

2 改正医療法による「医療事故調査制度」について

改正医療法による「医療事故調査制度」については、「茨城県立中央病院院内事故調査委員会設置規程」(※資料6)に定める。(平成27年10月1日施行)診療に関わる死亡又は障害が生じた場合は院内規定により対応する。(※資料7、資料8)

3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定など

医療安全管理対策委員会は、第1項の定めに基づいて報告された事例を検討し、医療の安全管理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防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理対策委員会は、既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) その他

- ① 医療安全管理対策委員長は、必要と判断した場合、委員会開催前に事例等の検討を実施するための班を編成し検討を求めることができる。
- ② 各部門に係る事例について、Ⅷ-1-(3)-①に定める報告手順に従うほか、医療安全管理対策委員長は、必要と判断したときは、事例の分析及び改善策の検討等の充実を図るための体制を整備することができる。
- ③ 病院長、医療安全管理者、医療安全推進責任者及び医療安全管理対策委員会の委員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。

4 事故発生時の対応

(1) 救命措置の優先

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には、可能な限り、まず、当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。

また、当院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、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・資材・人材を確保する。

(2) 病院長への報告など

- ① 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、上席者を通じて、或いは直接に病院長等へ迅速且つ正確に報告する。
- ② 病院長は、必要に応じて委員長に医療安全管理対策委員会を緊急召集・開催させたい対応を検討させることができる。
- ③ 報告を行った職員は、その事実及びその報告の内容を、診療録、看護記録、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

(3) 患者・家族・遺族への説明

- ① 事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明する。患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかにご遺族に説明する。
- ② 説明を行った職員は、その事実及び説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

5 安全管理のための指針・マニュアルの整備

(1) 医療安全管理対策マニュアル

病院長は、医療安全管理のために、本院において以下の指針・マニュアル等（以下「マニュアル等」という）を整備し、或いは整備を院内の委員会に促す。

- ① 医療安全管理対策に関するマニュアル
- ② 病院感染対策に関するマニュアル
- ③ 医薬品安全使用に関するマニュアル
- ④ 輸血に関するマニュアル
- ⑤ 褥瘡対策に関するマニュアル
- ⑥ 病院保安全管理に関するマニュアル
- ⑦ その他、医療安全管理に関するマニュアル

(2) 医療安全管理対策マニュアル等の作成と見直し

- ① 上記のマニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備する
- ① 医療安全管理指針・マニュアル等は、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- ② マニュアル等は、作成、改変の都度、医療安全委員会に報告する。

(3) 医療安全管理対策に関するマニュアル等の作成の基本的な考え方

- ① 医療安全管理対策に関するマニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。全ての職員はこの趣旨をよく理解し、これらマニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- ② 医療安全管理対策に関するマニュアル等の作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論においては、全ての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

6 医療安全管理のための研修

(1) 医療安全管理のための研修の実施

- ① 医療安全管理対策委員会は、予め作成した研修計画に従い、1年に2回程度、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的に行う。
- ② 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等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、当院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- ③ 職員は、研修が実施される際には、極力受講するよう努めなければならない。
- ④ 病院長は、本指針 VIII-6-(1)-①の定めに関わらず、当院内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。
- ⑤ 医療安全管理対策委員会は、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）を記録し、2年間保管する。

(2) 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習・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。

X 医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に基づく報告

医療安全管理対策委員会は、医薬品又は医療用具の使用による副作用、感染症又は不具合が発生（医療用具の場合は健康被害が発生するおそれのある場合を含む）した場合、保険衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報症例）は、医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に基づき、報告する。（医薬品又は医療用具との因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となり得る）

XI 警察への届出

医師法第21条が意図していると解釈される、事件・事故に関連したと疑われる外表異状を伴う死亡又は障害が発生した場合は、速やかに所轄警察署に届け出を行う。

XII 医療事故情報収集等事業

当院は平成21年より財団法人日本医療機能評価機構による医療事故情報収集等事業

に参加している。

医療現場における医療事故情報、ヒヤリハット事例等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として財団法人日本機能評価機構が実施している医療事故情報収集等事業に協力し、事例の報告を行う。

なお、報告にあたっては日本医療機能評価機構で示す報告様式・記載要領等による。

XIII 医療事故の公表

1 医療事故等公表の意義とプライバシーの尊重

当院が、医療事故等の内容、原因、改善策等を積極的に公表することは、患者の知る権利に応えるものであり、社会的な説明責任を果たすとともに、病院運営の透明性を高め、県民の医療に対する信頼と医療の安全管理の確保に大きく資するものである。

なお、医療事故等の公表にあたっては、患者のプライバシーや人権について十分に配慮しなければならない。

2 公表する医療上の事故等の範囲及び方法

公表する医療上の事故等の範囲及び方法については、下記の要領によるものとする。
(別表)

(1) 個別事例公表（対外的）

① 対象となる事例範囲

- 影響度分類（別表）の「レベル 4～5」に相当する「明らかに誤った医療行為又は管理」に起因して、患者が死亡し、若しくは患者さんに障害が残った事例

② 公表方法

- 医療上の事故等の発生後又は覚知後、可及的速やかに公表する。さらに、院内事故調査委員会等で事故原因等を調査した後、その概要、原因及び改善策を自院のホームページに掲載する等により公表する。

③ 公表の判断

- 医療安全管理対策委員会は、インシデントレポート等により報告された事例について、医療安全管理対策委員会等において速やかに検討を行い、病院長へ報告する。
 - ・ 事故レベル及び公表の可否
 - ・ 医療事故等の原因究明及び予防も含めた対応策
 - ・ 個人情報の保護、患者及び家族への説明と同意
 - ・ 公表する内容及び範囲
- 病院長は、委員会からの報告を受け、それを尊重して、病院局経営管理課と協議のうえ対外的な個別事例公表の可否を決定する。

④ 公表の内容

- 発生した事実：日時、場所、状況、原因
- 当該関係者に関する情報
(所属、専門分野、経験年数、学会専門・認定医)
- 今後の対策と改善状況
- その他、必要と思われる内容

(2) 日本医療機能評価機構への個別事例報告による公表

① 対象となる事例範囲

- 影響度分類（別表）の「レベル 3b」に相当する「明らかに誤った医療行為又は管理」に起因して、患者が濃厚な処置若しくは治療を要した事例
- 影響度分類（別表）の「レベル 5～3b」に相当する「明らかに誤った医療行為又は管理」は認められないが、医療行為又は管理上の問題に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例（医療行為又は管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。
- 上記以外の事例で、医療に係る事故の発生の予防及び再発防止の為、全国報告すべき警鐘的な事例

② 公表方法

- 医療上の事故等に関する情報の登録分析機構である日本医療機能評価機構へ個別事例報告をし、同機構を通じて公表する。
- 個人情報の保護に留意し、原則患者及び家族への説明と同意を得る。
- 但し、その手続きが難しい場合は、レベル等により院内掲示やホームページ上の表示による包括的同意を得ることとする。

(3) 日本医療機能評価機構への包括的報告による公表

① 対象となる事例範囲

- 影響度分類（資料 3）の「レベル 0～5」に相当する事例
- ② 公表方法
 - 医療上の事故等に関する情報の登録分析機構である日本医療機能評価機構へ総数報告をし、同機構を通じて公表する。
 - 院内掲示やホームページ上の表示による包括的同意を得る。

3 公表に当たっての留意点

（1）対外的個別事例の公表に当たっての留意点（個人情報への配慮）

- ① 患者・家族等への配慮
 - 公表に際しては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月 14 日厚生労働省）等に基づき、患者・家族等のプライバシーに十分な配慮をし、その内容から患者・家族が特定、識別されないように個人情報を保護する。
 - 医療従事者の個人情報の取扱いにも十分注意し配慮する。
 - 公表に当たっては、患者・家族等の心情や社会的状況に、十分配慮する。
- ② 患者・家族等からの同意

医療上の事故等の公表に当たっては、患者・家族等の意思を踏まえ匿名化するとともに自院のホームページに掲載する等により公表する場合は、下記の要領により取り扱うものとする。

- 原則として、患者本人及び家族等から同意を得る。
- 患者が死亡した場合には、原則として、遺族から同意を得る。
- 患者が意識不明の場合や患者に判断能力がない場合には、原則として家族等から同意を得る。この場合においても、患者の意識の回復その他患者の判断能力が回復した時は、（ア）の原則により、速やかに、本人への説明を行い、同意を得るように努める。
- 同意を得るに当たっては、公表することのみならず、その内容についても十分説明を行わなければならない。
- 同意の有無、説明の内容は、診療記録への記載等により記録する。

（2）日本医療機能評価機構への報告による公表にあたっての留意点

- ① 医療上の事故等に関する情報の登録分析機構である日本医療機能評価機構へ事例報告し同機構を通じて公表することを、院内掲示やホームページ上へ表示し包括的同意を得る。
- ② 日本医療機能評価機構の公表においては個人情報・発生年月日・病院名は公表されず個人情報に配慮されることを院内掲示やホームページ上に表示し包括同意を得る。

4 その他

公表基準及びこの取扱指針に定めるもののほか、公表等に関し必要な事項は、その都度定めるものとする。

患者影響度 原因等	死亡又は重篤な障害残存事例(恒久) 影響度分類: レベル 5・4	濃厚な処置・治療を要した事例(一過性) 影響度分類: レベル 3b	軽微な処置・治療を要した事例又は影響の認められなかった事例 影響度分類: レベル 0～3a
1. 「明らかに誤った医療行為又は管理」に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置治療を要した事例。	・発生後又は覚知後、可及的速やかに公表 ・調査後に、自院のホームページに掲載する等により公表	公益財団法人日本医療機能評価機構への報告を通じて個人情報に配慮し事例報告	
2. 「明らかに誤った医療行為又は管理」は認められないが、医療行為又は管理上の問題に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な処置若しくは治療を要した事例(医療行為又は管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る)。	公益財団法人日本医療機能評価機構への報告を通じて個人情報に配慮し事例報告		
3. 医療に係る事故の発生の予防及び再発防止の為、全国報告すべき警鐘的な事例			
4. その他	公益財団法人日本医療機能評価機構へ総数報告		

公益財団法人日本医療機能評価機構への報告について

- * 院外へ情報提供が望ましい警鐘的事例は、個人情報に配慮し事例報告とする。
- * 院内で周知が望ましい事例は、総数報告とする。

参考: 「患者」と医療安全管理対策指針において定めた「インシデント影響度分類」との関係については、患者が死亡、若しくは患者に障害が残った事例は「インシデント影響度分類」のレベル 4 以上にあたる。濃厚な処置若しくは治療を要した事例は、「インシデント影響度分類」のレベル 3b 以上にあたる。なお、公表事例に該当するか否か、公表の方法等については、個別の事例ごとに、基準にのっとって総合的に判断する。

影響度分類はインシデント影響度分類(資料1)参照

XIV その他

1 指針の周知

本指針の内容については，病院長，医療安全推進責任者，医療安全管理対策委員会等を通じて全職員に周知徹底する。

2 指針の見直し，改正

医療安全管理対策委員会は，少なくとも毎年 1 回以上，本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。本指針の改正は，医療安全管理対策委員会の決定により行う。

3 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とともに，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。また，本指針についての照会には医療安全推進責任者が対応する。

医療事故の影響度分類

レベル	障害の継続性	障害の程度	障害の内容
レベル 5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
レベル 4 b	永続的	中程度～高度	永続的な障害や後遺症が残り，有意な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル 4 a	永続的	軽度～中程度	永続的な障害や後遺症が残ったが，有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル 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）
レベル 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）
レベル 2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化，バイタルサインの軽度変化，安全確認のための検査などの必要性は生じた）
レベル 1	なし		患者への実害は無かった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
レベル 0	－		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが患者には実施されなかった
その他			

国立大学付属病院医療安全管理協議会で定めた「影響度分類」より抜粋

- ★ インシデントレベル・・・・・・・・・・レベル 3 a 以下
- ★ アクシデント（事故）レベル・・・・・・・・・・レベル 3 b 以上

院内急変対応システム運営部会規程

(目的)

第1条 院内急変対応システム運営部会（以下「部会」という。）は、医療安全管理対策委員会の下部組織として、予期せぬ院内死亡事例を減らす取り組みとして患者急変の兆候を察知し早期に対応する為の活動を行う。部会は、医療安全管理指針に定めるもののほかは、この規程に定めるものとする。

(役割)

第2条 部会は、院内急変対応システム活動に関わる次の事項を所管する。

- (1) 病院の院内急変対応システム体制の整備に関する事項
- (2) 院内急変対応システム活動に関する事項
- (3) 院内急変対応システムに関するマニュアルの作成
- (4) 患者急変の兆候を察知し早期に対応することに関わる教育・啓蒙
- (5) 活動の評価
- (6) その他部会が必要と認めた事項

(構成)

第3条 部会は、次に掲げる者をもって構成するものとする。

- (1) 部会は、部会長1名、副部会長1名を置く。
- (2) 部会長は、医療安全管理対策委員長が委員の中から指名したものを充てる。
- (3) 部会長は、院内の関連領域の専門家とする
- (4) 関連する各部門より活動の中心となるもの 適当数
- (5) 医療安全管理者
- (6) その他部会長が必要と認めたもの
- (7) 事務担当者

(開催)

第4条 部会は部会長が召集し協議する。

- 1 部会は原則として月1回開催するほか、部会長が必要と認めたとき開催する。
- 2 部会長が必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ意見を求めることが出来る。
- 3 部会の結果は、少なくとも1か月に1回上部の医療安全管理対策委員会へ報告する。
- 4 部会の庶務は、医事課が行う。

(活動)

第5条 院内急変対応システムの体制を構築し、および活動を行う。また、活動事例を収集し分析・評価を行う。

- 1 院内急変対応システム要請、活動の詳細は以下のとおりとする。
 - ① 院内急変対応システム起動基準
 - ② RRT/MET の構成・活動内容
 - ③ 要請者について
 - ④ 記録
 - ⑤ 事後検証

(その他)

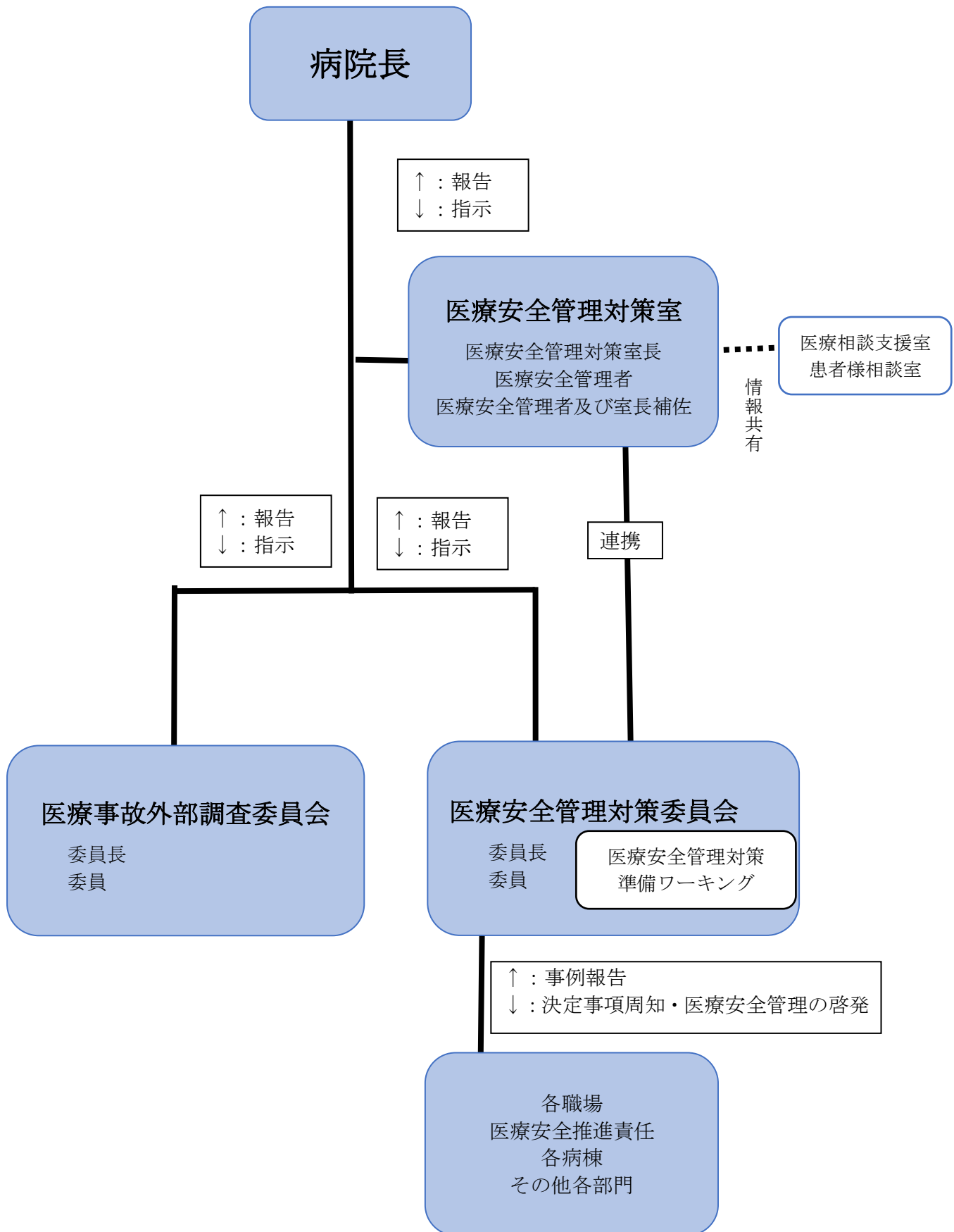
第6条 この規程に定めるもののほか、部会の運営に関して必要な事項は、上部委員会が定めるものとする。

附則

この規程は、平成28年6月2日から施行する。

医療安全管理体制

資料 3



医療安全対策地域連携連絡会規約

1 目的

病院間で意見交換及び評価を実施し、医療安全対策の標準化を推進するとともに、医療安全の質の向上と均てん化を図る。

2 名称

本会は、医療安全対策地域連携連絡会という。

3 事務局

本会は、事務局を茨城県立中央病院に置く。

4 活動内容

本会は目的を達成するために次の活動を行う

- (1) 他の医療安全管理対策加算 1 及び医療安全管理対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、年 2 回評価・情報共有並びに意見交換を行う。
- (2) 医療事故発生時の原因究明・再発防止策の助言など相互の病院で必要な相談、カンファレンスを適宜行う。
- (3) 医療安全対策地域連携加算に係る内容の評価し、年間計画の立案を行う。

5 会員

本会の会員は、医療安全管理対策加算 1 及び医療安全管理対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関とする。

6 病院間相互ラウンド

(1) ラウンドの種類

医療安全管理対策加算 1⇔医療安全管理対策加算 1 : 相互ラウンド
医療安全管理対策加算 1⇒医療安全管理対策加算 2 : 1 が 2 を評価する

(2) メンバー

各医療機関の医療安全管理者及び構成する医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・臨床工学技士もしくはその代理が各 1 名以上は参加する。

(3) チェックシート

国立病院機構における医療安全相互チェックシートを参照し、医療安全対策地域連携連絡会で検討し内容を設定する。

(4) チェックシートの使用方法

ア チェックシートは、○・×・NA（非該当）によって、自己評価、他者評価を実施する。

- イ 自己評価は、チェック当日までに改善可能であれば○、改善が難しいようであれば×とする。
- ウ NAについては、病院機能上該当する業務を実施していない場合とする。

(5) 実施方法

- ア チェックを受ける病院は事前にチェックシートの自己評価をする。
- イ 「チェックを受ける病院」へ「チェックを実施する病院」が訪問し、医療安全の取り組みについて院内ラウンドを通じて評価する。
- ウ 院内ラウンド終了後、意見交換及び講評を行う。

(6) 実施計画

時期	チェックを受ける病院	チェックを実施する病院
1ヶ月前	①チェックシートを用いて医療安全管理者及び各部門責任者が自己評価を行う。	
2～3週間前	②自己評価したチェックシート及び、意見交換表の要望等を記入して実施する病院へメール（または郵便）で送付する。	③送付された内容の確認をする。 ④確認するマニュアルや資料、自己評価から特にチェックを強化した方が良い部門や項目を決めておく。
2週間前	⑥連絡を受けたら、チェック時に説明を担当する職員を予め決めておく。	⑤チェックを受ける病院へ特にチェックを強化した方が良い部門や項目を意見交換表に記入しメールで送付する。
当日	⑦実施当日資料の準備 ・ 会場席次表 ・ 進行予定表 ・ 訪問者編成表 ・ 自己チェックシート	
1か月後		報告書提出
3か月後	改善書の提出	

(7) 記録

以下の内容を記録として保管する。

- ア 参加者医療機関、参加者名
- イ 相互チェックシート
- ウ 報告書（ラウンド結果、意見交換内容など）
- オ 連絡会議事録

7 その他

(1) 患者等の個人情報の取り扱いについて

- ア 相互ラウンド実施により知り得た患者等の個人情報については、秘密の保持等取り扱いに十分留意する。
- イ 収集した情報は、医療安全対策に係る目的以外には使用しない。

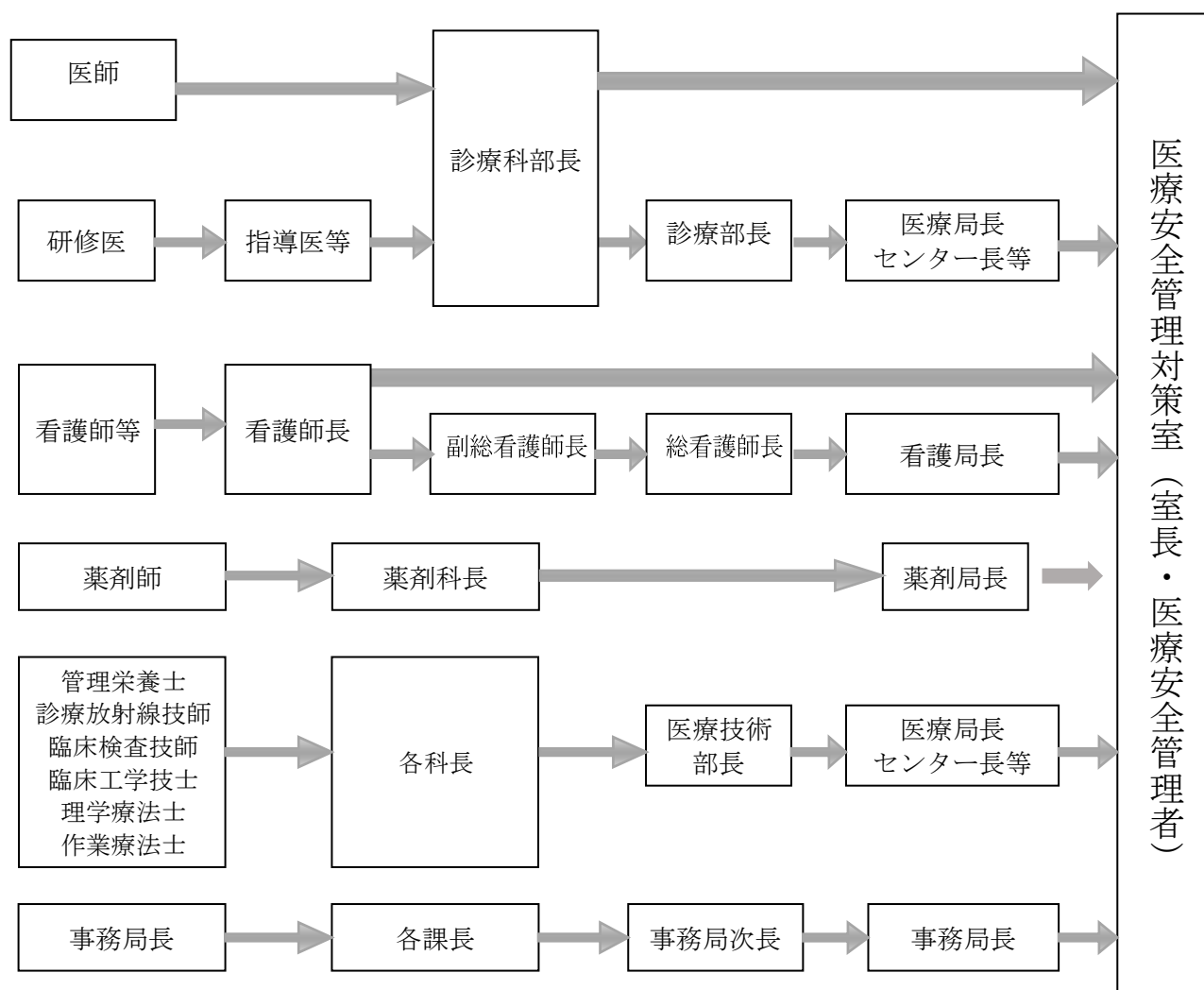
(2) 経費について

相互ラウンドに要する交通費等の経費は病院各自負担とする。

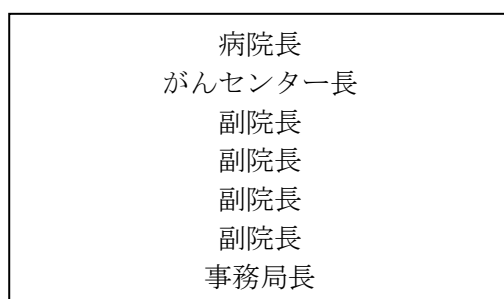
付則

- 1, この規約は、平成 30 年 9 月 7 日から施行する
- 2, 改訂版として、令和元年 5 月 22 日から施行する

医療事故発生時報告手順（通常）



医療事故発生時（緊急時）は医療安全管理対策室長より報告



※事故が発生した場合の対応

- 病院内の総力を結集し、救命措置を行う
- 必要に応じて、他の医療機関の応援を求めている
- 上席者又は直接病院長へ報告
- 必要に応じて、医療安全管理対策委員会の開催（対応検討）
- 診療後、看護記録への記載
- 患者、家族等への説明と説明内容の診療録等への記載

茨城県立中央病院院内事故調査委員会設置規程

(目的)

第1条 茨城県立中央病院院内事故調査委員会（以下「委員会」という。）は、茨城県立中央病院において発生した医療事故に関する臨床経過の把握、原因究明及び再発防止策の提言など、医療安全の確保を目的とし、医療法、医療法施行規則及びその関連規程、並びに院内医療事故調査の支援マニュアル茨城版（平成27年9月 茨城県医師会医療安全対策委員会）及び医療安全管理指針（平成26年7月7日 茨城県立中央病院）に定めるもののほかは、この規程に定めるものとする。

なお、当委員会は、医療安全の確保を目的とするものであり、個人の責任を追求することを目的するものではない。

(定義)

第2条 この規程における「医療事故」とは、医療事故調査制度における医療事故をいい、当院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（以下「病院長」という。）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とする。

(委員会の設置、招集)

第3条 病院長は、前条に規定する「医療事故」と判断した場合は、医療事故調査・支援センター（以下「センター」という。）、又は医療事故調査等支援団体（以下「支援団体」という。）の助言のもと、院外の専門家等が参加する委員会を設置する。

2 医療安全管理対策委員長は、第1回目の委員会を招集する。

(組織)

第4条 委員会は、次に掲げる者をもって構成するものとする。

- (1) 院外の医療の専門家 若干名
- (2) 院外の有識者 1名
- (3) 院内の対象事例に関与する診療科を除く関連領域の専門家 若干名
- (4) 医療安全管理対策委員長 1名
- (5) 医療安全管理者 1名
- (6) その他病院長が必要と認めた者 適当数
- (7) 事務担当者 1名

2 委員会の委員は、対象事例ごとに選任されるものとする。

3 委員会の委員は、病院長が委嘱するものとする。

4 委員の委嘱期間は、センターへの院内事故調査の報告終了までとする。

5 調査の過程において、委員がやむを得ない事由により辞任をする場合は、病院長は速やかに新たな委員を選任するものとする。

(委員長)

第5条 委員会に委員長を置くものとする。

2 委員長は、第1回目の委員会において、委員の互選によるものとする。

3 委員長は、第2回目以降の委員会を招集するものとする。

4 委員長は、必要と認めた場合は、当該診療科長・部長などをオブザーバーとして委員会に参加させることができるものとする。

(役割と責務)

第6条 議事は、委員全員の出席を原則とするが、委員がやむを得ない事情により欠席する場合は、事前に書面による意見を委員長に提出することにより、出席に代えることができる。

- 1 院内の対象事例に関与する診療科を除く関連領域の専門家（原則として、医療安全管理対策副委員長）が、当該事例に関わった医療スタッフ及び患者家族等（以下「関係者等」という。）に対して、調査に必要な聞き取り（以下「聞き取り」という。）等の協力を求める事ができる。なお、委員長が必要と認めた場合には、委員会において直接関係者等に対して聞き取り等の協力を求める事ができるものとする。ただし、いずれの聞き取りについても関係者等の協力は義務ではなく、関係者等の協力が得られない場合には、その旨を報告書に記載するものとする。
- 2 前項の聞き取りに当たっては、関係者等の意思や希望を十分尊重し、メンタル面に対して配慮した上で、その方法を決定するものとする。

（院内事故調査報告書）

第7条 委員会は、調査の議事を取りまとめ、医療事故調査報告書（以下「報告書」という。）を作成し、病院長へ報告するものとする。

- 1 報告書は、次の項目によって構成される。
 - 一 医療事故調査報告書の位置づけ・目的
 - 二 調査の概要
 - 三 調査の結果
 - 四 再発防止策
 - 五 院内事故調査委員会の構成
 - 六 関連資料

（報告書の取扱い）

第8条 病院長またはそれに代わる者などは、対象事例の患者家族に報告書を交付し、説明を行う。

- 1 病院長またはそれに代わる者などは、報告書をセンターへ提出するものとする。
- 2 報告書を公表する場合には、個人情報に配慮した概要版を作成し、病院局と協議の上、公表するものとする。

(調査資料の取扱い)

第9条 委員会で審議に用いる資料や診療記録類については、個人情報に配慮し可能な範囲で匿名化する。

- 1 聞き取り記録や委員からの意見書及び委員会の議事録などの資料は裁判所からの開示命令を除き、開示しない。

(守秘義務及びプライバシーの保護)

第10条 委員会の出席者は、本委員会で知り得た内容に関しては守秘義務を負うものとする。

- 1 本事例に関わる者及び委員会の委員のプライバシーは保護されるとともに、不利益を被らないよう留意するものとする。

(事務局)

第11条 委員会に事務局を置き、その庶務は総務課において処理するものとする。

(その他)

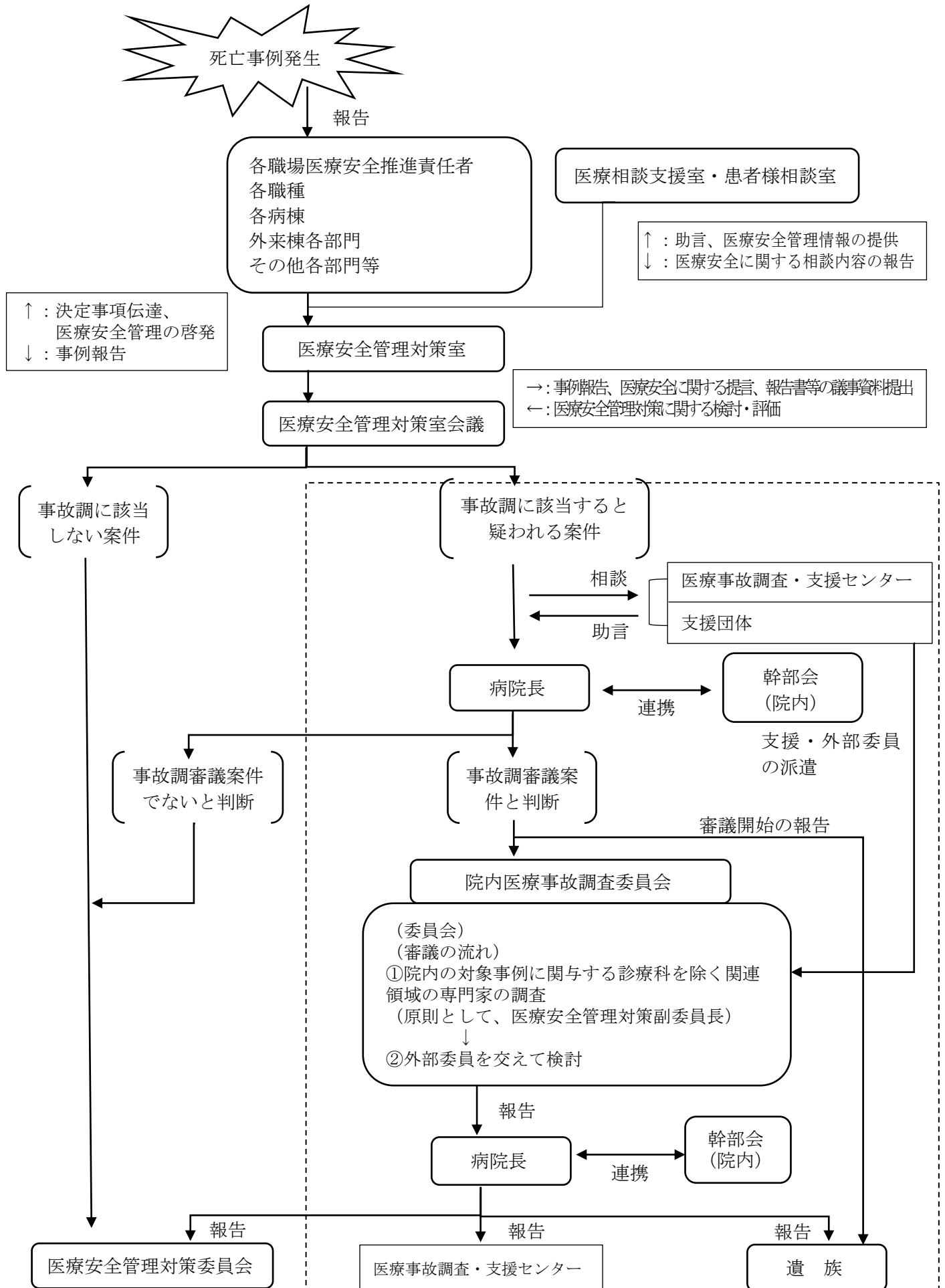
第12条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、病院長が定めるものとする。

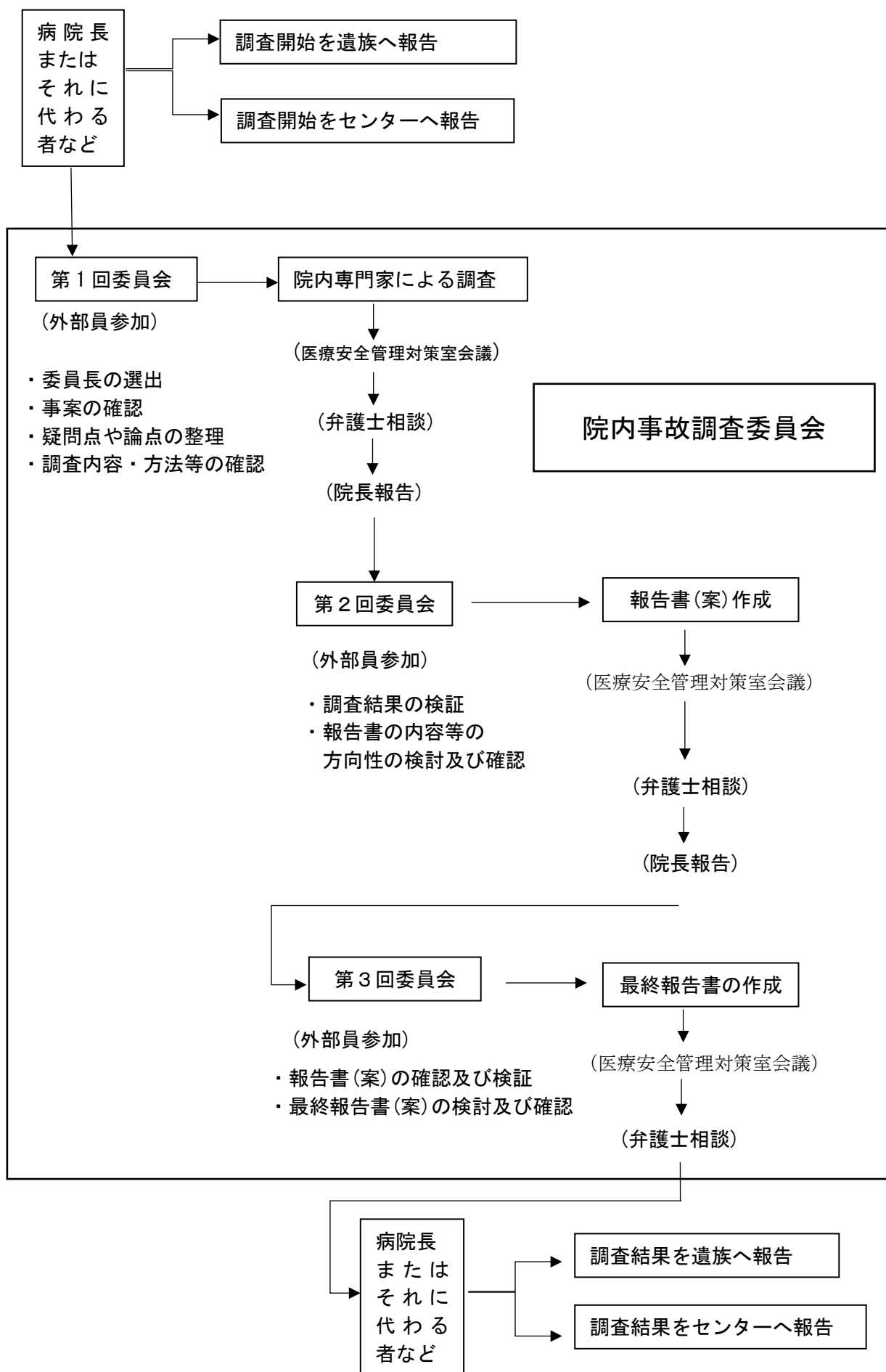
附則

この規程は、平成27年10月1日から施行する。

医療事故調査制度にかかる審議の流れ

資料 7





【 指針改定・改訂履歴 】

平成 26 年 7 月 7 日改定（第 2 版）

平成 28 年 2 月 4 日改訂

平成 28 年 6 月 2 日改訂

平成 29 年 4 月 11 日改訂

平成 30 年 10 月 4 日改定（第 3 版）

令和元年 12 月 6 日改訂

令和 3 年 5 月 13 日改訂

令和 4 年 3 月 10 日改訂

令和 5 年 3 月 23 日改訂

令和 6 年 2 月 29 日改定（第 4 版）

令和 6 年 5 月 23 日改訂