

医療安全管理指針



1. 総則

1-1 基本理念

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。更に、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、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目標とする。当院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員の積極的な取り組みを要請する。

1-2 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

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

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も含む

(2) 当院

医療法人寺西報恩会 長吉総合病院

(3) 職員

当院に勤務する医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む

(4) 上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者

(5) 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であって、専任である。診療報酬の「医療安全対策加算」の施設基準に規定する「医療安全管理者」である。

(6) 医療安全推進者

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、当院の各部署の医療安全管理を管轄する者である。なお、医療安全管理者は、医療安全推進者を取りまとめる。

1-3 組織及び体制

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役職及び組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理者・医療安全推進者
- (2) 医療安全管理室
- (3) 医療安全管理委員会
- (4) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (5) 医療に係る安全管理のための研修

2. 医療安全管理室

2-1 医療安全管理室の位置付け

当院における本指針に基づき、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。

2-2 医療安全管理室の構成

医療安全管理室は、以下の7名で構成される。

- (1) 医療安全管理に関すること【診療部門】(医師・兼任)
- (2) 医療機器安全管理に関すること【診療部門】(医師・兼任)
- (3) 専任医療安全管理者【看護部門】(看護師・専任)
- (4) 患者相談窓口対応(病状や治療方針などに関すること)【看護部門】(看護師・兼任)
- (5) 医薬品安全管理に関すること【薬剤部門】(薬剤師・兼任)
- (6) 放射線管理に関すること【診療技術部門】(放射線技師・兼任)
- (7) 医療機器保守・修理、資料、議事録作成等【事務部門】(管理職事務職員・兼任)

2-3 医療安全管理室の業務

- (1) 医療安全管理委員会で用いられる資料作成並びにその他委員会の運営に関すること。
- (2) 医療安全に関す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 マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
 - ③ インシデンスレポートの収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果、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。(他施設における事故事例の把握など。)
 - 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 医療安全確保のための対応策の実施状況やその評価について記録。その他、医療安全管理者が関わる活動について実績を記録。
 - ⑧ 医療安全に関する取り組みの評価等を行うためのカンファレンスの定期開催。(必要に応じて医療安全管理委員会や各部門責任者が参加。)
 - ⑨ 医療安全管理に関わる連絡調整。
- (3) 医療事故発生時の指示、指導等に関すること。
- ① 診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について、当該事故に関わる院内関係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故発生時の対応状況についての確認と必要な指導。
 - ③ 病院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時組織、委員会等を招集。
 - ④ 事故状況に応じた外部機関への報告、相談等。
 - ⑤ 事故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。
 - ⑥ 医療事故報告書の保管・管理。
- (4) その他医療安全管理体制の構築及び対応策の推進等に関すること。
- (5) 医療安全管理者の業務内容
- ① 医療安全管理委員会活動
 - ② 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査
 - ③ 各種安全管理マニュアルの作成及び点検・見直し
 - ④ インシデンスレポート報告の評価・分析
 - ⑤ 医療事故発生時の速やかな連絡・調整
 - ⑥ 医療安全のための教育・職員研修

3. 医療安全管理委員会（医療事故防止委員会から名称変更）

3-1 医療安全管理委員会の目的及び設置

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（具体的には、当院における医療事故の防止を図るため）に、医療安全管理委員会を設置する。

3-2 任務

医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理委員会の開催及び運営
- (2) 院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集
- (3) 医療事故の防止に役立つ資料の収集
- (4) 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
- (5) 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、教育の企画立案
- (6) その他、医療安全の確保に関する事項

3-3 委員の構成

- (1) 医療安全管理委員会の構成は、以下の通りとする。
 - ① 病院長（委員会の委員長を務めるものとする）
 - ② 副院長
 - ③ 医師（診療科部長）
 - ④ 看護師（総看護師長、各病棟及び外来看護師長）
 - ⑤ 薬剤師（薬局長）
 - ⑥ 診療技術職の者（臨床検査技師、放射線技師、リハビリ技師、栄養管理士が所属する役職者）
 - ⑦ 事務職の者（事務長及び各所属役職者）
 - ⑧ 医療安全管理者（兼務可能）
- (2) 委員長は、委員会を統括し、委員会を代表する。
- (3) 委員長に事故あるときは、副委員長が委員長の職務を代行する。
- (4) 委員会は、委員全員をリスクマネージャー（各所属を管轄する医療安全推進者）として選任する。
- (5) リスクマネージャーは、定期的に院内を巡回し、職員からの事情聴取、職員に対する指導、施設・設備等の点検を行う。

3-4 委員会の開催及び活動の記録

- (1) 委員会の会議は、委員長が招集し、議長にあたる。
- (2) 定例委員会は、月1回程度開催する。なお、病院長をはじめ委員が求めた時は、随時臨時委員会を開催する。
- (3) 委員会は、会議を開いた時は議事録を作成しなければならない。
- (4) 委員会は、必要に応じて、委員以外の者に対し、会議への出席、意見又は資料の提出を求めることができる。
- (5) 臨時委員会の庶務は、用度庶務課長が行う。
- (6) 委員長及び副委員長は、委員が職種・職位等に関わらず自由に意見表明等ができるように努めなければならない。

4. 報告等に基づく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

4-1 報告とその目的

この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) 院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、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こと。
- (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、医療事故等の報告を行うものとする。

4-2 報告にもとづく情報収集

(1) 報告すべき事項

全ての職員は、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、概ねそれぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

① 医療事故

⇒医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合は、発生後直ちに上席者（医療安全推進者）へ。上席者（医療安全推進者）からは直ちに医療安全管理者→病院長へと報告する。

② 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに上席者（医療安全推進者）又は医療安全管理者へ報告する。

③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

⇒適宜、上席者（医療安全推進者）又は医療安全管理者へ報告する。

(2) 報告の方法

① 前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面を以て行う。但し、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。

※「ヒヤリハット」とは、ある医療行為などが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場合や、ある医療行為などの準備段階で、錯誤しそうになった場合をいう。事故による被害が生ぜず、また、その後の観察によっても問題が生じない場合やミスがあったが幸い患者には何も起こらなかったものを含めて「医療事故」とする。「医療事故」と「ヒヤリハット」を総称して、インシデンスとする。医療

- 事故とヒヤリハットの両者の発生報告書をインシデンスレポートとする。
- ② 報告は、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、帳簿類に基づき作成する。

4-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

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、当院の組織としての改善に必要な防止対策及び教訓を作成するものとする。また、職員に対してはその旨を徹底させなければならない。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は、既に策定した改善策が、各部門において確実に実施され、且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。

4-4 その他

- (1) 病院長、医療安全管理者、医療安全推進者及び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、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 委員会は、職員に対してヒヤリハットの報告を行うよう求める。
- (3) 委員会が医療事故とヒヤリハットの区別を判断し、且つ、委員会が医療事故とヒヤリハットの報告書の随時閲覧できる範囲を決める。
- (4) 委員会は、職員がヒヤリハット報告書を随時閲覧できるようにし、患者のプライバシー保護と職員の個人情報の秘匿に配慮する。
- (5) 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。

5. 安全管理のための指針・マニュアルの整備

5-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、当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）を整備する。

- (1) 医療事故防止マニュアル
- (2) 院内感染防止対策マニュアル
- (3) 医薬品安全使用マニュアル
- (4) 輸血マニュアル

- (5) 褥瘡対策マニュアル
- (6) その他

5-2 安全管理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。
- (2) 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。
- (3) マニュアル等は、作成、改変の都度、医療安全管理委員会に報告する。

5-3 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理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、安全管理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) 安全管理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・教育

6-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画に従い、1年に2回、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実施する。
- (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くてはならない。
- (4) 病院長は、本指針[6-1] (1)号の定めに関わらず、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) 医療安全管理委員会は、研修を実施した時は、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。
- (6) 医療安全管理委員会は、新たに採用された職員や新たな職場に異動した職員に対し、医療事故の防止のため必要な事項を教育する。

6-2 医療安全管理の研修の実施方法

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、外部の講習会・研修会の伝達報告会又は有益な文献の抄読などの方法によって行う。

7. 事故発生時の対応

7-1 救命措置の最優先

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・人材を提供する。

- (1) 第1発見者は、声を上げて他のスタッフ（看護職・医師）に知らせる。
- (2) 人員を確保する。必要に応じて緊急コールを通して院内に緊急情報を発信し、必要且つ十分な人員を確保する。
- (3) 同時に直ちに必要な一次救命処置を開始する。
- (4) 到着した医師の指示のもとに二次救命処置を行う。
- (5) 患者に救命措置を行う際には、必ず説明をする。絶えず言葉をかけ、患者を一人にしない。

重大事故の発生に備え、ショックや心停止に直ちに対応できる体制を常に整備しておくこと。

7-2 緊急時の報告

- (1) 患者の生死にかかわる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合は、
(時間内)

病院長、事務長、総看護師長に連絡するとともに、必要に応じて診療科部長、看護師長、用度庶務課長、医事課長等関係職員が参集し、緊急対策に当たる。

(時間外[日当直時間帯])

日当直医師に連絡するとともに、事務の日当直者から病院長、事務長、総看護師長、用度庶務課長、医事課長等関係職員に連絡する。その際、幹部職員の指示があれば、必要に応じて診療科部長、看護師長等関係職員を参集させ、緊急対策に当たる。

- (2) 病院長は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実及び報告の内容を、診療録、看護記録等、自ら患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

7-3 緊急の対処

- (1) 部署の管理者が現場に到着するまでは、勤務時間帯のリーダーが指揮する。
- (2) 事故当事者への配慮
できるだけ現場から離す。その際は必ず誰か付き添わせて一人にしないこと。
- (3) スタッフ業務割当変更
 - ① 救急処置担当
 - ② 記録担当
 - ③ 事故対応以外：病棟の通常業務を担当。他の患者が動揺しないように対応する。
 - ④ 当事者へのサポート：事故の当事者に付き添う。
- (4) 証拠保全
事故に関係する器具は破棄せずに保存しておく。チューブやルート類、注射器やアンプル、薬袋などに至るまで全て保存しておく。

7-4 管理者の現場到着以後

部署の管理者が現場に到着した時点で、勤務時間帯のリーダーは、現時点までの状況を報告し、以後は管理者の指示のもとに行動する。

- (1) 管理者の姿勢と対応
混乱をしている現場では、上に立つ者が冷静沈着且つ迅速に判断し行動することが重要である。落ち着いた声色と口調（早口にならないように）、必要以上に大声を出さない、指示は語尾まで明瞭に伝える。受けた報告内容を簡潔に復唱し、確認する。現場に到着次第、冷静な態度で指示する。
- (2) 役割分担の確認
スタッフの業務割当が機能しているか確認する。マンパワーの不足があれば、他の部署へ応援要請を行う。
- (3) 証拠・現場保全
 - ① 証拠となる器具類の保存状況を確認する。
 - ② 事故の現場を自分の目で、客観的に細部まで観察し確認しておく。

7-5 医師への連絡

現場に居合わせた医師、主治医に知らせる。

現場に医師がいない場合

- (1) EM コール（緊急呼び出し）によって知らせる。
- (2) 当直時間帯であれば当直医に知らせる。

現場に参集した医師のなかで上席の医師が、現場の指揮にあたる

- (1) 追加救急処置の手配
- (2) 次席者の指名

- (3) 管理者と連携し、家族への連絡、上司（組織管理者）への連絡の手配

7-6 患者家族への対応

(1) 患者への説明

① 意識が無い場合

発生時（発見時）に呼名しても反応が無く、意識が無い場合には直ちに救命措置を開始する。意識が回復し、状態が落ち着いた早い段階で、起こった状況やその後に行った処置と今後の経過などについて主治医から説明する。

② 意識がある場合

発生時（発見時）、呼名に対して反応がある場合、患者に絶えず言葉をかけ、必要な処置などの説明を行い、患者に同意を得て実施する。

(2) 家族への連絡

主治医又は現場にいる当該診療科の医師、若しくは看護職のうちできるだけ上席者が連絡をする。患者の意識がある場合は、家族に連絡することと、誰に連絡をするのか、患者の意思を確認する。

（連絡方法は入院時に確認しておく。）

連絡は事故の細かい内容の伝達より、至急来院していただくことを主眼にして伝える。

(3) 家族への説明

主治医若しくは当該診療科の上席医師により、事故の事実関係を説明する。説明に当たっては率直に事実を説明する。言い訳や憶測は厳に慎む。

その時点で医療過誤（過失）が明らかである場合は、率直にお詫びをするとともに、患者の健康回復に全力を尽くす旨を説明する。説明は複数の医療従事者同席のもとで行い、部署の管理者も必ず同席する。説明終了後直ちに時刻、説明内容、説明者をカルテに記載する。この時点で事故当事者は、いつでも同席できる様に待機しておく。

7-7 組織管理者への報告

(1) 院内における報告の手順と対応

① 患者の生死や、健康に重大な影響を及ぼす可能性のある重大医療事故については、直ちに病院長へ報告する。

ア. 診療科部長 ⇒ 病院長

イ. 看護師長 ⇒ 総看護師長 ⇒ 病院長

ウ. 診療技術部門の所属長 ⇒ 病院長

エ. 事務部門の所属長 ⇒ 事務長 ⇒ 病院長

② 病院長は必要に応じて医療安全管理委員会を招集する。

③ 患者の生死にかかわる医療事故等、特に緊急的な対応が必要で上席者が不在

の場合は、医師、看護師、診療技術部門の職員等は、直接、病院長に報告することができる。

(2) 報告の方法

- ① 報告は、文書（「医療事故報告書」）により行う。但し、直ちに口頭で報告し、文書による報告を速やかに行う。

なお、医療事故報告書の記載は、

ア. 事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には当該本人

イ. その他の者が事故を発見した場合には、発見者と上席者が行う

② 保健所及び法人事務局への報告

ア. 保健所への報告

I. 当該行為によって患者を死に至らしめたもの

II. 当該行為によって患者に重大若しくは不可逆的障害を与えたもの

III. 当該行為が関与している可能性がある患者の死亡、重大又は不可逆的障害が発生したもの

IV. 多数に院内感染が発生したもの

イ. 法人事務局への報告

I. 当該行為によって患者を死に至らしめ、又は死に至らしめる可能性があるとき

II. 当該行為によって患者に重大若しくは不可逆的障害を与え、又は与える可能性があるとき

III. 上記の I. II. には該当しないが、報告するもの

患者等から抗議を受けたケースや医療紛争に発展する可能性があるとき、並びに証拠保全の手続きがなされたとき。

(3) 医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、同報告書の記載日の翌日から起算して 5 年間保管する。

7-8 事実経過の記録

- (1) 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録する。

- (2) 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。

① 初期対応が終了次第、速やかに記録する。

② 事故の種類、患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載する。

③ 事実を客観的且つ正確に記載する。

7-9 警察への届出

- (1) 医療過誤によって死亡又は障害が発生した場合、又はその疑いがある場合は、病院長は速やかに所轄警察署に届出を行う。
- (2) 警察署への届出を行うに当たっては、原則として事前に患者及び家族に説明を行う。

7-10 日本医療安全調査機構への報告（医療事故調査制度への対応について）

- (1) 医療に起因し、または起因すると疑われる死亡であって、病院長が予期していなかった医療事故に関しては、一般社団法人日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）に報告する。なお、報告の要否が判然としない場合は、同機構へ相談する。
- (2) 日本医療安全調査機構へ報告する際は、遺族に対し厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。

※医療事故調査制度への対応については、別紙1のフロー図を参照

7-11 医療事故の評価と事故防止への反映

- (1) 医療事故が発生した場合、医療安全管理委員会において、事故の分析など以下の事項について評価検討を加え、その後の事故防止対策への反映を図るものとする。
 - ① 医療事故報告に基づく事例の原因分析
 - ② 発生した事故について、組織としての責任体制の検証
 - ③ 講じてきた医療事故防止対策の効果
 - ④ 同様の医療事故事例を含めた検討
 - ⑤ 医療機器メーカーへの機器改善要求
 - ⑥ その他、医療事故防止に関する事項
- (2) 医療事故の効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じてインシデントリポート・医療事故情報を活用し、より詳細な評価分析を行う。

7-12 医療事故対策会議（臨時医療安全管理委員会）

医療事故に対し患者側よりクレームが発生したり、重要な事故が起きたら直ちに医療事故対策会議（臨時医療安全管理委員会）を開催し検討する。医療安全管理委員会のメンバーで構成し必要ならば弁護士にも参加してもらう。

8. その他

8-1 本指針の周知

本指針の内容については、病院長、医療安全管理者、医療安全推進者、医療安全管理委員会等を通じて全職員に周知徹底する。

8-2 本指針の見直し、改定

- (1) 医療安全管理委員会は、毎年1回、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。
- (2) 本指針の改定は、医療安全管理委員会の決定により行う。

8-3 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、本指針については、ホームページに掲載したうえで、患者及び家族等が容易に閲覧できるように配慮を行い、本指針についての照会には医療安全管理者が対応する。

8-4 患者からの相談及び苦情への対応

病状や治療方針など当院が提供する医療サービス・医療安全に関する患者からの相談及び苦情に対しては、「苦情等相談窓口」を設けており、担当者を決めて誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。なお、「患者サポート体制に関する医療相談窓口」も併せて設けているため、内容により、「苦情等相談窓口」担当者と連携する体制を取っています。

前身の医療法人寺西報恩会長吉総合病院医療事故防止委員会要綱は、
平成12年6月26日施行

前身の医療法人寺西報恩会長吉総合病院医療事故防止委員会要綱は、
医療法人寺西報恩会長吉総合病院医療安全管理指針として内容追加変更等を行い、
平成24年4月1日施行

平成24年9月1日改訂

平成27年12月1日改訂

平成29年10月1日改訂

令和2年9月1日改訂

医療事故調査制度による医療機関における“医療に起因する（疑いを含む）
予期せぬ死亡への対応”のフロー図

死亡事例発生

現場保全と記録
看護管理者等が本制度における医療事故の可能性があると判断した事例について、指示に基づき、現場保全と記録を行う。

報告
死亡事例の発生を事故報告手順に従い、管理者(病院長)に報告する。

情報収集
看護師長、医療安全管理者等が事実確認のための情報を収集する。

死亡事例が医療事故に該当するかを協議する。

医療事故の該当性を判断
医療機関の管理者(病院長)が判断する。

※院内の医療安全管理委員会を活用する等組織として判断をします。

死亡事例が発生した際の対応

- ・部門責任者に報告し、指示を仰ぐ
- ・家族への連絡は、医師、看護師のなかで上席者から行う
- ・現場はできる限り保存する

必要に応じて支援を要請

医療事故調査・支援センター及び支援団体の支援を求める

- 医療事故調査制度全般に関する相談
- 医療事故の判断に関する相談

医療事故と判断

遺族への説明
医療機関の取り決めに従って主治医等が遺族に対し医療事故が発生した状況や制度の概要等を説明

センターへの報告
医療機関の管理者(病院長)が、医療事故調査・支援センターに報告する。

院内事故調査の実施体制を整備する

院内事故調査の実施

院内事故調査報告書の作成

必要に応じて支援を要請

医療事故調査・支援センター及び支援団体の支援を求める

- 調査に関する支援等
- ・助言
- ☆調査手法に関すること
- ☆報告書作成に関すること
- ☆院内事故調査委員会の設置・運営に関すること(委員会の開催など)
- ・技術的支援
- ☆解剖に関する支援(施設・設備等の提供を含む)
- ☆死亡時画像診断支援の支援(施設・設備等の提供を含む)
- ☆院内調査に関わる専門家の派遣

遺族への結果説明
医療機関の取り決めに従って遺族へ調査結果を説明

報告書の提出
医療機関の管理者(病院長)が、医療事故調査・支援センターに院内事故調査報告書を提出

発生現場の看護師に求められる行動

発生した際に法令で定められている行動