医療安全管理指針

社会医療法人　若竹会　つくばセントラル病院

平成 14 年 4 月作成
令和 7 年 4 月 11 日改訂
【第 26 版】

項　目

1.　安全管理のための理念
2.　医療安全管理対策
3.　用語の定義
4.　医療事故への対応
5.　緊急（急変）時対応について
6.　緊急時院内応援体制について
7.　院内における暴言・暴力対応について
8.　ヒヤリ・ハット発生時の対応
9.　報告　インシデント報告システム『安全のための報告』
10. 医療安全管理体制
11. 患者相談窓口の設置
12. 指針の閲覧
13. 医療安全管理のための教育・研修
14. 医療安全マニュアルの作成
15. 医療安全管理マニュアル

- 医師
- 薬剤部
- 看護部
- 手術室
- 生理機能検査科／放射線技術科
- 総合リハビリテーションセンター
- 臨床工学科
- 臨床検査室
- 栄養科
- 事務部

16. その他

1.　安全管理のための理念

✿ 患者の安全を第一に、患者様の視点に立つ医療を提供していく

✿ 事故を未然に防ぐシステムを組織全体で構築する

✿ 重大な事故が発生した場合の遵守すべき事項及び取り扱い手順の確立

2.　医療安全管理対策　～医療事故を未然に防止するために～

(1) 安全管理のための方針

社会医療法人若竹会つくばセントラル病院における安全管理システムは、患者とそのご家族、そして医療現場を構成しているすべての医療従事者を無意味な災禍から守ろうとするものである。

医療の質には、単に無意味な災禍の発生を予防するというだけでなく、一人の人を大切に慈愛の医療を提供することを通じて、有害な医療行為が行われず、安全で良質な医療による恩恵を享受してもらえることが含まれる。

医療事故を防止するためには、「人間はエラーをおかす」という前提に基づき、エラーを誘発しない環境や起こったエラーを糧にして事故を未然に防ぐことができるシステムを組織全体として構築する。

(2) 要点

① 患者の安全を第一に考えよう

② 患者の訴えをよく聞こう

③ 懇切丁寧な説明を心がけよう

④ 診察記録はわかりやすく、正確に記載しよう

⑤ ダブルチェックを励行しよう

⑥ 職種間の連携を心がけよう

⑦ ヒヤリ・ハット報告をしよう

(3) 対策（下記の4項目を**重点項目**として取り組むこととする）

① 医療安全マニュアルの作成　（全部門別）

② 事故等の「安全のための（患者・職員）報告書」報告システムの確立

③ 医療安全管理委員会の開催

④ 医療事故防止のための職員研修の開催（年2回）

３．　用語の定義

(1)　医療事故

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。尚、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

① 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合

② 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

③ 注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合

＊医療事故調査制度においては、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をいう（医療法第６条の１０）

(2)　過失

一定の結果の発生を認識すべきであったにも関わらず、不注意にもこれを認識していなかった、あるいは、一定の結果の発生を防止すべきであったにも関わらず、不注意にも防止しなかったことを言う。

『してはならないこと』をした

『しなくてはならないこと』をしなかった

(3)　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、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為

(4)　ヒヤリ・ハット事例

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”、“ハッ”とした経験を有する事例

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を指す

(5)　医療に起因する

提供した医療が要因である又は要因と疑われる

(6)　合併症

①提供した医療に起因して発症する疾病、症状又は状態

②ある疾病に起因して起こる別の疾病

＊医療事故調査においては、①の意味で用いる

(7)　併発症

提供した医療とは関係なく、発症した又は発症する疾病又は症状

(8) オカレンス報告

過失の有無に関係なく報告する事象

つくばセントラル病院　オカレンス報告

手術に関連した患者有害事象および予期せぬ事象についての報告（オカレンス報告の対象）

1・予期せぬ術中、術後48時間以内の死亡

2・予定外の再手術で、同一入院中あるいは退院後7日以内に起きたもの

3・予定外術式の施行（予定しない臓器の摘出、腸管、出血、神経、尿管の吻合など）

4・手術時間の予期せぬ延長（予定手術時間の2倍以上もしくは3時間以上）

5・多量な出血（予定より濃厚赤血球5単位以上使用）

6・異物の残置（治療目的のものは除く）

7・医療器械、手術機器の不良、破損による手術中止や事故

8・麻酔に伴う有害事象（術後4時間以降に影響が残らなかったものは除く）

9・術後に生じた末梢神経麻痺、皮膚障害で術前は存在しなかったもの

10・患者搬送中の患者損傷

11・患者取り違え、手術部位取り違え

12・検体の取り違え、紛失

～患者有害事象および予期せぬ事象についての報告（オカレンス報告）の対象～

1・入院中の予期せぬ死亡例（心停止、呼吸停止、心筋梗塞、脳血管障害、肺梗塞など）

2・検査、処置の死亡、予定外の処置の実施

3・薬の誤投与による有害事象

4・現在の医療水準より逸脱したと考えらえる医療行為により発生した重篤な患者の障害

4.　医療事故への対応

(1) 事故発生直後の対応（主治医・執刀医・現場の看護師等）

① 救命あるいは健康障害拡大防止のための治療・処置をおこなう

② 必要に応じて支援体制をとる（0 番コール等）

③ 病棟師長あるいは管理当直師長、医長あるいは当直医に報告する

④ 使用済み医薬品・医療材料・医療機器等の現状保全あるは回収する

⑤ 適時の診療記録の記載

⑥ 各所属部長や医療安全管理者や病院長へ口頭で報告する

⑦ 家族等に連絡・説明をする

⑧ 警察署への届出について病院長の判断を仰

(2) 事故発生後 24 時間以内の対応

・医療安全管理者

① 状況の把握をする

② 関係者に事情聴取をおこなう

③ 時計の誤差を確認する

④ 使用した物品等の回収と保管をする

⑤ 病院長に報告する

・医療機関管理者（病院長）

① 緊急対策会議・院内医療事故判定会議の開催を指示する

② 緊急対策会議・院内医療事故判定会議の示した行動計画を確認して承認する

③ 院内事故調査委員会の設置の判断

(3) 緊急対策会議の検討事項

① 警察署への届け出の必要性

医師法（昭和23年法律第201号）第21条の規定により、医師は、死体、又は妊娠4ヶ月以上の死産児を検案して異状があると認めた場合、24時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務づけられている。判断に迷うような場合であっても、できるだけ透明性の高い対応を行うという観点から、まずは速やかに警察署に連絡することが望ましいと考える。医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には病院長は、速やかに所轄警察署・所轄保健所に届出を行う。

② 医療事故調査・支援センターへの報告の必要性

病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が当該死亡又は死産を予期しなかったものである。事案の発生後の事情聴取で医療従事者が患者の死亡又は死産を予期していたと認めるもの、又はその危険性を事前に患者などに説明していたもの、又は医療従事者がその危険性を診療録等の文書に記録していたものは報告の対象とならない。判断に迷う場合は、医療事故・支援センター又は支援団体に相談できる。報告すべき事案と判断された時点で、可能な限り速やかに報告する。更に、院内医療事故調査が終了した時点で、改めてその結果を報告する必要がある。

③ 院内事故調査委員会の設置の必要性

事故発生から 24 時間以内に関係者に聞き取り調査を行い、事故の概要を把握する。その情報をもとに、患者への影響の大きさに基づいて、是非を検討する。

④ 行政機関（保健所等）への報告の必要性

医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には病院長は、速やかに所轄警察署・所轄保健所に届出を行う。

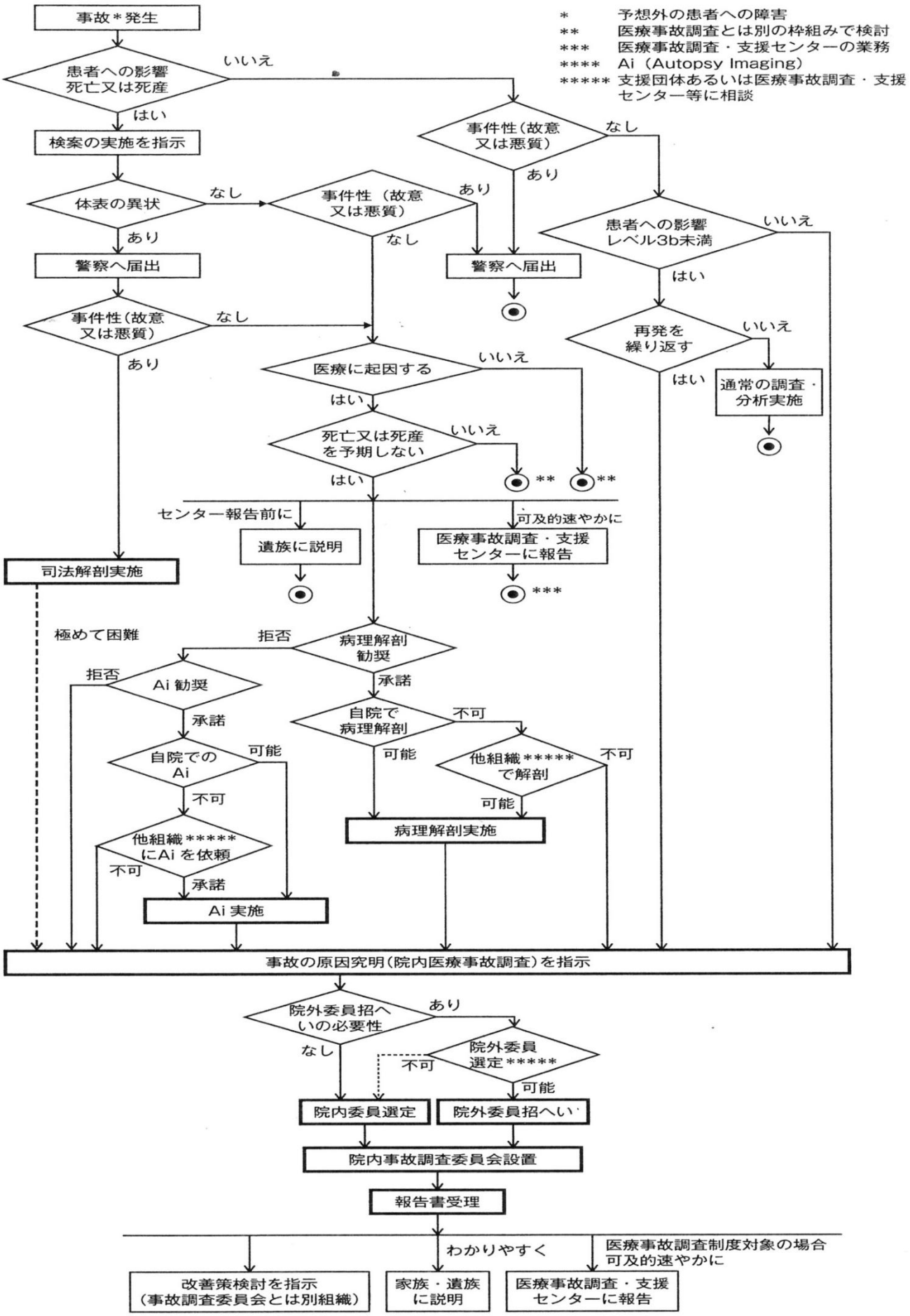
⑤ 保険会社、顧問弁護士などへの報告

⑥ 病理解剖または死亡時画像診断（Ai）の必要性

予期しない死亡、死因が不明な場合、特に、医療者側の過失が疑われる場合もしくは後日紛争に発展する可能性がある場合は、病理解剖を勧める。また、勧めた事実を記録しておく。補助的手段としてAiを実施しても良い。

⑦ 患者・家族への対応窓口

⑧ 対外的な対応窓口


事故＊発生
患者への影響 死亡又は死産
いいえ
はい
検案の実施を指示
体表の異状
なし
あり
警察へ届出
事件性（故意又は悪質）
なし
あり
事件性（故意又は悪質）
あり
なし
警察へ届出
患者への影響 レベル3b未満
いいえ
はい
再発を繰り返す
いいえ
はい
通常の調査・分析実施
医療に起因する
いいえ
はい
死亡又は死産を予期しない
いいえ
はい
＊＊
＊＊
センター報告前に
可及的速やかに
遺族に説明
医療事故調査・支援センターに報告
＊＊＊
司法解剖実施
極めて困難
病理解剖勧奨
拒否
承諾
Ai 勧奨
拒否
承諾
自院で病理解剖
不可
可能
他組織＊＊＊＊＊で解剖
不可
可能
自院でのAi
可能
不可
他組織＊＊＊＊＊にAi を依頼
不可
承諾
Ai 実施
病理解剖実施
事故の原因究明（院内医療事故調査）を指示
院外委員招へいの必要性
あり
なし
院外委員選定＊＊＊＊＊
不可
可能
院内委員選定
院外委員招へい
院内事故調査委員会設置
報告書受理
わかりやすく
医療事故調査制度対象の場合 可及的速やかに
改善策検討を指示（事故調査委員会とは別組織）
家族・遺族に説明
医療事故調査・支援センターに報告
＊ 予想外の患者への障害
＊＊ 医療事故調査とは別の枠組みで検討
＊＊＊ 医療事故調査・支援センターの業務
＊＊＊＊ Ai（Autopsy Imaging）
＊＊＊＊＊ 支援団体あるいは医療事故調査・支援センター等に相談

(4) 報告

・警察署

患者が死亡し、検案の結果、外表に異状が認められる場合、医師法第 21 条に基づいて、24 時間以内に所轄の警察署へ届け出る。

【警察へ届け出る前にすべきこと】

①状況経過の事実確認

②証拠保全（警察の押収に備え、コピーをとり控えをつくる。使用物品の写真撮影等を行う）

③過失・過誤の有無判断

④病院事故調査体制の確認

⑤家族への対応方針確認

⑥事情聴取の心得の説明

・医療事故調査・支援センター

医療法第 6 条に基づいて、病院、診療所または助産所の管理者は、医療に関連し、予期せず患者が死亡した場合には、院内事故調査を行うと共に、遅延なく医療事故調査・支援センターに届け出る。明確な報告期限は定められていないが、報告すべき事案と判断された時点で、可能な限り速やかに報告する必要がある。

・日本医療機能評価機構　病院機能評価事業

病院機能評価の認定病院に報告義務が課せられている。事故発生後 45 日以内に報告書を提出する。

【報告の基準】

（日本医療機能評価機構WEBサイトより、2013 年 4 月 1 日）

次の(ア)又は(イ)に該当し、かつ(ウ)又は(エ)に該当する事例。

(ア) 明らかに誤った医療行為や管理上の問題により、患者が死亡もしくは患者に障害が残った事例、あるいは、濃厚な処置や治療を要した事例。

(イ) 明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、患者が死亡もしくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例。（医療行為や管理上の問題が原因としての疑われる場合も含めるものとする。）

(ウ)日常的な認定条件からの逸脱が要因となった可能性が高い医療事故

(エ)認定病院の社会的信用を著しく失わせる恐れがある医療事故

【報告する項目】）

・事故発生前後の詳細な事実経過

・事故発生の原因の分析（医療安全に関連する評価項目の適合状況の詳細な検討を含む）

・患者、家族への説明の経緯、および患者、家族の病院に対する意見と具体的対応

・行政、保健所等への報告の状況、および警察への届け出の有無

・事故後に行った再発防止のための具体的方策と期待される効果

・事故発生の 1 年前から医療事故報告書提出日までの医療安全に関連する委員会記録、
医療安全関連の研修、教育の実績、および医療安全指針や関連する業務マニュアル等の資料

・その他

・行政（保健所、都道府県）

法令では明示されていないが、保健所を介して知事に届け出ることとなる。

・医師会

特に求めのある場合のみ。相談機能を有する場合は状況に応じて報告する。

・顧問弁護士、保険会社

必要に応じて、契約している弁護士や損害賠償の保険会社に報告する。

(5) 病理解剖の判断

医療事故調査報告制度では、可及的病理解剖を勧める。当院では病理解剖が実施できないため、他院もしくは支援団体、医療事故調査・支援センターの支援を受ける。補助的な手段として死亡時画像診断（Ai）を実施しても良い。

(6) 死亡診断書の記載

① 死因が不明もしくは疑義がある場合

死因が特定できない時は、「死亡の原因」の欄に「不明」と記載する。

直接の死因と関係ない入院時の病名などを記載しない。

② 明らかな過失がある場合

過失の内容ではなく、過失により生じた傷病名を記載する（出血性ショック、多臓器不全等）。

その原因の欄は空欄にし、特定の傷病名は記載しない。

(7) 死亡報告書の記載

患者死亡情報を記載し、医療安全管理部へ提出する。

死亡退院患者の把握、事故調査制度対象事例の可能性をスクリーニングする。

死 亡 報 告 書

A)	報告者情報	提出年月日：＿＿年＿＿月＿＿日 診 療 科：＿＿＿＿＿＿記載医師名：＿＿＿＿＿＿ 連 絡 先：PHS（　　）or　内線電話（　　）
B)	患者情報	氏名　　生年月日 ID　　性別　　年齢　　歳
C)	死亡年月日	＿＿年＿＿月＿＿日 □午前・□午後　＿＿時＿＿分 □外来＿＿＿＿時間後 or　□入院＿＿＿＿日目
D)	事故調査制度対象事例の可能性	**D－1．下記のいずれかはE)項目以降の記入は不要です。** □　原病の進行、偶発症、施設管理（火災・地震等）などが原因である。 □　死亡が予期されていることを説明済。あるいは、死亡が予期されていることを診療録その他の文章等に記録済である。 □　一人で救急搬送され緊急対応のために記録や家族の到着を待って説明を行う時間の余裕がない状況で処置を行い、かつ比較的短時間で死亡した場合。 □　過去に同一患者に対して同じ検査や処置などを繰り返し行っているために実施する旨の説明や記録を省略した場合。 **D－2．下記にチェックが入ったら、事故調査になる可能性があるのでE)項目以降を記載してください。** 提供した医療に起因する（起因すると疑われる）死亡又は死産でかつ **□　死亡を予期しなかった（予期せぬ死亡事例に該当する可能性あり）。** **□　家族が死亡に対して不信感を抱いている（その可能性がある）。** **□　判断できず。**
E)	警察関係（検視・解剖）	1．検視：□無・□有（　　年　　月　　日） 警察署名：□牛久・□土浦・□稲敷・□その他（　　）警察署 2．解剖：□無・□有　　年　　月　　日
F)	死亡場所	1．□外来　□①救急外来　□②その他の場所（　　） 2．□入院　□①＿＿病棟　＿＿号室　□②処置室 □③HCU　□④手術室　□⑤その他（　　）
G)	主治医 研修医（立ち会い）	1．＿＿＿＿2．＿＿＿＿3．＿＿＿＿ 4．＿＿＿＿5．＿＿＿＿
H)	臨床診断名	1．＿＿＿＿＿＿　2．＿＿＿＿＿＿ 3．＿＿＿＿＿＿　4．＿＿＿＿＿＿
I)	手術	1．□無 2．□有　①　　年　　月　　日　術式：＿＿＿＿＿＿ ②　　年　　月　　日　術式：＿＿＿＿＿＿ 3．合併症（死亡原因に関すると思われる） ①□無　②□有（　　）
J)	病理解剖・AI	1．病理解剖　□無　・□有 2．AI（□有・□無）
K)	その他特記事項 家族との関係等	1．□　無 2．□　有（具体的に記載）

太枠の記載は必須！　　**⇒医療安全管理部へ提出**

社会医療法人　若竹会　つくばセントラル病院

(8) 院内医療事故判定会議

院長、医療安全管理部（部長、医療安全管理者専従・兼任）、当該診療科長・当該医師（主治医）、当該師長、事務担当職員など少人数で行う。

① 医療事故調査制度対象事例かどうか検討

② 報告制度対象外でも、検討すべきと判断される場合

(9) 院内事故調査委員会の開催時期

① 初回の院内事故調査委員会は、事故の発生から1週間以内に開催する。

② 月1回から2回の頻度で概ね3回から5回開催する。

③ 半年以内に報告書をまとめる事が望ましい。

④ 院外委員を含める場合、最初の会合は事故発生後1か月以内に開催する。

(10) 院内事故調査委員会の構成員

① 原因究明と共に、公正性と透明性を担保するために、原則として当該事例に相応しい外部の専門家を招聘する。

② 医療安全管理者、副院長、看護部長、事故に関連する所属長（診療部長、師長等）、事故に関連した診療部門、診療技術部門の専門家（当事者以外）が参加する。

③ 当事者は基本的には参加させない。（事情聴取はする）

④ 事務職員を配置する。（配布資料の準備、議事録作成、事故報告書作成）

⑤ 院内事故調査委員会は病院長の諮問組織であり、病院長は委員会に参加しない。

(11) 外部の専門家の要件

① 事故に関連した診療科の専門家（他病院の医師等）

② 関連する学会で、当該分野で認められている専門家（医師等）

③ 病院または事故の当事者との利害関係がない者

④ 病院の医療水準を理解して分析できる者

(12) 院内事故調査委員会の役割

院内事故調査委員会の役割は、公正性と透明性が担保された組織により、事故の事実の確認、原因究明である。可能であれば、再発防止策を提案するが、具体的な対策は、別の組織（医療安全管理委員会）で検討する事が望ましい。個人の責任追及等はしない。

(13) 事情聴取

① 目的は事実確認と原因究明であり、個人の追及等はしない。

② 時期は、事故発生直後から 24 時間以内に実施する事が望ましい。

③ 事故発生直後に、発生現場で簡潔に事情聴取をし、その後会議室等で行う。

④ 当事者間の発言の食い違いがある場合であっても、事実確認が重要であり、不一致は修正しないでそのまま記載する。

⑤ 時系列の出来事の順番と時刻や各職種間の関連性と整合性などを、診療録で確認する。
事情聴取と診療記録の不一致や矛盾を見つけることが必要である。

⑥ 診療録の記載・入力間違いはその理由・根拠を含めて、診療記録に記載・修正する。

(14) 原因分析

① 目的は医療安全の確保である。

② 予見的可能性、回避可能性、過失の有無などは、責任追及に繋がるので、事故調査委員会の説明文や報告書には記載しない。

③ 分析手法は、RCAなどを用いて行う。事故の発端となった直接的な原因とその背後要因を抽出する。ただし、原因が明らかになるとはかぎらない。

(15) 患者・家族への対応

① 患者に対しては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は、誠意を持って事故等の説明等を行う。推測はさけ、事実のみを伝え、分からないことは分からないと伝える。

② 患者及び家族に対する事故等の説明は、原則として、診療部長等が対応する。必要に応じ病院長等も対応することとし、看護職員が同席して対応することも必要である。また、事故の当事者による早期の謝罪を行うことが必要な場合もある。

③ 患者・家族等の心情に対して適切な配慮を行う。

④ 医療事故調査制度の対象の場合には、遺族に対し、状況の説明と、医療事故調査・支援センターに報告することとその内容に加え、制度の概要、解剖やAiの同意取得のための事項、血液等の検体保存が必要な場合の説明を行う。

院内医療事故調査が終了したあと、遺族にその結果を説明しなければならない。口頭又は書面（報告書もしくは説明用資料）もしくはその両方の、適切な方法で説明する。その際、遺族が希望する方法で説明するように努めなければならない。

(16) 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載する

② 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する

ア. 初期対応が終了次第、速やかに記載すること

イ. 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載すること

ウ. 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）

(17) 公表

① 重大な医療事故が発生した場合は、事故の事実を正確かつ迅速に公表することが必要である。

② 個々の事故の実情に即して緊急対策会議においての検討を踏まえ、公表の可・否及び方法等については、病院長が決するものとする。

③ 公表は、医療安全管理委員会の広報担当とする。

④ 公表する場合、患者のプライバシーに最大限の配慮を払う。

患者や家族・遺族ときちんと話し合いここまでは公表して良いという範囲を明確に決めておくことが望ましい。

⑤ 当該医療事故に関わった医療従事者についても、もとよりその氏名等は公表してはならない。

医師や看護師などの職種名は公表すべきであるが、所属する診療科などは、患者の特定につながる可能性もあるので、公表する場合には患者又は家族・遺族の了解を取る。

(18) 当事者に対する配慮

① 当事者へのサポート

ア. 精神的サポートとして事故直後の当事者は精神的混乱状態に陥り、被害者となった患者に対する処置が行われている間、必ず誰か一人は傍に付き添うようにする

イ. 心身の緊張をとるための勤務交代や勤務状況の検討を行う

ウ. 当事者の家族とも連携してサポートする

エ. 法的側面として弁護士から支援が受けられるようサポートする

オ. 専門家による精神的支援(カウンセリング)が受けられるようサポートする

② 当該部署へのサポート

当該部署が落ち着いて業務が行えるよう以下の様な対応を組織全体で行う

ア. 日常業務の応援要員

イ. 提出書類の作成支援

ウ. 現場検証、事情聴取対応への支援

5. 緊急（急変）時対応について

患者の容体が急変した、または意識不明となった場合は以下のとおり対応することとする。

(1) 急変した患者のそばを離れないこと

1）患者の意識があるかどうか確認を行う

2）ナースコールや PHS にて看護師等応援を呼ぶ。発見者は応援が来るまで離れない。

⇒救命処置を必要とする場合は 6. 緊急時院内応援体制に準じて応援を要請し、救命処置を（以下、BLS）開始する。

3）応援に来たスタッフは、モニター装着、気道確保、記録、ルート確保を行う。

(2) 担当医・当直医に連絡をし、連絡を受けた医師はすぐに患者のもとに向かうこと臨床時間内であれば担当医、夜間・休日であれば当直医に連絡する。

(3) 担当医・当直医到着後、医師の指示を仰ぐ

1）BLS を開始している場合は、到着した医師とともに二次救命処置（以下、ACLS）へ移行る。

2）当院内での処置が困難な患者については、速やかに緊急連携施設へ連絡を取り、患者搬送の手続きを行う。患者の家族に連絡の必要があるかを担当医に確認し、必要がある場合は速やかに連絡する。

6. 緊急時院内応援体制について

(1) 0 番コール（ゼロバンコール）

病院内で発生した救命処置を必要とする救急事態に対し、予め取り決められたコールを病院内放送することにより、診療科を問わず医師、その他のスタッフを至急に呼び出し、迅速な救命処置を行う体制を確立することを目的に病院内緊急コール『0番コール』を運用する。

（適応）

病院内で、救急蘇生を必要とする緊急事態が生じ、かつ、周囲に十分なスタッフと器材がない場合

（手順）

① 病院内電話（固定電話）またはPHSを使用し、**内線番号　9999**を押し、病院内緊急コールを（2 回繰り返す）おこなう

例） **ゼロバンコール**　CDのD3病棟　301号室
ゼロバンコール　CDのD3病棟　301号室

※つながらない場合は、 PHS（7000）に連絡し、事務に一斉放送を依頼する

② 聞き間違いを防ぐため、以下の呼び名に統一する

A館：A2病棟、A3病棟、A4病棟

B館：B2→産婦人科病棟、B3→PCU

C館：腎センター→透析室、C3病棟、C4病棟

D館：D2→回復期リハ病棟、D3病棟→CDのD3病棟

③ 病院内緊急コールは、内線番号9999を押した者が、全館放送を直接可能とするシステムであるため、ゆっくりはっきり発声し、聞き取りやすいように行う

④ 0 番コールを行ったら、『0 番コール報告書』に記入し、医療安全管理者へ報告する（病院救急災害対策委員会と情報を共有する）

O番コール報告書			
報告日	年　月　日	時間	時　（□頃）
コール発信者	部署：　　氏名：		
内容 どのような事でO番コールをしたのか書いてください	招集場所：＿＿＿＿＿＿		
第1到着者　到着時間	コールから、約　　分後		
コール後の招集人数は十分足りていたか	□足りていた	□不足していた □医師　□看護師　□事務	
気になった問題点…			

＊コール発信者は、翌日までに記入し、医療安全管理者（看護部室内）へ提出する

(2) ホワイトコール

病院内暴力・危険行為事例が発生した場合の病院内緊急を『ホワイトコール』と呼ぶ。

（適応）

病院内で暴力事例が発生した場合で、手におえない判断した場合、病院内のスタッフ（守衛・男性職員）を招集するために使用する

（運用手順）

①. 病院内電話（固定電話）またはPHSを使用し、**内線番号　9999**を押し、病院内緊急コールを（2 回繰り返す）おこなう

例）**ホワイトコール**　CDのD3病棟　301号室
　　ホワイトコール　CDのD3病棟　301号室

※つながらない場合は、 PHS（7000）に連絡し、事務に一斉放送を依頼する

②聞き間違いを防ぐため、以下の呼び名に統一する

A館：A2病棟、A3病棟、A4病棟

B館：B2→産婦人科病棟、B3→PCU

C館：腎センター→透析室、C3病棟、C4病棟

D館：D2→回復期リハ病棟、D3病棟→CDのD3病棟

病院内緊急コールは、内線番号9999を押した者が、全館放送を直接可能とするシステムであるため、ゆっくりはっきり発声し、聞き取りやすいように行う

(3) レッドコール

病院内で火災が発生したとき、火災現場で人手が必要と判断したときコールする

火災現場で想定される行動

・初期消火

・避難誘導　など

（手順）

①病院内電話（固定電話）またはPHSを使用し、**内線番号　9999**を押し、病院内緊急コールを（2 回繰り返す）おこなう

例）**レッドコール**　CDのD3病棟　301号室
　　レッドコール　CDのD3病棟　301号室

※つながらない場合は、 PHS（7000）に連絡し、事務に一斉放送を依頼する

②聞き間違いを防ぐため、以下の呼び名に統一する

A館：A2病棟、A3病棟、A4病棟

B館：B2→産婦人科病棟、B3→PCU

C館：腎センター→透析室、C3病棟、C4病棟

D館：D2→回復期リハ病棟、D3病棟→CDのD3病棟

病院内緊急コールは、内線番号9999を押した者が、全館放送を直接可能とするシステムであるため、ゆっくりはっきり発声し、聞き取りやすいように行う

(4) 緊急時対応コール体制 （病院外）

『110 番直結　非常通報装置』

（適応）

緊急通報を行うべき事案が発生した場合、通常の 110 番通報を行うことが困難である時に使用する

（様々なケースが考えられるため、必要ありと判断した場合は使用する）

（運用手順）

上記適応の場合、非常押しボタンを押す （設置場所:D 館 1 階事務所、A 館 1 階会計医事課、B 館 1 階夜間受付の 3 か所）

詳細は通報場所に設置している「綜合警備保障株式会社作成の非常通報装置 ER-E804 概要説明書」参照

7.　院内における暴言・暴力対応について

（1） 暴力を振るう患者への対応

① 必要以上に患者に近づいたり、接触したりせず逃げ道を確保して対応すること

② 病室に入る時は扉を開けておく

③ 応援を依頼できる（ホワイトコール）準備をしておく（PHS 携行）

④ 場合によっては、入院継続について、患者およびその家族、主治医、病院スタッフで話し合う

（2） 患者同士が暴力行為に及んだ場合の対応

① 応援の職員を要請し、複数で速やかに当事者を引き離す

② 必要に応じて、双方の患者に説明し、転出、転棟、転院の取扱いを行う

③ 後日、暴力を受けた患者が被害届を希望する場合は、状況を確認したうえで警察に連絡する

（3） 暴力を受けた際の対応

① 医療事故発生時の報告対応に準じて速やかに対応する

② 救急外来を受診し身体状況の確認をする

③ 労災手続きや精神的支援

（4） 傷害事件としての取り扱い

8.　ヒヤリ・ハット発生時の対応

医療事故発生の背後には、約300件のニアミス例が存在すると言われている。

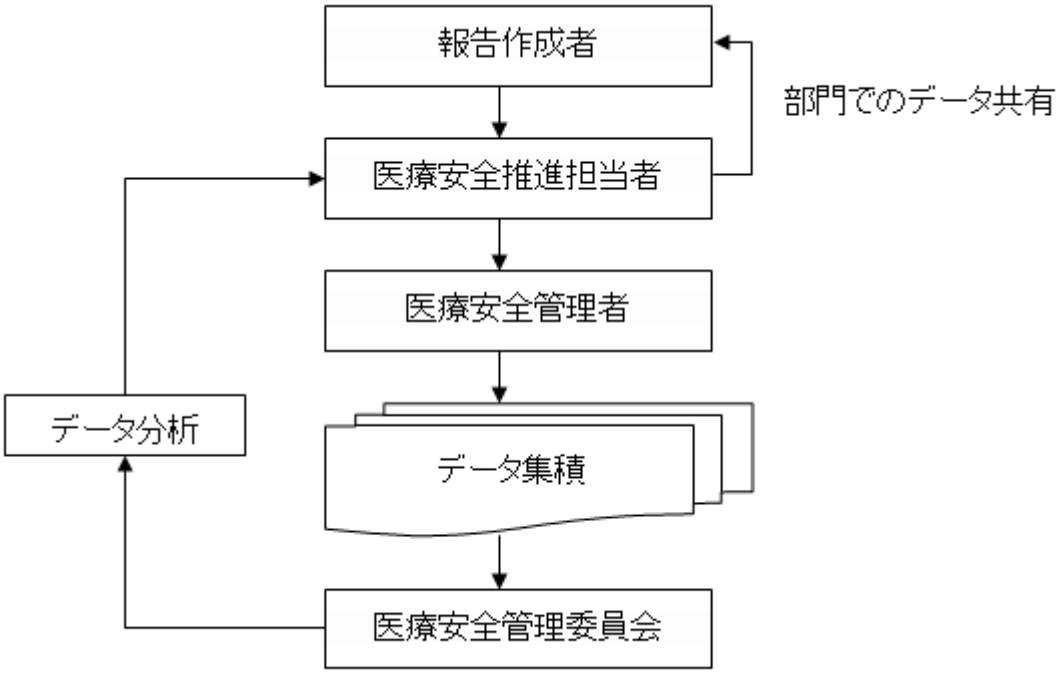
事故防止のためには、安全向上に焦点を当てた自発報告システムと、報告の収集とその分析が重要である。その上で問題点を検知して改善をはかるための医療システムの見直しに役立てることが目的である。

医療安全管理者を設置し、そのもとに提出された「安全のための報告書」に迅速に対応し、有効な対策をとるため、各部門に「医療安全推進担当者」を配置し、自部門の事故・インシデント等の収集・報告書提出の励行等の任務に当るものとする。

「安全のための報告」は決して個人の責任追及のためではなく、病院システムを改善するためのものである。従って報告書提出に起因する不利益処分から身分を保証されるものである。

9.　報告

（1）インシデント報告システム 『安全のための報告』



事象レベル

細字：インシデント　　**太字：アクシデント**

0.01　仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考える
0.02　仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる
0.03　仮に実施されていた場合、身体の影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる
1　実施されたが、患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
2　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）
3a　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）
3b　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）
4a　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の問題は伴わない
4b　永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容の問題は伴う
5　死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
その他：99　（針刺し、交通事故発生など）

インシデント事例の報告及び評価分析

① 報告

ア. 病院長は、医療事故の防止に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する

イ. ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要を文書（以下「安全のための報告」という）に記載し、原則として翌日までに、医療安全管理者に報告する

ウ. 医療安全管理者は、「安全のための報告」等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、委員会に提出する

エ. 医療安全管理者は「安全のための報告」を毎月各部門別に提出件数を累積し、委員会に報告する

オ. 「安全のための報告」を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行わない

カ. 「安全のための報告」は医療安全管理者において、同報告の記載日の翌日から起算して5年間保管する

キ.　過失の有無に関係なく報告する事象（以下、オカレンス報告）を定める。

つくばセントラル病院　オカレンス報告

～手術に関連した患者有害事象および予期せぬ事象についての報告（オカレンス報告の対象）～

1・予期せぬ術中、術後48時間以内の死亡

2・予定外の再手術で、同一入院中あるいは退院後7日以内に起きたもの

3・予定外術式の施行（予定しない臓器の摘出、腸管、出血、神経、尿管の吻合など）

4・手術時間の予期せぬ延長（予定手術時間の2倍以上もしくは3時間以上）

5・多量な出血（予定より濃厚赤血球5単位以上使用）

6・異物の残置（治療目的のものは除く）

7・医療器械、手術機器の不良、破損による手術中止や事故

8・麻酔に伴う有害事象（術後4時間以降に影響が残らなかったものは除く）

9・術後に生じた末梢神経麻痺、皮膚障害で術前は存在しなかったもの

10・患者搬送中の患者損傷

11・患者取り違え、手術部位取り違え

12・検体の取り違え、紛失

～患者有害事象および予期せぬ事象についての報告（オカレンス報告）の対象～

1・入院中の予期せぬ死亡例（心停止、呼吸停止、心筋梗塞、脳血管障害、肺梗塞など）

2・検査、処置の死亡、予定外の処置の実施

3・薬の誤投与による有害事象

4・現在の医療水準より逸脱したと考えらえる医療行為により発生した重篤な患者　の障害

② 評価分析

「安全のための報告書」について効果的な分析を行い、医療事故の防止に資することができるよう必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等詳細な評価分析を行う

③ 報告内容の共有

「安全のための報告」を匿名化し、病院内職員全てが閲覧できるようにする

（2） レベル3b以上の事例 「事例報告書」

（報告）

ア. 病院長は、医療事故の防止に資するよう、レベル3b以上の事例を把握する。

イ. 各部署の医療安全担当者はレベル3b以上の事例が発生した場合、医療安全管理部へ電話で一報を入れる

イ. 医療安全管理者は、ヒヤリング等で事例の詳細をまとめ、「事例報告書」を作成し、病院長へ提出する

エ. 事例は、医療安全管理委員会で報告し、情報を共有し、再発防止策の検討をおこなう

（評価分析）

レベル3b以上の事例について効果的な分析を行い、医療事故の防止に資することができるよう必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等詳細な評価分析を行う

（報告内容の共有）

医療安全管理部が事例を基に注意喚起をだし、再発防止の対策を全職員に周知徹底していく

（3） 患者死亡時 「死亡報告書」

（報告）

① 病院長は、病院で発生した死亡事例を把握する。

② 患者死亡時、死亡確認を行った医師が「死亡報告書」を記載し、医療安全管理部へ提出する

③ 医療安全管理者は、医療に起因する予期しない死亡事例か否かを確認し、検討事例は病院長へ報告する

（検討）

① 院内医療事故判定会議を少人数で行い、以下の事例を検討する

（院長、医療安全管理部（部長、医療安全管理者専従・兼任）、当該診療科長・当該医師、事務担当職員など）

ア. 医療事故制度の対象事例に該当するか

イ. 報告制度対象外でも検討すべきと判断される事例

死　亡　報　告　書

A)	報告者情報	提出年月日：　　年　　月　　日 診　療　科：＿＿＿＿＿＿記載医師名：＿＿＿＿＿＿ 連　絡　先：PHS（　　）or　内線電話（　　）
B)	患者情報	氏名　　生年月日 ID　　性別　　年齢　　歳
C)	死亡年月日	年　　月　　日 □午前・□午後　　時　　分 □外来＿＿＿＿時間後 or　□入院＿＿＿＿日目
D)	事故調査制度対象事例の可能性	**D－1．下記のいずれかはE）項目以降の記入は不要です。** □ 原病の進行、偶発症、施設管理（火災・地震等）などが原因である。 □ 死亡が予期されていることを説明済。あるいは、死亡が予期されていることを診療録その他の文章等に記録済である。 □ 一人で救急搬送され緊急対応のために記録や家族の到着を待って説明を行う時間の余裕がない状況で処置を行い、かつ比較的短時間で死亡した場合。 □ 過去に同一患者に対して同じ検査や処置などを繰り返し行っているために実施する前の説明や記録を省略した場合。 **D－2．下記にチェックが入ったら、事故調査になる可能性があるのでE）項目以降を記載してください。** 提供した医療に起因する（起因すると疑われる）死亡又は死産でかつ □ **死亡を予期しなかった（予期せぬ死亡事例に該当する可能性あり）。** □ **家族が死亡に対して不信感を抱いている（その可能性がある）。** □ **判断できず。**
E)	警察関係（検視・解剖）	1．検視：□無・□有（　　年　　月　　日） 警察署名：□牛久・□土浦・□稲敷・□その他（　　）警察署 2．解剖：□無・□有　　年　　月　　日
F)	死亡場所	1．□外来　□①救急外来　□②その他の場所（　　） 2．□入院　□①＿＿病棟＿＿＿号室　□②処置室 □③HCU　□④手術室　□⑤その他（　　）
G)	主治医 研修医（立ち会い）	1．＿＿＿＿2．＿＿＿＿3．＿＿＿＿ 4．＿＿＿＿5．＿＿＿＿
H)	臨床診断名	1．＿＿＿＿　2．＿＿＿＿ 3．＿＿＿＿　4．＿＿＿＿
I)	手術	1．□無 2．□有　①　　年　　月　　日　術式：＿＿＿＿ ②　　年　　月　　日　術式：＿＿＿＿ 3．合併症（死亡原因に関すると思われる） ①□無　②□有（　　）
J)	病理解剖・AI	1．病理解剖　□無　・□有 2．AI（□有・□無）
K)	その他 特記事項 家族との関係等	1．□　無 2．□　有（具体的に記載）

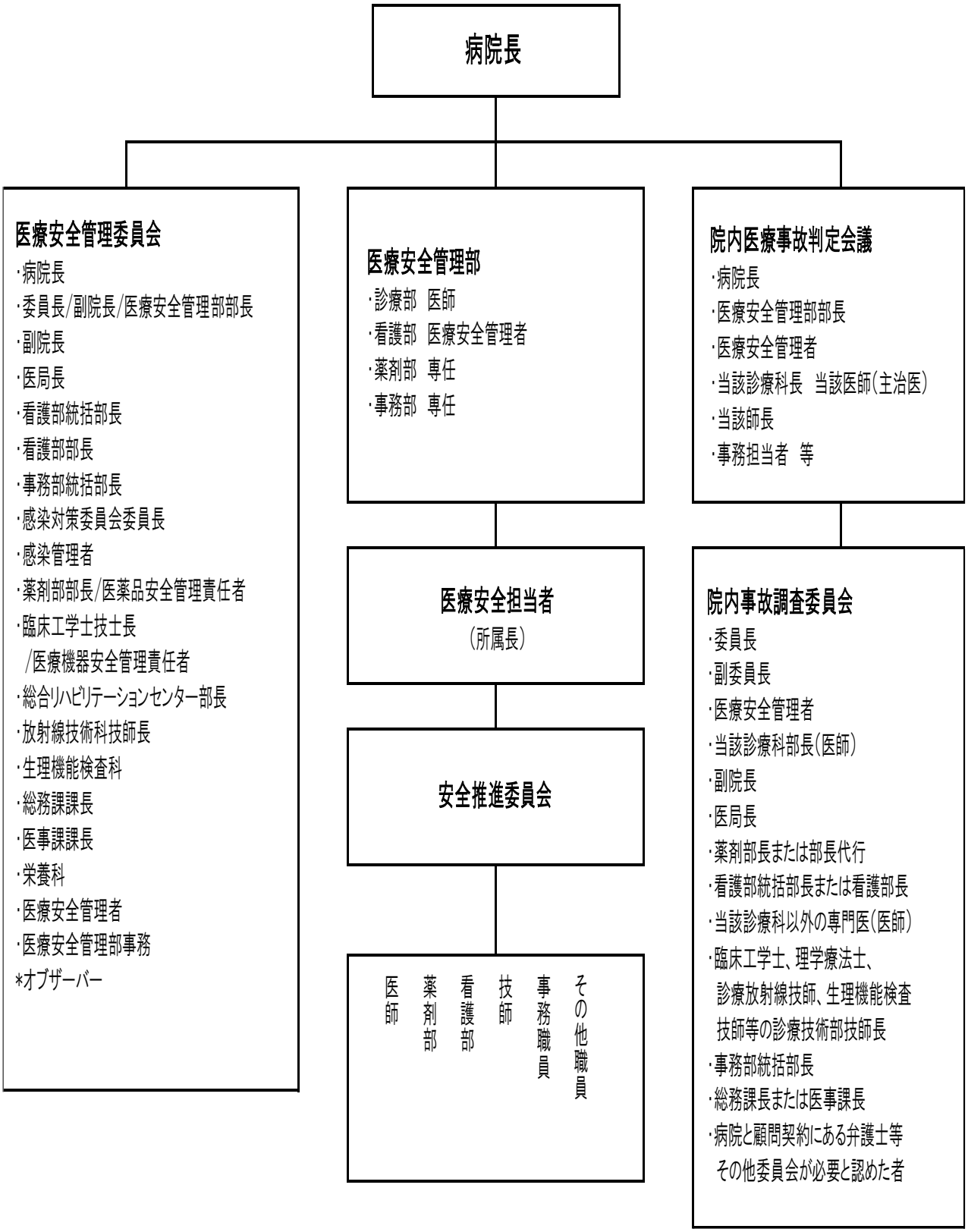
太枠の記載は必須！　　**⇒医療安全管理部へ提出**

社会医療法人　若竹会　つくばセントラル病院

10. 医療安全管理体制

医療安全体制にかかわる者の配置

2025.04



(1)　医療安全管理委員会

①　目的

委員会は、病院長の下にセントラル病院における医療事故対応、防止、安全向上を目的とした安全管理体制の確保及び推進のために設置する

②　任務

委員会は、次にあげる事項を審議する

ア．医療に係る安全管理体制に関すること

イ．医療に係る安全管理のための指針の作成及び見直しに関すること

ウ．医療事故を防止するための医療従事者に対する啓発に関すること

エ．医療事故に係る患者、家族への対応に関すること

オ．医療事故が発生した場合の原因の分析並びに改善策の立案、実施及び周知に関すること

カ．医療紛争に対する対応策に関すること

キ．医療に係る安全管理のための教育方針に関すること

ク．その他医療に係る安全管理に関すること

③　組織

次にあげる委員で組織する。

委員長（医師）、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、医局長、副院長、上席部長、看護部統括部長、看護部長、法人統括部長、総務課長、医事課長、診療技術部各所属長または所属長に任命された者（放射線技術科、生理機能検査科、栄養課）、感染管理者、総合リハビリテーションセンター部長、（オブザーバーとして、つくばセントラル病院、セントラル総合クリニック、セントラル腎クリニック龍ヶ崎からそれぞれ１名）

④　委員長

委員長は、病院長が任命した医師とする

⑤　開催要件

ア．委員会は、原則として毎月 1 回程度開催する。（原則第２金曜日）。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に開催することが出来る

イ．委員会は、メンバーの７割以上の出席をもって開催する

ウ．欠席者が多数により開催要件が満たされない場合は、原則として別途日程を調整し開催する

⑥　委員会以外の者の説明等

委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の説明又は意見の陳述を求めることができる

⑦　資料作成

委員会に係る資料は、委員長の指示により医療安全管理部が作成する

医療安全管理委員会

2025 年 4 月 1 日

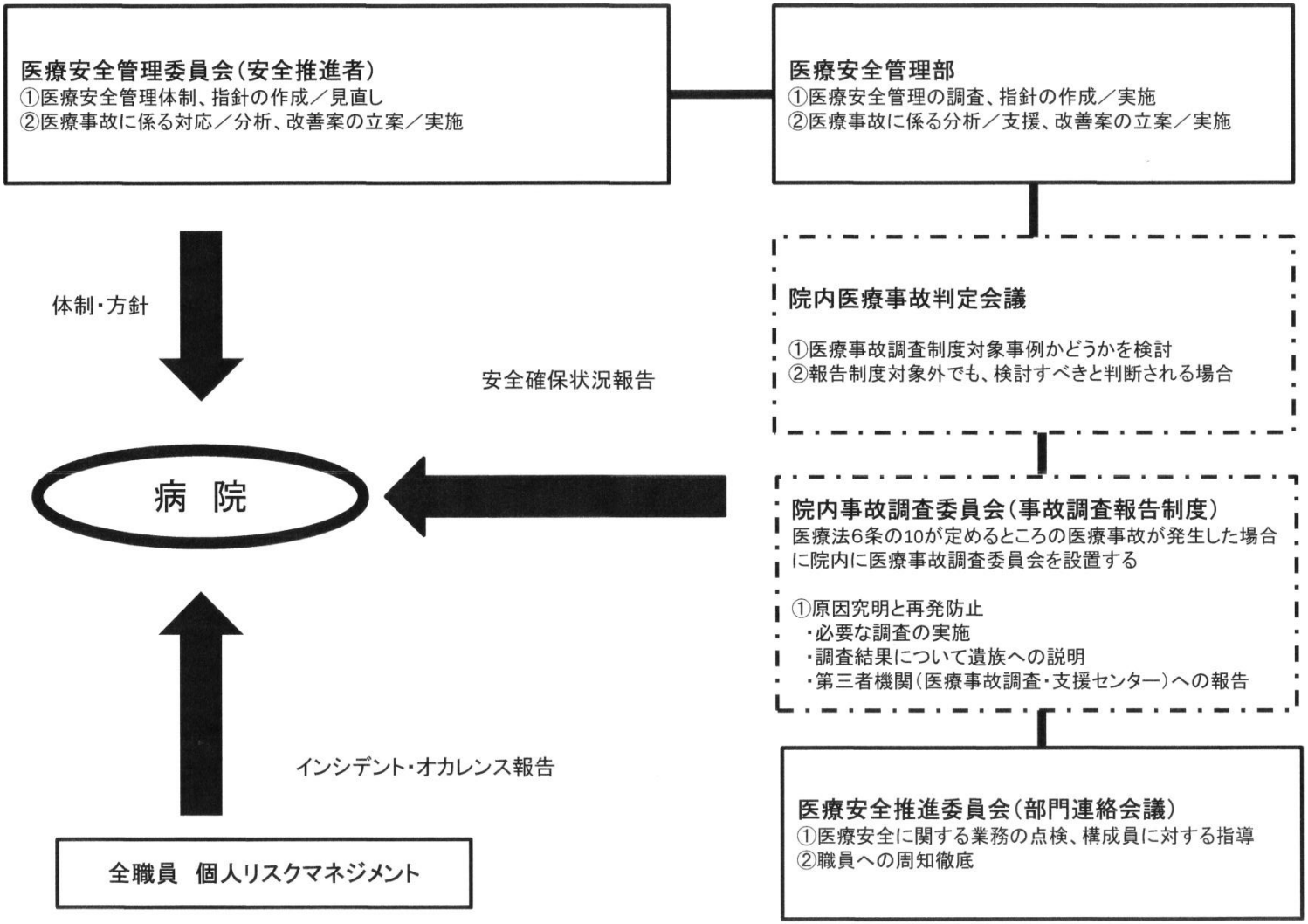
	委員会職名	2025 年度委員	
1	病院長	病院長	金子　剛
2	医療安全管理委員長	副院長/麻酔科部長	髙橋　宏
3	医療安全管理者（専従）	看護部師長	羽成　科代子
4	医薬品安全管理責任者	薬剤部部長	長沢　法子
5	医療機器安全管理責任者 透析液安全管理責任者	臨床工学部部長	中山　裕一
6	医療安全管理委員	副院長/外科消化器外科総合部長	髙垣　俊郎
7	医療安全管理委員	副院長/本部長/法人統括部長	柴田　恭宏
8	医療安全管理委員	副院長/医局長/消化器内科上席部長	浅岡　等
9	医療安全管理委員	泌尿器科上席部長	友部　光朗
10	医療安全管理委員	統括看護部長	木樽　京子
11	医療安全管理委員	看護部部長	森下　静
12	医療安全管理委員	総合リハビリテーション室部長	浅野　信一
13	医療安全管理委員	生理機能検査科技師長	饗場　仁美
14	医療安全管理委員	放射線技術科技師長	佐藤　雅之
15	医療安全管理委員	感染管理者/看護師長	髙橋　直子
16	医療安全管理委員	栄養科主任	太田　智子
17	医療安全管理委員	総務課課長	髙野　匡規
18	医療安全管理委員	原価管理部担当部長/医事課課長/ メディカルクラーク課課長	會澤　真亮
19	医療安全管理委員	メディカルクラーク課係長	湯原　久美子
20	医療安全管理委員	総務課	広瀬　智鶴瑠
21	オブザーバー	つくばセントラル病院理事長	金子　洋子
22	オブザーバー	地域連携室担当部長/地域連携室課長	山本　智佳
23	オブザーバー	セントラル腎クリニック龍ケ崎	松崎　あゆみ
24	オブザーバー	安全推進委員会委員長/ セントラル総合クリニック師長	山道　舞

委員会メンバー：２０名

（開催要件７割の出席：14 名）

オブザーバー：４名

医療安全管理システム


医療安全管理委員会（安全推進者）
①医療安全管理体制、指針の作成／見直し
②医療事故に係る対応／分析、改善案の立案／実施
医療安全管理部
①医療安全管理の調査、指針の作成／実施
②医療事故に係る分析／支援、改善案の立案／実施
体制・方針
院内医療事故判定会議
①医療事故調査制度対象事例かどうかを検討
②報告制度対象外でも、検討すべきと判断される場合
安全確保状況報告
病　院
院内事故調査委員会（事故調査報告制度）
医療法6条の10が定めるところの医療事故が発生した場合に院内に医療事故調査委員会を設置する
①原因究明と再発防止
・必要な調査の実施
・調査結果について遺族への説明
・第三者機関（医療事故調査・支援センター）への報告
インシデント・オカレンス報告
医療安全推進委員会（部門連絡会議）
①医療安全に関する業務の点検、構成員に対する指導
②職員への周知徹底
全職員　個人リスクマネジメント

(2)　医療安全管理部

①　業務

医療安全管理部においては、次の業務をつかさどる

ア．医療に係る安全管理についての調査及び分析に関すること

イ．医療に係る安全管理のための指針の周知徹底に関すること

ウ．医療事故等に係る患者、家族への対応の確認及び指導に関すること

エ．医療事故に係る診療録、看護記録等の記載等の記載内容の確認及び指導に関すること

オ．医療事故等に係る原因究明に関すること

カ．医療紛争に対する支援に関すること

キ．医療サービスの向上のための企画及び教育に関すること

ク．医療安全管理委員会の資料及び議事録の作成及び保存その他当該委員会の庶務に関すること

ケ．各部門における医療安全対策の実施状況の評価を安全状況報告に基づき実施する。
（電子カルテ→院内共有→医療安全管理部→安全状況報告）

コ．各部門からの医療安全管理部への要望を踏まえ、他部門との調整を行なう。

サ．各部門の安全報告に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成する。

シ．業務改善実施報告書に基づく、医療安全対策の実施状況を確認し記録する。

ス．業務改善確認書を用い１ヶ月・3 ヶ月・6 ヶ月・1 年後まで、再発を確認し評価を行ない、結果を記録する。

セ．医療安全管理委員会と連携し、業務を実施する。

ソ．業務の活動実績を記録する。（院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績など）

タ．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 回程度実施する。メンバーは医療安全管理部と、医療安全管理対策委員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とする。

チ．その他医療安全管理部に係る業務に関すること

②　部員

医療安全管理部に部の業務を処理する為、部員を置く

③　医療安全管理者

医療安全管理部に医療安全管理者を置く

業務以下参照

ア. 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価

・安全管理部門の業務目標を立案し、取り組む。評価指標を作成し業務内容の評価を行う

イ. 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の実施

（ア）: 安全のための報告の集計

・前月に報告されて報告について、事象レベル別件数、発生内容別件数、当事者別件等毎にグラフをまとめ報告する（医療安全推進会議、師長会等）

・特に職員への情報共有が必要と思われる個別の事例を抽出し報告する

（イ）: 安全のための報告内容確認

・報告された安全のための報告を速やかに内容確認し、疑義がある場合には報告者及び関係者に照合したのち報告書の訂正をサポートする

（ウ）: 分析・評価・対策の立案・対策の実施

（エ）: 個別事例に関して、関連部門と対策を検討し医療安全推進委員会にて医療安全担当者を通して職員に周知する

（オ）: 巡回

・各部門における医療安全対策の実施状況を把握するため、定期的に院内を巡回する

ウ. 各部門における医療安全担当者へ支援を行う

エ. 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

オ. 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

（ア）: 医療安全セミナーの開催

・前年度の安全のための報告内容や件数をもとに医療安全セミナーを行う

・医療安全セミナーの出席者の記録をとり保管する

・内容の選定及び外部講師の選定サポートを行う

（イ）: 医療安全関連情報の収集・加工・提供

・情報源より医療安全関連情報を入手し、医療安全ニュース等に加工して職員に情報提供する

（ウ）: 報告内容の共有

・安全のための報告を匿名化し、院内職員全てが閲覧できるようにする

（エ）: 医療安全に関する院内研修のサポート

・各委員会や各部署と協力し行う（新入職研修、看護部１年目研修、事務部勉強会等）

・院内研修に積極的に参加し、情報を収集する

（院内感染セミナー、薬剤安全使用のための勉強会、ＭＥ機器安全使用のための勉強会）

カ. 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

・患者相談窓口にて対応した相談内容を確認し、医療安全に関する内容を確認・抽出する

・抽出した医療安全関連の相談内容について対応策を関連部署に確認し、医療安全管理委員会に報告する

キ. 医療に係る安全管理のための指針の周知徹底に関すること

（ア）: 医療安全管理指針の改訂

・医療安全管理指針の見直し作業を年１回以上行い、医療安全管理委員会にて承認をえるための業務を行う

・改定後の指針を各部署に配布し、最新版への差し替え作業を依頼する

・ホームページの指針を最新版に更新依頼する

ク. 医療事故に係る診療録、看護記録等の記載等の記載内容の確認及び指導に関すること。

・必要に応じて診療録と安全のための報告を照合し、適正に診療録に記録されているかの確認を行う

ケ. 医療事故等に係る原因究明に関すること

・重大事故発生時には、病院長に医療事故判定会議の開催の必要性を確認し、会場の調整やメンバーへの連絡を行う

・議事録の作成に関与し、保管及び参加メンバーへの回覧の業務を担う

・決定された再発防止策の職員への周知を担う

コ. 医療紛争に対する支援に関すること

サ. 医療安全管理委員会の資料及び議事録の作成及び保存その他当該委員会の庶務に関すること

・医療安全管理委員会の事務局業務

・医療安全管理委員会の議事を医療安全管理委委員長と調整する

・会場の確保等の開催調整を行う

シ. その他医療安全管理部に係る業務に関すること

（ア）: 医療事故情報等収集事業への事例・発生件数報告

・医療事故情報については、レベル３ｂ以上の事例について院長または医療安全管理委員会にて報告事例として承認を受けた事例（事例発生より２週間以内の報告）

・ヒヤリハット事例報告については、報告事例に該当すると思われる事例を抽出し、医療安全管理委員会にて承認を得た事例（事故発生より 1 か月以内）について日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業のホームページの事例報告ページよりＷＥＢ入力を行う

・発生件数報告は、セーフマスターの評価機構広告件数集計機能により集計した情報を日本医療評価機構の医療事故情報収集等事業ホームページの発生報告入力ページから入力する

（イ）: アンケートの対応

（ウ）: 行政による立ち入り検査および病院機能評価等への対応

④　事務

医療安全管理部の事務は、病院総務部兼任の担当において処理する

⑤　協力

病院において業務を行う全ての者は医療安全管理部が行う調査・分析・指導・教育に協力しなければならない

⑥　助言、指導

ア. 医療安全管理部は、医療事故防止、医療事故が発生した場合の損害拡大防止、医療紛争への対応支援等に関して、診療グループ等院内組織の長に対して、助言・指導し、必要に応じて改善処置を命ずることが出来る

イ. 医療安全管理部は前項の指導及び改善処置を命じた場合は遅延なく病院長に報告するものとする

ウ. 指導をうけた組織の長は、その指導を尊重し、かつ、指導に付された期限までに対応状況を医療安全管理部に報告するものとする

エ. 改善措置を命ぜられた部門長・所属長は、直ちに改善措置の命令に従わなければならない

オ. 改善措置の命令を受けた部門長・所属長は、命令に付された期限までに措置状況を医療安全管理部に報告するものとする

⑦　報告

医療安全管理部は、医療安全推進委員会にて部の活動状況について定期的に報告する

(3) 医療安全管理者

医療安全管理者（専従・兼任）

つくばセントラル病院に、医療安全管理者専従、医療安全管理者兼任を置く

①　定義

ア. 医療安全管理者専従

安全管理業務や医療の質改善業務について中心的かつ包括的に進める役割を担う者として医療安全管理部へ置く

イ. 医療安全管理者兼任

安全管理業務や医療の質改善業務について中心的かつ包括的に進める役割を担う医療安全管理者を補佐する者とし医療安全管理部へ置く

②　業務

医療安全管理者は、病院長から委譲された権限に基づき、全病院的な安全管理業務や医療の質改善業務について中心的かつ包括的に進める役割を担い、次にあげる業務を行い、兼任はそれらの業務を補佐する

ア. 医療に係る安全管理についての調査及び分析に関すること

（ア）: 安全のための報告の集計

・前月に報告されて報告について、事象レベル別件数、発生内容別件数、当事者別件数、等をグラフにまとめ報告する（医療安全推進会議、師長会等）

・特に職員への情報共有が必要と思われる個別の事例を抽出し報告する

（イ）: 安全のための報告内容確認

・報告された安全のための報告を速やかに内容確認し、疑義がある場合には報告者及び関係者に照合したのち報告書の訂正をサポートする

（ウ）: 分析・評価・対策の立案。

（エ）: 個別事例に関して、関連部門と対策を検討し医療安全推進委員会にて医療安全担当者を通して職員に周知する

イ. 医療に係る安全管理のための指針の周知徹底に関すること

（ア）: 医療安全管理指針の改訂

・医療安全管理指針の見直し作業を年 1 回以上行い、医療安全管理委員会にて承認をえるための業務を行う

・改定後の指針を各部署に配布し、最新版への差し替え作業を依頼する

・ホームページの指針を最新版に更新依頼する

ウ. 医療事故等に係る患者、家族への対応の確認及び指導に関すること

（ア）: 患者相談窓口との連携

・患者相談窓口にて対応した相談内容を確認し、医療安全に関する内容を確認・抽出する

・抽出した医療安全関連の相談内容について対応策を関連部署に確認し、医療安全管理委員会に報告する

エ. 医療事故に係る診療録、看護記録等の記載等の記載内容の確認及び指導に関すること。

（ア）: 安全のための報告の確認

・必要に応じて診療録と安全のための報告を照合し、適正に診療録に記録されているかの確認を行う

オ. 医療事故等に係る原因究明に関すること

（ア）: 重大事故発生時には、病院長に臨時医療事故対応委員会の招集の必要性を確認し、会場の調整やメンバーへの連絡を行う

（イ）: 議事録の作成に関与し、保管及び参加メンバーへの回覧の業務を担う

（ウ）: 決定された再発防止策の職員への周知を担う

カ. 医療紛争に対する支援に関すること

キ. 医療サービスの向上のための企画及び教育に関すること

（ア）: 医療安全セミナーの開催サポート

・前年度の安全のための報告内容や件数をもとに医療安全セミナーを行う

・医療安全セミナーの出席者の記録をとり保管する

・内容の選定及び外部講師の選定サポートを行う

（イ）: 医療安全関連情報の収集・加工・提供

・情報源より医療安全関連情報を入手し、医療安全ニュース等に加工して職員に情報提供する

（ウ）: 報告内容の共有

・安全のための報告を匿名化し、院内職員全てが閲覧できるようにする

（エ）: 医療安全に関する院内研修のサポート

・各委員会や各部署と協力し行う（講師等）

（新入職研修、看護部１年目研修、事務部勉強会等）

・院内研修に積極的に参加し、情報を収集する

（院内感染セミナー. 薬剤安全使用のための勉強会. ＭＥ機器安全使用のための勉強会）

ク. 医療安全管理委員会の資料及び議事録の作成及び保存その他当該委員会の庶務に関すること。

（ア）: 医療安全管理委員会の事務局業務

・医療安全管理委員会の議事を調整し、進行役を担う

・議事録を確認し、委員会メンバーに院内ＬＡＮを通じて回覧する

・会場の確保等の開催調整を行う

ケ. その他医療安全管理部に係る業務に関すること

（ア）: 医療事故情報等収集事業への事例・発生件数報告

・医療事故情報については、レベル３ｂ以上の事例について院長または医療安全管理委員会にて報告事例として承認を受けた事例（事例発生より２週間以内の報告）

・ヒヤリハット事例報告については、報告事例に該当すると思われる事例を抽出し、医療安全管理委員会にて承認を得た事例（事故発生より１か月以内）について日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業のホームページの事例報告ページよりＷＥＢ入力を行う

・発生件数報告は、セーフマスターの評価機構広告件数集計機能により集計した情報を日本医療評価機構の医療事故情報収集等事業ホームページの発生報告入力ページから入力する

（イ）: アンケートの対応

（ウ）: 行政による立ち入り検査および病院機能評価等への対応

(4)　医療安全担当者

①　定義

医療安全担当者

組織における安全管理業務や医療の質改善業務について中心になって進める役割を担う者とし、セントラル病院の主な組織に置く

②　業務

医療安全担当者は、医療事故の発生を防止するため、当該組織において次にあげる業務を行う。

ア．常に業務の点検を行い、必要に応じ、システムの見直しを行うこと

イ．安全確保に関し、構成員に対する指導助言等を行うこと

ウ．医療事故防止のためのマニュアル等を策定・点検すること

エ．その他医療事故の防止に関すること

③　医療安全管理部との協力

医療安全担当者は医療安全管理部の医療安全管理者（専従・兼任）が行う業務に協力し、積極的に病院全体の医療の向上にも努めなければならない

④　安全のための報告書の提出

インシデント、アクシデントが発生した時は、安全のための報告を提出するように指導しなければならない

④　重大事例緊急報告

オカレンスのうち病院での患者の事故による死亡等病院管理上重大な問題が発生した時は、管理者に直ちに電話で報告しなければならない

医療安全担当者

氏名	部署
浅野　信一	総合リハビリテーションセンター
佐藤　雅之	放射技術科
饗場　仁美	生理機能検査科
中山　裕一	臨床工学科
長沢　法子	薬剤部
木樽　京子 森下　静	看護部
山道　舞 和地　悦子	外来
鈴木　章子	HCU 病棟
鈴木　章子	A2 病棟
滑川　恵子	A3 病棟
永藤　由美	A4 病棟
田上　栄子	B2 病棟
佐藤　千恵	B3 病棟
谷口　昌隆	C 棟
川又　みどり	D2 病棟
垣沼　裕子	D3 病棟
岸　直子	手術室
渋谷　美佳子	腎センター
柴田　恭宏	事務部
髙野　匡規	総務課
祝　憲一郎	経営企画課
山本　智佳	地域連携室
木村　良子	経理課
金久保　隆男	用度課
會澤　真亮	医事課

(5) 医療安全担当者委員会(部門連絡会議)

① 医療安全担当者委員会

月1回開催される部門連絡会議の一部を医療安全担当者委員会とし、医療安全管理委員会での決定事項の周知や安全文化醸成のための活動について確認する

② 医療安全担当者

各部門長を医療安全担当者とし、医療安全推進委員会等で提示された、医療安全活動方針に基づき各部門の医療安全の確保、向上に努める

(8) 安全推進委員会

① 各部署から選出された安全推進者が月 1 回開催する

医療安全管理委員会や医療安全担当者委員会での決定事項の周知や院内の安全文化醸成のための活動を推進する。

(7) その他の医療安全管理体制

① 各部門の医療安全担当者を中心に、「安全のための報告」に基づいた業務改善に取り組む

② 必要に応じて、部門間や多職種間で組織横断的な医療安全体制を構築し、医療安全上の課題に取り組む

③ 各種委員会(感染対策委員会、5S 委員会、ハートフル委員会等)が連携をとり医療安全の向上に寄与する

11. 患者相談窓口の設置

患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、院内に患者相談窓口を設置する

(1) 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間について患者等に明示する

(2) 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取り扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する

(3) 苦情により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う

(4) 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理者に報告し、当該施設の安全対策の見直し等に活用する

(5) 患者との情報共有に努め、診療録の開示請求があった場合は、別途規定等に基づき対応する

＊患者サポートマニュアル参照

12. 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、患者およびその家族等からの閲覧に求めがあった場合には、これに応じるものとする。本指針についての照会は、医療安全推進者が対応する。また、ホームページにも掲載し、常時閲覧できるようにしている。

13. 医療安全管理のための教育・研修

(1) 医療安全セミナー

① 医療安全管理を推進するため、年 2 回以上の全職員を対象とした医療安全セミナーを開催する

② 医療安全セミナーは、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、受講するように努めなくてはならない

④ 医療安全管理委員会は、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)を保管する

(2) その他、職員に対する安全教育

① 医療安全管理を推進するため、職種、経歴、役職毎の安全研修を行う(例:新入職員研修、新人看護師研修、医療機器取扱い研修等)

② 職員は、業務を安全に遂行するための知識の習得に努めなくてはならない

14.　医療安全マニュアルの作成

① 各部署の業務マニュアルに医療安全の確保に必要な事項を入れる

② 医療事故発生に想定されるエラーとチェック事項を、各部門別（又は関連）に要点を示したので、現在使用中のマニュアルを見直し、改定を行い、職員への周知徹底をはかる

15. 医療安全マニュアル（要点）

(1) 医師

①インフォームドコンセント（要点）

ア. カルテには、説明の内容、誰が誰に説明したかを記載する。

イ. 説明の場に看護師、家族も同席してもらい、情報の共有化をはかる。
その際は、同席者の氏名や本人との関係も明記する。

ウ. 患者の理解を促すために、図、解剖書、模型などを用いて説明し、理解度を確認する。

エ. 説明の場として患者のプライバシーを守るため、カンファレンス室、個室等を使用する。

オ. 癌告知や治療法に関し、可能な限り情報を公開し、患者本人の意志をできるだけ尊重する。

カ. 個々の検査についても結果を患者に十分説明するよう心掛ける。

説明は、当院で定めている「説明と同意について」の内容に準じて行い、説明内容や患者本人と家族等の反応を記録に残す。説明の際には、当院既定の説明用紙を用いて記録を残すことが望ましい。

②薬剤関係（要点）

ア. 医師は点滴・注射の処方に際しては、患者氏名、処方内容を確認してオーダー入力をする。

イ. 医師、看護師、薬剤師の3者間で、常に薬剤に関する情報交換を行う。

ウ. 原則として、口頭指示は出さない。やむを得ず口頭指示を行う際は、規定の手順を遵守する。

③症例検討会議事録の作成（要点）

ア. 症例検討会を行うにあたり、症例の蓄積、振り返り、客観性維持のために、参加者リスト、議論の内容など、議事録を作成する。

④デスカンファランスの施行（要点）

ア. 医療に起因する死亡（合併症を含む）、事象レベル 5、または 3b 以上の事例を経て死亡した事例について、当該科が主催し、主治医や関係部署と合同でカンファランスを行う。
患者死亡後、速やかに開催し、議事録を医療安全管理部に提出する。

(2) 薬剤部

① 医薬品の管理（要点）

ア. 取り間違い等のミス防止及び品質劣化の防止に留意するため、規制区分、剤形、保存条件を考慮し適正に行う

イ. 麻薬および向精神薬は、「麻薬および向精神薬取締法」に従い適正に管理する

ウ. 特定生物由来製品の使用記録の管理等は、薬事法及び関連法規に従い適正に行う
患者が持参した薬剤は、入院後の治療効果及び安全性の確保を考慮して適性に管理する

② 調剤（要点）

ア. 処方箋受け付け時には、記載事項の不備や個々の患者情報に留意し、処方箋監査および解析を行う

イ. 注射薬投薬指示の鑑査は、処方箋監査に準じる他、投与速度や投与経路等、製剤の特性を考慮して行う

ウ. 処方箋監査等により生じた疑義を解消した後に業務をすすめる

エ. 原則として、調剤者とは別の薬剤師により調剤監査を行った後に交付する

オ. その他、医薬品安全使用のための業務手順書に従う

③ 与薬（要点）

ア. 患者本人が薬剤を管理する場合、原則として薬剤師が用法およびその他注意事項を説明して渡す

イ. 随時コンプライアンスを確認し病棟スタッフにフィードバックする

ウ. 看護師管理の薬剤についても薬剤師が配薬カートへのセットを行う等積極的に関与する

④ 服薬指導（要点）

ア. 医師からの服薬指導依頼書に基づき行う

イ. 医薬品を使用した治療を行う上で必要な情報は、患者及びその家族、医療スタッフより収集し記録する

ウ. 服薬指導は、効能、効果や用法、用量、副作用等について理解度を確認し、且つ患者接遇に留意し適切に行う

⑤ 情報管理（要点）

ア. 常に最新の情報を収集し、必要時に適切に利用できるよう整理し保管する

イ. 医薬品に関する安全性、品質等についての情報を得たときは関連部署に速やかに提供する

ウ. 常時、医薬品に関する問い合わせに適切に対応する

(3) 看護部

看護業務の実施は、“看護倫理”および“看護部の理念”に基づいて行う

看護基準、手順書に添って行う

① 外来関連（要点）

ア. 患者をフルネームで呼び入れ、患者本人に名前、生年月日を言っていただくとともにIDで照合し再確認する

イ. 診察医による診療内容の明瞭な記載と署名を徹底する

ウ. 患者の状態の注意深い観察を徹底する

エ. 日帰り手術や検査終了後、帰宅前に患者の状態を再確認することを徹底する

オ. 転倒や転落等危険度の高い患者の把握と、移動時における注意深い誘導を徹底する

カ. オーダーを患者に、説明することにより誤りが防げる

キ. 複数の患者のオーダー処理を同時に行わない

ク. 検査伝票や検体容器には先に患者氏名、ID番号を明記する（病棟共通）

ケ. 検体ラベルは正しい位置に貼る。（病棟共通）

コ. 検体採取前に再度検体ラベル記載事項（患者氏名、生年月日、ID番号、容器）を照合する（病棟共通）

② 病棟関連（要点）

ア. 指示は電子カルテ（指示）で確認、実施する

イ.「おかしいな？」と思ったその場ですぐ確認する

ウ. 口頭指示は出さない、受けない

やむを得ず受ける場合は、口頭指示基準に従い、口頭指示メモを使用する

エ. 転記をしない

オ. 患者確認。患者名はフルネームで。基本はリストバンドを使用する

カ. 医療従事者間のコミュニケーションは綿密におこなう

キ. 急変時の対応は迅速かつ的確におこなう

③ 点滴・注射（要点）

ア. 個別に搬送されてきた薬剤は、1患者1トレイで準備する

イ. 実施者は、本人であることを患者に名乗ってもらうなどして、患者と一緒に確認 する

ウ. 点滴ラインの側管から薬剤を注入するときは、ラインを患者側からたどり、ライン全体を把握した上で実施する。

エ. 血管系と非経静脈的投与薬のラインは、注入口の内容が異なるものを使用する

オ. 医師、看護師、薬剤師の3者間で常に薬剤に関する情報交換を行う

カ. 基本はバーコードによる三点認証（看護師パスワード、患者リストバンド、点滴）を行う。

④ 呼吸管理（窒息、酸素吸入、気管カニューレ、挿管チューブ）（要点）

ア. 窒息が生じうる可能性が高い患者を予め想定しておくことや、窒息を生じないように食事内容を検討し、介護者が注意を払うことが重要である

イ. 窒息が生じたときには、一刻も早い気道確保が必要であり、必要な物品の準備点検や使用方法に習熟しておくことが重要である

ウ. 酸素ボンベの保管方法や使用前点検を徹底し、残量の確認や使用方法の教育が重要である

エ. 酸素投与中や気管カニューレ、気管内挿管中の患者は、胸郭の動きや、顔色、口唇、爪床の色のチェックなど、患者の状態を観察することがもっとも重要である。

オ. 異常が認められたり、疑わしい患者には、パルスオキシメーターの装着とアラーム設定が必要である

⑤ 精神障害・意識障害患者の扱い（要点）

ア. 興奮状態をおこしやすい患者は、観察しやすい部屋に移し、観察を綿密にする

イ. 危険物の確認を行う

ウ. 離床センサーや身体の抑制により、転倒・転落事故を防ぐ
点滴ラインは自己抜去されないよう常に注意する

ウ. 投薬の確認を充分に行う

⑥ 転倒・転落（要点）

ア. 年令、転倒・転落の既往の有無、運動・感覚機能障害の有無を考慮したADLの評価を行う

イ. 定期的な物品・設備・環境の点検と整備を行う

ウ. 転倒・転落に関する危険因子（認識力、薬剤、排泄等）の把握をする

エ. 患者の病態・病状の把握をする

オ. 患者や家族への指導を徹底する

⑦ 入浴・熱傷（要点）

ア. 入浴環境を整備する

イ. 入浴前後の患者の状態を把握する

ウ. 入浴設備・機器の整備点検を行う

エ. 入浴の介助を行う

オ. 保温機器による低温熱傷を予防する

カ. レスピレーター加湿器による熱傷を予防する

キ. 熱湯による熱傷を予防する

⑧ 自殺・自傷・行方不明（要点）

ア. 自殺・自傷の既往歴のチェックを行う

イ. 患者の所在と行動を確認する

ウ. 定期的な物品・設備・環境の点検と整備を行う

エ. 患者・家族とのコミュニケーションを図る

オ.　医療者間の情報交換を行う

(4) 手術室

① 手術（要点）

ア. 手術に使用する機器・器材の術前確認と準備を行う

イ. 執刀医、麻酔科医、看護師は術前訪問し、患者を確認する

ウ. 患者取り違え防止対策

（ア） 入室時に、患者本人にフルネーム・生年月日・手術部位を言ってもらい、患者と手術部位の確認をおこなう

（イ） 上記確認時、同時に診察券も確認する

（ウ） 入室後、リストバンドをバーコード認証し手術部門システムを起動させる

エ. 全症例に対しタイムアウトを実施し、患者誤認、手術部位間違いを防止する

オ. 手術体位による神経・循環障害を防止する

カ. 手術前と創部閉鎖前後に針、器械、ガーゼカウントを徹底する

キ. 移動、移送時の患者の安全管理を行う

ク. 患者家族の手術説明は、カードを使用し取り違えを防止する

ケ. 針刺し事故を念頭におき、感染性廃棄物の取り扱いに注意する

② 麻酔（要点）

ア. 機器、器材は、開始前に点検整備をしておく

イ. 麻酔で使用する薬剤は、適切に管理する

ウ. 麻酔中は常に担当医師が監視し、異常があれば応援を呼び、速やかに対処する

エ. 麻酔の安全管理は、看護師、薬剤師、臨床工学技士などと連携して行う

③ 輸血（要点）

ア. 輸液製剤の受領時・準備時・実施時に、医師と看護師で必要事項を照合、サインをする

イ. 輸血準備時に、血液製剤の血液型が患者カルテの血液型と一致していることを、複数の医師または医師と看護師で、声を出して確認する

ウ. 輸血開始後5分間と15分後にも十分に患者状態を観察する

(5) 生理機能検査科・放射線技術科（要点）

① 患者をフルネームで呼び入れ、患者本人に名前、生年月日を言っていただくとともにIDで照合し、再確認する

② 検査実施前に、患者への検査説明を十分に行う。また、その際、検査部位等の再確認行う

③ 検査の目的、方法等を確認し、理解した上で検査に臨む

④ 検査中は患者の観察を怠らず、医療機器と患者の接触事故や転倒、落下事故防止に努める
⑤ 造影検査では、造影剤の注入条件等について十分注意する
⑥ 必要な場所に救急カートを常備し、定期的に器具・薬品等のチェックを行う
⑦ 医療機器の日常点検を励行する
⑧ 言葉遣いや態度に注意し、患者に不快感を与えないよう心がける
⑨ 穿刺等を行う際には、タイムアウトを実施し患者間違い・部位間違いのないよう努める

(6) 総合リハビリテーションセンター(要点)

① 患者の本人確認をフルネーム・生年月日・ID・部屋番号・診断名等をもって適切に実施する
② 事前にカルテ・指示書等の資料より患者の病状や全身状態を把握する
③ 患者の高次神経機能障害の有無や精神状態を把握し、適切な評価・トレーニングを実施する
④ 患者の身体運動機能や感覚機能を適切に評価し、活動レベルに応じた介助およびトレーニングを立案・実施する
⑤ 患者の治療内容(特に、薬の処方内容で、精神安定剤・消炎鎮療剤・ステロイド剤等)を把握する
⑥ 患者の回復に合った日常生活活動の介助レベルとリスク情報を多職種で共有する

(7) 臨床工学科(要点)

① 医療機器の使用に際しては、機器を熟知した者が使用前点検を行う
② 医療機器の故障時には、まず患者の容体のチェックをする
③ 医療機器の故障時には、器械に頼らず、自分の視診、触診で対応する
④ 医療機器の安全な使用方法については、生涯学習の継続と教育推進をする
⑤ 医療機器は放置せず、使用後は直ちに機器管理室に返却保管する
⑥ 医療機器の日常および定期点検は確実に行う

(8) 臨床検査室(要点)

① 検体受付時に検査システム依頼画面と患者様属性の確認照合を行う
② 依頼項目と採血管が合致しているかを確認する
③ 採血管バーコードの破損・汚れの確認を行い、破損・汚れがある場合はラベルの再出をし、貼付しなおす
④ 分析器検査測定後、データの検歴チェック、異常値チェックを行う
⑤ 再検査実施後のデータ確認は再度全項目をチェックする

⑥ 用手法検査実施後結果入力時、2名以上で入力結果の確認を行う

⑦ 血液型検査はトリプルチェックを行い、確認後、検査台帳に押印する
夜間・休日は1名確認のため、声だし指差し確認を実施し、翌日検査者以外の2名による
チェックを行い検査台帳に押印する

⑧ 当日、未検査者の有無を確認する

⑨ 当日、未到着検査者の有無を確認する

⑩ 検査機器の終了点検及び始業点検の実施を行う

⑪ 検査試薬・消耗品の在庫確認を行う

⑫ 緊急検査結果報告は、担当医又は病棟看護師へ連絡し、報告確認のためサインをもらう

(9) 栄養科（要点）

① 食事オーダー、内容の確認を徹底する

② 「医療・福祉施設を対象とするセントラルキッチンにおける HACCP の考え方を取り入れた衛生管理の手引き書」の実施、励行

③ 再加熱カート・厨房機器の適正な使用及び管理の徹底

④ 配膳前の検品の徹底

⑤ 異物混入防止のため、身だしなみをチェックする

⑥ 安全な配膳車(シャトル)の取り扱いに努める

(10) 事務部（要点）

① 窓口での患者の呼出しは必ずフルネームで呼び、対応時は患者本人に、氏名、生年月日を言ってもらい確認する

② 処方箋を渡すときには、処方箋に記入してある患者氏名、生年月日、診療科を確認してもらい「間違いない」と言ってもらってから手渡す

③ 電話対応時、必ず名前は復唱する。また、用件を聞く

④ 患者送迎時は、道路交通法を順守し安全運転で送迎を行う

⑤ 安全に留意した施設・設備の保安管理に努める

⑥ 個人情報に留意して、患者情報を取り扱う

16.　その他

(1) 本指針の見直しおよび改正

① 医療安全管理委員会は、毎年1回以上、本指針の見直しを議事として検討する

② 本指針の改正は、医療安全管理委員会により決定する

(2) 本指針の閲覧・公開

① 本指針は、患者およびその家族から閲覧の求めがあった場合には、これに応じる
（本指針についての照会には医療安全管理委員会が対応する）

② 本指針は、患者相談窓口等の院内各所への配置およびホームページに要約を掲載して公開する

第 01 版　平成 14 年 04 月作成
第 02 版　平成 17 年 04 月改訂
第 03 版　平成 19 年 07 月改訂
第 04 版　平成 19 年 08 月改訂
第 05 版　平成 19 年 11 月改訂
第 06 版　平成 20 年 01 月改訂
第 07 版　平成 20 年 05 月改訂
第 08 版　平成 21 年 09 月改訂
第 09 版　平成 22 年 08 月改訂
第 10 版　平成 23 年 04 月改訂
第 11 版　平成 24 年 09 月改訂
第 12 版　平成 25 年 04 月改訂
第 13 版　平成 26 年 09 月改訂
第 14 版　平成 27 年 01 月改訂
第 15 版　平成 27 年 09 月改訂
第 16 版　平成 28 年 12 月改訂
第 17 版　平成 29 年 10 月改訂
第 18 版　平成 30 年 05 月改訂
第 19 版　平成 30 年 10 月改訂
第 20 版　令和 01 年 09 月改訂
第 21 版　令和 02 年 09 月改訂
第 22 版　令和 03 年 04 月改訂
第 23 版　令和 04 年 05 月改訂
第 24 版　令和 05 年 09 月改訂
第 25 版　令和 06 年 06 月改訂