

I. 安全管理のための指針

第1 目的

患者および家族の安全を確保し、病院内での療養生活において害が及ばないようにするとともに、病院および職員自身を守るため、事故や医療過誤を防ぐ安全対策を全職員で共有し、さらに医療事故発生時の適切な危機管理を行うことを目的とする。

第2 医療事故防止の基本的な考え方

医療事故を防止するためには、個々の医療従事者が患者の立場にたって、危機意識を持って日々の業務に当たると同時に、医療に関わる知識や技術の向上を図っていくことが不可欠である。しかし、今日の細分化・複雑化した医療環境の中では、単に医療従事者個人の努力に依存した事故防止のみでは対応に限界があり、また、「人はミスを犯すものである」との格言も考慮しないといけない。

従って、重大な医療事故を防ぐためには、重大な事故に至る前に軽微な事故やインシデントの情報を積極的に収集し、リスクを早期の段階で把握し、それらを分析することからシステム上の問題点を発見し、予防的な対応を組織的に行うような取り組みが必要である。

第3 医療安全管理指針の開示について

公立能登総合病院医療安全管理のための指針については、患者及び家族等に対して、隠すことなく提示することを原則として、ホームページ等に公開し、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

第4 用語の定義

- 1 「当院」とは、公立能登総合病院をいう。
- 2 「職員」とは、当院に勤務する医師、看護師、薬剤師、医療技術職員、事務員、委託業者職員（非常勤職員も含む）をいう。
- 3 事象の定義及び概念

1) インシデント：0～3a

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を指し、実際には患者へ障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、ある医療行為が①患者へは実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの障害が予測された事象、②患者へは実施されたが、結果として比較的軽微な障害を及ぼした事象を指す。なお、患者だけでなく、訪問者や職員に障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。

2) アクシデント（医療事故）：3b～5

- (1) 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関わらず、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障害を生じ、その経過が一定以上の影響を与えた事象

をいう。

3) 医療過誤

誤った治療・誤診・誤薬投与など、医療上の過失によって患者に傷害・死亡などの事故を起こすこと。

第5 医療安全管理体制の整備

1 院内における医療安全管理体制の確立に努める。

1) 医療安全管理責任者の配置

医療安全管理責任者は、病院における医療安全の総括的責任を担う者とする。

2) 医療安全管理者の配置

医療安全管理に関わる所定の研修を終了した、専従の医師、看護師、薬剤師等の資格を有する者とする。

(1) 医療安全管理者は、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、医療安全管理部部長の指示を受け、各部門のリスクマネージャーと連携・協働の上、医療安全管理部の業務を行う。

(3) 医療安全管理者は、安全管理についての専門的な知識の習得のため、病院内での研修のみならず院外の研修等に積極的に参加する。さらに、関連部会や委員会及び責任者と互いに連携し医療安全に努める。

(4) 医療安全管理者は、医療安全管理部の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。

①医療安全管理部の業務に関する企画立案及び評価に関すること。

②病院における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること。

③医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること。

3) 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品に十分な知識を有し、薬剤師資格を有する常勤職員を医薬品安全管理責任者として配置し、同責任者は院長の指示の下に、次に掲げる業務を行うものとする。

(1) 医薬品の安全使用のための手順書の作成

(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) 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施「医薬品の安全使用のための業務手順書」は別に定める。

(4) 医薬品の安全使用のために必要とする情報の収集や安全確保を目的とした改善策の実施。

4) 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器に十分な知識を有し、臨床工学技士資格を有する常勤職員を医療機器安全管理責任者として配置し、同責任者は院長の指示の下に、次に掲げる業務を行うものとする。

(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および保守点検の適切な実施。

(3) 医療機器の安全使用のため必要とする情報の収集や安全確保を目的とした改善方策実施。

5) 医療放射線安全管理責任者の配置

放射線診断部長を配置する。

6) リスクマネージャー（医療安全推進担当者）の配置

(1) 医療安全管理に必要な知識及び技能を有する者であって各部署の医療安全を常に監視し、問題点の指摘指導をする者とする。

(2) 各部門、部署の医療安全管理の推進に資するため、リスクマネージャーを置く。

リスクマネージャーは院長が任命し、次の各部門の長がその職務を担う。

①診療部門、看護部門（病棟、外来等）、薬剤部、リハビリテーション部、臨床検査部、診療放射線部、栄養部、臨床工学技士室、事務部門

(3) リスクマネージャーの役割

①医療事故(アクシデント)・インシデント情報を収集し、分析を行い、対策案を立て医療安全管理委員会に提言する。

②インシデントレポートの内容を検討し、レベル区分の評価、承認を行う。

③医療安全管理委員会、安全管理委員会及び医療事故調査委員会の指示事項を各部門に伝達する。

④各部門の安全対策や実施状況の監査を行う。

⑤医療安全に関して医療安全管理者と連携を密にして、情報交換をする。

7) 医療安全リンクスタッフの配置

院内各部署の日常の医療安全に係る業務管理を担当する者を配置し、リスクマネージャーがこれを任命する。

2 医療安全管理部門の設置

1) 安全管理のための院内組織体制

当院における医療安全体制と患者の安全確保を推進するために、次に掲げる組織、委員会を設置する。

①医療安全管理部

②医療安全管理委員会

③臨時医療安全管理委員会

④医療事故調査委員会

また、医療安全管理部は、医療安全リンクスタッフ部会及び医療安全カンファレンスを実施し、さらに他の委員会等と組織横断的に連携を図る。

2) 医療安全管理部の設置

医療安全管理部は、医療安全管理部門及び感染管理部門で構成し、両部門が連携して安全で質の高い医療の提供に努める。

3) 医療安全相談室の設置 <医療安全相談室運用基準 対応マニュアルは別に定める>

患者及び家族からの医療安全に関する質問、苦情、意見、訴え等の相談に答え、医療安全及び信頼を確保するため医療安全相談室を置く。

4) 相談窓口の設置 <マニュアルは別に定める>

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常設する。

3 医療安全に関する委員会の設置

1) 医療安全管理委員会の設置 <要綱は別に定める>

目的を達成するため、公立能登総合病院に医療安全管理委員会を設置する。

2) 臨時医療安全管理委員会 <要綱は別に定める>

職員が関係する医療事故等に対し、迅速かつ的確に対応するために、必要に応じて臨時医療安全管理委員会を設置する。

3) 医療事故調査委員会 <規程は別に定める>

院長が調査を必要と認めた事故の確認及び原因究明を行い、再発防止を図る事を目的とする。業務ごとに本指針の第2「医療事故防止の基本的な考え方」を基に、具体的な注意事項を記載した事故防止のためのマニュアルを、別に作成する。

4) 感染対策委員会 <規定は別に定める>

院内感染対策体制の確保に関わる措置を講ずる事を目的とする。

4 医療安全管理のための職員研修

個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

1) 医療安全対策職員研修

(1) 年2回職員全体研修を実施する。それ以外にも必要に応じて開催する。

(2) 実際に身近に起こった医療事故やインシデントの事例を取り上げて検討することで、常に新しい情報を提供するなどし、安全意識の低下を未然に防ぐ工夫をする。

(3) 実施内容について記録を行う。

2) 新規採用職員及び看護補助者の研修

事故防止の基本及び安全確保のための技術指導を行うとともに、自分が事故の当事者になり得ることの自覚を持たせるよう指導する。また、インシデント、アクシデントの発生時の対応や病院内における報告手順等についても習得させる。

5 アクシデント報告体制の整備

1) 医療事故発生時の報告

アクシデントが発生した場合には、事故による被害を最小限にとどめ、患者の安全確保に努めるとともに、患者・家族に対する適切な説明責任を果たさなければならない。また、アクシデント発生時には、迅速な判断に基づく報告と対応が必要である。

(1) 医療事故が発生した場合は、次の通り直ちに上司に報告する。各上司は院長・病院事業管理者、看護部長に報告と共に、医療安全管理者にも報告する。なお、各所属の報告命令系統は次のとおりとする。

①医師・歯科医師→診療部長→院長・病院事業管理者

②看護師→看護師長→看護部長→院長・病院事業管理者

③薬剤師→薬剤師長→院長・病院事業管理者

- ④診療技術部→各科技師長→院長・病院事業管理者
- ⑤事務職員（委託も含む）→課長→本部長→院長・病院事業管理者
- ⑥医療安全管理者→医療安全管理委員会委員長（医療安全管理部部長）

2) 医療事故発生時の対応体制

- (1) 院長・病院事業管理者は、報告を受けた事項について医療安全管理者と協議し、重大事案では、緊急の臨時医療安全管理委員会を開催する。
- (2) 医療安全管理者は、臨時の医療安全管理委員会の開催を医療安全管理委員会委員長に報告する。
- (3) 医療安全管理者は、速やかに情報収集を行い、診療録その他関係資料の確認並びに関係職員への聞き取りを実施する。また、開催に向けた調整及び準備を行う。
- (4) 職員は、調査を必要と認めた事故の確認および原因究明、再発防止策を検討するための聞き取りに対し、全面的に協力する。
- (5) 臨時医療安全管理委員会で協議し、最終的に院長が、医療事故調査委員会（第3者委員含）を開催するか決定する。
- (6) 医療事故調査委員会の開催が決定されたら、医療安全管理者は、医療事故調査支援センターに報告する準備を行う。＜医療事故調査委員会設置規程参照＞

3) 緊急事態による医療事故発生時の措置

緊急事態の初動 ＜救命処置マニュアル・院内緊急事態発生時のフローチャートを参照＞
や過失の有無に関わらず、重大な（レベル3b以上）事態が発生した場合には、まず患者にとって必要と考えられる医療上の最善の措置を講ずる。

4) 医療事故発生時の患者・家族への対応

- (1) 院長に報告することなく、当事者のみで軽々しい行動をとってはいけない。
- (2) 事故発生後、最初の対応は責任ある医師（他部門の場合はこれに準ずる責任者）が迅速に（24時間以内）患者・家族に対しては、心情に配慮したうえで、遺憾の意を表明し、発生した事実について正確かつ誠実に伝えなければならない。なお、事案の理由や原因の説明は、調査が終了するまで猶予されるものとし、初期説明時には不要とする。
- (3) 重大事故については診療部長等の責任ある立場のものが同席して、患者やその家族に対して誠実にかつ速やかに事実の説明をする。
- (4) 患者・家族の法的対応、補償事項に関しては総務課で対応し、最終決定は院長・病院事業管理者で決定する。

5) 医療事故発生時の事実経過の記録

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・看護記録に経時的にかつ適切に詳細記載しなければならない。

- (1) 記録は具体的に記載し、以下の事項に留意する。
- (2) 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
- (3) 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと。
- (4) 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は行わない）

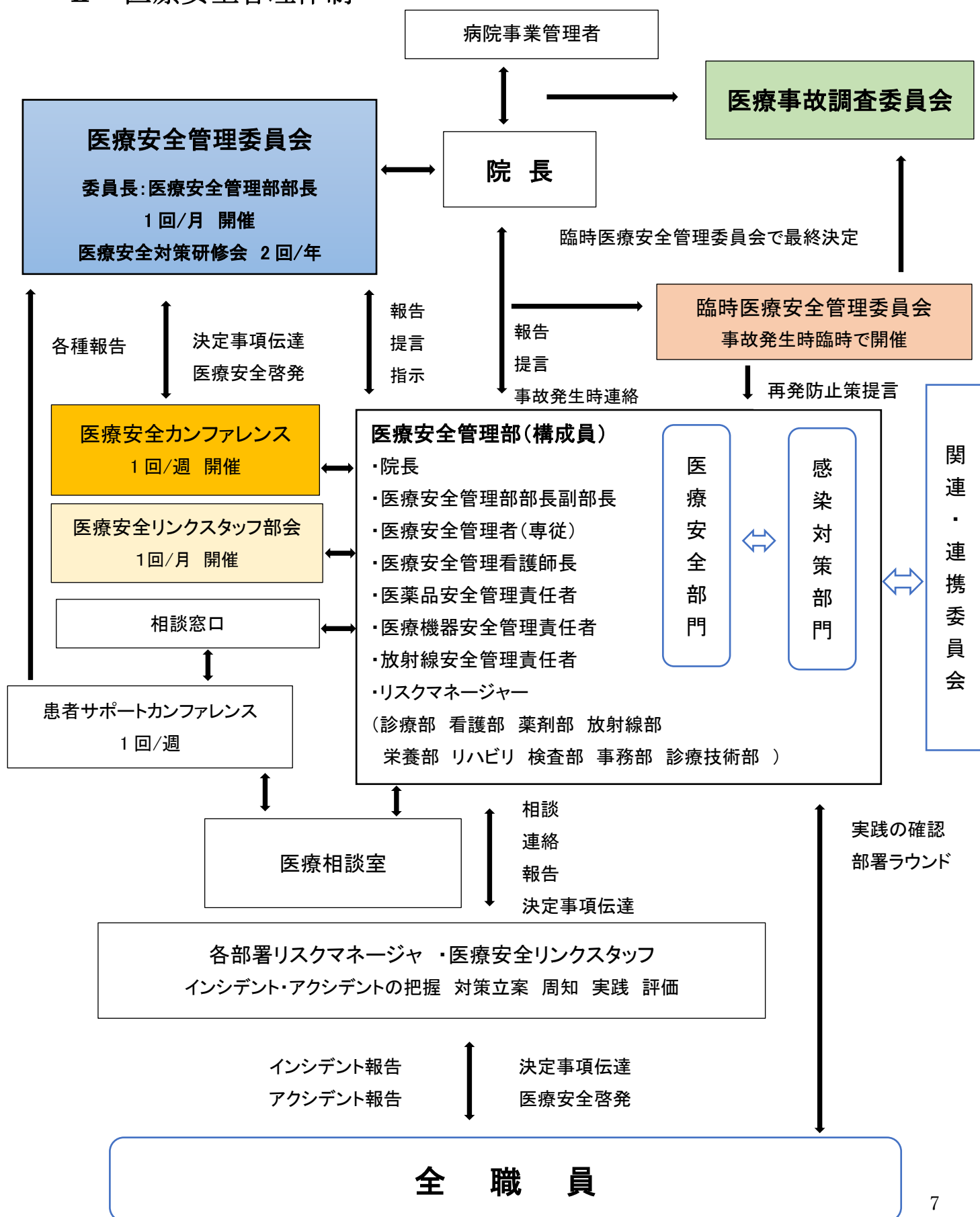
6) 医療事故の公表 <公立能登総合病院事故の公表基準を参照>

公表するか否かは、安全管理委員会（病院事業管理者、院長）に委ねる。

公表時には患者・家族の同意を得る。

届出（所轄保健所・警察）及びマスコミ対応（発表）は「公立能登総合病院医療事故の公表基準」に準じて行う。

Ⅱ 医療安全管理体制



Ⅲ インシデント・アクシデントの収集と分析と周知

医療事故防止のために、先ず何が問題で、何処にリスクがあるかを把握することから始まる。起こってしまった事故のみならず、インシデントを収集することが有用であり、インシデント・アクシデントの収集体制に全職員が参加する必要がある。

インシデント・アクシデントの報告は電子カルテの「CLIP インシデント報告分析システム」より報告し、所属のリスクマネージャー、部門責任者を経て医療安全管理部で収集・管理するものとする。収集された報告書の分析結果を踏まえ、職員はその対策を講じるよう努力しなければならない。

1) インシデント・アクシデント提出者に対する不利益処分の禁止

- (1) インシデント報告をした職員に対し、当該事例を理由に不利益処分は行わない。
- (2) アクシデントを報告しなかった職員には、より厳しい処分が課せられることになる。

2) 報告手順

- (1) 電子カルテの、「CLIP インシデント報告分析システム」より報告する。
詳細は別添えの『「CLIP インシデント」（インシデントレポート報告書）の入力手順書及び「CLIP インシデント」報告手順・操作手順』を参照する。
- (2) 電子報告システムが利用できない職員（管理課、総務課事務職員 防災センター職員）は別紙「インシデントレポート」用紙を使用し、所属長が承認し、医療安全管理部に提出する。
- (3) 部署リスクマネージャーを通し、部門責任者の承認を経て、医療安全管理室で受理・管理する。

3) 分析・報告・周知

毎週実施する医療安全カンファレンスで分析検討され、重要な事例に関しては医療安全管理委員会で報告する。決定された再発防止策、是正策は、医療安全管理委員会報告書に記載し、監理会議で報告する。報告された内容は、公立能登総合病院院内メールで全職員に周知する。

また、CLIP インシデント報告分析システム内の、院内周知、公開一覧、掲示板を使用し、全職員に周知する。確認した職員を、月 1 回確認し、未確認職員へは、リスクマネージャー、リンクススタッフを通じて確認を促す。

4) インシデントで報告する範囲

インシデントレポートで報告する範囲	
対象	対象外
①患者に障害が発生した事態 (ただし、右欄に掲げる事項を除く) ②患者に傷害が発生する可能性があった事態 ③患者や家族からの苦情 報告する内容 ・指示だし情報伝達過程に関する内容 ・処方与薬に関する内容 ・注射点滴薬に関する内容 ・調剤・製剤管理に関する内容 ・輸血に関する内容 ・診療治療処置に関する内容 ・医療用具・医療機器に関する内容 ・チューブドレーン類の使用管理に関する内容 ・検査に関する内容 ・患者誤認に関する内容 ・療養上の世話療養生活場面に関する内容 ・給食栄養に関する内容 ・患者家族への説明接遇に関する内容 ・施設設備搬送に関する内容 ・褥瘡に関する内容 ・書類紛失に関する内容 ・個人情報漏洩に関する内容 ・自殺、自殺企図 ・無断離院 ・予期しない合併症 ・発見、対処（処置）の遅れ ・自己管理薬の服薬ミス ・患者の針刺し ・院内感染による死亡や障害 等	①食中毒 ②職員の針刺し（EPINet 日本版で記載） ③暴行傷害（事件）窃盗盗難（事件） (ハラスメント等被害報告書で記載)

※インシデントレポートは、事故当時者の個人的責任を追及するものではなく、収集した情報を分析し、医療事故防止改善策を検討し、実施する目的に使用する。

5) 影響度分類（報告時点）

レベル	障害 継続性	障害の程度	内 容
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
1	なし		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	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）
3a	一過性	中等度	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）
3b	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	有意な機能障害や美容上の問題を伴うかどうかによらず、永続的な障害や後遺症が残った
5	死亡		死亡 （原疾患による自然経過によるものを除く）

※この中には、不可抗力によるもの、過失によるもの、予期せぬ事態などが含まれる。

※3 a 以上は、24 時間以内に所属長に報告。内容によっては、院長・看護部長に報告。

※3 b 以上は、院長・看護部長に報告。

6) 死亡症例報告

- (1) 医療従事者は、入院患者が死亡した場合、死亡に至る経緯及び死亡原因、家族への説明内容と反応などについて、診療録に記載する。
- (2) 院内死亡報告書は、医師（主治医または、死亡時担当した医師）が記載し、遅滞なく医療安全管理部に提出する。
- (3) 提出された院内死亡報告書をもとに、医療安全管理者は診療録等を確認し、院長に提出する。
- (4) 主治医または担当した医師は、死亡時の AI、病理解剖の説明をし、その結果を診療録に記載する。

特に、「予期していなかった死亡」「医療に起因したまたは、起因したと疑われる死亡」は、死亡後 AI、病理解剖を推奨する。

7) 合併症と考えられてもインシデントレポートを報告すべき事例

(1) 患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象

以下の内容の事象が発生した場合は、インシデントレポート報告をする。

(別表 1)

①	手術等の侵襲的手技 ^{※1} における患者、部位、手技または人工物の取り違い
②	手術等の侵襲的手技 ^{※1} における意図しない異物の体内遺残
③	薬剤または栄養剤等の投与経路間違い (経消化管/非経消化管投与の取り違いまたは経静脈/髄腔内投与の取り違い)
④	ハイアラート薬の過剰投与 (インスリンの予定量の 10 倍以上の投与、高濃度カリウム液の急速投与又は抗がん剤の過量投与)
⑤	既知のアレルギー又は禁忌薬剤等の投与 ^{※2} による死亡又は後遺障害
⑥	意図しない不適合な血液又は血液製剤/成分の輸血又は臓器の移植
⑦	放射線治療における照射線量の設定間違い、照射部位の間違い又は累積線量の誤認
⑧	栄養剤等の注入前に検出されなかった消化管チューブの気道への留置
⑨	気管切開チューブの迷入による死亡又は後遺障害
⑩	医療用ガスの取り違い、酸素投与が指示されている患者への無投与による死亡又は後遺障害
⑪	医療機器の誤使用又は故障による死亡又は後遺障害
⑫	重大な検査結果 ^{※3} の確認、伝達又はフォローアップの失敗による死亡又は後遺障害

※1 手術室以外で行われるものを含む。カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺（末梢血管穿刺等の軽微なものを除く）を含む。

※2 アレルギー・禁忌情報を把握した上で、リスク・ベネフィットを医学的に判断して投与した場合を除く。

※3 検査結果には検体検査・画像検査・生理学的検査・病理学的検査が含まれる。

- ・患者（や家族）が予期していない合併症
- ・患者（や家族）が予期していても、医療者がヒヤリハットした合併症
- ・患者（や家族）が予期していても、重篤な結果となった合併症
- ・診断・発見・対処・処置が遅れた可能性が否定できない事例
- ・患者や家族から苦情のでた医療行為

<手術におけるインシデント報告基準>

- ・術中死亡、予期しない心停止、重篤な中枢神経系（脳・脊髄）合併症
- ・予期しない再手術
- ・大量出血
- ・手術時間の予期しない延長
- ・予定しない臓器の切除や修復

2) 患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象であっても、以下の項目の事象が発生した場合は、インシデントレポート報告をする。

(別表 2)

①	手術等の侵襲的手技※ ¹ における以下の事象：術中心停止、大量出血※ ² 、周辺臓器損傷※ ³ 又は予定外の再手術
②	硬膜外麻酔又は脊髄くも膜下麻酔に関連する血腫による死亡又は後遺障害
③	気道確保困難又は食道挿管による死亡又は後遺障害
④	鎮静による死亡又は後遺障害
⑤	カテーテルによる検査又は治療における 3Gy 相当の症状が発生した高線量被曝
⑥	生体情報モニターのアラームへの対応に関連する死亡又は後遺障害
⑦	肺血栓塞栓症による死亡又は後遺障害
⑧	脳空気塞栓症
⑨	分娩に関連する母体の死亡又は後遺障害
⑩	入院中の患者の自殺又は自殺未遂
⑪	転倒・転落による死亡又は後遺障害
⑫	ベッド柵による挟まりまたは拘束具の使用による死亡又は後遺障害

※1 手術室以外で行われるものを含む。カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺（末梢血管穿刺等の軽微なものを除く）を含む。

※2 各病院で明確な基準を設定する。（例：術中ショックを伴った大量出血）

※3 カテーテル治療における血管穿孔、消化管内視鏡における消化管穿孔を含む。

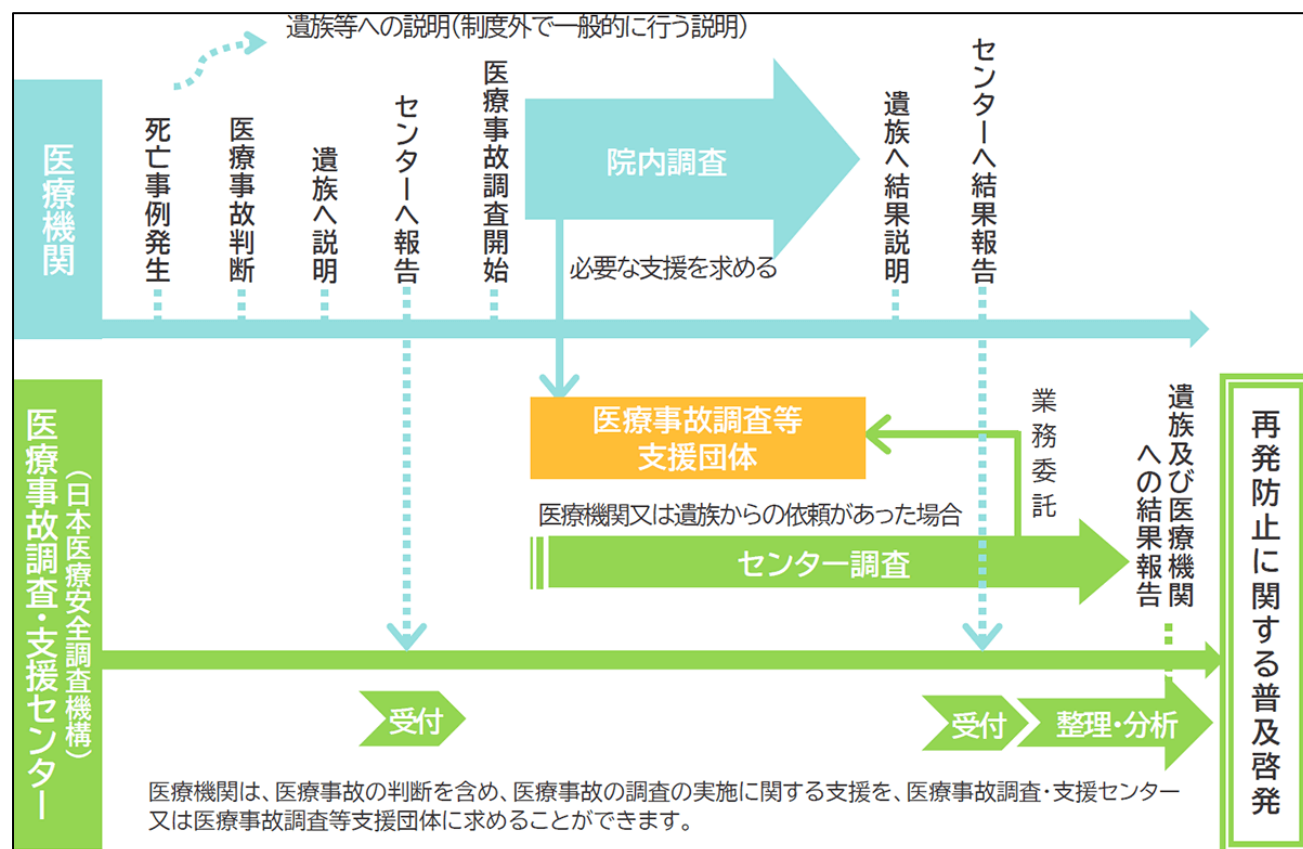
上記に示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部で情報を集積して発生傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告及び必要な対策を実施する。

IV. 医療事故調査制度における死亡事故発生時の対応

1) 医療事故調査の流れ

医療事故調査は図1のようなながれで行われる。

図1：医療事故調査制度に関する法令



出典：厚生労働省 HP「医療事故調査制度について」医療事故調査制度の概要

(<https://www.medsafe.or.jp/survey/medical#sec06>) 日本医療安全調査機構

2) 医療事故の定義

(1) 医療法第6条の10,「当該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つて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」として厚生労働省で定めるものをいう。

①本誌度の対象となる医療事故 *過誤の有無を問わない。

	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	—
管理者が予期したもの	—	—

②「医療に起因する（疑いを含む）」死亡又は死産の考え方

医療（下記）に起因し、又は起因すると疑われる死亡または死産の考え方	左記に含まれない死亡又は死産
■ 診察 ・徴候または症状に関連するもの ■ 検査等（経過観察を含む） ・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） ・投薬・注射（輸血を含む）に関連するもの ・処置に関連するもの ・手術（分娩を含む）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 以下の事案については院長が医療に起因し、または起因すると疑われると判断したもの ・療養に関するもの、転倒転落、誤嚥、患者の隔離、身体拘束・身体抑制に関連するもの	左記以外のもの ＜具体例＞ ■ 施設管理に関連するもの ・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） ■ 現病の進行 ■ 自殺（本人の意図によるもの） ■ その他 ・院内で発生した殺人・障害致死、等

③予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの

当該死亡又は死産が予期されていなかったものとして、以下の事項のいずれにも該当しないと院長が認めたもの 一 院長が当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該患者等に対して、当該死亡又は死産が予期されていることを説明したと認めたもの 二 院長が、当該医療の提供前に、医療従事者等により、当該死亡又は死産を予期されていることを診療録その他の文書棟に記録していたと認めたもの 三 院長が当該医療の提供に係る医療従事者等から事情の聴取及び、医療の安全管理のための臨時医療安全管理委員会からの意見の聴取を行った上で、当該医療の前提前に、当該医療の前提に係る医療従事者等により、当該死亡または死産が予期されていると認めたもの
--

*省令第一号及び第二号に該当するものは、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事。

*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、医療法第一条の四第二項の規定に基づき、

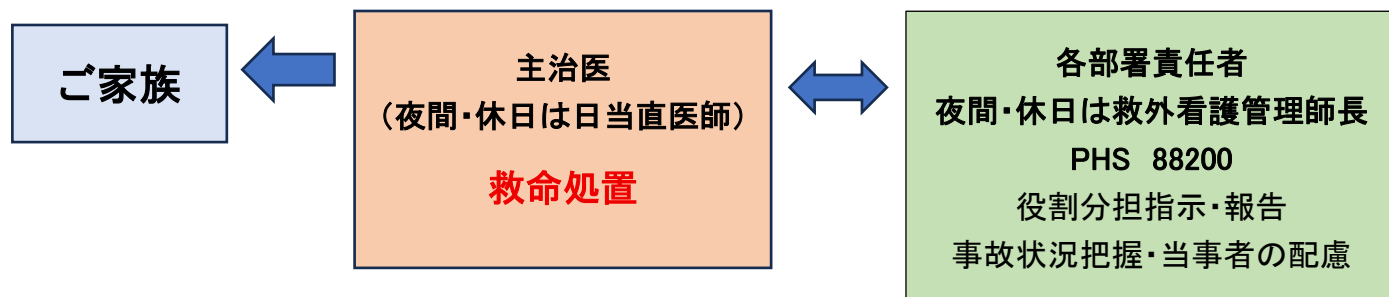
適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めること。出典：厚生労働省医政発 0508 第一号「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部施行（医療事故調査制度）について」（平成 27 年 5 月 8 日）

3) 重大医療事故発生時のフローチャート

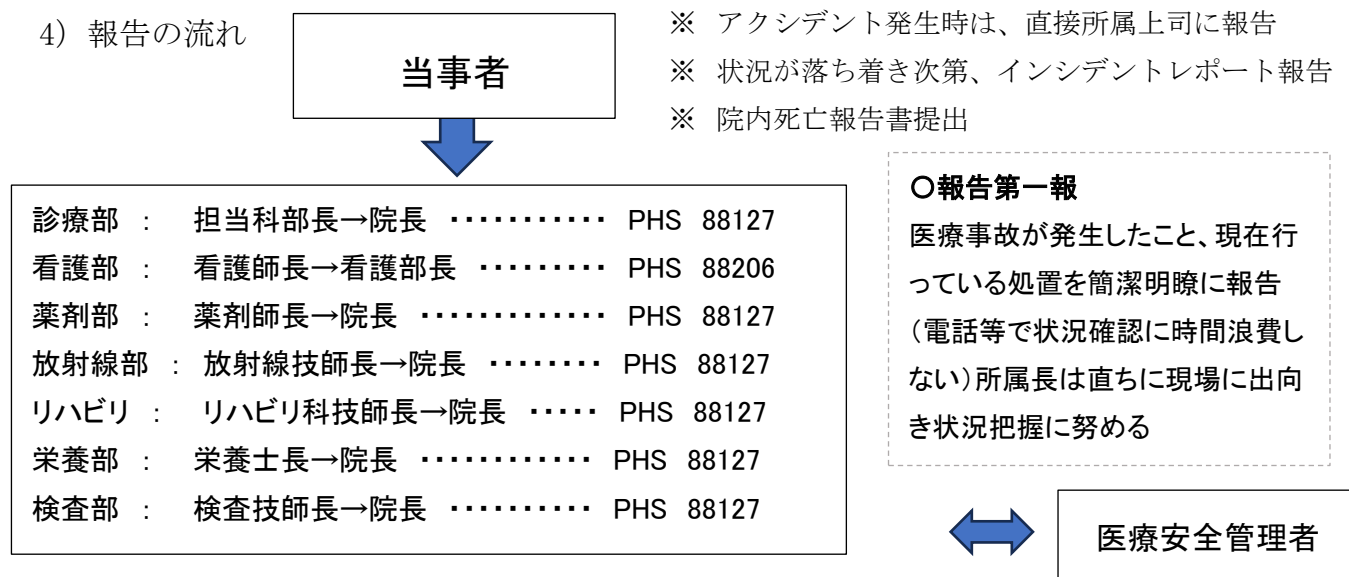
【いかなる事故であっても、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する】

事故発生！ 発見者・当事者

- ① 声をあげて周囲の医療関係者を呼ぶ 《人員確保》
→ コードブルー発令も考慮 **（内線：1111）**
- ② 患者の救急処置優先！
- ③ 現場に集まった人が手分けして迅速適切な体制確保
- ④ 主治医、所属長への報告第 1 報・現場の保全・記録



4) 報告の流れ



○臨時医療安全管理委員会開催のための招集

招集者：医療安全管理委員会委員長 院長 病院事業管理者 当該主治医又は上級医 本部長
看護部長 総務課長 診療支援課長 医療安全管理部 医療安全管理者
他医療安全管理委員会委員長（委員長）の任命する者

医療事故調査委員会決定

医療事故調査センターへ報告
※警察への届け出・マスコミ対応・家族への説明

