



独立行政法人
地域医療機能推進機構

中京病院医療安全管理指針

第9版

目次

第1	趣旨	..... P 1
第2	医療安全管理のための基本的考え方	..... P 1
第3	用語の定義	
I	JCHO中京病院 医療安全管理指針	
II	JCHO中京病院 医療安全マニュアル	..... P 1
第4	事象の定義及び概念	
I	インシデント	
II	アクシデント（医療有害事象）	
III	医療事故	
IV	医療過誤	..... P 2
第5	医療安全管理体制	
I	医療安全に関わる管理責任者及び担当者の配置	
II	医療安全管理室の設置	
III	医療に係る安全管理のための委員会及び会議	
IV	報告体制の整備	..... P 2～9
第6	医療安全管理のための職員研修	..... P 10
第7	重大なアクシデント等発生時の具体的対応	
I	初動体制	
II	患者及び家族の対応	
III	事実経過の記録	
IV	医療事故対策委員会の招集	
V	当事者及び関係者への対応	
VI	関係機関への報告	..... P 11
第8	公表	..... P 12
第9	相談窓口の設置	..... P 12
第10	JCHO中京病院 医療安全管理指針の閲覧	..... P 12
別紙	インシデント・アクシデントの患者影響度分類	..... P 14

JCHO中京病院医療安全管理指針

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院（以下「JCHO中京病院」という。）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び事故発生時の対応方法等についての基本方針を示すものである。これに基づき適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

JCHOの基本理念に基づき、JCHO中京病院は、患者の尊厳と安全を確保し質の高い医療を提供することを基本としている。

医療の現場では、医療従事者の不注意が単独であるいは重複したことにより医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねない。患者の安全を確保するためには、先ず、私たち医療従事者の努力が求められ、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設ける等、医療事故という形で患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを病院内に構築することが重要である。

安全な医療の提供は、個人レベルのみならず組織レベルでの事故防止対策の実施により達成される。このため、JCHO中京病院の基本的な考え方に基づき医療安全管理体制を確立するための医療安全管理指針及び医療安全マニュアルを作成し、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

第3 用語の定義

I. JCHO中京病院 医療安全管理指針

JCHO中京病院 医療安全管理指針（以下「医療安全管理指針」という。）とは、医療安全を推進していくための基本的な考え方を示したものである。医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、及び医療有害事象対応等の医療安全管理のための基本方針を示したもので、JCHO医療安全管理指針に基づき作成する。医療安全管理指針は、医療安全委員会において策定及び改定されるものとする。医療安全委員会は、概ね年1回の点検・見直しを行うものとする。

II. JCHO中京病院 医療安全マニュアル

JCHO中京病院 医療安全マニュアル（以下「マニュアル」という。）とは、医療安全のための未然防止策、医療安全対応等について具体的な内容を記載したものである。マニュアルは、病院内の関係者の協議のもとに作成され、医療安全委員会で承認を受け、概ね年1回の点検・見直しを行うものとする。また、報告された事例を検討し、本院として必要な改善防止策を作成する。そして、すでに策定した改善防止策が

各部門で確実に実施され、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。

第4 事象の定義及び概念

I. インシデント

インシデントとは、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な事例をいう。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傷害が予測された事象、②患者には実施されたが結果として患者へ傷害を及ぼすには至らなかった不適切な事象、③患者には実施されたが結果として比較的軽微な傷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。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、0～3aが対象となる。

II. アクシデント（医療有害事象）

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かかわらず、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。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、3b～5が対象となる。なお、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。

III. 医療事故

医療の過程において患者に発生した望ましくない事象。また、医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。

IV. 医療過誤

医療過誤とは、過失によって発生したインシデント・アクシデントをいう。過失とは結果が予見できていたにもかかわらず、それを回避する義務（予見性と回避可能性）を果たさなかったことをいう。

第5 医療安全管理体制

I. 医療安全に関わる管理責任者及び担当者の配置

医療安全管理の推進のために、病院長は、医療安全管理責任者を任命すると共に、医療安全管理責任者の下に、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、医療放射線安全管理責任者を置き、さらに部門においては、医療安全推進者を配置する者とする。

1. 医療安全管理責任者の配置

医療安全管理責任者とは、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

- (1) 医療安全管理者とは、病院長から安全管理のために必要な権限の委譲と人材、予算およびインフラなど必要な資源を付与されて、医療安全管理責任者の指示に基づいて、その業務を行う者とする。
- (2) 医療安全管理者は、厚生労働省から発出された「医療安全管理者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針」に則った研修を終了し、医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- (3) 医療安全管理者は、医療安全管理責任者の指示に基づいて、各部門・各職種の医療安全推進者と連携・協同し、医療安全管理室の業務を行う。
- (4) 医療安全管理者は、以下について主要な役割を担う。

1) 安全管理体制の構築

- ① 本院の安全管理体制の構築及び推進のため、職種横断的な組織としての医療安全管理室や医療安全委員会等の運営に参画する。
- ② 安全管理に関する基本的考え方や、医療安全委員会その他の本院の組織に関する基本的事項等について明示した医療安全管理指針を策定する。
- ③ 安全管理に関する組織的な活動についての、定期的な評価と円滑な運営に向けての調整を行い、目的に応じた活動が行えるように支援する。

2) 医療安全に関する職員への教育・研修の実施

- ① 職種横断的な医療安全活動の推進や部門・職種を超えた連携に考慮し、職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行う。

3) 医療事故を防止するための情報収集・分析・対策立案・フィードバック・評価

- ① 定期的に院内を巡回し各部署、各職種における安全管理に関する情報収集を行い、必要に応じて業務改善などを提案する。
- ② 医療事故の発生予防及び再発防止のための情報収集をするとともに、本院における医療安全に必要な情報を院内の各部署、各職種に提供する。
- ③ 医療事故等の事例については、職員や患者の属性、医療事故やヒヤリ・ハットの種類、発生状況等を分析し、医療安全に必要な情報を見いだす。また、事例の事実を確認し、医療事故の発生予防及び再発防止に資する事例については、必要に応じて各種手法を用いて分析する。
- ④ 医療安全に関する情報や対策等について、各部署や職員へ伝達体制を構築する。また、対策実施後の成果について評価し、評価に基づいた改善策を検討・実施する。

4) 医療事故への対応

- ① 職員に対して事前に、緊急の報告を要する医療事故等の範囲や、勤務時間内及び勤務時間外における医療事故発生時の報告体制等を盛り込んだ対応マニュアルを作成し、院内各部署に周知する。
- ② 医療安全管理責任者の指示に基づいて、医療事故発生時の初期対応が適切に行われるように、必要に応じて支援する。
- ③ 必要に応じて病院長が設置する医療事故調査委員会の運営を助け、事例の調査や報告書の取りまとめ等に協力する。また、医療事故調査委員会が提言した再発防止策等について、院内各部署への周知を図り、再発防止策等実施後の成果について評価し、改善策を検討・実施する。
- ④ 相談窓口担当者と医療安全管理室事務と密な連携を図り、医療安全に係る患者及び家族並びに利用者の相談に適切に応じる。

5) 安全文化の醸成

- ① 職員が医療安全管理室にヒヤリ・ハット事例や医療事故情報を遅滞なく報告し、医療安全委員会等において原因を分析し、必要な対策を検討・実施し現場に生かすように、全職員に働きかける。
- ② 医療安全の情報を適切に生かした事例の紹介等を行う。
- ③ 医療安全に関連する情報収集、情報の提供、研修の開催等それぞれの場面で職員に参加を促すことで、医療安全の確保について職員の意識が高まるよう働きかける。
- ④ 全職員が、医療安全について自らのこととして考え、各部門・職種においても積極的に取り組むよう、職場の医療安全意識を高める。

3. 医薬品安全管理責任者の配置

- (1) 医薬品安全管理責任者は、所定の研修を終了した医薬品安全に関する十分な知識を有した者とする。
- (2) 医薬品安全管理責任者は、以下について主要な役割を担う。
 - 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の収集
 - 5) 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

- (1) 医療機器安全管理責任者は、所定の研修を終了した医療機器安全に関する十分な知識を有した者とする。
- (2) 医療機器安全管理責任者は、以下について主要な役割を担う。
 - 1) 医療機器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、医療機器の安全使用のための研修の実施
 - 3) 医療機器の業務手順に基づく業務の実施の管理
 - 4) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集
 - 5) 医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策の実施
5. 医療放射線安全管理責任者の配置
- (1) 医療放射線安全管理責任者は、所定の研修を終了した医療機器安全に関する十分な知識を有した者とする。
 - (2) 医療放射線安全管理責任者は、以下について主要な役割を担う。
 - 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者に対する診療用放射線の安全利用のための研修実施
 - 3) 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録
 - 4) 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実施
6. 医療安全推進者の配置
- (1) 医療安全推進者は、各部門・診療科及び看護単位にそれぞれ1名を置くものとし、医療安全管理責任者が任命する。
 - (2) 医療安全推進者は、以下について主要な役割を担う。
 - 1) 各部門・診療科及び各看護単位の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
 - 2) 各部門・診療科及び各看護単位のインシデント・アクシデント報告書の作成
 - 3) 各部門・診療科及び各看護単位におけるインシデント・アクシデント原因分析及び再発防止対策の検討並びに提言
 - 4) 各部門・診療科及び各看護単位における医療安全管理に関する意識向上
 - 5) 医療安全委員会において決定した再発防止対策の各部門・診療科及び各看護単位への周知徹底
 - 6) 各部門・診療科及び各看護単位と医療安全委員会及び医療安全管理室との連絡並びに調整
 - 7) その他の医療安全管理に関する事項の実施

II. 医療安全管理室の設置

JCHO中京病院の医療安全に関する基本方針に基づき、組織横断的に病院内の安全管理を担うため医療安全管理室を設置する。

1. 医療安全管理室は、医療安全管理責任者、医療安全管理者及びその他必要な職員で構成される。
2. 医療安全管理室は、以下の任務について主要な役割を担う。
 - (1) 各部門・職種における医療安全対策に関すること
 - 1) 医療安全対策実施状況の評価
 - 2) 医療安全確保のための業務改善計画書の作成

- 3) 医療安全対策実施状況及び評価結果の記録
- (2) 医療安全に係る以下の活動の記録に関すること
 - 1) 医療安全委員会と医療安全推進者部会と看護事故防止リンクナース会の連携状況
 - 2) 医療安全研修の実績
 - 3) 患者等の相談件数及び内容
 - 4) 患者等の相談後の取り扱い
 - 5) その他医療安全管理者の活動実績
- (3) 医療安全対策に係る取組の評価等に関すること
 - 1) 医療安全対策に係る取り組みの評価
- (4) 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
 - 2) インシデント・アクシデント報告書の収集、保管、集計、管理、分析
 - 3) インシデント・アクシデント分析結果の現場へのフィードバック
 - 4) 具体的な改善策の提案と推進及び評価
 - 5) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知
 - 6) 医療安全に関する職員への啓発と広報
 - 7) 医療安全に関する教育研修の企画と運営
 - 8) 地区事務所及び本部への報告と連携
 - 9) 医療安全管理に係る連絡調整
- (5) アクシデント発生時の支援等に関すること
 - 1) 診療録や看護記録等の記載について必要な現場責任者の支援
 - 2) インシデント・アクシデント報告書の作成について必要な職場責任者に対する支援
 - 3) 患者及び家族への説明等、対応状況の確認と必要な支援
 - 4) 医療事故対策委員会の開催
 - 5) 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) インシデント・アクシデント報告書の保管
 - 7) 秘匿性に関する指導と支援
 - 8) 医療事故調査制度該当死亡及び死産事例の洗い出し
 - 9) 医療事故調査制度マニュアルに沿った対応
- (6) 医療安全委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存に関すること
- (7) その他委員会の庶務に関すること
- (8) その他医療安全対策の推進に関すること

III. 医療に係る安全管理のための委員会及び会議

1. 医療安全管理室会議

- (1) 医療安全管理室会議は、週1回程度開催し情報交換を密にする（必ずしも対面でもなくてもよいと判断した場合はICTを活用することもある）。
- (2) 医療安全管理室会議は、医療安全管理室の任務を遂行するため、以下の内容を討議する。
 - 1) 各部門・職種における医療安全対策に関すること
 - 2) 医療安全に係る活動の記録に関すること
 - 3) 医療安全対策に係る取組の評価等に関すること
 - 4) 医療安全に関する日常活動に関すること
 - 5) アクシデント発生時の支援等に関すること
 - 6) 医療安全委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存に関すること
 - 7) その他委員会の庶務に関すること
 - 8) その他医療安全対策の推進に関すること
- (3) 医療安全管理室会議に参加する職員は、医療安全管理責任者、医療安全管理者及びその他必要な職員とする。
- (4) 医療安全管理責任者は、情報共有する事例に応じて参加職員以外の者を会議に出席させ意見を聞き、資料の提出を求めることができる。

2. 医療安全委員会

- (1) 医療安全委員会は、医療安全推進者部会の運営を円滑に実施するために設置する。
- (2) 医療安全委員会は、医療安全管理責任者、医療安全委員長、医療安全管理者、医療安全推進者から医師、看護師、その他の医療職を若干名と事務員1名の合計10名程度を選出する。
- (3) 医療安全委員会は、以下の任務を行うものとする。
 - 1) 医療安全管理指針の策定及び改定
 - 2) 医療安全に関する職員研修の企画及び運営
 - 3) インシデント・アクシデント報告の集計と分析
 - 4) インシデント・アクシデント防止活動
 - 5) 医療事故防止のための情報収集・分析・対策立案・フィードバック・評価及び職員への周知
 - 6) 医療安全推進者部会で討議するべき課題や討論の方針を決定
 - 7) 職場の安全文化醸成
 - 8) 日本医療機能評価機構への医療事故報告等を通して全国の医療安全活動に貢献
 - 9) その他の医療安全の確保に関する事項
- (4) 医療安全委員会が必要と認めた場合、委員以外の者を会議に出席させ意見を聞き、資料の提出を求めることができる。

- (5) 医療安全委員は、各職場における医療安全カンファレンスが正しく行えるように指導する。

3. 臨時医療安全委員会

- (1) 医療事故発生時に不定期で開催する。
(2) 臨時医療安全委員会開催時のメンバーは、事故の内容や患者の影響度により医療安全管理責任者が決定する。

4. 医療安全推進者部会

- (1) 医療安全推進者部会は、JCHO中京病院における医療安全活動の推進を図り、職種横断的な構成で院内の安全管理体制を構築することを目的とする。
(2) 医療安全推進者部会は、以下の構成とする。
1) 医療安全管理責任者
2) 医療安全委員長
3) 医療安全管理者
4) 看護部長
5) 各診療科医療安全推進者（医師）
6) 研修医1年次及び2年次の各2名
7) 各部門医療安全推進者（看護、薬剤、検査、事務、栄養、SMI、リハビリ等）
(3) 医療安全推進者部会は、以下の任務を行うものとする。
1) 各部門・診療科及び各看護単位の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
2) 各部門・診療科及び各看護単位のインシデント・アクシデント報告書の作成
3) 各部門・診療科及び各看護単位におけるインシデント・アクシデント原因分析及び再発防止対策の検討並びに提言
4) 各部門・診療科及び各看護単位における医療安全管理に関する意識向上
5) 医療安全委員会において決定した再発防止対策の各部門・診療科及び各看護単位への周知徹底
6) 各部門・診療科及び各看護単位と医療安全委員会及び医療安全管理室との連絡並びに調整
7) その他の医療安全管理に関する事項の実施
(4) 医療安全推進者部会の開催及び活動の記録
1) 医療安全推進者部会は月1回程度とするが、重大な問題が発生した場合は必要に応じて開催する（必ずしも対面でなくてもよいと判断した場合はICTを活用することもある）。
2) 医療安全推進者部会には、必要に応じて病院長が同席する。
3) 医療安全推進者部会の検討事項については、定期的に病院長に報告するとともに、医療安全推進者を通じて各職場・職種に周知する。

4) 医療安全推進者の氏名及び役職は、院内イントラ掲示板等で公表する。

5) 医療安全推進者部会の議事は記録し、医療安全管理室が管理する。

5. 多職種インシデント検討会

(1) 多職種インシデント検討会は、以下の目的で開催するものとする。

1) 不明確な部分を明確にするために事実関係を確認し、客観的視点で背後要因を分析する。

2) チーム医療の問題点を明確にし、組織全体で患者の安全を守るためにはどうしたらよいか考える。

3) 職種間でお互いの専門的知識を共有し、事実を再確認しアセスメントすることで医療チームとしての患者の安全管理を考える場とする。

(2) 多職種インシデント検討会は、週1回程度開催する。

(3) 多職種インシデント検討会で情報共有する事例は、職員が医療安全管理室に報告したインシデント・アクシデントレポートから医療安全管理者が選定する。

(4) 多職種インシデント検討会に参加する職員は、医療安全管理責任者、医療安全管理者、医療安全事務員、医療安全委員、診療科責任者、看護師長もしくは副看護師長とする。

(5) 医療安全管理責任者は、情報共有する事例に応じて参加職員以外の者を検討会に出席させ意見を聞き、資料の提出を求めることができる。

IV. 報告体制の整備

1. 報告に係る基本的な考え方として、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しており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けることはない。具体的には、本院における医療事故や危うく事故になりかけた事例等を報告し分析することで、事故予防対策や再発防止策を策定、患者の安全の確保や医療の質向上につなげ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医療事故等の報告を行うものとする。

2. 報告の手順と対応として、全ての職員は、本院で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合は、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) 医療側の過失の有無は問わないが医療事故が発生し、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に報告する。上席者は直ちに医療安全管理者に報告する。医療安全管理者は医療安全管理責任者と看護部長に報告する。事例に応じて、医療安全管理責任者と看護部長のどちらかが病院長に報告する。

(2) 医療事故には至らなかったが、発見や対応等が遅れたら患者に有害な影響を与える可能性があった事例等は、速やかに上席者又は医療安全管理者に報告する。

- (3) その他、日常診療の中で危険と思われる状況等は、適宜、上席者又は医療安全管理者に報告する。

3. 報告の方法と保管

- (1) 報告は、電子カルテの安全管理システムにより行う。当事者もしくは発見者が、インシデント・アクシデントレポートの必要項目を入力後、一時保存とせずすぐに確定登録し医療安全管理室に提出する。
- (2) 緊急を要する場合は、直ちに口頭で医療安全管理者に報告し、その後、速やかに文書による報告を行う。
- (3) インシデント・アクシデントレポートの記載は、原則として発生の直接の原因となった当事者もしくは発見者が行うが、不可能な場合は関係者が代行する。
- (4) インシデント・アクシデントレポートについては、安全管理システムに登録し、半永久的に保管する。医療安全管理責任者から権限を与えられた者のみ、インシデント・アクシデントレポートの閲覧ができる。

4. 地区事務所及び本部への報告

- (1) 患者影響度分類レベル 3b 以上の事象は、医療安全管理責任者の指示で、医療安全管理者が所定の報告用紙にて地区事務所に報告をする。
- (2) 医療に起因し、死亡もしくは死産を予期しなかった事象と病院長が判断した場合は、JCHO 中京病院医療事故調査制度マニュアルに沿って本部及び地区事務所に報告する。

5. その他

- (1) 病院長、医療安全管理者、医療安全推進者、当事者は、報告された事例について職務上知り得た情報を医療安全管理室の承諾なく第三者に告げてはならない。
- (2) 本項の定めに従って報告を行なった職員に対しては、これを理由として不利益な取扱いを行なってはならない。

第6 医療安全管理のための職員研修

医療機関全体に共通する医療安全管理の推進のための基本的な考え方及び具体的な方策について、職員に対し周知徹底を図るため、医療安全管理のための院内研修を定期的に年2回以上開催する。加えて、必要に応じ臨時に開催する。研修の企画、立案、実施は医療安全管理室及び医療安全推進者部会が行う。

1. 医療安全管理のための院内研修の対象は全職員とする。
2. 医療安全管理のための院内研修は、医療安全管理の基本的な考え方や事故防止の具体的な手法等を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、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
3. 職員は医療安全管理のための院内研修に、年2回以上、極力受講するように努めなくてはならない。

4. 本院で重大な事故が発生した場合、臨時に事象の報告、原因分析、再発防止に向けた研修を開催する。
5. 医療安全管理室で研修の内容とアンケートの結果を保管する。

第7 重大なアクシデント等発生時の具体的対応

重大なアクシデント等とは、別紙の患者影響度分類レベル4及び5、それに準ずる重篤度及び緊急度が高いと判断された事例をいい、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす必要がある。

I. 初動体制

1. 救命を第一とし、傷害の進行防止に最大限の努力を払える体制を整えておく。
2. 夜間及び休日を問わず、インシデント・アクシデント報告フローチャートに沿って、事故や患者の状況等を速やかに関係各所に正確に報告する。
3. 患者に望ましくない事象が生じた場合は、可能な限り、まず本院の総力を挙げて救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、本院では対応が不可能と判断した場合は、遅滞なくほかの医療機関の応援を求め、必要な情報・資材・人材を投入する。
4. 報告を行った職員は、その事実及び報告の内容を診療録や看護記録等、自ら患者の医療に関して作成すべき記録や帳簿等に記録する。

II. 患者及び家族への対応

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、その経緯について明らかになっている事実を丁寧に逐次説明する。
2. 説明を行った職員は、その事実及び報告の内容を診療録や看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録や帳簿等に記録する。
3. 患者が事故により死亡した場合は、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。

III. 事実経過の記録

医師及び看護師等は、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や看護記録等に詳細に記載する。

IV. 医療事故対策委員会の招集

重大なアクシデント等が発生した場合には、直ちに臨時に委員会を招集し審議する。

V. 当事者及び関係者への対応

1. 個人の責任を追及することなく組織として問題点を検討する。
2. 当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。

VI. 関係機関への報告

重大なアクシデント等が発生した場合には、可及的速やかに関係機関に報告する。

1. 地区事務所及び本部への報告は、電話もしくはメールで行う。

2. 医療事故調査制度の対象事案と判断した場合は、遺族へ説明した上で、医療事故調査・支援センターへ報告する。

第8 公表

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他医療機関での同様の事故防止に役立てることを目的として、病院長が必要と判断した場合は、事案等を患者及び家族等の同意を得て社会に公表する。

第9 相談窓口の設置

1. 患者相談窓口

- (1) 患者及び家族並びに利用者からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等の様々な相談に対応する窓口を設置する。
- (2) 相談窓口対応者は、医療安全管理者と密な連携を図り、医療安全に係る患者及び家族並びに利用者の相談に適切に応じる。

2. 患者からの相談への対応

- (1) 病状や治療方針等に関する患者からの相談に対しては、相談室の担当者が誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医や看護師等に内容を報告する。
- (2) 医療安全管理者は、必要に応じて担当者を支援する。

第10 JCHO中京病院 医療安全管理指針の閲覧

医療安全管理指針は、JCHO中京病院のホームページへ掲載し、その他に患者及びその家族等が容易に閲覧できるように配慮する。

第1版	2014年04月	発行
第2版	2016年08月	改定
第3版	2016年09月	改定
第4版	2017年08月	改定
第5版	2018年08月	改定
第6版	2021年11月	改定
	2022年04月	見直
第7版	2023年03月	改定
第8版	2024年05月	改定
第9版	2024年10月	改定

インシデント・アクシデントの患者影響度分類

	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	3a	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)
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)
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)