

# 医療安全管理指針

第10版

平成30年9月28日 改定

医療法人財団 日扇会第一病院

# 目 次

1. 総 則
  - 1 理念と方針
  - 2 組織および体制
  - 3 医療安全に関する用語の定義
2. 医療安全管理委員会
3. 医療安全推進委員会
4. 医療安全管理者、医療安全推進者
  - 1 医療安全管理者と医療安全推進者の任命
  - 2 医療安全管理者の役割
  - 3 医療安全推進者の役割
5. インシデント・アクシデント等の報告とその対策
  - 1 報告する目的と意義
  - 2 報告する内容と報告ルート
  - 3 インシデント・アクシデントの対策
  - 4 クレーム（苦情）の対応
6. 医療従事者と患者との情報の共有
  - 1 職員と患者
  - 2 使用する用語について
7. 安全管理のためのマニュアルの整備
  - 1 安全管理マニュアル
  - 2 安全管理マニュアルの基本的な考え方
  - 3 安全管理マニュアルの見直し
8. 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
  - 2 医療安全管理のための研修の実施方法
9. 事故発生時の対応
  - 1 救命措置を最優先する
  - 2 院長への報告など
  - 3 患者、家族、遺族への説明
  - 4 届け出について
  - 5 医療事故調査制度の対象事例と判断した場合
  - 6 医療事故調査制度の対象事例と判断したとき、先ず「医療事故調査・支援センター」に報告する事項
  - 7 医療事故調査制度の対象事例の場合、院内の事故調査終了後「医療事故調査・支援センター」に報告する事項
  - 8 日本医療機能評価機構への報告（認定病院の報告義務。事故発生後45日以内）
10. その他
  - 1 本指針の見直し、改正
  - 2 本指針の閲覧

附則

# 1. 総 則

## 1. 理念と方針

理念：

「医療においてリスクは存在するが、そのリスクは減らせる」という理念（考え）のもと、全職員が各種リスク管理に取り組み、医療の質の向上を目指す。

方針：

- 1) 報告する文化（医療事故抽出力）を築く。報告は、匿名でも可とし報告者の責任は追及しない。
- 2) 報告された事例を分析し、その事例から学習して再発防止・予防に結び付ける。
- 3) 関係するすべての部門、部署間の良好なコミュニケーション構築に努める。

## 2. 組織および体制

患者の安全をつねに確保するため、本「指針」に基づき院内に以下の組織を設置する。

- 1) 医療安全管理委員会
- 2) 医療安全推進委員会
- 3) 特別委員会・・・「事故・災害等対応規定」に定められている
- 4) 防災対策本部・・・「防災に関する規定」に定められている

(注) 医療安全管理委員会、医療安全推進委員会等の位置づけは、組織図及び、本指針末尾「別紙1」の通りとする。

## 3. 医療安全に関する用語の定義

- 1) 医療事故  
医療行だけではなく、業務全般を通じて患者さんや家族、職員に発生した障害を言う。合併症、偶発症、不可抗力によるものも含まれる。
- 2) アクシデント  
エラーが発生し、患者に治療や処置が必要になったものから死亡に至るまでの障害を被らせた事例をいう。
- 3) インシデント  
日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に重大な影響を及ぼすに至らなかったものをいう。
- 4) クレーム  
自らが損害を受けた事に対する権利を主張したり、損害に対する請求を行ったりする事。ここには苦情も含める。

## 2. 医療安全管理委員会

関与する患者の医療安全管理を総合的に企画、実施するために、**医療安全管理部門としての医療安全管理委員会を組織図の通り設置する。**

### 1. 委員会の構成

委員会の長は、院長とする。

委員会のその他のメンバーは「会議・委員会一覧」の通りとする。

## 2. 委員会の任務

- ・事例の発生原因、医療現場におけるリスク情報について具体的な情報を収集する。
- ・当該事例について、対処策をまとめるよう医療安全推進委員会に指示する。
- ・医療安全推進委員会において検討された再発防止策等を職員に周知徹底させる。
- ・他の委員会等に対し必要があれば勧告する。
- ・推進委員会で取りまとめた医療事故防止・医療安全に関する職員研修企画の可否を決める。
- ・推進委員会から提出されたインシデント・アクシデント報告をまとめ、各部署へ配布する。
- ・その他、医療安全の確保に関する一切の事項。

## 3. 委員会の開催

- ・委員会は原則として、月1回定例会議を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。
- ・医療安全に関わる評価カンファレンスを週1回程度開催し、医療安全管理委員・推進委員等が参加する。

## 4. 議事録の保管

医療安全管理者は、委員会を開催した時は要点をまとめた議事録を作成し、5年間これを保管するものとする。

# 3. 医療安全推進委員会

1. 医療安全管理委員会の指示により、事例に関わる関係部署（職種横断的）の推進委員は、意見交換しながら原因の追究と対策防止策・再発防止策をまとめる。
2. 医療安全推進委員会の長は八辻副院長とし、委員会の副委員長は看護部長とする。
3. 医療安全推進委員会の開催日、具体的活動等については別途定める。
4. 医療安全推進委員会のメンバーは、本指針末尾「別紙 2」の通りとし、年度初めに確認し更新する。

# 4. 医療安全管理者、医療安全推進者

## 1. 医療安全管理者と医療安全推進者の任命

医療の危機管理を推進するため、院長はリーダー的役割を果たす医療安全管理者とその補助を担当する医療安全推進者を任命する。医療安全管理者は、所定の研修を終了しなければならない。

## 2. 医療安全管理者の役割

- 1) 院内の医療安全対策を確実にするために、医療安全推進委員会の副委員長としての任務を担
- 2) 医療安全推進委員会を招集し、情報の収集・共有・分析・再発防止策の検討を行い、職種横断的に委員会活動ができるよう指導する。
- 3) 医療安全推進委員会で討議した結果をまとめ、医療安全管理委員会に報告する。
- 4) レベル3 b以上の有害事象が起きた場合にはただちに院長に報告し、特別委員会を招集する。
- 5) 会議では、医療安全に関する問題を伝達・共有するとともに各部門との連携を推進する場となることを目指す。
- 6) 経営会議・医療安全管理委員会で協議、決定した安全対策等について、部署内での実施

及び推進に関すること、安全管理への教育、啓蒙活動を行う。

- 7) インシデント・アクシデント等、報告書の提出を励行するとともに、提出された報告内容について確認し、その記載についての指導、情報不足等がある場合には各部署に対してフィードバックを行う。
- 8) インシデント・アクシデントを出しやすいような報告の文化（個々の責任は問わない）を育てる。
- 9) 現場や医療安全推進者に対し、危機管理教育に努める。
- 10) 指針の見直し、マニュアルの改訂、院内研修企画・運営の中心となる。

(注) インシデント・アクシデント報告書およびクレーム処理報告書の様式等は、「別紙3」の通りとする。

### 3. 医療安全推進者（医療安全推進委員）の役割

- 1) 医療安全推進者は職種横断的に配置され、常に医療安全管理者と連絡を取り合う。
- 2) 毎月の医療安全推進委員会に参加し、委員会の内容は各部署にフィードバックする。
- 3) 医療安全推進者は月ごとのインシデント・アクシデントの集計を行い、医療安全管理者を通じて医療安全推進委員会へ報告する。
- 4) 担当部署で提出された報告書に対して常に確認し、緊急に対策を講じる必要がある場合には、医療安全管理者に速やかに報告する。
- 5) 情報整理を行い、背後・直接要因の分析、改善等を医療安全推進委員会へ提案する。
- 6) 担当部署内での問題について指導普及に努め、マニュアルの改善や対策案等の提案を行う
- 7) 指針の見直し・マニュアル改訂等に対し積極的に意見を出し、委員会で討議できるよう働きかける。

### 4. 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集、その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施するため、医薬品安全管理責任者を置く。

### 5. 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器の保守点検、安全使用の確保等の推進に資するため、医療機器安全管理責任者を置く。

## 5. インシデント・アクシデント等の報告とその対策

### 1 報告する目的と意義

この報告はひとえに「医療の安全を確保する」ため、その再発防止や予防策、改善策を追求することを目的とする。

### 2 報告する内容と報告ルート

- 1) 全ての職員は、関与した患者に関わるインシデント・アクシデントについては、速やかに「インシデント・アクシデント報告書」に記載し報告する。
- 2) ただし、緊急を要する場合には口頭で報告し、患者の救命処置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく同上報告書による報告を行う。
- 3) 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) インシデント・アクシデントが起こったときの報告ルート（報告順序）は、原則として本指針末尾「別紙4」の通りとする。

5) 医療事故（以下「事故」という。）の分類基準

( ) 内は例を示す

	レベル	障害の		内 容
		継続性	程 度	
インシデント	0	なし	軽微	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者さんには実施されなかった。 施設上の問題、医療機器の不具合・破損、麻薬・劇薬・毒薬の紛失および医療に関する患者さんからの苦情も含める。
	1	なし	軽微	患者さんへの実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性は否定できない場合。 (軽微な薬の投与忘れ・過剰投与・投与時間の間違いなど)
	2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかったが、観察の強化・バイタルサイン〈生命徴候〉の軽度変化・安全確認のための検査などが必要であった。(ハイリスク薬・麻薬・向精神薬の患者取り違い・過剰投与、再挿入不要なチューブの抜去など)
	3 a	一過性	中程度	簡単な処置や治療を要した。 (転倒による軽度の外傷・挫創、再挿入が行われたチューブの抜去、消毒・湿布・皮膚の縫合・鎮痛剤の投与など)
アクシデント	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・人口呼吸器の装着・手術・入院日数の延長・外来患者さんの入院・骨折、専門病院への転院など)
	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、有意く偶然ではなく、エラーによる〈な機能障害や美容上の問題は伴わない。
	4 b	永続性	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。
	5	死亡		死亡。 (原疾患の自然経過によるものを除く)

6) 事務などの事故（エラーや遅延など）の分類基準

インシデント レベル0～1	カルテ準備・会計・入力・転記・情報伝達・手続き・説明・接遇などに関するエラーまたは遅延等により、患者・家族や関係者（他の職員・業者・監督官庁など）に何らかの—影響を与えた。 改善すべき事項、共有すべきと感じる事例を含む。
アクシデント	患者・家族や関係者（他の職員・業者・監督官庁など）に多大な迷惑をかけ、金銭面・設備面・信用面等で日扇会に対し損害を与えた場合に該当する。

7) インシデント・アクシデントがどのレベルに値するかは、報告書には必ず記載する。

8) 職員個人が「レベル」について判断しかねる場合は、必ず部署内で相談し、所属長・部門長の助言を得る。

9) 上記の場合、

- ① 判断されたレベルに関して医療安全推進委員会で検討、帰結レベルとして修正する場合もある。
- ② 医療安全推進委員会でのレベル判断が難しい場合、医療安全管理委員会に提案、最終的には「院長」の判断とする。

### 3 インシデント・アクシデントの対策

#### 1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は上記の各レベルの報告に合わせ、それぞれの事例を精査・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・予防の観点から改善策を見つける。

#### 2) 改善策の周知

医療安全推進者は、作成された防止対策を速やかに職員に伝達し、周知させるものとする。

#### 3) 改善策の実施状況のフォロー

医療安全管理委員会は策定した改善策が、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。

#### 4) 守秘義務

医療安全管理者、医療安全推進者およ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。

但し、重大な問題においては、事故発生時に第三者の参加を得て中立的な判断を求め、問題解決に取り組むことも考慮するべきである。

### 4 クレーム（苦情）の対応

#### 1) クレームを受けた場合の対応（一次対応）

① クレームを受けた職員は、直ちに「クレーム報告書」にクレームの内容、実際の対応状況について記載し、所属長を経由して部門長に報告するとともに、所属長は写しを事務長に提出する。

② 部門長は、さらに対応が必要と判断した場合はその旨指示を出すか、自ら対応する。クレームが他部門にも関連する場合、関連部署の部門長と協議し対応者、対応方法を決定する。また、クレームの内容が重大で、「特別委員会」の開催を検討すべきと判断した場合は直ちに院長に報告する。

③ 院長は、「特別委員会」を開催すべきかどうかを判断し、必要な場合は「事故・災害等対応規程」により速やかに特別委員会を招集する。

④ 事務長は、各月の「クレーム報告書」をとりまとめ、経営会議に報告する。

⑤ 次回の経営会議で、その対応結果を確認する。

#### 2) クレームを受けたときの初期の対応要領

① 何が起きたのか、相手の言い分をまず聞き取る。その場では言い訳はしない。

② 不快な思いをかけたことに対し当院を代表して謝罪をし、相手の感情を落ち着かせる。

③ 事実確認をすることを確約し、一度お引き取りをいただく。

④ 言いにくいことを、言っていたことに対し、感謝の言葉を添える。

#### 3) 更なる対応策が必要とされる場合（二次対応）

① 院長もしくは、クレームの対象となった部門長は、必要に応じてクレームの対象となった部署に、今後の対応策の検討を指示する。

② 指示を受けた部署は、1か月以内を目途に今後の対応策を検討し、院長の了解を得るとともに、対応策の写しを事務長に提出する。

③ 複数部門にまたがるクレーム案件については、必要に応じ医療安全管理者に対し、医療安全管理委員会の招集を依頼することができる。

④ 事務長は、提出された対応策をとりまとめ、経営会議に報告する。

⑤ 次回の経営会議で、その対応結果を確認する。

#### 4) 対応の公表

① 必要に応じ広報する。

## 6. 医療従事者と患者との情報の共有

### 1 職員と患者

医療リスクを少なくするためには、患者との信頼関係も大事な要素である。そのため以下については、正しく患者に伝えられていることが望ましい。

- 1) 現在の症状及び診断名。
- 2) 予後。
- 3) 処置及び治療の方針。
- 4) 処方する薬剤について、薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用。
- 5) 代替的治療法がある場合には、その内容及び利害得失。
- 6) 手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要、危険性、実施しない場合の危険性及び合併症の有無。
- 7) 当該診療情報が、治療目的以外に、臨床試験や研究などのほかの目的も有する場合は、その旨及び目的の内容。
- 8) 職員は患者との情報共有に努めるとともに、患者及び家族からの当該指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じる。
- 9) 職員は、患者及び家族の十分な説明を行う必要と責任があり、患者及び家族が理解納得同意を得ることができるように情報を共有する。
- 10) 患者からの情報や他部署からの情報など、患者の個人情報に関する情報を取り扱う場合は、当院規程（患者の個人情報の保護に関する規程）に従い行動する。

## 7. 安全管理のためのマニュアルの整備

### 1 安全管理マニュアル

安全管理のため、当病院において以下のマニュアルを整備する。

- 1) 医療安全管理マニュアル
- 2) 感染防止マニュアル
- 3) 褥瘡対策マニュアル
- 4) 医療事故対応マニュアル
- 5) 災害発生時の行動マニュアル
- 6) 関連規程：事故・災害等対応規程

### 2 安全管理マニュアルの基本的な考え方

- 1) 安全管理に関するマニュアルについては、多くの職員がその作成、検討に関わることによっ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が高められることが期待できる。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、安全管理に関するマニュアル作成に積極的に参加しなくてはならない。
- 2) 安全管理に関するマニュアルの作成、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、すべ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ければならない。

### 3 安全管理マニュアルの見直し

- 1) マニュアルは関係職員に周知し、必要に応じて医療安全推進者や各所属長が見直す
- 2) マニュアルは、作成、改定の都度、医療安全管理委員会に報告するものとする。

## 8. 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) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画に従い、年2回以上の全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実施する。
- 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、病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) 当日研修に参加できなかった職員はDVD閲覧による研修を受け、所定のレポートを提出する。
- 5) 研修報告書等については医療安全推進委員会の担当が行い、医療安全管理者に提出、医療安全推進委員会で報告する。
- 5) 院長もしくは医療安全管理者及び医療安全推進者は、当病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。
- 6) 医療安全管理者は研修を実施した時は、その概要を記録し5年間これを保管する。

### 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、院長もしくは医療安全管理者、医療安全推進者等の講義または院内での報告会、事例分析、外部講師を招いての講習、外部の講習会、研修会への参加等有益な文献の参照などの方法によって行う。

## 9. 事故発生時の対応

以下は基本事項のみを記すが、①先ずこの基本事項に則って対処し、②より具体的には「医療事故対応マニュアル」に従う。なお、関連規定である「事故・災害等対応規程（Ⅱ、医療事故）」も参考のこと。

「死亡事故」については、①医師法第21条によるもの、②医療事故調査制度（医療法第6条の10）によるもの、および③前2者によらないケースがあることに留意されたい。

2015年にできた「医療事故調査制度」の根幹は、事故の原因究明と再発防止にあり、患者や遺族の理解や納得、補償などの対応とは分けて考える。

### 1、救命措置を最優先する

病院側の過失によるか否かを問わず、患者に「レベル3b」以上の事象が生じた場合は、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。当院内のみでの対応が難しいと判断した場合は、遅滞なく他の医療機関等の専門家の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を投入する。

### 2、院長への報告など

- 1) 事故の第一発見者は、事故の状況、患者の状態などについて部門長を通じて院長（又は八辻副院長）にすばやく、正確に報告する。
- 2) 院長、医療安全管理者は「特別委員会」を緊急招集して、対応を検討する。
- 3) 特別委員会には、弁護士等外部の有識者を参加させることができる。
- 4) 報告を行った職員は、その状況を「診療録」、「看護記録」等書き留める。

### 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きたさない限り、速やかに事故の状況、現在行っている回復措置、その見通しなどを、患者本人や家族等に誠意をもって説明する。  
患者が死亡した場合には、その客観的状況を速やかに家族に説明する。
- 3) 説明を行った医師は、その内容を「診療録」、「看護記録」等に書き留めると同時に、「アクシデント報告書」を記載する。

### 4、届け出について

- 1) 医療事故に関する「届け出」については、医療事故調査制度による場合と、医師法第21条（犯罪性が否定できない場合）のケースがあるが、「届け出」可否の実質的判断は院長が行う。
- 2) 医師法第21条によると判断した場合は、医療事故発生から24時間以内に行う必要がある。  
警察への届出について
  - ・医療過誤によって死亡または傷害が生じた場合、またはその疑いがある場合には、院長が速やかに所轄警察署（碑文谷警察署）へ届出を行う。
  - ・警察署へ届出を行うにあたっては、原則として事前に患者・家族に説明を行う。
- 3) 医療事故調査制度による場合は、「医療事故調査・支援センター」へ報告する。
- 4) 医療事故調査制度に則って対処するか、あるいは当該制度に依らずに対処するか、判断に迷ったときは「医療事故調査・支援センター」または「支援団体」に相談できる。  
当院の支援団体は「全日本病院協会」（03-5283-7441）とする。
- 5) 医療事故調査制度に則って対処する場合の医療事故とは、「①医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、②当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの」をいう。  
従って、火災や天災によるものや合併症（併発症）や偶発症、原病の進行、自殺、院内で発生した殺人・障害致死等は対象とならない。  
(注)「予期しない死亡」とは、以下の何れにも該当しない場合のことをいう。  
(厚生労働省)
  - ① 事前に患者らに死亡リスクを説明（インフォームド・コンセント）。
  - ② カルテなどに死亡リスクを記入。
  - ③ 院長から死亡が予期されたと認定。
- 6) 日本医療機能評価機構の認定病院は、事故発生後45日以内に報告書により同機構に報告する。

### 5 医療事故調査制度の対象事例と判断した場合

- 1) 院内での事故調査を開始する。
- 2) 「医療事故調査・支援センター」に報告することを遺族に説明する。
- 3) 「次項6」の内容を「医療事故調査・支援センター」に遅滞なく報告する。

### 6 医療事故調査制度の対象事例と判断したとき、先ず「医療事故調査・支援センター」に報告する事項

- 1) 医療事故の生じた日時、場所、診療科
- 2) 医療事故の状況
  - ・疾患名、臨床経過など
  - ・報告時点で把握している範囲
  - ・調査により変わることが前提であり、その時点で不明な事項については「不明」と記載する（不明は、不明として報告する）
- 4) 連絡先
- 5) 医療機関名、所在地、管理者の氏名

- 6) 患者情報（性別、年齢など）
- 7) 医療事故調査の実施計画の概要（調査計画と今後の予定）
- 8) その他管理者が必要と認めた情報

## 7 医療事故調査制度の対象事例の場合、院内の事故調査終了後「医療事故調査・支援センター」に報告する事項

- 1) 日時、場所、診療科
- 2) 医療機関名、所在地、連絡先
- 3) 医療機関の管理者の氏名
- 4) 患者情報（性別、年齢など）
- 5) 医療事故調査の項目、手法および結果
  - ・調査の概要（調査項目、調査の方法）
  - ・臨床経過（客観的事実の経過）
  - ・原因究明の結果（原因不明の場合もある）
  - ・再発防止策を検討した場合は、その結果
  - ・当該医療従事者や遺族が報告書の内容について、意見がある場合は、その内容
- 6) その他
  - ・報告書の冒頭に「個人の責任を追及するためのものでないこと」を明記する
  - ・当該医療従事者等の関係者は匿名化する
  - ・院内調査の内部資料は含めない

## 8、日本医療機能評価機構への報告（認定病院の報告義務。事故発生後45日以内）

### 1) 報告の基準

次の（ア）または（イ）に該当し、かつ（ウ）または（エ）に該当する場合は、同機構への届け出が必要となる。

（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

### 2) 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、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

## 10. その他

### 1 本指針の見直し、改正

1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを行う。

2) 本指針改廃の最終決定にあたっては、経営会議の議論を経る。

## 2 本指針の閲覧

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者または部門長が対応する。

### 附則

本指針は、平成15年4月1日から実施する。  
本指針は、平成20年10月1日に一部改定。  
本指針は、平成24年5月18日に一部改定。  
本指針は、平成25年10月1日に一部改定。  
本指針は、平成26年2月28日に一部改定。  
本指針は、平成26年6月27日に一部改定。  
本指針は、平成28年1月29日に一部改定。  
本指針は、平成29年5月15日に一部改定。  
本指針は、平成30年4月27日に一部改定。  
本指針は、平成30年9月28日に一部改定。

平成30年9月28日改定部分は、にて表示。