

# 水府病院医療安全管理指針

## 1 総 則

水府病院（以下「本院」という）の使命は、『地域の皆さまのために、安全で質の高い、心のこもった医療を提供します』という病院理念に謳ってあるとおり、地域に根差す病院として、患者の人権を尊重し、安全で、質の高い、心のこもった医療を提供することにある。

そのためには、全職員の不断の努力はもちろんのこと、病院として組織的に取り組み推進していくことが必要である。

特に“安全な医療の提供”に関しては、患者が安心して医療を受けることのできる療養環境を整えるよう、本院全体で取り組むことが重要であり、そのために必要な指針を以下のとおり定めることとする。

### 1-1 安全管理に関する基本的考え方

- (1) 人は誤りを犯すという前提に立って、誤りを誘発しない環境や、誤って行った行為が患者の傷害（医療事故）に発展しないシステムを本院全体で構築する。
- (2) ヒヤリ・ハット、医療事故ともに、発生した場合は正確な情報を速やかに報告し、なされた報告に対し迅速に対応して、再発防止に努める。
- (3) ヒヤリ・ハットの原因分析に際しては、当事者の責任を追及する「誰が」ではなく、「何が」、「何故」に視点を置いて原因分析できるシステムを構築し、総合的、継続的な医療の質向上を図る。
- (4) 誤りの前兆を見過ごせず、発生した誤りに適切に対応できる能力を養成する。そのために、安全な医療の遂行を目的とした教育・研修を全職員に対して積極的に行う。
- (5) 医療安全管理の推進には、医療従事者の努力だけでは達成が困難であり、患者の協力がぜひとも必要である。そのために、医療に必要な情報提供を患者に十分に行うとともに、得られた情報を理解したうえで下される患者の判断、選択を尊重する。

### 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

- ① 医療従事者の過誤、過失の有無に係わらず、医療に関わる場所で、医療全過程において発生するすべての人身事故一切を包括するものである。この中には、患者だけでなく医療従事者が被害者の場合、医療行為とは直接関係のない転倒、転落等についても含む。
- ② 医療過誤は、医療事故の中に含まれるものであり、医療従事者が医療を行う過程の中において医療的準則に反して患者に被害を発生させた行為（不作為の場合も含む）である。

#### (2) ヒヤリ・ハット

医療従事者が、日常の医療現場において「ヒヤリ」としたり「ハット」したことを経験

する行為であり、結果的に医療事故に至らなかった場合をさすものである。

(3) フォーカスト・オカレンス

すぐに重大な結果につながる可能性があり、速やかな情報収集が必要な医療事故をあらかじめ定めておき、医療過誤に係わらず報告することとする。

## 2 医療安全のための組織および制度

本院における医療安全対策を推進するために、1－1の基本的考え方にに基づき、以下の役職、組織、制度を設ける。

### 2－1 役職、組織、制度

- (1) 医療安全管理者（ゼネラルリスクマネージャー）
- (2) 医薬品安全管理責任者
- (3) 医療機器安全管理責任者
- (4) 医療放射線安全管理責任者
- (5) 医療安全推進者（リスクマネージャー）
- (6) 医療安全管理委員会
- (7) 医療安全委員会
- (8) 医療安全管理のための報告制度
- (9) 医療安全管理のための研修制度
- (10) 医療安全管理室（院長の直轄とする）

### 2－2 医療安全管理者（ゼネラルリスクマネージャー）の選任

- (1) 医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員を院長が指名する。
- (2) 医療安全管理者（ゼネラルリスクマネージャー）の任務は、本院全体の医療安全対策の立案・実行・評価を含め医療安全管理のため組織横断的な活動を行う専従・専任のものをいい、次ぎに掲げる業務を行うこととする。
  - ① 安全管理の業務に関する企画立案および評価を行う
  - ② 定期的に院内を巡回して各部門における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を推進する。
  - ③ 各部門における医安全推進担当者への支援を行う。
  - ④ 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。
  - ⑤ 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。
  - ⑥ 職員の医療安全管理に関する意識の向上、指導を行う。
  - ⑦ 相談窓口等の担当者と綿密な連携を図り、医療安全対策にかかわる患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援する。
  - ⑧ 医療安全対策上の必要に応じて、他部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行う。

### 2－3 医薬品安全管理責任者の選任

- (1) 医薬品管理に必要な知識及び技能を有する職員を院長が指名する。（兼任でも可とする）

- (2) 医薬品安全管理責任者の任務は、次に掲げる業務を行うこととする。
- ① 責任者は医療安全委員会との連携を図り実施体制を確保する。
  - ② 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成。
  - ③ 医療従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施。
  - ④ 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施。
  - ⑤ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集及びその他の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。

#### 2-4 医療機器安全管理責任者の選任

- (1) 医療機器安全管理責任者は医療機器に十分な知識を有する職員を院長が指名する。
- (2) 医療機器安全管理責任者の任務は、次に掲げる業務を行うこととする。
- ① 責任者は医療安全委員会との連携を図り実施体制を確保する。
  - ② 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施。
  - ③ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施。
  - ④ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施。

#### 2-5 医療放射線安全管理責任者の選任

- (1) 医療放射線安全管理責任者は、放射線診療の専門的知識を持つ医師、診療放射線技師のうちいずれかの資格を有する職員を院長が指名する。
- (2) 医療放射線安全管理責任者は診療用放射線の安全利用に係わる管理・監督を果たす。
- (3) 医療放射線安全管理責任者は、次に掲げる業務を行うこととする。
- ① 診療用放射線の安全利用のための指針の策定。
  - ② 診療用放射線の安全利用のための研修の実施。
  - 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その他の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の実施。
  - ④ 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応。

#### 2-6 医療安全推進者（リスクマネージャー）の選任

- (1) 医療安全推進者（リスクマネージャー）は次に掲げる各部門の責任者等とする。
- ① 診療部：外科、内科、整形外科、薬剤科、放射線科、検査科、リハビリテーション科
  - ② 看護部：外来、第1病棟、第2病棟、第3病棟、手術室
  - ③ 事務部：栄養科給食係、地域医療連携室科、医事課、総務課
  - ④ 訪問看護ステーション
- (2) 医療安全推進者（リスクマネージャー）の任務は以下のとおりとする。
- ① 事故防止および安全対策に係る改善方策の企画、立案、提言に関すること。
  - ② 医療安全委員会において決定した事故防止および安全対策に関する事項の所属職員への周知徹底に関すること。
  - ③ 所属職員に係る「ヒヤリ・ハットレポート」および「医療事故報告書」の提出の徹底および取りまとめに関すること。
  - ④ ヒヤリ・ハットレポート等の原因分析および再発防止策の検討に関すること。

- ⑤ その他医療事故防止等安全管理対策の徹底に関すること。

#### 2-7 医療安全管理委員会の設置

- (1) 医療事故の防止に関する対応策を組織横断的に検討し対応するために、医療安全管理委員会を設置する。  
委員会は原則として月1回開催するほか、必要に応じて開催する。
- (2) 医療安全管理委員会の構成は以下の通とする。  
医療安全委員長、事務部長、看護部長、看護次長、医療安全管理者、医薬品安全管理者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、総務課長
- (3) 委員会の会議には、病院長、副院長も同席する。
- (4) 医療安全管理委員会の任務は以下のとおりとする。  
医療安全に関する対策や重要事例の審議・最終決定を行い、医療安全管理のPDCAサイクルの循環が恒常化することを目指す。
- (5) 医療安全管理委員会の記録などは委員長が整理し、事務は総務課が行う。

#### 2-8 医療安全委員会の設置

- (1) 医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために医療安全委員会を設置する。
- (2) 医療安全委員会は、院長が指名したものを委員長とし、医療安全推進者（リスクマネージャー）で構成する。
- (3) 医療安全委員会は委員長が召集し、毎月1回開催する。委員会には、医療安全管理室として医療安全管理者、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が加わるものとする。また、医療安全委員会が必要と認めるときは委員以外の出席を求め、意見を聴取し、資料の提出を求めることができる。
- (4) 医療安全委員会の任務は以下のとおりとする。  
医療安全委員会は院長の諮問に応じて以下のことについて調査審議し院長に報告するほか、院長に提案することができる。
  - ① 医療事故防止対策マニュアルの作成および改定に関すること。
  - ② ヒヤリ・ハットレポート、医療事故報告書等の原因分析、再発防止対策の検討、研究に関すること。
  - ③ 医療事故防止のために行う職員に対する指示に関すること。
  - ④ 医療事故防止のために行う提言に関すること。
  - ⑤ 医療事故防止のための啓発、教育、研修、広報に関すること。
  - ⑥ その他医療事故の防止に関すること。
- (5) 医療安全委員会の記録などは委員長が整理し、事務は総務課が行う。

#### 2-9 医療安全管理室の設置

- (1) 医療安全委員長は院長が任命する。
- (2) 医療安全委員長と医療安全管理者がチーフとなり、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メンバーとする。
- (3) 医療安全管理室の任務は、次に掲げる業務を行うこととする。

- ① 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録する。
  - ② 医療安全委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取り扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録する。
  - ③ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催し、必要に応じて各部門の医療安全委員会の構成員が参加する。
  - ④ カンファレンスの議事録の作成・保存を行う。
  - ⑤ 医療安全ラウンドを定期的に開催
  - ⑥ 患者への影響度が大きく、回避可能性が必ずしも高くない事象について情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全委員会への検証結果の報告及び必要な対策を実施する。
  - ⑦ 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算1に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告する。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受ける。また必要に応じて、連携している保険医療機関に対し、医療安全対策に関する助言を行う。
  - ⑧ その他医療安全に関すること
- (4) 事務は総務課が兼務する。

## 2-10 看護安全委員会の設置

- (1) 看護に係る医療安全のために看護安全委員会を設置する
- (2) 看護部長が指名したものを委員長とし、各病棟、外来、訪問看護ステーション、手術室の各1名をメンバーとする。
- (3) 看護安全委員会の役割
  - ①医療安全委員会との連携による医療安全対策の周知徹底を図る
  - ②看護職員の安全に関する意識の向上を図り患者に安全な医療を提供する。
  - ③ヒヤリ・ハットレポートを通し原因分析を行い、マニュアルの作成や見直しをする。
  - ④委員会は原則として、月1回開催するほか、必要に応じて招集する。

## 3 医療安全管理のための報告制度

本院では、医療安全確保のためのシステムの改善や教育・研修の資料とすることを目的としてヒヤリ・ハット、医療事故事例の報告制度を制定する。

### 3-1 医療事故等の報告制度の目的

- (1) 本院内におけるヒヤリ・ハット、医療事故・オカレンス事例を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発予防策を策定すること。
- (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。

これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下の要領に従い、ヒヤリ・ハット事例、医療事故事例の報告を行うものとする。

### 3-2 報告すべき事項

すべての職員は、本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、下記の医療事故・ヒヤリ・ハットのレベルに沿って、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（アクシデント）・ヒヤリ・ハットレベル

レベル 0(ヒヤリ・ハット)…誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった・  
(仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された)

レベル 1 (ヒヤリ・ハット) …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)

レベル 2(ヒヤリ・ハット)…処置や治療は行わなかった  
(患者に患者観察の強化、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)

レベル 3a(ヒヤリ・ハット)…簡単な（濃厚ではない）処置・治療を要した。

レベル 3b( 医療事故 )…濃厚な処置・治療を要したが、障害の可能性はない。

レベル 4( 医療事故 )…後遺症や障害残存の可能性はある。

レベル 5( 医療事故 )…死亡（現疾患の自然経過によるものを除く）

#### (2) 医療事故（アクシデント）・ヒヤリ・ハット報告

##### ① レベル 3b 以上の医療事故

医療側の過失の有無に関わらず、患者に望ましくない事象（医療事故）が生じた事例（予期しない形での死亡、または障害が残った事例、濃厚な処置・治療を要した事例も含む）⇒ 発生後直ちに部門責任者（医療安全推進者）へ報告する。責任者は速やかに、直接または医療安全管理者を通じて、院長へ報告する。

##### ② レベル 0～レベル 3a のヒヤリ・ハット

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、および患者に望ましくない事象（医療事故）が生じた結果、観察強化や検査等が必要となった事例 ⇒ 速やかに部門責任者（医療安全推進者）へ報告する。その後 48 時間以内に医療安全管理者へ報告する。

##### ③ その他日常診療の中で危険と思われる状況を認めた場合 ⇒ 適宜、部門責任者（医療安全推進者）または医療安全管理者へ報告する。

#### (3) フォーカスト・オカレンスレポート

① オカレンスとは、過失の有無に関係なく、典型的に医療の安全を脅かす確率が高い事象について患者に有害事象が発生したか否かに関わらず、報告対象として定めているものである（別添 5）。また患者への影響度が大きく、回避可能性が必ずしも高くない事象を含むものとする（別添 6）。

② オカレンスは、発生後 直ちに部門責任者（医療安全推進者）へ報告する。責任者は速やかに、直接または医療安全管理者を通じて、院長へ報告する。

③ フォーカスト・オカレンスレポートのレベル分けは「オカレンス」とする。

### 3-3 報告の方法

- (1) 報告は、原則として電子カルテのインシデント報告システムにて報告を行う（概ね、48時間以内）。ただし、緊急を要する場合（レベル3bまたはそれ以上）には、速やかに口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく（概ね24時間以内）報告を行う。
- (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。
- (3) 提出先は、医療安全管理室とする。

### 3-4 報告内容の検討と改善策の実施状況の評価

- (1) 医療安全委員会は、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、本院の組織としての改善に必要な防止策を作成するものとする。
- (2) 医療安全委員会は、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し、必要に応じて見直しを図るものとする。

### 3-5 その他

- (1) 院内で報告された事例について、職務上知りえ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) 病院は、報告を行った職員に対して、報告を理由に不利益な取り扱いを行ってはならない。
- (3) ヒヤリ・ハットレポートは報告した日から起算して5年間、医療事故報告書は報告した日から起算して10年間総務課において保存する。

## 4 医療安全管理のための研修制度

医療安全管理を推進するためには、医療従事者個人の資質・技能水準の向上を図ることが重要であるが、その向上を個人の努力にのみ依拠するのではなく、本院全体として取り組むシステムの構築が不可欠であると考え、医療安全管理のための研修制度を制定する。

### 4-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 院長および医療安全委員会は、原則として年2回、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。その他、必要に応じて随時開催する。
- (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、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、研修が実施される際には、必ず受講するよう努めなければならない。
- (4) 勤務の都合等で受講できなかった場合は、研修資料を基にレポート提出することでこれに替える。
- (5) 研修の資料等の作成、管理は総務課が管轄する。研修を実施したときは、その概要を記録し、2年間保管する。

### 4-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全のための研修は、院長等の講義、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会を受講した者による伝達報告会、有益な文献の抄読またはビデオ・DVDの視聴などの方法によって行う。

#### 4-3 外部の講習会・研修会への積極的な派遣

院長は、医療安全対策に係る外部の講習会や研修会が開催される際には、医療安全推進者（リスクマネージャー）など必要と思われる職員を派遣し、医療安全管理のための院内教育・指導を行うことのできる人材の育成を積極的に図ることとする。

## 5 医療安全管理のためのマニュアルの整備

### 5-1 安全管理マニュアル

安全管理のため、本院において以下のマニュアルを整備する。

- (1) 医療事故防止対策マニュアル
- (2) 院内感染対策マニュアル
- (3) 輸血療法マニュアル
- (4) 医薬品安全使用マニュアル
- (5) 褥瘡予防マニュアル
- (6) 看護技術マニュアル
- (7) 看護補助者マニュアル

### 5-2 マニュアルの策定と見直し

- (1) 安全管理のためのマニュアルは、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアルは、関係職員に周知し、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアルの改正作業は、関連する下記の委員会が行う。

① 医療事故防止対策マニュアル	⇒	医療安全委員会
② 院内感染対策マニュアル	⇒	院内感染対策委員会
③ 輸血療法マニュアル	⇒	輸血療法委員会
④ 医薬品安全管理マニュアル	⇒	医療安全委員会
⑤ 褥瘡予防マニュアル	⇒	褥瘡対策委員会
⑥ 看護技術マニュアル	⇒	看護教育委員会
⑦ 看護補助者マニュアル	⇒	看護教育委員会

### 5-3 安全管理マニュアル作成の基本的な考え方

- (1) マニュアルの作成は、多くの職員がその作成・検討に加わることを通じて、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。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、各種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、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。

## 6 医療従事者と患者との間の情報共有

6-1 医療従事者と患者および患者家族との間での情報共有は、医療安全推進の観点からも紛争予防の観点からも重要である。

安全で、安心できる医療を行うためには、日ごろから医療従事者は十分な説明（医療行為の内容、目的、メリット・デメリット）を行い、それに基づき患者が理解、納得、選択し、同意の上、決定できるように努める。（インフォームド・コンセント）

十分な情報共有がなされるため、必要に応じて複写用紙・コピー等を用いるなどして、双方に記録が残るように配慮する。

6-2 患者及び患者家族からの、診療情報の開示請求があった場合、当院の「個人情報開示等手続要領」に基づいて開示するものとする。

## 7 患者からの相談への対応

7-1 患者および患者家族からの相談については医事課を相談窓口とし対応する。しかし、医療内容に関わる問題については当該診療科が連絡を受けて適切に対応する。

7-2 相談に対応した職員は、相談内容の秘密保護に努め、相談により患者やその家族等が不利益を受けないように配慮する。

7-3 苦情や相談で、医療安全に関わるものについては、医療安全管理室が病院全体に周知し安全対策の見直し、継続的な患者サービスに活用する。

## 8 医療事故（レベル3b以上）発生時の対応

8-1 救命措置の最優先

(1) 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には、本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。

(2) 本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る。

8-2 院長への報告及び事故内容の記録

(1) 前項の目的を達成するために、事故の状況、患者の現在の状況等を、部門責任者は直接または医療安全管理者を通じて、院長および医療安全委員長へ迅速かつ正確に報告する。

(2) 報告を行った職員及び当事者は、医療事故発生時（後）対応マニュアルにそって、事故事実および報告の内容を、診療録、業務日誌等に記録する。

8-3 患者・家族・遺族への説明

(1) 医療事故が発生した場合、救命措置に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、

現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明する。

- (2) 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へ説明する。
- (3) 死亡医療事故で死亡原因について不明または疑義があるときは、遺族に解剖制度の概要（司法解剖、行政解剖、病理解剖）を説明し、解剖を勧める。（解剖依頼マニュアルを参照）または、死後画像診断を勧める。
- (4) 説明に際しては、複数の職員で臨むことを原則とする。さらに、常に管理部門と密接な連絡を取れるようにし、重大な場合には診療部長、事務部長、看護部長も同席とする。
- (5) 説明を行った職員は、その事実および報告の内容を診療録に記録する。

#### 8-4 関係機関への届出及び報告

- (1) 明らかな医療過誤によって死亡した場合は、担当医師は、院長の同意を得て、医師法第21条に基づき、異状を認めてから24時間以内に所轄警察署へ届出を行う。
- (2) 上記医師法第21条による届出に加えて、院長の判断で
  - ① 明らかな医療過誤により重大な障害が発生した場合は速やかに所轄警察署へ届出を行う。
  - ② 死亡または重大な障害が発生し、医療過誤の疑いがある場合には、所轄警察署との相談も踏まえた上で届出を行う。
  - ③ 上記判断基準に該当しない場合でも、患者、家族・遺族が病院の対応や説明に対して納得されず、警察署に報告すべきであるとの主張であれば警察署などへの相談を踏まえて、対応する。
- (3) 医療事故が発生した場合、院長は患者等への初期対応が終了後、連合会本部へ報告を行う。
- (4) 所轄警察署に対して届出を行う場合は原則として事前に医療事故などが起こった経過、届出の趣旨をきちんと患者、家族に説明を行う。
- (5) 警察署への届出を行った場合には、所轄の保健所および県等医療安全担当部署にも報告する。これら行政機関への報告は法的な義務ではないが、医療監視の立場を尊重して自主的に行うものである。

#### <所轄警察署、保健所など届出先の連絡先>

- ① 所轄警察署：水戸警察署・・・029 - 233 - 0110  
赤塚駅前派出所・・・029 - 251 - 2427
- ② 所轄保健所：水戸市保健所・・・029 - 305 - 6290

#### 8-5 医療事故調査委員会設置

- (1) 医療事故により、死亡または永続的な障害や重篤な後遺症が起こった場合、事故の原因、診療業務上の問題点、医療行為上の責任、再発防止策について調査・検討するため、医療事故調査委員会を事故直後（遅くとも1週間以内）に設置する。
- (2) 委員会の構成は、内部委員として管理者・医療安全管理者・当該科部長および院長が必要と認めた者（医療事故に直接関与した職員・関係者は除外する）、外部委員として医療事故原因を客観的に分析できる第三者からなる。
- (3) 委員会は院長が召集する。

## 8-6 事故当事者への配慮

管理者などは、医療事故にあった患者・家族、及び、医療事故に関わった医療者の精神的ケアや相談に応じる体制を整備し、並びに個人情報保護などに十分配慮する。

※予期せぬ事案が発生した場合は、「医療事故発生時（後）の対応マニュアル」参照。

## 9 その他

### 9-1 本指針の見直し・改正

- (1) 医療安全委員会は、少なくとも毎年1回以上、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) 本指針の改正は、医療安全委員会で検討を行い医療安全管理委員会の承認を得る。

### 9-2 本指針の閲覧

- (1) 本指針は、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応ずるものとする。
- (2) 本指針の照会には、医療安全管理室が対応する。

## 附 則

この指針は、平成15年4月1日から施行適用する。

平成19年1月1日から一部改正

平成19年12月1日から一部改正

この指針は、平成20年11月1日から一部改正し「医療事故防止対策規程」と統合

平成21年9月1日から一部追加

平成25年8月16日から一部改正

平成26年6月1日から一部改正

平成27年9月1日から一部改訂

平成28年4月1日から一部改訂

平成29年10月1日から一部改訂

平成30年6月1日から一部改訂

平成31年1月1日から一部改訂

令和2年4月1日から一部改訂

令和5年4月1日から一部改訂

令和6年6月1日から一部改訂

令和7年6月1日から一部改訂

令和8年6月1日から一部改訂