

医療法人財団健和会
みさと健和病院/クリニック

医療安全管理指針

作成 2001 年 4 月	
改訂日	改訂履歴
2012 年 3 月	医療安全管理者の業務基準策定
2013 年 8 月	医療安全管理者の職種
2014 年 4 月	医療安全委員会→医療安全推進者会議へ変更，リスクマネージャー →セーフティマネージャーへ変更
2016 年 6 月	前書き/基本的事項/具体的方策追加，警察への届出改訂
2020 年 4 月	診療用放射線の安全利用のための指針策定及び関連個所の追記， 研修会参加要項変更，インシデントレポートの院外への原則不開示について
2020 年 6 月	自殺対応ガイドライン，虐待が疑われる場合の報告ルート策定
2022 年 7 月	総看護師長を看護部長へ名称変更，迷惑行為対応チャート改定
2023 年 5 月	カスタマーハラスメント対応マニュアル策定
2023 年 6 月	報告ルート改定、情報漏洩時の対応追記，自殺対応ガイドライン改定
2023 年 9 月	医療安全管理対策会議の業務，医療安全管理者の業務基準， 安全管理体制（組織図）
2024 年 8 月	院内死亡患者の管理者への報告 追記
2024 年 11 月	医療安全管理者の業務基準改定，医療安全対策管理会議の業務基準改定
2025 年 4 月	医療事故当事者および関係職員への配慮改定，院内死亡患者の管理者への報告改定， コード体制運用管理規定改定，迷惑行為対応チャート改定
2025 年 8 月	用語の定義インシデント及びアクシデントの内容を修正 / 医療事故の影響度レベル分類改訂（レベル 2 及び 3a 記載事項修正，アクシデントを重大インシデントに修正） / 文中のインシデント・アクシデント表記を インシデントに修正 / 報告経路 事務長室及び師長室を管理事務室と看護部に修正
2026 年 2 月	届け出と公表について修文（異状死届け出以外の警察への届出で家族の承諾は不要）
2026 年 4 月	医療安全推進委員の役割・医療安全管理室の業務追記，報告経路の管理事務室を事務長 室， 管理部に即座に報告すべき事例[A][B]各々12 事例追記・その他編集，医療事故発生時の 対応「正確な事実調査」に「対応方針の決定」を追記，「院内死亡患者の管理者への報告」 へ「患者遺族からの申し出の際にも検討」項目追加
2026 年 4 月	職員が患者から受けるセクシュアルハラスメント対応マニュアル策定

目 次

- I. はじめに
- II. 医療事故防止のための基本的事項
- III. 用語の定義
 - 1. 医療事故 2. 医療過誤 3. インシデント 4. アクシデント 5. 医事紛争
 - 6. 医療事故の影響度レベル分類
- IV. 医療事故防止のための院内組織体制の確立
 - 医療安全管理体制 (資料1)
 - 1. 医療事故調査対策会議 2. 医療安全管理会議/医療安全推進会議 3. 医療安全管理室
 - 4. 医薬品安全管理部門 5. 医療機器安全管理部門 6. 診療用放射線安全管理部門
 - 7. 医療安全管理者 8. 医療安全相談窓口
- V. 医療の安全管理のための具体的方策の推進
 - 1. 患者参加の医療、チーム医療の推進による安全な医療の提供
 - 2. 安全管理マニュアルの整備 3. 医療安全管理のための研修・教育
- VI. 報告経路および再発防止
 - 1. 報告経路 2. 管理部に事故報告書で報告すべき事例 3. 事故防止策
- VII. 医療事故発生時の対応
 - 1. 応急処置・救命処置の優先 2. 事故への組織的対応 3. 患者・家族への対応
 - 4. 現場保存と記録 5. 医療事故当事者および関係職員への配慮 6. 届出と公表について
- VIII. 院内死亡患者の管理者への報告
- IX. 病院医療安全管理指針の閲覧

資料

- ✧ 医療安全管理者の業務基準
- ✧ 医薬品の安全使用のための業務手順書
- ✧ 医療機器安全管理のための業務指針
- ✧ 医療放射線安全管理指針
- ✧ インシデント発生時の連絡・報告の流れ (資料2)
- ✧ 重大事故報告ルート (資料3)
- ✧ 医療事故公表基準
- ✧ 医療安全推進者会議規定＊医療事故調査対策会議要綱＊医療安全管理対策会議要綱
- ✧ 無断外泊・無断離院への対応マニュアル
- ✧ 盗難事故対応マニュアル
- ✧ 学生臨床実習の安全管理マニュアル
- ✧ コードホワイト運用規定(迷惑行為による診療拒否対応チャート)
- ✧ 患者確認行動指針
- ✧ 自殺対応ガイドライン
- ✧ 虐待が疑われる場合の報告ルート
- ✧ カスタマーハラスメント対応マニュアル
- ✧ アナフィラキシー症状出現時対応手順
- ✧ 捜査関係事項照会対応マニュアル
- ✧ 職員が患者から受けるセクシュアルハラスメント対応マニュアル

I はじめに

医学、医療技術の進歩発展は、医療の細分化・機械化、更には医療行為の複雑化をもたらしています。また、患者さんの医療に対する要求も多様化しています。「事故は起こる」という前提に立ち、各部門と病院全体として組織的、系統的な医療事故防止の対策を打ち出すこと（リスクマネジメント）が必要です。

みさと健和病院は、2001年4月に医療安全委員会^{*1}の設置と専任リスクマネージャー（医療安全管理者）を配置し、医療事故防止活動を推進しています。

みさと健和病院は、「みさと健和病院憲章」（2000年10月策定）の立場で安全、安心の医療を追究し、医療事故防止体制を確立し、安全文化を醸成することにより適切でかつ安全で安心な医療の提供に努めます。

II 医療事故防止のための基本的事項

医療の質の向上と安全の確保は、医療機関が最優先に取り組むべき課題の1つです。

日常業務の中で、医療事故を防止するためには、院所及び職員個人が、事故防止の必要性・重要性を認識して事故防止体制の確立を図ることが必要です。

① 「人間はエラーを犯すもの」という観点にたち、常に危機意識を持ち、業務にあたる。医療行為は不確定要素が多く潜在し、危険性を充分認識する必要があります。

② 患者最優先の医療を徹底する。

いかなる事態においても患者最優先の体制で業務にあたることが不可欠です。

③ 医療行為においては、確認、再確認を徹底する。

すべての医療行為においては、事前に確認することが不可欠です。また、複数の人で確認し、「あたりまえのことをきちんとする」という再認識が大切です。

④ 円滑なコミュニケーションとインフォームド・コンセントに配慮する。

患者とのコミュニケーションには十分配慮し、訴えを謙虚な気持ちで聞き、約束は必ず守るよう心がけることが大切です。

患者・家族が説明内容を良く理解できるように、説明の言葉使いは丁寧でわかり易く、誠意を持って対応し、その環境にも配慮することが必要です。

⑤ 記録は正確かつ丁寧に記載し、チェックを行う。

記録は正確かつ丁寧に記載する習慣をつけるとともに、上司・先輩・同僚などのチェックを受け、医療の質の向上につなげることが大切です。

⑥ 情報の共有化を図る。

各部門で発生したインシデントの報告については、分析・評価・対策を講じるシステムを構築し、医療事故の再発防止のため、全職場に周知徹底を図り、情報を共有することが必要です。

⑦ 医療者と患者の安全パートナーシップを構築する

医療へ患者参加の取り組みを積極的に行う。

安全で正確な治療・検査・看護ケアが指示通り行われているか、患者が参加することで安全性を高めることが出来ます。氏名確認のたびに患者に名乗ってもらうなど医療安全への参加を促しましょう。

III 用語の定義

1. 医療事故

医療行為に起因して生じて事故で、損害が発生しているものを総称して言い、その中には医療関係者の

過失が伴うものや、不可抗力的な事故も含む。

2. 医療過誤

医療関係者が当然払うべき業務上の注意義務を怠ったために、生じた医療事故をいいます。

3. インシデント

通常の医療行為から逸脱し、患者に害を及ぼした、または害のリスクがあった出来事。影響度レベル分類では、0～3 a をインシデント、3 b～5 を重大インシデントと呼びます。

4. アクシデント

いわゆる医療事故を意味し、医療行為の中で患者に傷害が発生し、すでに損害が起きていることを指す用語であるが、多義的で誤解を招く可能性があるため、使用を推奨しない（日本医療安全学会等）。ただし当院の電子カルテでは「アクシデント」の呼称を用いている箇所があるので、完全には排除できない（2025.8 現在）。過去に作成したマニュアル、指針類は、アクシデント表記の部分を重大インシデントと読み替えるものとする。

5. 医事紛争

医療行為あるいは医療サービスに関連して、患者・家族側より医療従事者にクレームがついた状態をいいます。民事責任のみならず、刑事責任を追及されることがあります。

6. 医療事故の影響度レベル分類

		障害の 継続性	障害の 程度	内容
イン シ デ ン ト	レベル0			エラーや医薬品・医療機器の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
	レベル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)
	レベル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)
	レベル3 a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した、または確認のため検査などの必要性を生じた (消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤投与)
重 大 イ ン シ デ ン ト	レベル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)
	レベル4	永続的	中等度 ～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
	レベル5	死亡		死亡 (原疾患の自然経過によるものを除く)

IV 医療事故防止のための院内組織体制の確立 医療安全管理体制 <資料1>

1. 医療事故調査対策会議の設置

会議構成メンバー

院長、副院長、事務長、副事務長、看護部長、事務次長、医療安全管理者

顧問弁護士、その他院長が必要と認めた者

医療事故の防止及び紛争の解決を目的とする。

ア) 医療事故防止に関する事項

イ) 医療上の紛争処理に関する事項

- り) 医療訴訟に関する事項
- え) その他医療事故等に関し必要な事項

2. 医療安全対策管理会議、医療安全推進者会議の設置

①医療安全対策管理会議

- ・会議構成メンバー
院長、副院長、事務長、副事務長、看護部長、医療安全担当師長、医療安全管理者、薬剤部長、技術部門副部長
- ・業務
 - ア) 各部門の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
 - イ) 院内研修の承認及び参加率の確認、患者さん等の相談件数及び内容、相談後の状況等について記録する
 - ウ) 医療安全カンファレンスに参加及び必要時、インシデント発生部署の責任者へ参加要請する
 - エ) その他、医療安全対策管理会議の業務指針*別紙に定める

②医療安全推進者会議

- ・委員会構成メンバー
委員長・・・副院長
委員・・・・研修医、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士
臨床工学技士、セラピスト、事務、医療安全管理者
- ・業務
医療事故防止の対策を審議する。
 - ア) 医療事故防止に関する事項
 - イ) インシデントレポートの分析・対策に関する事項
 - ウ) 医療事故防止の職員教育に関する事項
- ・医療安全推進委員の役割
 - ア) 自部門・自部署のインシデントの把握
 - イ) 自部門・自部署の改善活動の指標（目標設定、対策立案、実施、評価）
 - ウ) 自部門・自部署における医療安全教育及び医療安全情報の周知
 - エ) 自部門・自部署で医療事故が発生した場合の医療安全調査への協力（ヒアリング/情報収集など）

3. 医療安全管理室の設置

安全管理のための体制を確保するために、院長直轄の医療安全管理室を設置する。室長は医療安全管理責任者の副院長とし、医療安全管理室は以下の業務を行う。

- ア) 各部門における医療安全状況の評価に基づき、医療安全確保のためのインシデント改善報告書の発行、および安全対策の実施状況の評価し結果を記録する
- イ) 医療安全推進者会議との連携状況・院内研修の実績、患者等の相談件数および相談内容、相談後の取扱い、その他医療安全管理者の活動実績を記録する
- ウ) 医療安全対策管理会議の構成員によるカンファレンスを週1回程度開催する
- エ) 医療安全ラウンドを定期的に行い、各部署の医療安全対策の実施状況进行评估する
- カ) 医療安全地域連携ラウンドの際、連携医療機関の評価や受け入れの実務を行う
- ク) 連携医療機関との間で、医療安全対策に関する相談・助言を行う実務を担う

4. 医薬品安全管理部門の設置

医薬品管理責任者を薬剤課課長とする。

医薬品の採用、購入、管理等は「医薬品の安全使用のための業務手順書」に沿って実施する。

5. 医療機器安全管理部門の設置

医療機器管理責任者をME課課長、副責任者を放射線課課長とする。

医療機器の保守管理・点検は「医療機器安全管理のための業務指針」に沿って実施する。

6. 診療用放射線安全管理部門の設置

医療放射線安全管理者を放射線科部長医師、副責任者を放射線課課長とする。

診療用放射線の安全利用に関する業務を「診療用放射線の安全利用のための指針」に沿って実施する。

7. 医療安全管理者の配置

統括する医療安全管理責任者を副院長、専従の医療安全管理者を配置する。

8. 医療安全相談窓口の設置

医療行為に対する苦情・相談は、医療安全管理者を窓口とする。

V 医療の安全管理のための具体的方策の推進

1. 患者参加の医療、チーム医療の推進による安全な医療の提供

① 患者参加

注射、服薬、検査、輸血などあらゆる医療行為の実施時には、患者とお互いに声を出して名前を確認する。同時に薬や注射の内容や実施方法を確認しあうことを原則とする。

② チーム医療の推進

医師と看護師、医師とコ・メディカル、或いは看護師とコ・メディカルのように全ての職員は、緊密な連携をもって患者を中心としたチーム医療を推進する。

2. 安全管理マニュアルの整備

① 医療の安全を確保するために、各部署では主体的に業務実施マニュアルを作成し関係職員に周知徹底を図る。

② マニュアルは1年に1度程度、齟齬がないか各部署で確認をすることを原則とするが、必要に応じ適宜改訂を行う。

3. 医療安全管理のための研修・教育

① 医療安全対策管理会議は少なくとも1年に2回、全職員を対象とした医療安全管理のための研修会を実施する。加えて、新入職員教育、現任教育の場においても医療安全に関する制度教育、必要に応じて適宜研修会を実施する。

② 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止のための具体的手法を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はかるとともに、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、全職員対象の医療安全研修会には、必ず参加しなければならない。参加できなかった場合は、伝達講習や補講を必ず受講しなければならない。医薬品安全研修会、医療機器安全研修会、放射線安全研修会については、関連部署の職員は参加しなければならない。

④ 研修の記録は医療安全管理室にて3年間保管する。

VI 報告経路および再発防止

1. 報告経路 <資料2・3>

■ レベル3b～5

レベル3b以上の報告は、**即座に**口頭・電話にて第1報を管理部（院長もしくは事務長室・看護部）に報告する。その後「インシデント報告書」を作成し提出する。

■ レベル0～3a

「インシデント報告書」を原則3日以内に提出する。

※インシデント報告がカルテ登録された後には、職責または副職責者は、迅速に一次承認を行い、3日間の提出期限に間に合うようにすること。

※本報告書は医療安全（業務改善を含む）を目的に作成するもので、外部へ開示しないことを原則に運用しますので、なるべく詳細に記載すること。

■ 本指針上での報告対象外のもの

- ① 院内感染 ② 食中毒 ③ 職員の針刺し ④ 暴行障害（事件）
- ⑤ 患者さんや家族からの苦情（医療行為に関わらないもの）

2. 管理部に即座に口頭・電話にて報告すべき事例

[A]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以下の事象

- ① 手術等の侵襲的手技^{※1}における患者、部位、手技又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 薬剤又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又は経静脈/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

※当院には該当しない

- 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 気道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。

[B]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以下の事象

- ① 手術等の侵襲的手技^{※1}における以下の事象：術中停止・術中ショックを伴った大量出血・周辺臓器損傷^{※2}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 2 Gy 以上の高線量被曝
- 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~~

※当院には該当しない

- 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 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

[C]その他、**即座な報告が必要な事例**

- ① 診断あるいは治療行為に伴う重大な合併症
- ② 注射、点滴、採血時の神経損傷
- ③ 注射、点滴時の細胞毒性薬剤の血管外漏出
- ④ 誤投薬による重大な副作用
- ⑤ 意識障害患者の無断外出

3. 事故防止策

- ① 医療安全対策管理会議は、上記の[A][B][C]の事例及び医療安全管理者から報告され医療の安全管理上有益と思われる事例を検討し、再発予防の観点から、組織としての改善に必要な防止策を作成する。
- ② 医療安全対策管理会議は、協議に基づいて決定された事故予防策について、医療安全ニュースや医療安全推進者会議を通じて職員に周知・徹底する。
- ③ 医療安全対策管理会議は、策定した改善案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点検・評価し、必要に応じて見直しを図る。

VII 医療事故発生時の対応

1. 応急処置・救命処置の優先

- ① 事故発生時には、他の何よりも優先して患者の応急処置・救命処置を行い、影響が最小限となるよう他の診療科の応援を得て患者の救命と被害の拡大防止に全力をあげる。自殺・自殺念慮の患者であっても原則として同様の対応に努める。
- ② 院内のみで対応困難と判断される場合は、遅滞なく他の医療機関の協力を求め必要なあらゆる情報を提供する。

2. 事故への組織的対応

(1) 報告ルート <資料3>

- ① レベル3 b 以上の事故が発生した場合は、速やかに口頭、電話で主治医・職場責任者に報告する。職場責任者不在の時は代行者に、夜勤帯など職場長不在の場合は、管理師長および当直責任医に連絡する。
- ② 報告を受けた者は、速やかに医療安全管理メンバーに速やかに連絡する。

医療安全管理メンバー

医療安全管理者、院長、副院長、事務長、副事務長、看護部長、看護部医療安全担当師長

③ 職場長が不在の場合でも、12時間以内に職場長に連絡が届くように配慮する。

(2) 正確な事実調査と対応方針の決定

ア) 死亡事故などの重大事故が発生した場合は、直ちに、院長が医療事故調査対策会議を召集し、正確な事実調査を迅速に当事者に行なう。

イ) 事実関係の記録は、事故の概要、患者の状況、現在の治療、今後の見通し及び患者・家族への説明した内容などを客観的、経時的に正確に記録する。

ウ*) 事故原因の調査・分析を行い、被害拡大の防止及び今後の治療方針の判断、患者・家族対応の方針を検討する。

エ*) 医療過誤の有無及び補償対応の有無を検討する。

オ*) 死亡事故の場合、医療事故調査制度における報告対象事例であるかを検討する。

※ ウ)エ)ウ)については、迅速に顧問弁護士へ相談を行い方針の決定を行い、月1回開催の医療事故調査対策会議にて対応経過の確認を行う。

3. 患者・家族への説明・対応

① 医療事故の初期段階での説明にあたっては、なるべく医師は上級医師相談の上、当該科の看護師長とで患者・家族への対応を行う。また技術系職場での事故の場合は、当該部署の責任者と診療を行った医師・看護師長とする。

② 事実経過を把握の上、複数の関係者の立会いのもとで、事実を包み隠さず明らかにし、謝罪すべき点は謝罪し誠意ある対応をする。

起こった事故の内容、現在の状況および当面の治療方針につき、第一報として患者・家族に説明する。

③ 初期段階以降の患者・家族への対応は、医療事故調査対策会議が任命した者が行う。

④ レベル3a以下の事故の場合、患者・家族への説明や謝罪および連絡は、各職場責任者の判断で行う。判断に迷う場合には、医療安全管理メンバーに相談をする。

4. 現場保存と記録

① 関係職員は、生じた事態を明確にできるように、現場の保存と関係物の保存を可能なかぎり行う。

(モニター類・薬品類・医療用具の保管・ビデオ記録・現場撮影・正確な時間確認)

② 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者・家族への説明内容等を診療録等へ詳細に記録する。記録にあたっては、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。

イ) 可能なかぎり経時的に記録する。

ウ) 事実を客観的に正確に記載する。

エ) 誤解のない表現を用いる。

オ) 患者・家族への説明に関しては、説明内容とあわせて患者・家族からの応答・質問等も記録する。

5. 医療事故当事者および関係職員への配慮 <資料4>

管理者は職場責任者と相談し、当事者および関係職員への必要なサポートを行う。

ヒアリングを行う際には、職場責任者（医師の場合上級医）と相談の上でヒアリング実施者を定め、以下の事柄に注意、配慮して行う。

ア) 心理的配慮

当事者、関係者は事故のショックや不安を抱えている可能性が高いため、共感的で非責任追及的な態度で接する。落ち着いた環境で話を進める。

イ) プライバシーの確保

他の同僚や第三者の目がない状況でヒアリングを行い、当事者、関係者が安心して話せる環境を整える。

ウ) 明確な目的の提示

ヒアリングの目的は「責任追及」ではなく、事実確認と再発防止策の策定であることを明確に伝え、安心感を与える。

エ) 非断定的な態度

当事者、関係者を先入観で判断することなく、公平かつ冷静に事実を確認する姿勢で行う。

カ) 質問内容の工夫

開かれた質問（例：「どのように感じましたか？」）を用いて当事者、関係者の心情や状況を理解しやすくするとともに、誘導質問を避けるようにする。

6. 届出と公表について

① 行政・警察への届出 <資料5・6>

ア) 医療事故が原因で、患者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、日本医療機能評価機構へ報告する。

イ) 医療に起因、起因すると疑われる死亡で、予期しなかったと院長が判断した事案は医療事故調査制度に従い、医療事故調査・支援センターへ報告する。

ウ) 異状死体（外表に異状を認める場合）を検案した医師は、医師法第21条の規定により24時間以内に所轄警察署へ届出をしなければならないが、判断に迷う場合には管理部へ相談し、24時間を十分に活用し集団討議により決定する。

エ) 個人情報漏洩事故発生時には、個人情報保護委員会および当事者の患者・利用者への報告を行う。

② 報道機関への対応 <資料7>

ア) 管理部（事務長室）を窓口とする。

イ) 公表については、患者・家族の承諾を得て行なう。個々の取材を受けない。

ウ) 患者・家族のプライバシーを最大限に尊重する。

VIII. 院内死亡患者の管理者への報告

医療事故調査制度への報告事案を見逃さないようにするため、院内での全死亡患者を病院長が確実に把握できるよう以下の手順で報告する。

ア) 医事課職員は、前々週の死亡患者をリスト化し、院長デスクへ提出する。

イ) 病院長は、患者の死亡が医療事故調査制度の報告対象にあたらないかを確認し、該当者がいなければリストへ確認サインを記入し、医療安全管理者へ医事課への提出を指示する。報告対象者が含まれる場合、または死因や経過に疑義が存在する場合には、医療安全管理者へ医療安全対策管理会議の議題とするよう指示し、集団討議の後に報告の可否を判断する。

ウ) 医療安全管理者は、病院長から受け取ったリストを医事課へ提出し、医事課にて1年分保管する。

エ) 当院で亡くなった患者の患者遺族から、本制度の報告対象では無いかと疑義が寄せられた場合においても、医療安全対策管理会議の議題として検討を行う。

IX. 病院医療安全管理指針の閲覧

病院医療安全管理指針については、病院のホームページへ掲載し、患者及び家族並びに利用者が容易に閲覧できるように配慮する。