

独立行政法人国立病院機構呉医療センター医療安全管理規程

(目的)

第1条 この規程は、独立行政法人国立病院機構呉医療センター（以下当センター）において、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。

(医療安全管理のための基本的考え方)

第2条 医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、当センター及び職員個人は、医療安全の必性・重要性を病院及び自分自身の課題と認識し、安全な医療を遂行しなければならない。このため、当センターは、独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針を活用して、医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置して医療安全管理体制を確立するとともに、院内の関係者の協議のもとに、医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル等（以下「マニュアル等」という。）を作成する。また、インシデント・アクシデント・ヒヤリ・ハット事例および医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い医療安全管理の強化充実を図る。

(医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について)

第3条 医療安全管理規程については、患者及び家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、医事受付窓口に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

(医療安全管理委員会の設置)

- 第4条 第1条の目的を達成するため、当院に医療安全管理委員会を設置する。
- 2 医療安全管理委員会の委員は、管理診療会議の構成員（幹部会議・管理診療会議規定における構成員をいう。）とする。
 - 3 医療安全管理委員会の委員長は、医療安全管理部長（副院長）とする。
 - 4 医療安全管理委員会の副委員長は、医療安全管理室長（統括診療部長）とする。
 - 5 委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代行する。
 - 6 医療安全管理委員会の所掌事務は、次の各号のとおりとする。
 - (ア) 医療安全管理の検討及び研究に関すること。
 - (イ) 医療安全管理のために行う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。

(ウ) 医療安全管理のための啓発、教育、広報に関すること。

(エ) その他医療安全管理に関すること。

- 7 医療安全管理委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の医療安全管理委員会を開催できるものとする。
- 8 医療安全管理委員会の記録その他の庶務は、医療安全管理室が行う。

(医療安全専門会議の設置)

第5条 医療安全管理について迅速に対応するため、医療安全専門会議を設置する。

- 2 医療安全専門会議は、副院長、統括診療部長、薬剤部長、看護部長、事務部長、医療安全管理係長、医療安全担当副看護師長をもって構成する。
- 3 会議は、原則として毎日開催する。

(医療安全専門会議の任務)

第6条 医療安全専門会議は、医療安全上必要な以下の所掌事務を迅速に行うものとする。

- (ア) インシデント・アクシデント報告の緊急性、重要度から判断して必要と認められる事案について、病院の対応方針を決定すること。
- (イ) 検討の結果、必要と認められる事案については、速やかに院長に報告を行うとともに、関係職場及び関係職員への指導を行うこと。
- (ウ) 重大な問題が発生した場合（レベル4，5）には、臨時の事案検証会、拡大事案検証会または院内事故調査委員会の必要性について検討すること。
- (エ) 医療事故の分析及び再発防止策の検討、立案を行うこと。
- (オ) 立案された防止対策及び改善策について実施状況の調査及び見直しを行うこと。
- (カ) 医療安全管理規程並びに医療安全管理マニュアルを整備し、必要に応じて改訂を行うこと。
- (キ) 医療訴訟に際して必要な対応を行うこと。
- (ク) 第4条に定める医療安全管理委員会の所掌事務に関する事前の検討、決定を行うこと。

(医療安全関連指針の策定)

第7条 医療安全関連指針の策定については、以下の物を策定する。

(1) 院内感染対策のための指針の策定

次に掲げる項目を内容とする「院内感染対策のための指針」を策定する。なお、当該指針は院内感染対策委員会の協議を経て策定及び変更するものとする。

- 一 院内感染対策に関する基本的考え方
- 二 院内感染対策のための委員会（以下「院内感染対策委員会」という。）、及びその他の院内感染対策に係る院内の組織に関する基本的事項
- 三 院内感染対策のために職員に対して行われる研修に関する基本方針
- 四 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- 五 院内感染発生時の対応に関する基本方針
- 六 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- 七 その他院内における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

(2) 診療用放射線の安全利用のための指針の策定

次の各号に掲げる事項を内容とする「診療放射線の安全利用のための指針」を策定する。なお、当該指針は、「診療放射線の安全利用のための指針策定に関するガイドライン」（医政地発1003第5号）を参考とし、医療安全管理委員会の協議を経て策定及び変更するものとする。

- 一 診療用放射線の安全管理に関する基本的な考え方
- 二 放射線療法に従事するものに対する診療用放射線の利用に係る安全な管理のための研修に関する基本方針
- 三 診療放射線の安全利用を目的とした改善のための方策に関する基本方針
- 四 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する有害事例等の事例発生時の対応に関する基本方針
- 五 医療従事者と放射線療法を受ける者との間の情報の共有に関する基本方針

(医療安全管理部および医療安全管理室の設置)

第8条 医療安全管理委員会及び医療安全専門会議で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理部を設置する。医療安全管理部に医療安全管理室を置く。（医療安全に関する組織体制については別添1参照）

- 2 医療安全管理部に院長から院内の医療安全に必要な権限を付与された医療安全管理部長を置き、医療安全管理部長は副院長とする。
- 3 医療安全管理室は、医療安全管理室長、医療安全管理副室長、医療安全管理係長、専門職、医療安全担当副看護師長及びその他必要な職員をもって構成する。医療安全管理室長は診療統括部長とし、医療安全管理副室長は薬剤部長とする。

(医療安全管理室の任務)

第9条 医療安全管理室は、医療安全管理部の業務に係る次の所掌事務を行うものとする。

- 2 医療安全管理委員会並びに医療安全専門会議で用いられる資料及び議事録の作成、保存並びに庶務に関すること。
- 3 次に掲げる医療安全に関する日常活動に関すること。
 - (ア) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）
 - (イ) マニュアルの作成及び点検及び見直しの提言等
 - (ウ) インシデント・アクシデント・ヒヤリ・ハット事例の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価
 - (エ) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における事故事例の把握など）
 - (オ) 医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）
 - (カ) 医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については第23条で定める。）
 - (キ) 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づく報告の支援に関すること。
 - (ク) 医療安全管理に係る連絡調整
- 4 次に掲げる医療事故発生時の指示、指導等に関すること
 - (ア) 診療録や看護記録などの記載、医療事故に関する報告書の作成等について、職場責任者に対する必要な指示、指導
 - (イ) 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長のほかそれぞれの部門の管理責任者が主として行う。）
 - (ウ) 事故等の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
 - (エ) 医療事故に関する報告書の保管
 - (オ) その他医療安全対策の推進に関すること

(リスクマネジメント部会の設置)

第10条 医療安全管理を実効あるものにするため、リスクマネジメント部会（以下「部会」という。）を設置する。

- 2 部会は、次に掲げる職員をもって構成する。
 - 一 診療部門 医師4名、薬剤師1名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、理学療法士又は作業療法士1名、臨床工学士1名、栄養士1名
 - 二 看護部門 副看護部長1名、看護師長2名、副看護師長3名
 - 三 事務部門 専門職
 - 四 医療安全部門 医療安全管理係長、医療安全担当副看護師長
 - 五 その他委員長が必要と認めた者
- 3 部会は、次の所掌事務を行う。
 - (ア) 医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提案
 - (イ) 医療事故防止のための啓発、広報
 - (ウ) 医療安全管理委員会並びに医療安全専門会議において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底
 - (エ) その他医療安全管理に関する必要事項

(RRS：院内迅速対応システム委員会の設置)

第11条 院内において病状の急変の可能性があるまたは、急変した入院患者の対応を迅速に行うためRRS：院内迅速対応システム委員会（以下「RRS委員会」という。）を設置する。

- 2 RRS委員会は、次に掲げる職員をもって構成する。
 - 一 副院長、統括診療部長、救命救急センター部長、内科系診療部長、外科系診療部長、医療安全管理係長、副看護部長、3A病棟看護師長、診療看護師、経営企画室長、入院係長
 - 二 その他委員長が必要と認めた者
- 3 RRS委員会は次の所掌事務を行う。
 - (ア) 院内迅速対応チームの構成員に関する事項
 - (イ) 院内迅速対応チームが担うべき急変患者等への対応基準及びマニュアルの整備・見直しに関する事項
 - (ウ) 入院患者の病状の急変の発生状況の把握・評価に関する事項
 - (エ) 院内迅速対応チームの対応体制及び対応状況の院内周知に関する事項
 - (オ) 院内迅速対応システムの院内講習（年2回程度開催）に関する事項
 - (カ) その他院内迅速対応システムに関する事項

(医療安全管理者の配置)

第12条 医療安全管理の推進のため、医療安全管理部に医療安全管理者を置く。

- 2 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し医療安全管理係長がその任に当たる。
- 3 医療安全管理者は、医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理室の業務を行う。
- 4 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、次の各号に掲げる業務について主要な役割を担う。
 - (ア) 医療安全管理室の業務に係る企画立案及び評価に関すること。
 - (イ) 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。
 - (ウ) 医療事故発生の報告・連絡後における医療事故の状況把握に関すること。

(医療安全推進担当者の配置)

第13条 各部門の医療安全管理の推進を資するため、医療安全推進担当者を置く。

- 2 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤部、臨床研究部、診療放射線診断科、リハビリテーション科各部門にそれぞれ1名を置くものとし、院長が指名する。
- 3 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により次の各号に掲げる業務を行う。
 - (ア) 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提案
 - (イ) 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）
 - (ウ) インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例報告の内容の分析及び報告書の作成
 - (エ) 医療安全管理委員会並びに医療安全専門会議において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会との連絡調整
 - (オ) 職員に対するインシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例報告の積極的な提出の励行
 - (カ) その他医療安全管理に関する必要事項

(医薬品安全管理責任者の配置)

第14条 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させるため、医薬品安全管理責任者を置き、薬剤部長がその任に当たる。

(医療機器安全管理責任者の配置)

第15条 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き統括診療部長がその任に当たる。

(医療放射線安全管理責任者の配置)

第16条 診療用放射線の安全利用を確保するため、医療放射線安全管理責任者を置き中央放射線センター部長がその任に当たる。

(職員の責務)

第17条 職員は、業務の遂行に当たっては、常日頃から患者への医療、看護等への実施、医療機器の取扱いなどに当たって安全な医療を行うよう細心の注意を払わなければならない。

(患者相談窓口の設置)

第18条 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。

- 2 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。
- 3 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等については別に定めるものとする。
- 4 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- 5 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し当該病院の安全対策の見直し等に活用する。

(インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例の報告及び評価分析)

第19条 院長は、医療安全管理に資するよう、インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例の報告を促進するために、次の各号に掲げる体制を整備する。

- 一 インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例報告に記載し、翌日までに、電子カルテ上のインシデント報告システム（CLIP-

- R) からオンラインにより医療安全管理室に報告する。報告の際の患者影響レベルの判定は別添2の「患者影響レベルと報告方法」を参考にする。
- 二 医療安全推進担当者は、インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に報告する。
 - 三 インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
 - 四 インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。
- 2 インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をインシデントレポート詳細システム（CLIP-R）を活用して評価分析を行う。
 - 3 インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例を評価分析し、医療安全管理を資することができるよう、事例集を作成する。なお、事例集については、インシデント・アクシデント・ヒヤリハット事例に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

（医療事故の報告）

第20条 院内における報告は、次の各号のとおりとする。

- 一 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。
 - ア 医師・歯科医師 → 科長 → 診療部長 → 統括診療部長 → 副院長
 - イ 薬剤師 → 副薬剤部長 → 薬剤部長 → 副院長
 - ウ 診療看護師（JNP） → 科長 → 診療部長 → 統括診療部長 → 副院長
 - エ 看護師 → 看護師長 → 副看護部長 → 看護部長 → 副院長
 - オ 医療技術職員（ア～ウに掲げる者を除く） → 副技師長 → 技師長 → 副院長
 - カ 事務職員 → 係長 → 班長 → 課長 → 事務部長 → 副院長
- 二 副院長は報告を受けた事項について、医療安全管理係長に知らせ事実の確認を行い、事故の重大性等を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認めた事案（医療事故調査制度に該当する事案を含む。）は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。
- 三 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合においては、当事者あるいはその関係者は、それぞれの上司に連絡ができないときは、直接、副院長

長又は医療安全管理係長に連絡するものとする。

四 報告は、文書により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。なお、報告文書の記載は、事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

2 国立病院機構本部及び所管のグループ担当理事部門（以下「グループ」という。）への報告は、次の各号のとおりとする。

一 次号に規定する医療事故が発生した場合、医療事故等状況報告書等（別添3）を、第3号及び第4号の報告時期等のルールに基づき、国立病院機構本部及び所管のグループに報告する。

二 報告を要する医療事故の範囲

ア 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。

イ 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。

ウ ア及びイに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

三 報告時期等のルール（医療事故調査制度に該当する事案を除く）

ア 事案検証会での検証作業終了後の報告（概ね2週間以内に行う必須報告）

発生した医療事故に関し事案検証会で原因分析、再発防止策検討等の検証作業を行った上で、その内容を踏まえた医療事故等状況報告書を作成し、国立病院機構本部及び所管のグループに医療安全情報システムを通じて報告する。

イ 危機管理の観点からの報告（院長の判断による報告）

危機管理の観点から国立病院機構本部・グループと情報を共有していることが必要と判断される医療事故が発生した場合は、事故発生後速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を、所管のグループを通じて報告する。また、事案検証会での検証作業終了後には、追加的に原因分析、再発防止策等の内容を含む医療事故報告を行う。

ウ アの報告を行った後、例えば拡大事案検証会が開催されるなど、追加的に検証作業等が行われた場合は、追加的報告を行う。

四 報告時期等のルール（医療事故調査制度に該当する事案）

ア 医療事故調査制度に該当する事案については、速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告する。

イ 次項第1号により、医療事故調査・支援センターに報告した際は、医療事故調査・支援センターに報告した内容を、所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告する。

ウ 次項第2号により、医療事故調査・支援センターに報告した際は、その内容について、所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告するとともに、医療安全情報システムからの報告も行う。

3 医療事故調査・支援センターへの報告は、次の各号のとおりとする。

一 医療事故調査制度に該当すると判断した事案については、遅滞なく、医療法（昭和23年法律第205号）第6条の10第1項に定める事項を医療事故調査・支援センターに報告を行う。

二 医療事故調査が終了したときは、その結果を遅滞なく医療事故調査・支援センターに報告する。

4 医療事故に関する報告書の保管

医療事故に関する報告書については、独立行政法人国立病院機構法人文書管理規程（平成23年規程第11号）第14条第1項に定める期間、医療安全管理室において保管する。

（発生した事例等の患者影響レベルによる整理）

第21条 発生したインシデント・アクシデントや医療事故が患者にどの程度の影響があったかを別添2「患者影響レベルの指標」により整理する。

（患者・家族への対応）

第22条 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、誠意をもって事故の説明等を行う。

2 患者及び家族に対する事故の説明等は、幹部職員が対応することとし、その際病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者等も同席して対応する。

- 3 第18条第3項第1号及び第2号の報告を行うに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、それぞれ医療法第6条の10第2項又は同法第6条の11第5項に定める事項を説明する。なお、説明に当たっては、口頭又は書面若しくはその双方の適切な方法により、遺族が希望する方法で説明するよう努めるものとする。

(事実経過の記録)

第23条 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、看護記録等に詳細に記載する。

- 2 記録に当たっては、具体的に次の各号に掲げる事項に留意する。
- 一 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
 - 二 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
 - 三 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を行わない）。

(医療安全管理のための職員研修)

第24条 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、職員に対し次の各号のとおり研修を行う。

- 一 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
 - 二 医療に関わる場所において業務に従事するものとする。
 - 三 年2回程度定期的に開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
 - 四 実施内容について記録を行う。
- 2 各職員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上で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、次の各号の通り研修を行う。
- 一 院内感染対策に関する基本的考え方及び具体的方策に関する内容とする。
 - 二 病院の実情に則した内容とする。
 - 三 年2回程度定期的に開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
 - 四 実施内容について記録を行う。
- 3 医薬品並びに医療機器の安全使用に関する研修を行う。なお、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えない。
- 4 診療放射線の安全利用のための研修を年1回以上開催し、研修の実施内容を記録すること。なお、他の医療安全に係る研修または放射線の取り扱いに係る研修と併せて実施しても差し支えない。

(公益財団法人医療機能評価機構への医療事故事例の報告)

第25条 医療事故のうち、医療法施行規則第9条の20の2第1項第14号に示されている、医療に係る事故の範囲に該当する事例については、公益財団法人医療機能評価機構に報告する。

(インシデント・アクシデント・ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への協力)

第26条 公益財団法人日本医療機能評価機構において、医療機関から報告されたインシデント・アクシデント事例等を収集、分析し提供することにより医療安全対策に一層の推進を図るインシデント・アクシデント事例収集・分析・提供事業に対し、事例の報告を行う。

(医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に関する報告)

第27条 医薬品、医療機器又は再生医療等製品の使用による副作用、感染症又は不具合が発生（医療機器又は再生医療等製品の場合は、健康被害が発生するおそれのある不具合も含む。）について、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に報告する（医薬品、医療機器又は再生医療等製品との因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となりうる。）。

(警察への届出)

第28条 医師法に基づき、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届出を行うものとする。

(重大な医療事故が発生した場合の対外的公表)

第29条 重大な医療事故等が発生した場合には、「独立行政法人国立病院機構医療安全管理のための指針」別添4の「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき対応する。

(院内事故調査委員会の開催)

第30条 医療事故調査制度に該当する事案が発生した場合は、院内事故調査委員会において、以下の所掌事務を行う。なお、院内事故調査委員会には、事案検証会構成員の他、必ず、医療事故調査等支援団体の専門家を参画させるものとする。

- 一 遺族等への説明及び医療事故調査・支援センターへの報告に関すること。
- 二 医療法第6条の11に定める医療事故調査に関すること。

(事案検証会の開催)

第31条 医療事故調査制度に該当しない事案であって、医療事故、医療に関する苦情などの問題に速やかに対応するため、事案検証会を設置する。

2 事案検証会は、次に掲げるものをもって構成する。

副院長、診療統括部長、看護部長、薬剤部長、副看護部長、事務部長、専門職、医療安全管理係長、その他委員長が必要と認めた者。

3 事案検証会は速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案および実施に関して各職場へ周知する。

4 事案検証会の検討結果については、院長に報告しなければならない。

5 患者に重大な結果をもたらす可能性のある事案は、事故調査委員会に切り替え検討する。

(拡大事案検証会の開催)

第32条 医療事故調査制度に該当しない事案であって、かつ、院内の事案検証会で、原因等について十分な結論づけができない場合等には、院長は、第三者的立場から検証を行うため、グループ担当者及び専門医又は看護師等の外部委員を参画させた拡大事案検証会を開催する。

2 外部委員は、中立・公平性を保つため、現に国立病院機構に所属していないものであり、かつ、当該病院に所属したことがない者であることが望ましい。また、法律の専門家を外部委員とする場合は、国立病院機構と利害関係を有しない者であることとし、顧問弁護士を出席させる場合はオブザーバーとする。

3 第31条2の留意事項を踏まえたうえで、外部委員を確保できない場合は「独立行政法人国立病院機構中国四国グループ専門委員協力システム」の活用を検討する。

(病院間医療安全相互チェック方法の策定)

第33条 当院と他病院における医療安全対策の現状について病院間で意見交換及び評価を実施し、医療安全対策の標準化を推進すると共に、医療安全の質の向上と均等化を図ることを目的として病院間医療安全相互チェックを行う。

2 国立病院機構の病院間で行う医療安全相互チェックと、医療安全対策地域連携加算に関わる病院間相互チェックを行う。

3 医療安全相互チェックは、それぞれ別に定める、国立病院機構病院医療安全相互

チェック実施要綱、医療安全対策地域連携病院間相互チェック実施要綱に従って
行い、以下の医療安全活動を評価する。

(ア) 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の
具体的対策の推進

(ウ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係わる
体制を確保するための職員研修の実施を含む）

(エ) 当該対策の遵守状況の把握

(オ) 当該医療機関内の各部門における医療安全対策の実施

4 具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実績に
併せて連携する施設と協議し定める。

(施行期日)

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

平成16年10月 1日一部改正

平成18年 9月 1日一部改正

平成19年 3月 1日一部改正

平成23年 1月11日一部改正

平成23年12月 1日一部改正

平成25年 2月12日一部改訂

平成26年 4月 1日一部改訂

平成26年12月 1日一部改訂

平成27年 4月 1日一部改訂

平成27年10月 1日一部改訂

平成28年 1月22日一部改訂

平成31年 1月 4日一部改訂

令和2年 3月 5日一部改訂

令和2年 7月 1日一部改訂

令和3年 10月 1日一部改訂

令和4年 8月 1日一部改訂