

さんむ医療センター医療安全管理指針

地方独立行政法人

さんむ医療センター

【医療を安全に行うための安全管理指針】

第1 目的

医療の場では医療従事者の不注意が、単独あるいは重複したことによって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うる危険が常に存在する。患者の安全を確保するためには、まず、我々医療従事者の不断の努力が求められる。さらに、人間はエラーを犯すものという観点に立ち医療事故を起こした個人の責任を追及するのではなく、医療事故を発生させた安全管理システムの不備や不十分な点に注目し、その根本原因を究明しこれを改善していくことを主眼とする。

このような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つを推し進めることによって、医療事故をなくし、患者が安心して安全な医療をうけられる環境を整えることに取り組む。また、医療安全活動の必要性、重要性を全部署及び全職員が周知徹底し、院内共通の課題として取り組む。

第2 用語の定義

(1) アクシデント

過失の有無にかかわらず、医療の全過程において患者及び医療従事者等に発生したすべての人身事故をいう。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。

① 医療過誤

医療事故のうち、医療従事者・医療機関の過失により、患者等に被害を発生させた行為をいう。

② 過失のない医療事故

医療従事者・医療機関の過失がないにも関わらず、患者等に被害を発生させた行為をいう。

(2) インシデント

日常の医療現場で「ヒヤリ」「ハット」した経験、誤った医療行為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が実施されたが、患者に障害などの影響を及ぼすことなく、医療事故に至らなかったものをいう。

(3) 医療事故の影響レベル

発生した医療事故やインシデント事例が患者にどの程度の影響を与えたかを区分するもので、レベル0～レベル3eまでをインシデント事例、レベル3b～レベル5までをアクシデントとする。レベル判定にあたっては、当センター医療安全管理委員会の合意によって行う。

		傷害の 継続性	障害の 程度	
イ ン シ デ ン ト	レベル0	-		誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合。
	レベル1	なし		誤った行為を実施したが、結果として患者に変化を生じなかった場合。 または、その場の対処で済み、今後に影響を及ぼさない場合。
	レベル2	一過性	軽度	行った医療または管理により、患者に影響を与えた、または、何らかの影響を与えた可能性がある場合。
	レベル3a	一過性	中等度	行った医療または管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置が必要になった場合。(消毒、湿布、鎮痛剤投与などの軽微なもの)

ア ク シ デ ン ト	レベル3b	一過性	高度	行った治療または管理により、本来必要でなかった濃厚な治療や処置が必要となった場合。(同意書が必要な検査、手術、処置など)
	レベル4a	永続的	軽度～中等度	行った医療または管理により、生活に影響する重大な永続的損害が発生した可能性がある場合。
	レベル4b	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は伴う
	レベル5	死亡		行った医療または管理が死因となった場合。
	その他			医療に関する患者さんからの苦情、施設上の問題、医療機器等の不具合・破損など不適切な管理や対応に関する事。(重大な結果をもたらす恐れのある場合)麻薬・劇薬・毒薬等の紛失

(4) ヒヤリ・ハット事例

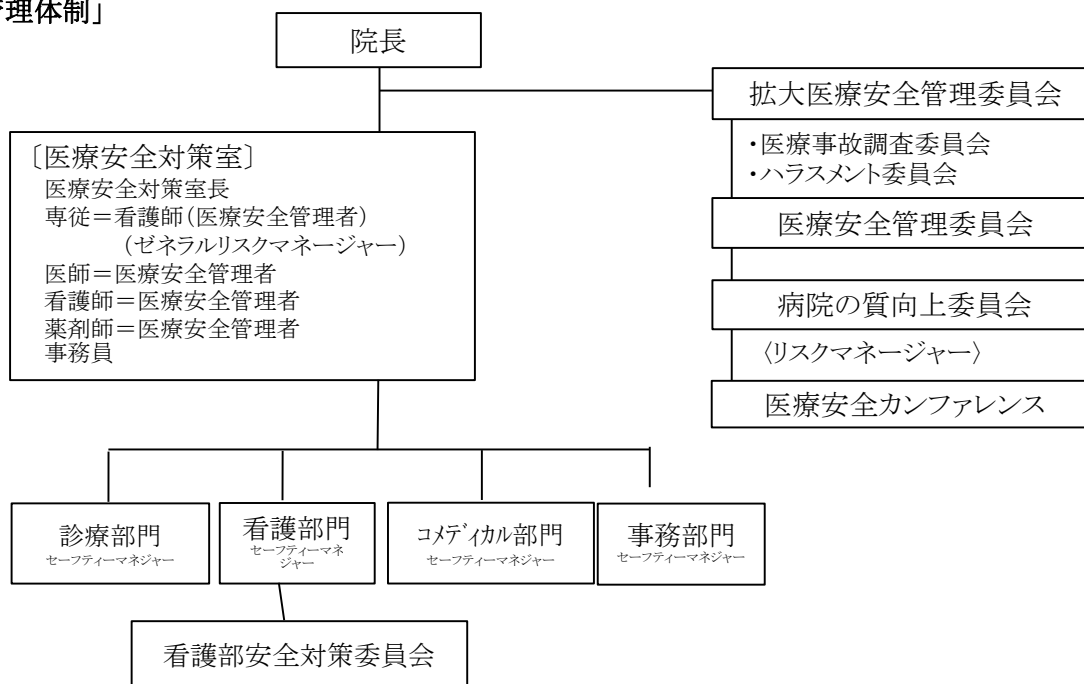
患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、「ヒヤリ」としたり、「ハット」とした事例で、おおむね上記「事故レベル」の0～1に該当する。(インシデント事例)

- (5) インシデントレポート入力
- ・当事者又は発見者は、直ちに部署責任者(リスクマネージャー)に報告。レベル3b以上の場合は医療安全対策室長(ゼネラルリスクマネージャー)に報告す
- (6) 事故報告書
- ・当事者又は発見者は、口頭による報告後、書面による報告書を作成し、24時間以内(休日を除く)に各部署責任者に提出。
レベル3bについては入力されたものを、各部署の責任者は報告内容を確認後、遅滞なく総務課長に提出し報告説明する。

第3 医療安全管理体制

本院の安全管理体制は、院長のもと安全管理に対する施策を実施するにあたり、医療安全対策室を設置し、重大な事例が発生した場合の決定機関である拡大医療安全管理委員会、医療安全に関する職員の意識向上や指導を行う医療安全管理委員会、各部署の緊密な連携体制を確保する病院の質向上委員会からなっている。

「安全管理体制」



第4 報告に基づく医療安全確保を目的とした改善方策に関する基本方針

(1) 報告体制

患者の医療安全確保、医療事故防止の観点から医療を行う過程で発生した想定していなかった事象や好ましくない事象の発見者又は、当事者はインシデントレポートシステムを用いて報告する。

(2) 報告の目的

情報収集、分析を行い医療事故を防止する為の改善策を作成し、医療事故を未然に防止するシステムを構築することを目的とする。

(3) 報告すべき事項

医療行為を行う過程で、医療者からの不適切な行為があった場合。

医療行為を行う過程で医療者からの不適切行為はなかったが、予想されていない不都合な結果が生じた場合。

医療行為に関する苦情・患者要因での不都合な事態などについて、患者への影響の有無にかかわらず、いずれかに該当する状況に遭遇した場合に報告する。

(4) 報告の方法

報告はインシデントレポートシステムを用いて報告。レベル3b以上は事故報告書を用いて報告する。報告は診療録・看護記録等に基づき事実のみを記載する。

(5) 報告者の保護

報告を行った職員に対し、これを理由として職務上等において不利益な取り扱いを行ってはならない。

(6) 改善方策

院内から報告された事例並びに、医療安全に関する各種情報に基づき、再発防止策や改善策を立案及び実施職員への周知を図るとともに、改善策が有効に機能しているかを調査し、必要に応じて見直しを図る。

(7) 当事者への配慮

管理者等は医療事故に関わった当事者に対して、患者・家族の対応等十分な配慮を行うとともに、状況に応じ専門家によるカウンセリング等の、精神的ケアや相談に応じる体制の整備と、当事者の個人情報保護等に十分配慮しなければならない。

(8) 現場の保全

事故発生時、患者の遺体保全だけでなく関係した物品・機械あらゆる記録検査データの保全に努め事象の全容把握の資料とする。

第5 医療事故発生時の対応に関する基本方針

(1) 第一に患者の救命と回復を最優先に考え行動する。

(2) 直ちに上司に報告を行い、各部門の責任者は院長に報告すると同時に医療安全対策室に報告し、医療チームとして対応する。

(3) 家族への連絡説明等は、原則として、病院の幹部職員が対応し、速やかに事故の概要、回復措置、今後の見通しについて誠意をもって行う。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。

※状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者、顧問弁護士等も同席して対応する。

(4) 事故の状況や説明内容、その時の家族の反応など詳細に記録する。

(5) 事故の状況は経時記録を行い事実のみを客観的にかつ正確に記録する

(6) 院長は必要に応じて警察あるいは医療事故調査・支援センター等の関係機関への報告対応を行う。

本施設は、地域住民の的確な理解と評価の下に運営されるべきであり、特に医療事故については透明性の高い対応を図る必要がある。警察への届け出に当たっては原則として、患者及び家族等に対し届け出前にその旨を説明する。

※事故発生時において院長の判断によりがたい場合又は、何らかの事情により、警察への届け出の判断が困難な場合は開設者と協議し、指示を受けることとする。

(参考)1、医師法21条(異状死体等届出の義務):医師は、死体又は妊娠4か月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

2、異状死体 :①事故・事件・医療過誤の可能性がある ②死因が不明 ③死亡原因と治療中の疾患との因果関係があきらかでない

(7)医療事故の公表:警察に届出したものは原則として公表するものとし、公表に当たっては、事故の発生状況等を正確に把握した後、その方法等について山武市及び県(保健センター)と協議し公表するものとする。なお、この場合患者及び家族等の理解を求めるとともに、プライバシーの保護に最大限の配慮をする。

(8)重大な医療過誤が発生した場合は、現場当事者のみならず、病院全体が組織的に対応する。

(9)本院は、医療事故の原因分析結果等を活用し、以下のとおり事故防止対策への反映をはかることとする。

①ヒヤリハット事例及び医療事故の原因分析結果等については、事故の未然防止、再発防止に役立てる。

②インターネット等を利用して外部の医療情報を入手し、研修会等の場で役立てる。

(10)本指針は、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。

第6 患者・家族からの相談への対応

① 患者・家族からの相談及び苦情に適切に応じられる体制を確保するために、病院内に患者相談窓口を常設する。

② 相談により、患者・家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。

③ 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、当院の安全対策等の見直しにも活用する。

附 則 この指針は平成22年4月1日から施行する。

附 則 この指針は平成25年4月1日から施行する。

附 則 この指針は平成26年9月1日から施行する。

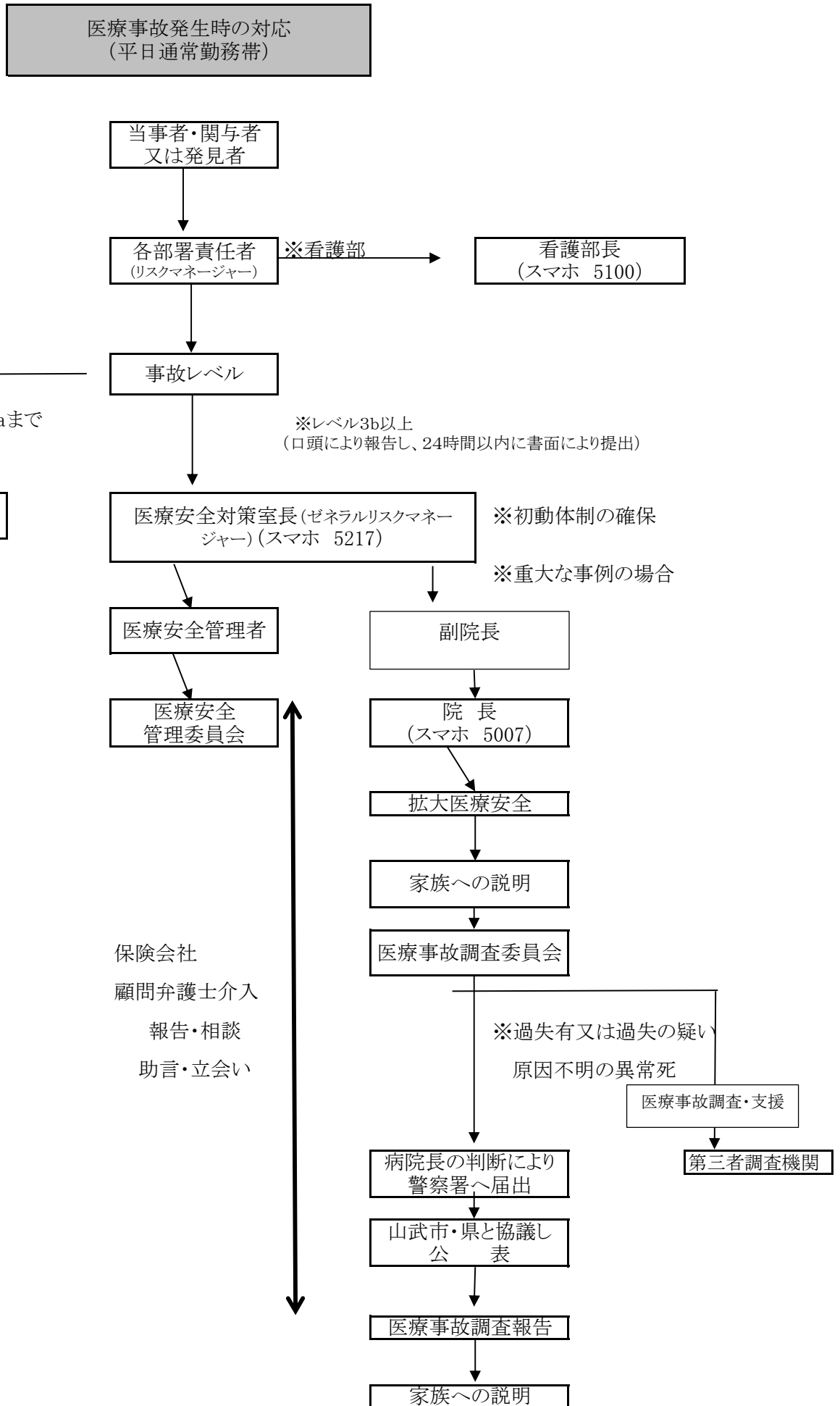
附 則 この指針は平成27年4月1日から施行する。

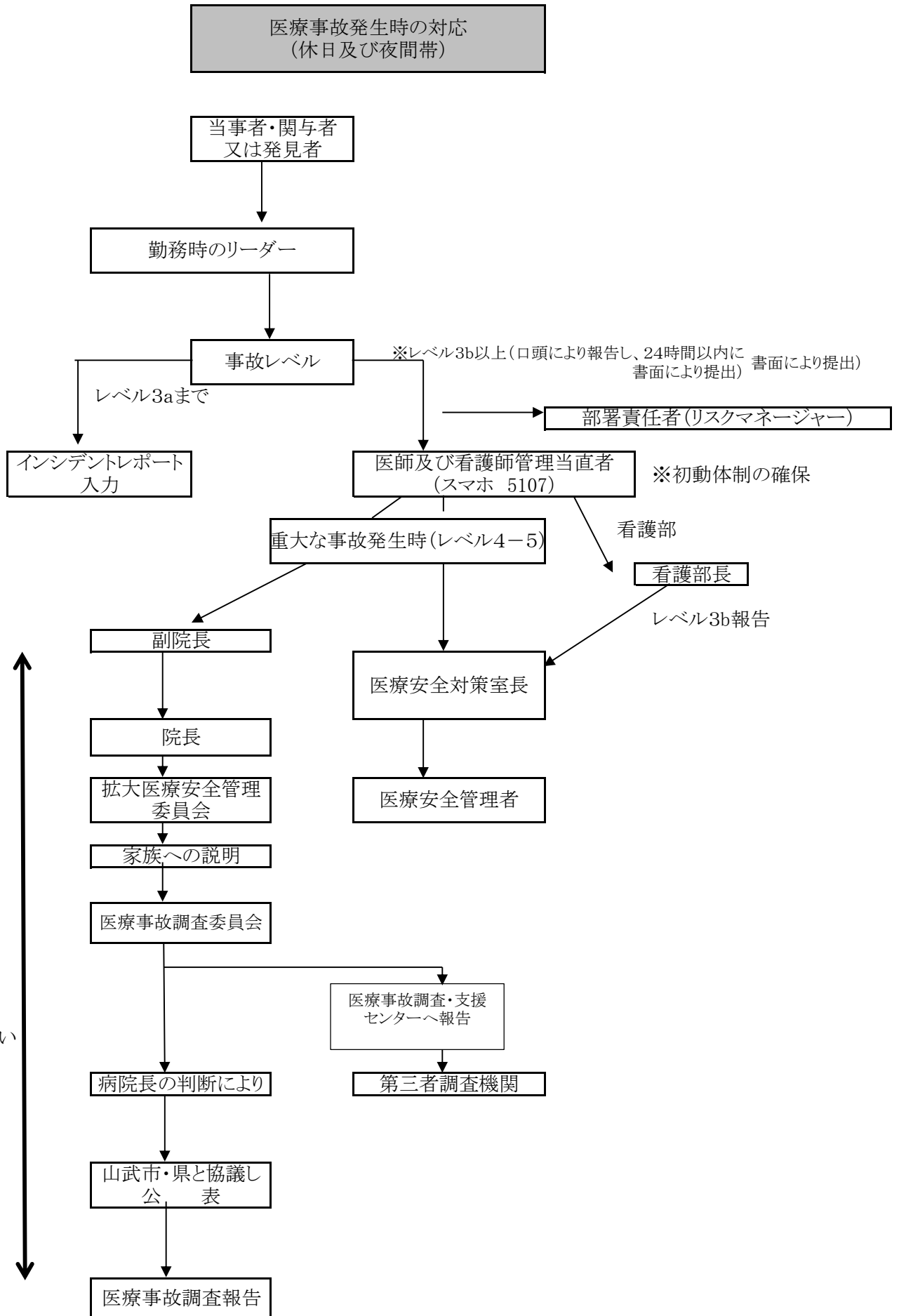
附 則 この指針は平成29年4月1日から施行する。

附 則 この指針は令和2年2月1日から施行する。

附 則 この指針は令和7年3月1日から施行する。

附 則 この指針は令和8年3月1日から施行する。





医療事故防止体制の整備

医療事故防止体制

医療事故防止体制の確立に努めるため、施設内関係者の協議に基づき、以下の事項を規定する。

- 1 医療安全対策室の設置
- 2 医療安全管理委員会の設置
- 3 拡大医療安全管理委員会の設置
- 4 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析
- 5 職員の教育・研修
- 6 医療事故発生時の対応
- 7 医療事故調査委員会の設置
- 8 医療事故の原因分析
- 9 医療事故防止対策への反映
- 10 その他、医療事故の防止に関する事項

医療安全対策室の設置

1 設置の目的

病院全体として組織の壁を越えて、医療の質の向上、安全性確保のために必要な決定を行い、これを確実に実行し、現場各部門においても積極的な取り組みが行われるように活動し、医療事故防止、医療の安全性、質の向上に実績をあげることがを目的に医療安全対策室を設置する。

2 医療安全対策室の構成員

医療安全対策室長(専任の看護師)を配置する。

医療安全対策に係る適切な研修を終了した専従の医師、看護師、薬剤師、その他の医療有資格者を医療安全管理者とし、医療安全対策室に配置する。

3 医療安全対策室の業務

- (1) 医療安全に関する院内情報の管理
- (2) 医療安全管理委員会、拡大医療安全管理委員会、安全カンファレンスの開催と運営および議事録の管理や庶務に関すること
- (3) 医療安全対策の実施に基づき、安全確保のため業務改善計画書を用いて実施状況及び評価を記録
- (4) インシデント、アクシデントの事例の収集、分析、対策等の情報管理
- (5) 医療事故防止のための広報と指示
- (6) 職員の医療安全教育研修の実施(年2回以上)と推進
- (7) 院外の医療安全情報の収集管理と院内への周知
- (8) 患者への情報提供と支援、医療安全に関する相談
- (9) 医療事故後の家族への対応や支援や事故を起こした当事者への精神的な支援
- (10) 医療事故に関する診療録や看護記録等への掲載の確認
- (11) 医療安全対策に係る取り組みの評価等を行うカンファレンスを(週1回)開催
- (12) 医療安全推進のための院内ラウンドによる点検、改善策の実施状況の評価
- (13) その他医療安全に関すること

医療安全管理者の配置

- 1、 医療安全に係る適切な研修を終了した専従の看護師、医師、薬剤師、その他の医療有資格者を医療安全管理者とし、医療安全対策室に配置する。
- 2、 医療安全管理者は、医療安全管理委員会等の会議と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制を整備する。
- 3、 医療安全管理者の業務は下記のとおりとする。
 - (1) 医療安全対策室の業務に関する企画立案及び評価を行う。
 - (2) 定期的に院内を巡回し各部門の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こと。
 - (3) 各部門・部署の責任者等への支援を行う。
 - (4) 医療安全対策の体制確保の為、各部門・部署との調整を行う。
 - (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・実施をする。
 - (6) 患者相談窓口の担当者と連携を図り、医療安全対策に係る患者や家族からの相談に応じる体制を支援する。

医薬品安全管理者の配置

- 1、 医薬品安全使用の為の責任者として、医薬品に関する十分な知識を有する常勤の医師、薬剤師、看護師のいずれかの医療有資格者を医薬品安全管理責任者とする。
- 2、 医薬品安全管理責任者は医療安全管理委員会等と連携し、医薬品に係る安全管理体制を整備する。
- 3、 医薬品安全管理責任者の業務は下記のとおりとする。
 - (1) 医薬品の安全使用の為の業務に関する手順書の作成
 - (2) 職員に対する医薬品の安全使用の為の研修の実施
 - (3) 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施
 - (4) 医薬品の安全使用の為に必要な情報収集とその他の医薬品の安全確保を目的とした改善策の実施

医療機器安全管理責任者の配置

- 1、 医療機器の安全使用の為の責任者として、医療機器に関する十分な知識を有する常勤の医師、看護師、臨床工学技士、その他の医療有資格者を医療機器安全管理責任者とする。
- 2、 医療機器安全管理責任者は医療安全管理委員会等の会議と連携し、医療機器に係る安全管理体制を整備する。
- 3、 医療機器安全管理責任者の業務は下記のとおりとする
 - (1) 職員に対する医療機器の安全使用の為の研修の実施
 - (2) 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
 - (3) 医療機器の安全使用の為に必要な情報収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善策の実施
 - (4) 医療機器安全管理責任者は、医療機関が管理する全ての医療機器に係る安全管理の為の体制を確保する

医療安全対策地域連携

1、目的

各病院の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ともに、医療安全の質の向上を図ることを目的とする。

2、病院間における「医療安全相互チェック」

- (1) 医療安全対策における自施設の課題が明確となり、情報共有する事で医療安全の向上を図る
- (2) 「相互チェック」をすることで医療安全に対する姿勢が高まり人材育成にも繋がる
- (3) 「相互チェック」をすることで相互の病院との連携体制の構築を図る

3、地域連携医療安全担当者連絡会議

連携する各施設が「相互チェック」実施の際の問題の分析・対応策の検討を行い、改善に向けて取り組みを行う。その結果を報告するとともに、自施設で抱えている問題を共有し、課題解決への取り組みを行う

拡大医療安全管理委員会の設置

医療安全管理の取り組みを効果的に推進するため、施設全体を統括する組織として、拡大医療安全管理委員会を設置する。

- 1 委員会は、別紙委員会メンバーをもって構成し、必要時に開催する。
- 2 委員会の委員長は、院長とする。
- 3 委員会及び委員長は、全ての医療事故における最終責任を負うものとする。
- 4 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - (1) 重大な医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること。
 - (2) 医療訴訟に関すること。
- 5 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等を行う。

医療安全管理委員会の設置

事故防止対策を周知・徹底するため、医療安全管理委員会を設置し、医療事故防止や安全対策に関し施設内の連絡を緊密にする。

1 委員会の構成

委員会の構成等は、以下のとおりとする。

- (1) 委員会は、リスクマネージャーの中から下記のものをもって構成する。

医療安全対策室長、院長、副院長、医師(病院感染対策チーム委員長)、看護部長、医療技術部長、薬剤課係長、検査課長、リハビリテーション課係長、栄養課長、看護課長、看護課長補佐、看護係長(患者サポート)、放射線課課長、医事課係長、地域医療連携室長、経営企画室係長、総務課係長、事務局(総
- (2) 委員長は、医療安全対策室長をもって充てる。
- (3) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - ①医療安全管理に関すること。
 - ②医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること。
 - 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の啓発、教育に関すること。
 - ⑤その他、安全管理に関すること。
- (4) 委員会の開催は、概ね月1回とする。ただし、必要に応じて適宜臨時委員会を開催する。

2 リスクマネージャーの職務

リスクマネージャーは、ヒヤリ・ハット事例の詳細な把握、検討を行い医療事故の防止に資するため、以下の職務を行うものとする。

- (1) インシデントレポート入力の可否の判断及び医療事故か否かの判断。
- (2) 職員に対するインシデントレポートの積極的な入力の励行。
- (3) インシデントレポートの内容の点検及び分析。
- (4) 医療事故報告書の内容のチェック及び報告。
- (5) 各部門における医療事故防止策等の検討。
- (6) 医療事故防止及び安全対策に関する事項の職員への周知徹底。
- (7) 事故防止対策の実施状況及びその効果等の点検。
- (8) その他、医療事故防止に関する必要事項。

ヒヤリ・ハット事例(レベル0～2)の報告及び評価分析

1 報告

医療事故防止の観点からヒヤリ・ハットに関する情報を適切に収集するため、施設内におけるヒヤリ・ハット事例の報告体制を設けることとする。

- (1) 医療事故の防止に資するため、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進する体制を整備する。
- (2) ヒヤリ・ハット事例を体験した当事者は、当該事例を「インシデントレポート」により、リスクマネージャーに報告する。
- (3) リスクマネージャーは、インシデントレポート等から当該部門及び関係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・予測の可否及びシステム改善の必要性等、必要事項を記載し医療安全管理委員会に提出する。
- (4) インシデントレポートを入力した者に対し、当該レポートを入力したことを理由に不利益な扱いを行ってはならない

2 評価分析

ヒヤリ・ハット事例については、必要に応じ当該事例の原因、種類及び内容等詳細な評価分析を行う。職員ひとりひとりが安全に対する意識を高め、対応能力の向上を図るため、以下のような教育・研修を計画的に実施するとする。

職員の教育・研修

- 1、幹部職員を対象とする管理者研修。
- 2、医師、看護師等を対象とする安全管理研修(専門研修)
- 3、職員全体を対象とする合同研修(講演会等)

医療事故発生時の対応

医療事故が発生した場合、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動しなければならない。また、過失の有無にかかわらず患者及び家族等へ誠実に対応しなければならない。

1 初動体制の確保

- (1) 医療事故が発生した場合、医師・看護師等は救急救命処置に全力で当たるものとする。
- (2) 重大事故の発生に備え、患者のショック状態や心停止に直ちに対応できる体制を整備する。
- (3) 医療事故が発生した場合の緊急コール及び連絡体制を整備することにより、出来るだけ多くの医療従事者の確保に努める。

2 医療事故の報告

(1) 施設内における報告手順(緊急時)

医療事故が発生した場合は、次のとおり報告する。

①レベル1～3aの場合:当事者⇒所属のリスクマネージャー(速やかに)

※ レベル3bの場合:当事者⇒所属のリスクマネージャー⇒医療安全対策室長

②レベル3b以上の場合(速やかに):当事者⇒所属のリスクマネージャー

⇒医療安全対策室長⇒副院長⇒院長

(2) 施設内における報告方法(入力及び文書による報告)

レベル0～5の報告は「インシデントレポート」の入力により行う。

レベル3b以上の報告は、「医療事故報告書」により行う。

(3) 施設内における報告書の作成要領

報告書の作成は、以下のとおりとする。

①原則として、事故発生原因となった当事者が行う。

②事故発生原因となった当事者が不明の場合は、事故発見者が行う。

(4) 不利益な扱いの禁止

医療事故報告書を提出した者に対し、当該報告書を提出したことを理由に不利益な扱いを行ってはならない。

(5) 医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、記載日の翌日から起算して5年間医療安全対策室に保管する。

また、医療安全管理委員会の許可なく、当該報告書の閲覧・持ち出しを禁止する。

医療事故の原因分析

医療事故が発生した場合、委員会において事故原因の分析など、以下の事故について評価検討を行うものとする。なお、事故レベル4及び5にあつては、医療過誤の有無について山武市と協議して第三者の意見を聞くものとする。また、医療過誤及びその疑いがあるときは、複数の外部専門家を調査員として指名し、検証の為の調査を行うものとし調査結果については、必要に応じ公表するものとする。

- 1 医療事故報告に基づく事例の原因分析。
- 2 発生した事故について、組織としての責任体制の検証。
- 3 講じてきた医療事故防止対策の評価。
- 4 類似した医療事故例を含めた検討。
- 5 医療機器メーカーへの機器改善要求。
- 6 その他、医療事故の防止に関する事項。

医療安全カンファレンス

各部署で発生したインシデント・アクシデントをもとに、内容を確認し意見交換を行い再発防止の取り組みについて協議することを目的とし開催する。

開催日時:毎週金曜日 16時から17時

構成メンバー:医療安全鯛先室長、放射線科課長、検査課長、栄養課長、リハビリテーション係長、医事課長
薬剤課係長、看護部安全対策委員会課長

内 容:事例内容の確認をし、発生時の状況を確認したうえで背景要因を確認し情報交換を行う。

事例の再発予防対策について意見交換し協議することで、相互理解を市再発防止策を強化する。

カンファレンスで協議した事案は、各部署に持ち帰り再考したうえで、医療安全管理委員会で報告する。

施行 : 平成22年4月1日

改正 : 平成29年4月1日

改正 : 令和 2年2月1日

改正 : 令和 7年9月1日

さんむ医療センター医療事故調査委員会規程

(目的)

第1条 さんむ医療センターにおいて重大な医療事故発生に際し、院長の指示により、原因の究明と再発防止について客観的視点から協議し、医療の質の向上を目的とし、医療事故調査委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(組織)

第2条 1、委員会は、次に掲げる者をもって組織する。

- (1) 拡大医療安全管理委員会委員
- (2) 当該診療科以外の関連領域専門家2名以内
- (3) 外部の関連領域専門家2名以内
- (4) 外部の有識者2名以内

2、委員会の委員は、院長が委嘱する。

前項までの規定に関わらず、当該医療事故等に関与した部署に所属する者は、委員会

3、の審議に参画しないものとする。

4、委員会の委員長は委員の互選により定める。

5、委員の任期は、当該医療事故に関する調査が終了するまでとする。

6、委員会は、委員の3分の2以上の出席がなければ会議を開くことが出来ない。

(役割と責務)

第3条 委員会は、当該医療事故の発生原因を究明し、再発防止のための改善策を策定し、提言することを目的として、より公正で公明な調査を行うため、外部有識者の参加を得て設置する。

(医療事故調査報告書の取り扱い)

第4条 1、医療事故調査制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないことを、報告書に記載する。

2、医療事故調査報告書は、委員会による調査結果を取りまとめたものである。

又、報告書は医療事故調査・支援センターへの提出及び遺族への説明を目的としたものであり、それ以外の用途に用いる可能性については、あらかじめ当該医療従事者へ説明する。

3、報告書の構成は下記のとおりとする。

ア) 医療事故調査報告書の位置付け・目的

イ) 調査方法

① 基本情報(病院情報の収集・整理)

① 基本情報(調査・分析の経緯)

ウ) 調査結果

① 関与した医療従事者情報(氏名、年齢、経験年数、役割)

② 患者情報(氏名、年齢、臨牀診断、既往歴)

エ) 臨床経過の概要

オ) 解剖所見・考察

カ) 臨床経過に関する医学的評価

- キ) 再発防止への提言
 - ク) 遺族から出された疑問の回答
 - ケ) 医療事故調査委員会委員の構成・所属
 - コ) 関連資料(解剖結果、説明図、医学用語解説など)
- 4、報告書への委員の氏名掲載については、委員会での判断とし、事前に委員に確認する。
 - 5、報告書は完成前に、当該部門・医療従事者にその内容を確認してもらい、意見等が提示された場合は委員会に提出し、委員会の判断により、報告書に反映する。
 - 6、主治医などの関係者の個人名については匿名化とする。

(遺族への説明)

第5条 遺族への説明については、口頭(説明内容をカルテに記載)又は書面(報告書又は説明用の資料)若しくはその双方の適切な方法により行う。

(調査資料の取り扱い)

第6条 委員会で収集・作成した調査資料は、医療事故調査の結果には含まないものとし、非開示とする。

(守秘義務)

第7条 委員会の委員として知り得た事項に関しては、個人情報保護法に則り、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

(事務局)

- 第8条 1、委員会の事務局は拡大医療安全管理委員会事務局(総務課)とする。
- 2、委員会の所掌事務は、下記のとおりとする。
 - (1) 外部委員の委嘱に関する書類および調査関連資料の作成と発送
 - (2) 委員会の日程調整と会場の手配
 - (3) 委員会開催の為の必要書類の準備
 - (4) 議事録の作成
 - (5) 外部委員への謝礼金等の準備など
 - 3、個人情報の取り扱いに留意し、作成する資料の個人名は匿名化とする。但し、診療録、検査データなどをすべて匿名化するのは困難であり、検討に支障をきたす可能性がある物については、適宜判断する。
 - 4、委員会資料の郵送や、メールのセキュリティを強化する。

(外部委員への謝礼金等)

第9条 委嘱した外部委員に対しては、当院の規定に則り謝礼金等支払うものとする。

附則 この規定は令和2年2月1日から施行する。

外部委員への謝礼金等について

外部委員への謝礼金等は、下記「外部委員への謝礼金表及びその他費用」により算出した額について、「許可申請書」にて院長の決裁を受けて支払うものとする。

外部委員謝礼金表

職 名	金 額 (税込)	備 考
医 師		その他費用については別途調整
医師以外の医療関係者		その他費用については別途調整
有 識 者		その他費用については別途調整

その他費用

- ① 交通費： 距離や公共交通機関の利便性等から必要性を判断した上で、外部委員謝礼金表へ加算する。
- ② 宿泊費： 宿泊を伴う場合は、宿泊費を外部委員謝礼金表へ加算する。
- ③ 職種等： 職種や特殊な資格を必要とする場合等を考慮する必要があると判断された場合は、外部委員謝礼金表へ加算する。
- ④ その他： 報告書作成費用等その他の別途費用が発生する場合は、外部委員謝礼金表へ加算する