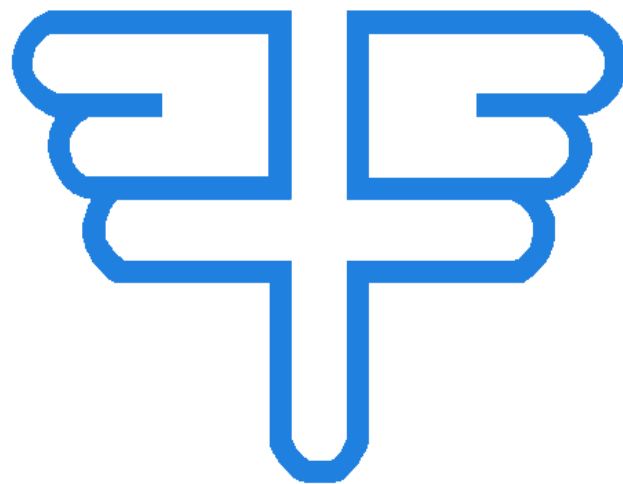


医療安全管理指針



一般財団法人 筑波麓仁会

筑波学園病院

医療安全委員会

医療安全管理室

セーフティマネジャー委員会

履歷

2004年1月31日作成

2009年11月30日

2010年12月22日

2011年11月30日

2013年11月30日

2014年9月10日

2014年11月15日

2016年1月27日

2016年5月24日

2017年1月18日

2017年11月1日改定

2018年7月13日改定

2018年11月11日改定

2019年2月28日改定

2021年3月11日改定

2022年2月1日改定

2022年4月28日改定

目次

1. 基本理念
2. 用語の定義
3. 医療安全管理体制
 - 3-1. 組織と体制
 - 3-2. 医療安全管理室
 - 3-3. 医療安全委員会
 - 3-4. セーフティマネジャー委員会
 - 3-5. 安全管理部門ミーティング

図. 医療安全管理体制
医療安全に関する報告の流れ
4. インシデント・アクシデント報告体制
 - 4-1. インシデント・アクシデント報告書で報告する範囲
 - 4-2. 医療事故の分類基準
 - 4-3. 医療事故の分類基準様式
 - 4-4. 報告書の取り扱い
 - 4-5. 事故報告と事故分析
5. マニュアルの整備
6. 医療安全管理のための研修
7. 情報の共有について
8. 医療事故発生時の対応
 - 8-1. 基本的考え
 - 8-2. 非常事態の構築
 - 8-3. 患者及び家族・遺族への対応
 - 8-4. 報告体制
 - 8-5. 事実経過の記録
 - 8-6. 当院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予期せぬ死亡又は死産が発生した場合
 - 8-7. 警察への届出
 - 8-8. 保健所への届出
 - 8-9. 公表
 - 8-10. 原因の究明
 - 8-11. 医療事故当事者に対する配慮
 - 8-12. 医療安全委員会への報告
 - 8-13. 院内死亡および死産事例の把握
9. 患者からの相談への対応

参考文献

付 記：

医療安全委員会規則
セーフティマネジャー委員会規則
医療安全管理室の規定
専従セーフティマネジャーの役割
インシデント・アクシデント報告システム

1. 基本理念

筑波学園病院は「真心で医療と福祉に貢献します」を基本理念とし、安全で質の高い医療を提供することが私達の使命であり願いである。今日の良い医療とは「患者の求める医療サービスを効率的・効果的に提供し、その過程と結果のすべてにおいて患者の安全と満足を得る」ことである。

本院は地域の急性期病院としての役割を担い、高度医療を実践することが求められており、社会の信頼に応え得る医療を提供するため、医療における高度性と安全性は、いずれも欠くことのできない車の両輪であり、確かなシステムとして構築されなくてはならない。

医療事故は、医療従事者のわずかな不注意等で予期しない事態を引き起こすため、われわれには患者の安全を確保するための不断の努力が求められる。医療が高度化・複雑化している環境で単独、あるいは重複した過ちを防ぐために、医療従事者各人が安全意識を高く持ち、個人レベルでの事故防止と、病院組織あげての事故防止対策に取り組み、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整える。これらについては、病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場で積極的に関わり、患者の安全を確保して必要な医療を提供していくものとする。

2. 用語の定義

2-1. 医療事故（アクシデント）

医療法上の医療事故とは、当該病院に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。

広義の医療事故とは、患者が本来もっていた疾患や体質などの基礎的条件によるものでなく、医療行為においてその目的に反して生じた有害な事象をさす。予測不能や回避不可能であったこと、患者だけでなく医療従事者に不利益を被った場合も含む。

医療事故には、医療内容に問題があつて起きたもの（過失による医療事故：医療過誤）と、医療内容に問題がないにも関わらず起きたもの（過失のない医療事故）とがある。

2-2. 医療過誤

医療事故のうち、医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠ったことにより、患者の心身に何らかの被害を発生させること。

作為（ある医療行為等を実施したこと）によるものと不作為（ある医療行為等を実施しなかったこと）によるものの両方のケースがある。

法理論的には、（１）過失があつたこと（注意義務違反）、（２）結果が生じたこと（被害の発生）、及び（３）両者に因果関係が存在することが問題となる。

2-3. インシデント（ヒヤリ・ハット）

日常の診療の現場で、患者に被害を及ぼすことはなかったが、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした出来事をさし、事故にならずに済んだ事例である。

2-3-1 ある医療行為が患者に実施されそうになったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想される場合。

2-3-2 ある医療行為が実施されたが、結果として被害がなく、患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。

3. 医療安全管理体制

3-1. 組織と体制

本院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき医療安全管理室に専従医療安全管理者を配置し、組織横断的に安全に取り組み、インシデント報告等の安全管理体制を明確化し運営する。医療事故発生時は直ちに「医療事故調査委員会」を設置し対応にあたる。調査にあたっては、公平な判断のもと、透明性をもって事故原因を分析究明し、再発防止策を講じる。

平成18年医療法施行規則一部改正に伴い、新省令第1条の11第2項の規定により医薬品安全管理責任者と医療機器安全管理責任者を配置し医療安全管理室と連携して医療安全の推進を図る。

3-2. 医療安全管理室

医療安全委員会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、医療安全管理室を設置する。

医療安全管理室の規定（付記参照）

専従医療安全管理者の規定（付記参照）

3-3. 医療安全委員会（付記参照）

構成員

病院長

事務局長

各所属長

医薬品安全管理責任者（兼務）

医療機器安全管理責任者（兼務）

地域連携相談室事務責任者（兼務）

専従医療安全管理者 他

医療事故防止のため、医療安全委員会を設置し月1回開催する。

医療安全委員会は、以下の事項を実施する

- ・医療事故（インシデント・アクシデント）防止対策の検討及び研究
- ・病院の医療安全マニュアルの作成及び改正
- ・発生した医療事故の分析及び再発防止策の検討
- ・改善策の実施状況の調査および改善
- ・医療安全対策の職員に対する啓蒙・周知徹底
- ・医療事故防止のための啓発、教育及び広報等

- ・その他必要な医療安全対策

3-4. セーフティマネジャー委員会（付記参照）

構成員

- 専従医療安全管理者
- 各部署セーフティマネジャー

医療安全の実質的活動者であり指導的役割を任とする。

セーフティマネジャーは、以下の事項を実施する。

- ・各部門における医療事故の分析・改善策の検討
- ・改善策の啓蒙・評価・改善
- ・病院の医療安全マニュアルの周知徹底
- ・インシデント・アクシデント報告書の提出の励行
- ・インシデント・アクシデント報告書の分析
- ・その他必要な医療安全対策

3-5. 安全管理部門ミーティング

構成員

- 専従医療安全管理者
- 医薬品安全管理責任者
- 医療機器安全管理責任者
- 医師（医療安全管理者研修を終了した医療安全委員会委員）
- 看護師（医療安全管理者研修を終了した医療安全委員会委員）
- 放射線医療安全委員
- 検査部医療安全委員
- 理学療法部医療安全委員
- 事務部医療安全委員

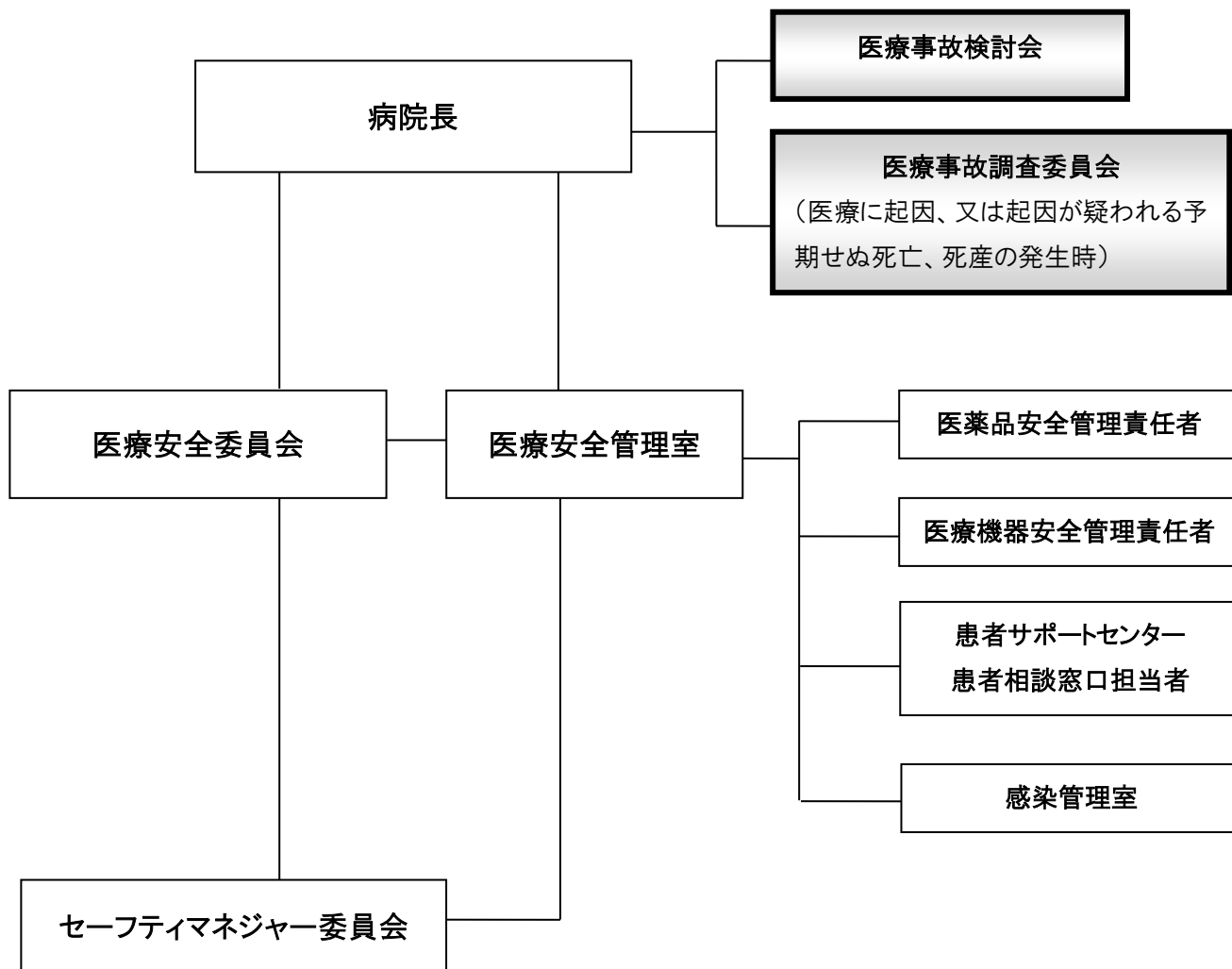
院内の医療事故発生状況及び再発防止策の実施状況を把握するため、週に1回（第5週を除き）開催する

安全管理部門ミーティングは、以下の事項を実施する

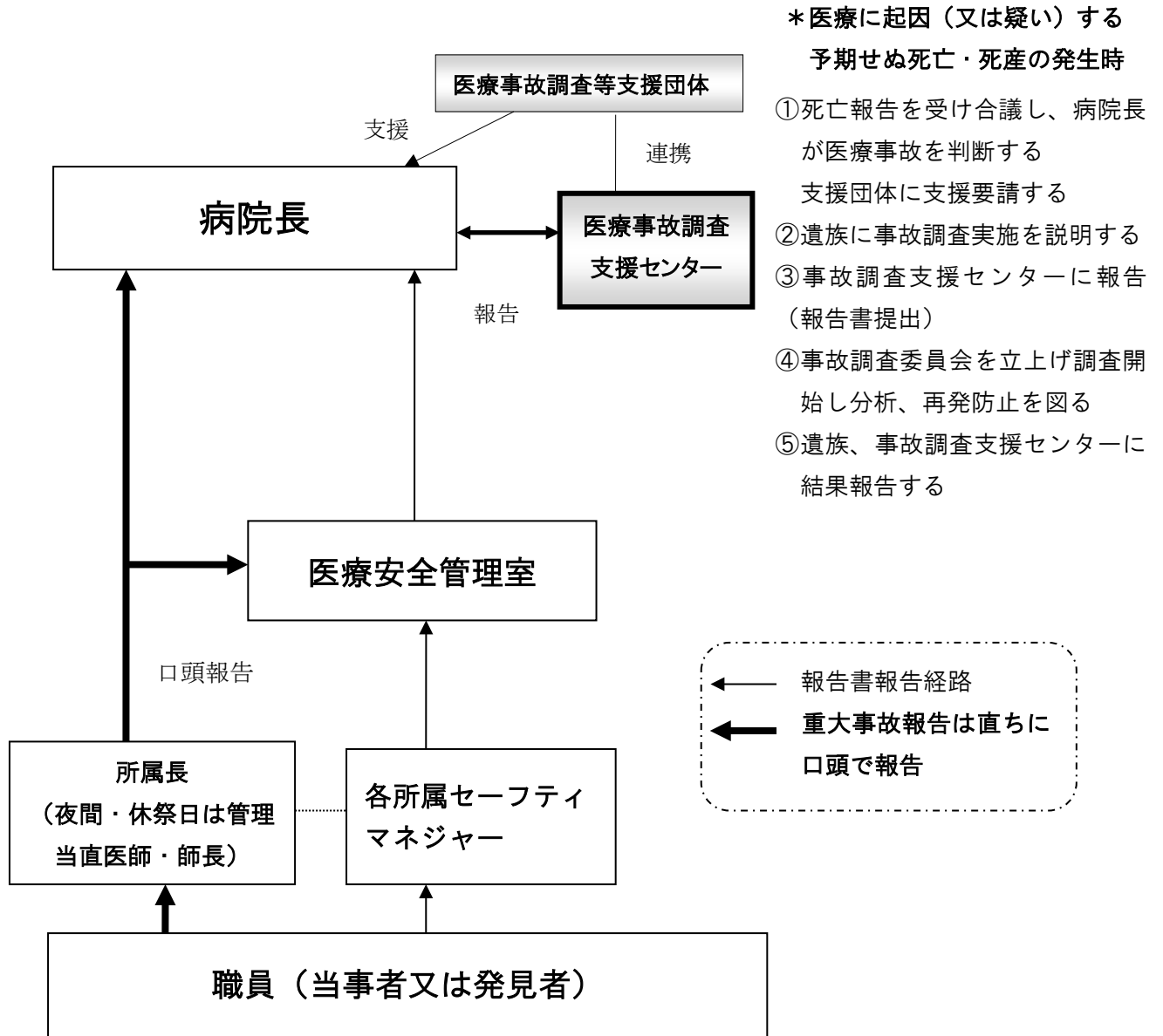
- ・発生しているインシデント、アクシデント事例の報告
- ・事故事例の重要度評価（事故分析の必要性、委員会報告の検討）
- ・事故の要因、再発防止策の検討、再発防止策実施状況の確認
- ・安全管理部門院内巡視報告
- ・多職種連携でのインシデント改善策の検討
- ・その他共有すべき安全管理に関する情報

医療安全管理体制

病院長の指示により招集



医療安全に関する報告の流れ



*医療に起因（又は疑い）する
予期せぬ死亡・死産の発生時

- ①死亡報告を受け合議し、病院長が医療事故を判断する
支援団体に支援要請する
- ②遺族に事故調査実施を説明する
- ③事故調査支援センターに報告（報告書提出）
- ④事故調査委員会を立上げ調査開始し分析、再発防止を図る
- ⑤遺族、事故調査支援センターに結果報告する

← 報告書報告経路
 ← 重大事故報告は直ちに口頭で報告

(注)

- ・医療安全に関する事項は、医療安全管理室・各委員会を通して情報伝達される。
- ・重大医療事故発生時は、院長指示のもとで対応にあたる。院長不在時は、夜間の緊急時報告体制に準ずる。
- ・インシデント又はアクシデントの発生時は、インシデント・アクシデント報告書を作成し、上記経路で報告する。
- ・緊急時は、口頭で報告し、インシデント・アクシデント報告書は事後報告とする。
- ・インシデント・アクシデント報告書は、医療安全管理室で調査、保管し、安全管理部門ミーティング、セーフティマネジャー委員会で検討する。また、検討結果は医療安全委員会へ報告し必要により院内に周知する。

4. インシデント・アクシデント報告体制

4-1. インシデント・アクシデント報告書で報告する範囲

報告の目的、報告制度システムの目的は、報告された医療問題の原因を分析し、再発を防ぐことである。また、個人責任を追及する目的ではなく、問題の原因解明と再発防止策の検討に有用な情報を収集することである。インシデント、アクシデントを起こした、または発見した職員は、速やかに医療安全管理室に報告書を提出する。医療問題を報告した職員に対しては、これを理由に不利益となる処分を行わない。

インシデント・アクシデント報告の対象は、以下のとおり広義に捉えることとする。

4-1-1 患者に障害が発生した事態

4-1-2 患者に障害が発生する可能性があった事態

*上記 4-1-1.2 に含まれるもの

- ・医療行為に係わるもの（検査、診断、治療、処置、処方、投与の誤り）
- ・医療用具（医療材料や医療機器）の不具合、誤操作
- ・ドレーン・チューブ管理の誤り、予期せぬ抜去
- ・転倒、転落
- ・自殺、自殺企図
- ・無断離院、暴行障害、窃盗盗難
- ・予期しない合併症
- ・院内感染による死亡や障害
- ・発見、対処（処置）の遅れなど

報告すべき合併症事例

手術、治療、処置関連

- ・術中死亡、予期しない心停止、重篤な中枢神経系（脳・脊髄）合併症
- ・予期しない再手術やICUへの入室
- ・タイムアウトでの予測を大きく上回る大量出血（循環血液量相当量以上、迅速な対応を要した術中出血、準備血以外にRBC6単位以上の輸血を必要とした事例）
- ・予定していない臓器の切除や修復
- ・神経、歯牙、皮膚損傷等

4-2. 医療事故の分類基準

インシデント及び医療事故の深刻度を明確にするために、医療事故の分類基準を設定する。なお、軽易なレベルの事例であっても、患者及び家族に対する心情的な配慮は十分に尽くさなくてはならない。

事象レベル	態様
0.01	仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる
0.02	仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる
0.03	仮に実施されていた場合、患者への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる
1	実施されたが、患者への実害は無かった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
2	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、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
3a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
3b	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、骨折など）
4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
4b	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（原疾患の自然経過によるものを除く）

○インシデントとは レベル 0.01～3a

○アクシデントとは レベル 3b～5

4-3. 医療事故の分類基準様式

病院全体で発生したインシデント、アクシデントの統計的分析を行うために、「インシデント・アクシデント報告書」を作成する。

4-4. 報告書の取り扱い

インシデント・アクシデント報告書は、患者のプライバシーを含む情報であり、適切な管理を行うことに留意する。インシデント・アクシデント報告書について、統計的に分析評価を行った結果は公表を行う。

4-5. 事故報告と事故分析

4-5-1. インシデント・アクシデント報告書の作成

4-5-1-1. 「インシデント」とは、日常業務の現場で“ヒヤリ”としたり、“ハット”した体験である。

4-5-1-2. インシデント・アクシデント報告書は「インシデント」・「アクシデント」を体験した当事者又は発見者が入力する。

4-5-1-3. 記載内容

4-5-1-3-1. インシデント・アクシデント報告書は、事故レベル0.01から5を入力する。

4-5-1-3-2. インシデント、アクシデントそれぞれ必須項目があるので留意する。

4-5-1-3-3. 報告を受けた現場管理者（所属長、セーフティマネージャー等）は、必要時報告書の訂正、コメントの入力を行う。

4-5-1-3-4. 現場管理者は、速やかに報告書を承認（確認済）し、医療安全管理者に通知する。

4-5-1-3-5. 医療安全管理者は、報告書の内容を最終確認し、必要に応じて関連部署への転送や、重要事例を情報共有する。

4-5-1-3-6. インシデント・アクシデントの関係者全てが報告書を提出する。

4-5-2. 医療事故情報分析

4-5-2-1. インシデント・アクシデント報告書の内容を、安全管理部門で検討した結果、必要に応じて調査、分析する。

4-5-2-2. 調査に関しては、インシデント・アクシデント報告書を提出した部署のセーフティマネージャーが中心となってい、安全管理室が支援する。必要に応じて、医師・他職種などのセーフティマネージャー及び専従セーフティマネージャーが同席する。

（医師・他職種の指名は、安全管理室で検討し、依頼する。）

4-5-2-3. 分析には要因分析手法、SHELモデル、RCA、MedicalSAFER等を利用し、多職種で行う。

調査分析を行ったものは、セーフティマネージャー委員会で報告、検討し、重要事象の再発防止策の決定は、医療安全委員会で承認を得る。

4-5-2-4. 立案された再発防止策は、安全管理室で進捗確認し、医療安全委員会で報告するとともに、是正・予防処置として認定された場合は、医療安全管理室で継続的にフォローアップする。

4-5-3. 報告方法・報告経路

4-5-3-1. インシデント報告書（レベル00.1～3a）

報告内容 インシデント報告書の入力

報告方法 各部署所属長またはセーフティマネジャーの承認（確認済み）を経て、医療安全管理者に通知する。

4-5-3-2. アクシデント報告書（レベル3b～5）

報告内容 アクシデント報告書の入力
医療事故情報分析 ※基本的に実施する。

報告方法 各部署所属長またはセーフティマネジャーの承認（確認済み）を経て、医療安全管理者に通知する。

*ただし重大事故報告は、所属長より速やかに病院長、医療安全管理者に口頭で報告し、報告書は事後とする。

5. マニュアルの整備

医療安全マニュアルは、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等を高め、広めるという効果が期待されるものであり、誤認防止や、輸血取扱い、院内暴力対応等、安全に関して全職員が認識し、安全に医療を提供できるように医療安全マニュアルを作成する。

マニュアルは全職員がいつでも閲覧し活用できるよう、電子媒体（院内ポータルサイト）に掲載し周知をはかる。

マニュアルは関係者の協議のもとに医療安全管理室で作成し、点検及び改善の提言等を行い、医療安全委員会で承認を受けるものとする。

6. 医療安全管理のための研修

医療の質保障のためには、職種毎の専門分野における知識技術の研鑽及び、安全意識の浸透をはかる必要がある。安全管理の基本的考え方や、事故防止の具体的手法等を周知させ、安全意識や質の向上をはかることを目的として、全職員を対象に年2回以上の研修を研修計画に従い、定期的実施する。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。重大事故が発生した後など、必要があると認めた時は、臨時に研修を行うものとする。

研修内容は安全のための講義や事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部講習会・研修会の伝達報告会等の方法をとる。

当日参加できなかった職員は追加研修を受講する。

研修内容・出席者・日時等について記録保管する。

7. 情報の共有について

安全に治療を行うためには患者家族に治療の理解を得ることと、患者家族・医療者間の信頼関係が必要不可欠となる。診療は説明と同意、及び情報共有のもとでおこない紛争、トラブル防止を図ることが重要である。医療者は患者・家族に同意書を用いて説明し、サインをもって同意を得る。

医療者間では、安全確保を目的として改善のために、インシデント報告体制をとり、発生要因を分析し、立案した改善策については医療安全委員会議事録等で情報を共有し、周知を図る。

8. 医療事故発生時の対応

8-1. 基本的考え

医療事故が発生した場合は、過失の有無に関わらず、患者の救命と被害拡大の防止に全力を尽くす。患者及び家族等に対して誠実な対応を行うことを第一に心掛けなければならない。

公共的使命を担う病院として、透明性のある対応を行わなければならない。

特に医療過誤の可能性がある場合は、事実の隠蔽・秘匿に繋がる行為を絶対に行わないよう注意する。

8-2. 非常態勢の構築

事故発生時は、事故状況や患者の現在の状態等を病院長に迅速かつ正確に報告し、病院長は必要に応じ医療事故検討会を緊急招集・開催させ対応を検討する。

緊急時には必要に応じて応援スタッフを呼集できるよう、予め連絡体制を確立し、非常訓練を行っておく。

他の病院への転送等は、時期を失せず行えるよう、予め連絡体制を確立する。

特に夜間・休日等院長不在時については当直時の緊急時連絡体制に準ずる。また、責任ある立場の職員については、自宅で連絡を受けてから病院へ到達するまでの所要時間を把握しておく。

8-3. 患者及び家族・遺族への対応

医療事故が発生した場合は、まず患者に対する最善の処置を行うことに全力を尽くす。患者家族には、初期対応をおこなったのち、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故状況や現在の回復措置、今後の見通しについて、誠意かつ判りやすく説明する。その後の患者及び家族への説明は、必要に応じてできる限り頻

回に行く。患者が事故で死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。

患者及び家族の心情及び身体状態には、十分な配慮を払う。

過失が明らかな場合は、病院全体としての意思を決定した後、患者及び家族に対し誠意を持って説明し謝罪する。

過失と事故との因果関係が明らかでない場合は、十分な調査検討を行った上で、出来るだけ早い時期に説明することを約束し、理解を得るよう努力する。

説明を行った時は、その事実および説明内容、説明者、説明を受けた人、同席者、説明日時、質問と回答等を診療録に正しく記載する。

万一患者が死亡した場合は、当該科長（部長）、セーフティマネジャー、病院長と相談し、Ai または病理解剖の必要性を検討する。

8-4. 報告体制

医療事故が発生した場合、関係する医療従事者は、事実経過の記録に基づいて速やかに医療事故報告（インシデント・アクシデント報告書）を作成し、所属長を経由して医療安全管理室、病院長へ報告する。なお重大事故に関しては、遅滞なく口頭にて報告する。

事実関係を的確に把握するために、報告書には以下の項目を必ず設定する。

- ・報告者の基本情報（氏名、所属（職種）、経験年数）
- ・患者の基本情報（氏名、年齢、病名、患者状態、入院日数）
- ・事故の詳細な状況（日時、状況）
- ・発生後の対応

8-5. 事実経過の記録

関係する医療従事者は、初期対応が終わった後できるだけ速やかに集合し、事実経過（事故の概要、患者の状況、処置の方法、患者及び家族等に説明した内容、説明に対する患者及び家族等の反応等）を正確かつ詳細に整理し診療録に記載する。特に緊急時には各自の事実認識が錯綜し混乱するものであるため、早い時期に各自の記憶を突き合わせ、事実を確定して記録しておくことが必要である。関係者の口裏合わせによる事故隠しと受け取られないよう注意しなければならない。

記録には、事実のみを客観的かつ正確に記載することを心掛け、想像や憶測は排除する。報告者が直接体験した事実の記載を中心とし、伝聞した事実は「誰からどのような言葉で伝えられたか」が判るように記載する。

また、医療事故発生直後の現場保全（遺体、生体情報モニター、医療機器、注射器、薬剤、ライン類、血液・尿、ゴミ箱等）に努める。

8-6. 本院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予期せぬ死亡又は死産が発生した場合

2015年10月医療法6条の10が改正され発足した医療事故調査制度に基づき、下記の手順に沿って、医療事故調査・支援センター（第三者機関）に報告する。医療事故調査委員会を設置し、調査分析を基に医療事故の再発防止をはかり、医療の安全確保に努める。

- ①医療に起因する又は起因すると疑われる予期せぬ死亡又は死産が発生した場合、医師は速やかに病院長に報告する。
- ②病院長は医師から①の報告を受けたら、医療に起因する又は起因すると疑われる予期せぬ死亡又は死産かを判断する。
医療事故調査等支援団体に必要な支援を求めることができる。
- ③医療に起因し、予期しない事故と判断した場合、遺族に医療事故調査実施について説明する。
遺族から法第6条の10第1項に規定される医療事故が発生したのではないかという申し出があっても、医療事故には該当しないと判断した場合には、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明する。
- ④医療事故調査・支援センターに報告する（報告書提出）
- ⑤病院長は、病院長を委員長として医療事故調査委員会を設置し、調査を開始し、分析後改善策を立案し再発防止に努める。
構成委員には中立性・公平性確保の観点から外部委員を参画させる。
- ⑥医療事故調査・支援センターに結果を報告する。

8-7. 警察への届出

医師は死体又は妊娠4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る。（医師法21条）

8-8. 保健所への届け出

明らかに医療過誤によって死亡又は重い障害が発生した場合又は疑いがある場合や死因が不明の場合等で、病院長が報告の必要性を判断した場合は届け出を行う。

8-9. 公表

病院として、透明性ある対応を行うため、発生した医療事故のうち、因果関係が明らかになった医療過誤については原則として公表を行う。公表に当たっては、事前に患者及び家族等に説明し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行う。

報道などへの対応については事務局長に一任する。

8-10. 原因の究明

医療事故検討会は、事故報告書等に基づいて事実経過を把握し、以下の事項について評価検討を行う。

- ・ 事故が発生するに至った原因の究明
- ・ 組織としての責任体制の検証
- ・ 今までに講じてきた医療事故防止対策の効果
- ・ 類似の医療事故事例との比較検討
- ・ 医療機器メーカー等への改善要求
- ・ その他、医療事故の防止に関する事項

医療事故検討会には、必要に応じて関係職員を出席させる。

医療事故検討会は、医療事故の原因を究明した後、必要な再発防止策を検討する。再発防止策は、原則として公表する。公表に際しては、実施時期を明確にする。

8-11. 医療事故当事者に対する配慮

事故当事者は病院とともに冷静に対応にあたる。また、深刻な事態に陥り精神的混乱を招くこともあり得るため、業務調整や専門的精神サポートの配慮をおこなう。

8-12. 医療安全委員会への報告

医療事故調査委員会設置対応については、医療安全委員会に報告する。

8-13. 院内死亡および死産事例の把握

医療安全管理者は、日々の死亡、死産を遺漏なく速やかに病院長に報告し、リストを医療安全管理室で保管管理する。

9. 患者からの相談への対応

医療従事者と患者との対話を推進し、患者またはその家族等に対する支援体制を構築するため相談窓口を設置する。患者からの相談について対応し、安心した診療を受けられるようにすることを目的に、「患者サポート体制」をとり相談に応じる。担当者は対話により問題解決の支援を行い、必要に応じて助言、情報提供等をおこなう。相談内容が苦情・意見の場合は相談窓口及び各部門で、相談者の立場で傾聴し、問題を整理する。必要に応じて各部門と協働して支援する。

相談事例の検討及び相談窓口の運営に関するカンファレンスを週 1 回開催し、患者支援に関わる取り組みの評価をおこない、内容については記録する。

参考文献

- リスクマネジメントマニュアル作成指針（厚生省：平成12年8月）
医療事故防止のための安全管理体制の確立について
医療事故予防マニュアル（東京都：平成12年）
医療事故防止のための安全管理指針（千葉県：平成12年11月）
横浜市立大学医学部附属病院の医療安全管理の取り組み
（横浜市立大学医学部附属病院：平成12年10月）
医療事故（山内桂子、山内隆久（朝日新聞社）：平成12年9月）
医療安全管理指針のモデル（改訂）について（日本医師会：平成19年3月）
医療安全管理者の業務および養成のための研修プログラム作成指針
（厚労省：平成19年3月）
病院における医療安全管理の位置付けとその組織体制のあり方に関する指針
（患者安全推進ジャーナル 2006年No. 15）
良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正する法律の一部の
施行について（厚労省：平成19年3月30日）
医師臨床研修「地域保健・医療」保健所研修ノート 平成20年3月改訂版
厚労省、日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）「医療事故調査制度
について」2015年