
鎌倉療育医療センター

小さき花の園

医療安全管理指針

目次

第1	理念	2
第2	基本方針	2
第3	用語の定義	2
第4	医療安全管理体制の整備	4
	I 組織	4
	II 医療安全体制に係る委員会	8
	III 報告体制の整備	11
第5	医療安全管理のための職員研修	12
第6	重大なアクシデント等発生時の具体的対応	12
第7	公表	14
第8	利用者相談窓口の設置	14
第9	医療安全管理指針の閲覧	14
別紙1	医療安全管理組織図	16
別紙2	インシデント・アクシデント報告書 Ver.1.0	17
別紙3	夜間、土日祝 報告フローチャート	19
別紙4	重大事故発生時の初期対応のフローチャート	20
別紙5	行政への報告	21
別紙6-1	医療事故調査制度の対象となる医療事故	22
別紙6-2	医療事故調査制度による医療機関における「医療に起因する（疑いを含む）予期せぬ死亡」への対応フロー	23

鎌倉療育医療センター小さき花の園 医療安全管理指針

第1 理念

医療安全の取り組みは、利用児者（患者）が最善の医療を受ける権利の保障であり、最善の医療を提供するという医療関係職の基本的な姿である。当園は利用児者が安心して安全な医療が受けられる環境を整え、良質な医療と質の高い生活を提供することを通して社会の人々とともに地域に開かれた、愛とまごころの香り漂う施設を目指している。

本指針は、当園において利用児者が安心して医療ケアが受けられるよう、医療安全管理の推進、医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び事故発生時の対応方法についての基本方針を示すものである。

当園の職員は本指針に基づき医療安全の確保を第一に考え、日常業務を行うものとする。医療事故防止に恒常的に努め、業務システムの強化、利用児者、またその家族と連携し、全員参加で医療安全管理活動を推進し、安全な医療の提供を目的とする。

第2 基本方針

- 1 利用児者の権利を尊重し安全で信頼の医療を提供する
- 2 医療安全推進室の設置、委員会運営を行い当園の安全文化の醸成に努める
- 3 医療安全に関する指針・マニュアル類の整備を行う
- 4 医療事故発生時の対策
- 5 職員の資質・技術の向上
- 6 医療・福祉の人材確保と定着

第3 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 インシデント（ヒヤリハット）

インシデントとは、日常診療の現場や日常生活援助において“ヒヤリ”、“ハット”した経験を有する事例を指し、実際には利用者へ実害が及ぶことは殆ど無かったが、医療事故へ発展する可能性を有していた潜在的な事例をいう。具体的には、ある医療行為が(1)利用者へは実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの実害が予想された事象、(2)利用者へは実施されたが、結果として比較的軽微な実害を及ぼした事象を指す。インシデント・アクシデントの影響レベ

ルでは 0~3a が対象となる。

- 2 アクシデント（医療有害事象、医療事故）アクシデントとは防止可能なものか、過失の有無にかかわらず、医療にかかわる場所で、医療（利用者の診療、看護、療育、介護）の過程において、不適切な医療行為（必要な医療行為がなされなかった場合を含む）が、結果として利用者へ意図しない損害や障害を生じ、その経過が一定以上の影響を与えた事象を指す。インシデント・アクシデントの影響レベルでは 3b~5 が対象となる。

インシデント・アクシデント影響レベル表

分類	影響レベル	傷害の継続性	傷害の程度	内容と事例
インシデント	レベル0	—	—	〈間違ったことが利用者へ実施される前に気付いた場合〉 エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、利用者には影響がなかった場合。
	レベル1	なし	—	〈間違ったことが実施されたが利用者には変化がなかった場合〉 利用者への実害は無かったが、何らかの影響を与えた可能性は否定できない場合。
	レベル2	一過性	軽度	〈処置や治療は行わなかったが、利用者の観察強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のために検査等の必要が生じた場合〉
	レベル3	a	一過性	中等度
b		一過性	高度	〈事故のために継続的な治療が必要になった場合〉 観血的ないし侵襲的検査や治療を必要とし、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、外来患者の入院などが生じた場合。
アクシデント	レベル4	永続的	軽度〜高度	〈事故により長期に渡り治療が続き機能障害が永続的に残った場合〉 有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合も含む。
	レベル5	死亡	—	〈事故が死因となった場合〉

3 医療過誤

過失によって発生したインシデント・アクシデントをいう。過失とは、結果が予見できていたにもかかわらず、それを回避する義務（予見性と回避可能性）を果たさなかったことをいう。

4 当園

鎌倉療育医療センター小さき花の園

5 職員

当園に勤務する医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、児童指導員、保育士、介護福祉士、介護員、事務職員等あらゆる職種を含む。

6 所属長

当該職員の上司で管理的立場にある者

7 医療安全管理者

医療安全推進に必要な知識及び技能を有する職員であって、園長の指名により、当園全体の医療安全管理を中心的に担当する者をいう。

第4 医療安全管理体制の整備

I 組織（別紙1参照）

1 医療安全推進室の設置

- 1) 医療事故防止対策委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当園内の安全管理を担うため、施設内に医療安全推進室を設置する。
- 2) 医療安全推進室は、医療安全管理者及びその他の必要な職員で構成される。
- 3) 医療安全推進室の所掌業務は以下のとおりとする。

(1) 各部門における医療安全対策に関すること

- 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く医療安全確保のための業務改善の推進
- ② 1)に基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録

(2) 医療安全に係る以下の活動の記録に関すること

- ① 医療事故防止対策委員会との連携情報
- ② 園内研修の実績
- ③ 利用者等の相談件数及び相談内容
- ④ 相談後の取り扱い
- ⑤ その他の医療安全管理者の活動実績

(3) 医療安全対策に係る取り組みの評価等に関すること

医療安全推進室の室員は医療安全対策に係る取組の評価等を行う週1回程度のカンファレンスに参加する

(4) 医療安全に関する日常活動に関すること

- ① 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）
- ② マニュアルの作成、点検及び見直しの提言等
- ③ インシデント・アクシデント報告の収集、保管、分析結果等の現場へのフィードバックと集計結果の管理、及び具体的な改善策の提案、推進とその評価
- ④ 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、施設における警鐘事例の把握等）
- ⑤ 医療安全に関する職員への啓発、広報
- ⑥ 医療安全に関する教育研修の企画、運営
- ⑦ 地区事務所及び本部への報告、連携
- ⑧ 医療安全管理に係る連絡調整

(5) アクシデント発生時の支援などに関すること

- ① 診療録や看護記録等の記載、インシデント・アクシデント報告の作成について、職場責任者に対する必要な支援
- ② 利用者や家族への説明など、重大なアクシデント等発生時の対応状況についての確認と必要な支援（利用者及びその家族、弁護士、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、園長、副園長、事務部長の他、それぞれの部門の管理責任者が主として行う）
- ③ 医療事故防止対策委員会室長の招集指示を受け、事案の原因分析等のため

の臨時医療事故防止対策委員会の開催

- ④ 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
- ⑤ インシデント・アクシデント報告の保管
- ⑥ 秘匿性に関する指導と支援

(6) 医療事故防止対策委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、並びにその委員会の庶務に関すること

(7) その他、医療安全の推進に関すること

(8) 医療安全推進室は、必要時、作業部会を設置することができる。

2 医療安全推進室員

園長は医療安全推進室を設置し、医療安全推進室長を任命する。医療安全推進室長の下に、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、事務部を配置するものとする。

1) 医療安全推進室長の配置

医療安全推進室長は、当施設における医療安全の統括的な責任を担うものとし、原則として副園長とする。

2) 医療安全管理者の配置

医療安全管理者は施設における医療安全管理にかかわる実務を担当し、医療安全を推進するものとする。

(1) 医療安全管理者は、医療安全推進室長の指示を受け、各部署と連携、協同し、医療安全推進室の業務を行う。

(2) 医療安全管理者は医療安全推進室の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。

- ① 医療安全管理部門の業務に関する企画、立案及び評価
- ② 医療事故防止対策委員会の企画、実施
- ③ 定期的な施設巡回による各部門における医療安全対策の実施状況の把握と分析、及び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の推進
- ④ 各部門における医療安全推進への支援

- ⑤ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整
 - ⑥ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の年2回以上の実施
 - ⑦ 相談窓口等の担当者との密接な連携の上で医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制の支援
- (3) 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品安全管理責任者は次に掲げる業務を行う者とする。

- ① 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び見直し
 - ② 職員に対して、医薬品の安全使用のための研修の実施
 - ③ 医薬品の業務手順に基づく業務実施の管理
 - ④ 医薬品の安全使用のために必要となる情報を収集し、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
- (4) 医療放射線安全管理責任者の配置

医療放射線安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とし、以下の業務について主要な役割を担う。

- ① 診療用放射線の安全利用のための指針の策定
 - ② 放射線診療に従事する職員に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施
 - ③ 放射線診療に用いる医療機器・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素・診療用放射性同位元素を用いた放射線診療を受ける者の放射線による被ばく線量の管理及び記録、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
- (5) 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とし、以下の業務について主要な役割を担う。

- ① 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- ② 医療安全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ために必要となる情報の収集、及びその他の医療機器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

II 医療安全体制に係る委員会

1. 安全管理委員会

1) 委員会の目的

小さき花の園における安全管理指針に基づき、安全管理体制を確保するために本委員会を設置する。

2) 委員長及び委員の構成

(1) 委員長：園長

副委員長：事務部長

委員：診療部、看護部、療育部、事務部、在宅サービス支援部の各所属長および幹部会議出席者

(2) 委員長が必要と認めた時は、委員以外の者を出席させることができる。

3) 委員会の運営

(1) 委員会は、各部の統括する安全管理について報告し、審議する。

(2) 具体的実施事項は各種対策委員会に指示し実施させる。

(3) 委員会は、幹部会議と同時に月に1回開催する。

(4) 議事録は幹部会議録に記載を持って変えるものとする。

4) 委員会の業務内容

(1) 医療の安全管理に関すること。

(2) 医療機器・福祉機器の安全管理に関すること。

(3) 職員の健康管理に関すること。

(4) 防火・防災・地震対策・防犯に関すること。

(5) 上記の実施のための職員教育・研修に関すること。

5) 委員会の庶務

委員会の庶務は、事務部において処理する。

2. 医療事故防止対策委員会

1) 委員会の目的

小さき花の園における医療安全体制等について検討することを目的とする。

2) 委員長及び委員の構成

委員長：医療安全推進室長（副園長）

副委員長：医療安全管理者

委員：診療部長、薬剤部（課）長、看護部長、事務部長、各部門の安全管理のための責任者等をもって構成することを原則とする。

3) 委員会の業務内容

(1) 医療安全管理指針の策定及び改定

医療安全管理指針には、以下の基本的考え方や方針を含む。

- ① 医療機関における医療安全管理
- ② 委員会その他の当該病院等の組織
- ③ 職員に対する医療に係る安全管理のための研修
- ④ 当該施設における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策
- ⑤ 重大なアクシデント等発生時の対応
- ⑥ 職員と利用者との間の情報の共有（利用者等に対する当該指針の閲覧を含む）
- ⑦ 利用者やそのご家族、後見人からの相談への対応
- ⑧ その他医療安全推進のために必要な事項

(2) 施設内において重大な問題、その他委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における当該事例の発生原因の分析、再発防止策の検討、立案、実施及び職員への周知

(3) (2)の改善のための方策の実施状況の調査及び必要に応じた当該再発防止策の見直し

(4) 園内のインシデント・アクシデント防止活動及び医療安全に関する職員研修の企画、運営

(5) その他、医療安全の確保に関する事項

4) 委員会の開催及び活動の記録

(1) 委員会の開催は、概ね月1回とする他、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。

(2) 委員会の検討結果については、定期的に園長に報告すると共に、医療安全管理者や委員会メンバーを通じて各職場に周知する。

(3) 委員会の議事は、記録し医療安全推進室が管理する。

5) 委員会の庶務

委員会の庶務は、医療安全推進室において処理する。

3. 安全部会

1) 委員会の目的

医療事故防止に対する職員の意識を高め、環境整備・多職種との連携等について検討し、安心・安全なケアの提供を行うため安全部会を設置する。

2) 委員長及び委員の構成

委員長：安全担当看護師長

委員：医療安全管理者、看護師、療育スタッフ、診療部（リハビリ）スタッフ、その他委員長が必要と認めた者

3) 委員会の業務内容

- (1) セクションにおけるインシデント・アタシデント報告の共有、分析、再発防止に関すること
- (2) 安全の視点からセクション内でのケアの実際に関すること
- (3) 医療安全推進室や多職種との連携に関すること
- (4) 医療事故防止に関する学習を深め、利用者・家族、職員への啓発に関すること
- (5) その他、安全なサービスの提供に関すること

4) 委員会の開催及び活動の記録

- (1) 委員会の開催は安全担当師長が招集し、原則、毎月開催するものとする。
- (2) 司会は輪番制で行い、議題を確認し、円滑に会議を進行する。
- (3) 書記は輪番制で行い、1週間以内に議事録を作成する。

III 報告体制の整備

1 報告とその目的

この報告は医療事故の現状把握や事故防止対策の検討、及び医療安全や医療の質

の向上を図るため、システムの改善や教育・研修の資料とするために収集される。この報告は特定の個人を糾弾するものではなく、報告者はその報告によって不利益を被るような取り扱いをしてはならない。報告された事例を検討し、医療・看護・介護・療育等の質の改善と事故の未然防止・再発防止策を策定すること、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園内全体から収集することを目的とする。

また、園内でインシデント・アクシデント影響に該当する状況に遭遇、または発見した場合には、利用児者への適切な対応をするために迅速な報告が要求される。

2 報告に基づく情報収集

1) 報告すべき事項

すべての職員は、本園内でインシデント・アクシデントが発生した場合、その他、日常生活の中で危険と思われる状況に遭遇、発見した場合は、所属長または医療安全管理者へ速やかに報告するものとする。

2) 報告の方法

- (1) 報告はインシデントレポート管理システムで実施する。ネットワーク等、電子化報告が困難な場合は、一時的にインシデント・アクシデント報告書（別紙2参照）に記入し、後日、管理システムへの入力とする。
- (2) 報告は、原則として発生の直接の原因となった当事者又は発見者が行うが、不可能な場合は関係者が代わって行う。
- (3) 自発的に報告がなされるよう所属長は報告者名を省略して報告することができる。

3) 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療事故防止対策委員会は、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、当園の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療事故防止対策委員会は、すでに策定した改善策が、各部署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・

評価されているか、必要に応じて見直しを区るものとする。

4) その他

- (1) アクシデント（レベル3b以上）の場合は、実地調査後、緊急に委員会を開催する。議事録の作成を行う。
- (2) 報告された事例について、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (3) 本項の定めにしたがって報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。
- (4) 医療に起因する予期せぬ死亡事故が発生した場合は、医療事故として園内調査の実施及び医療事故調査・支援センターへ報告を行い、原因究明及び再発を防止する。

3 インシデント・アクシデント報告の保管

インシデント報告については、原則として報告日の翌年4月1日を起点に1年以上、アクシデント報告については5年以上保管するものとする。

第5 医療安全管理のための職員研修

医療機関全体に共通する医療安全管理のための基本的な考え方及び具体的な方策について、職員に対し周知徹底を図るため、医療安全管理のための園内研修を定期的に年2回以上開催する。加えて、必要に応じ臨時に開催することが望まれる。研修の企画、立案、実施は委員会及び医療安全推進室が行う。

第6 重大なアクシデント等発生時の具体的対応（別紙4参照）

重大なアクシデント等とは、インシデント・アクシデント影響レベル表におけるレベル4、5及びそれに準ずる重篤度・危険度が高いと判断された事例をいい、利用者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす必要がある。

I 初動体制

- 1 救命を第一とし、障害の進行防止に最大限の努力を払える体制を整えておく。
- 2 夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告ができる体制を整えておく。

く。(別紙3 夜間、土日祝 報告フローチャート参照)

II 利用者及び家族への対応

利用者に対しては、誠心誠意治療に専念するとともに、利用者及び家族に対しては、その経緯について、明らかになっている事実を丁寧に逐次説明する。

III 事実経過の記録

医師、看護師等は、利用者の状況、処置の方法、利用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。

IV 医療事故防止対策委員会の招集

重大なアクシデント等が発生した場合には、直ちに臨時に委員会を招集し内容を審議する。

V 当事者及び関係者（職員）への対応

- 1 個人の責任を追及することなく組織としての問題点を検討する。
- 2 当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。

VI 関係機関への報告

重大なアクシデント等が発生した場合には、可及的速やかに関係機関へ報告する。

1 行政機関への報告（別紙5参照）

医療安全推進室長は、管轄の地区事務所へ電話又はメールで報告する。

2 本部への報告

事務部長は、本部事務局へ報告する。

3 医療事故調査・支援センターへの報告 (別紙 6-1、6-2 参照)

医療事故調査制度の対象事案を判断した場合、遺族へ説明した上で、医療安全推進室長である副園長は医療事故調査・支援センターへ報告する。

第7 公表

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他医療機関での同様の事故防止に役立てることを目的にして、必要と判断した場合、聖テレジア会本部と相談の上、利用者及び家族の同意を得て社会に公表する。

第8 利用者相談窓口の設置

園内に利用者及び家族からの疾病に関する医学的な質問や、生活上の不安等の様々な相談に対する窓口を設置する。相談窓口対応者は、医療安全推進室長と密な連携を図り、医療安全に係る利用者及びその家族等の相談に適切に応じる体制を整備する。

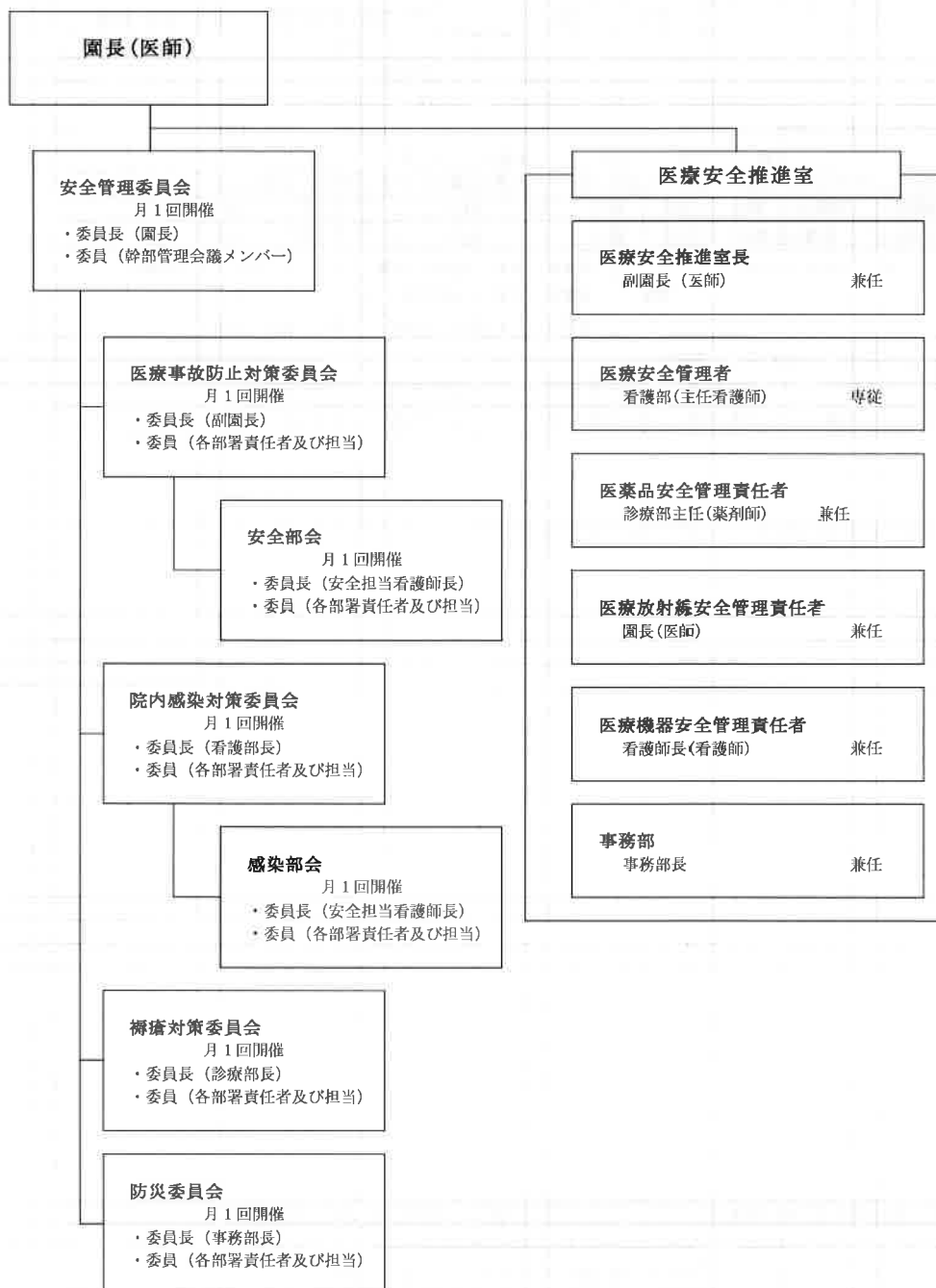
第9 医療安全管理指針の閲覧

医療安全管理指針については、ホームページへ掲載し、その他に利用者及び家族が容易に閲覧できるように配慮する。

2009年4月	施行
2013年4月	一部改正
2016年1月	一部改正
2017年4月	一部改正
2019年4月	一部改正
2020年2月	一部改正
2022年10月3日	一部改正
2023年4月	一部改訂
2023年5月	一部改正
2025年9月1日	改定
2026年4月1日	一部改訂

鎌倉療育医療センター小さき花の園 医療安全管理組織図

2026年4月1日改定



別紙 2

インシデント・アクシデント報告書 Ver.1.0

発生日時	202 年 月 日 ()		午前・午後 時 分	書類 提出日	202 年 月 日 ()	
利用者 情報	氏 名		性別	年齢	第1病棟・第2病棟	長期・中期・短期
			男・女	歳	在宅	外来
発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 (室名) <input type="checkbox"/> 病棟内廊下 <input type="checkbox"/> 3階 <input type="checkbox"/> 園内廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> プレイルーム (大・小) <input type="checkbox"/> ナースステーション <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 脳波室 <input type="checkbox"/> 歯科治療室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 元気ルーム <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 外出中 <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	※夜間、土日祝、所属長の不在時など、レベル0～3aの報告は後日で可。所属長は確認した時点で日時記入をお願いします。					
口頭報告	① レベル0～5 所属長への報告		202 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分			
	② レベル3b～5 園長への報告		202 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分			
報告者 情報	氏 名 ※無記名でも可		職種	診療部	医師・薬剤師・栄養士・PT・OT	在宅サービス支援部
				看護部	看護師・准看護師・助手・クラーク	外来
				療育部	児童指導員・介護福祉士・保育士・介護員	その他 ()
	事故との 関連性	当事者・発見者・他者()からの訴え				
総実務 経験	1年未満・1～3年未満・3～5年未満・5～10年未満・10年以上					
入職年数	1年未満・1～3年未満・3～5年未満・5～10年未満・10年以上					
発生 内容						
発生状況	※発生状況と直後の対応を詳細に記入(いつ、どこで、だれが、なぜ、何を、どのように)					
今後の 対策						
分類	レベル	障害の継続性	障害の程度	内容 (※インシデント・アクシデントレベル表参照)		
	レベル0	—	実害なし	間違ったことが利用者を実施される前に気付いた場合		
	レベル1	なし	実害なし	間違ったことが実施されたが利用者には変化がなかった場合		
	レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかったが、利用者の観察強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のために検査等の必要が生じた場合		
	レベル3a	一過性	中等度	事故のため、一時的な治療が必要になった場合		
	レベル3b	一過性	高度	事故のために継続的な治療が必要になった場合		
	レベル4	永続的	高度	事故により長期に渡り治療が続き、機能障害が永続的に残った場合		
レベル5	死亡	高度	事故が死因となった場合			

【内容分類】 該当するものにチェック☑をしてください	
□薬剤 (処方・与薬・調剤・製剤 管理)	□注射薬 □内服薬 □外用薬
	→ □処方に関する内容(処方忘れ、処方遅延、利用者間違い、処方量、薬剤間違い等)
	□調剤に関する内容(数量間違い、用法・用量間違い、薬剤間違い)
	□与薬に関する内容(無投薬、利用者間違い、重複投与、投与速度の誤り、ダブルチェック忘れ、投与時間・日付間違い等)
	□薬カートセットへのセットミス □その他:
□治療・処置・診療	□熱傷 □擦過傷 □表皮剥離 □発赤、湿疹等の皮膚トラブル □打撲 □骨折 □自傷行為 □その他
	→ □指示忘れ □利用者間違い □部位間違い □時間間違い □医療材料間違い
□医療用具(機器) 使用管理	□人工呼吸器 □Spo2モニター関連 □バイタル用品 □呼吸ケア機器 □輸液ポンプ □経腸栄養輸液ポンプ □吸引機 □酸素
	→ □指示忘れ □利用者間違い □使用方法間違い □保守・点検不良、忘れ(電源、チェックリスト、) □破損 □誤作動
	□アラーム設定範囲忘れ、間違い □セッティング間違い
□チューブ類の使用・ 管理	□気管カニューレ □経鼻チューブ □胃ろう □吸引チューブ □その他 :
	→ □指示忘れ □利用者間違い □使用方法間違い □使用中の点検・管理ミス(接続部外れ、未接続、閉塞、接続間違い)
	□破損・切断 □自己・事故除去 □その他 :
□検査	□指示忘れ □指示間違い □利用者間違い □部位間違い □その他 :
□療養上の場面	□利用者間違い □指示内容間違い □実施忘れ □中止忘れ □不必要行為の実施
	□転倒・転落 □拘束・抑制 □利用者体位の誤り □部位取り違え □方法(手技)の誤り
	□誤配膳 □配膳内容の誤り □異食(誤嚥・誤飲) □異物の残存(使用後のグローブやおもちゃ等)
□その他	
【発生要因】 該当するものにチェック☑をしてください(複数可)	
当事者の行動に関わる 要因	□確認を怠った □観察を怠った □報告が遅れた(怠った) □記録などに不備があった □連携ができていなかった
	□利用者(ご家族)への説明が不十分であった □判断を誤った
ヒューマンファクター	□知識が不足していた □技術・手技が未熟だった □勤務状況が繁忙だった
	□通常とは異なる身体的条件下にあった □通常とは異なる心理的条件下にあった □その他 :
環境・設備機器	□電子カルテなどのシステム問題 □医薬品の問題 □医療機器の問題
	□施設・設備の問題 □諸物品の問題 □利用者側に偶発的に発生した問題
□その他	□教育・訓練がない □仕組みが煩雑 □ルールがわかりにくい □その他 :

報告書の流れ

— 看護部・療育部・診療部 —

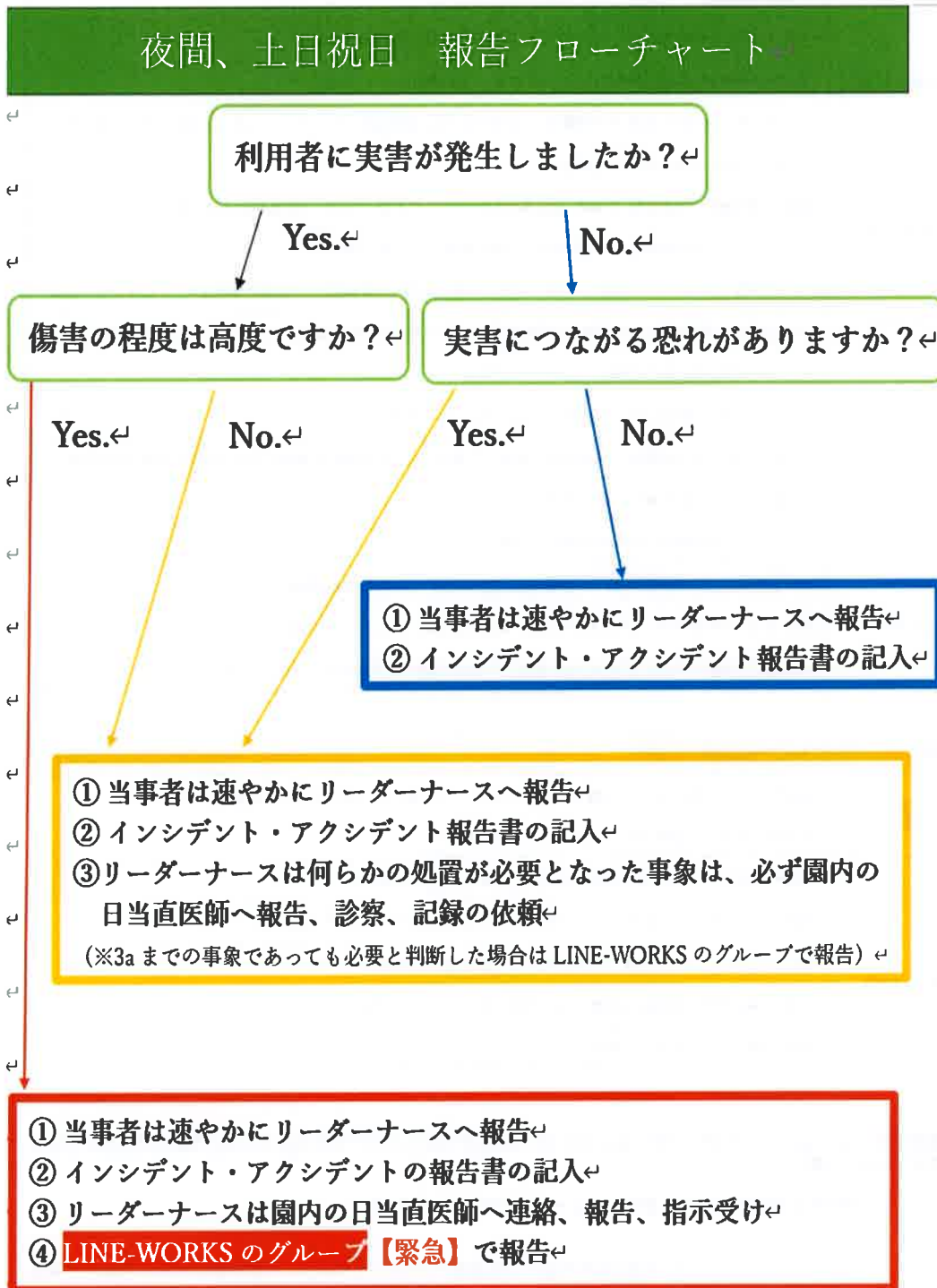
看護師長 → (※分類「薬」は薬剤師に回覧) → 療育部課長 → 療育部長 → 看護部長

→ 医療安全管理者 → (※医療安全管理者が必要と判断した報告書のみ回覧) 副園長 → 園長

— 在宅サービス支援部 —

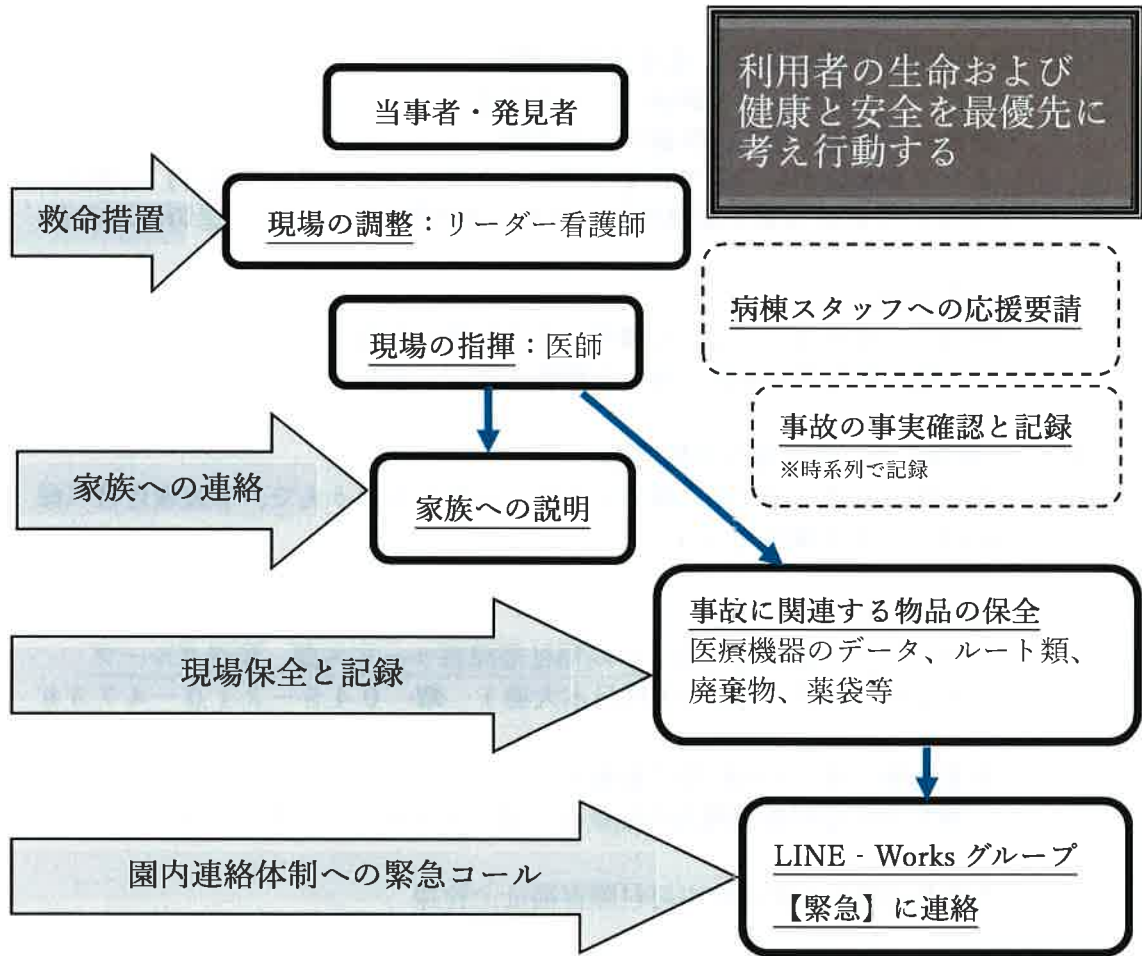
在宅支援部主任 → 在宅支援部係長 → 在宅支援部長 → 診療部長

→ 医療安全管理者 → (※医療安全管理者が必要と判断した報告書のみ回覧) 副園長 → 園長



重大事故発生時の初期対応のフローチャート

《レベル 3b 以上の事象発生時》



現場の保全

- ・薬剤（空袋、残液）診療材料は保存する。
- ・汚染物品はビニール袋に入れて保管する。
- ・食事中の事故はお膳ごとビニール袋に入れて保管する。
- ・廃棄物は処分せず保管する。

ご家族への連絡

- ・連絡は取れるまで続ける。
- ・ご家族が来園時、落ち着いて話ができる場所を準備する。
- ・医師からの説明時に看護スタッフが同席し、看護記録を残す。

記録

関わったスタッフと時刻のズレや記憶の誤りがないか確認する。時系列のメモは後日調査で必要な場合があるので残しておく。

別紙5 行政機関への報告

アクシデント（レベル3b以上）および園長が必要と判断した事例は事故報告書を作成し速やかに外部機関に提出する。

(1) 外部機関への報告対象となる事故の種類

- ・死亡 ・骨折 ・誤嚥 ・食中毒
- ・感染症（必要に応じ、保健所へも連絡）

インフルエンザについては集団感染した場合（休業等伴う場合）に報告。ただし、これとは別に保健所等への報告義務等については、適切に対応する。

- ・所在不明
- ・利用者の不利益につながる職員による犯罪行為等
- ・その他、利用者の身体に重大な影響を及ぼす事故

(2) 事故報告及び事故報告書提出先

- ・事故発生時は、速やかに電話にて第一報を入れたうえで、事故報告書（様式11）により報告を行う。

・提出先

* 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課 監査グループ
〒231-8588 横浜市中区日本大通1 ☎ 045-210-4736

・事業所所在地の市町村障害福祉主管課

鎌倉市健康福祉部障害者福祉課 ☎ 0467-61-3975

・当該利用者の支給決定市町村障害福祉主管課

別紙 6-1

医療事故調査制度の対象となる医療事故

医療法上（第6条10）医療事故とは、「当該病院等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（表1、表2参照）。園内で医療に起因する予期せぬ死亡事例が発生した場合には院内調査に関して医療事故調査支援団体に支援を求めることができる。

（表1）

省令事項	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が予期しなかったもの	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

※過誤の有無は問わない

（表2）「医療に起因する（疑いを含む）」死亡または死産の考え方

「医療」（下記に示したもの）に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産①	①に含まれない死亡または死産
<ul style="list-style-type: none"> ○診察：徴候、症状 ○検査等（経過観察を含む）：検体検査、生体検査、診断穿刺・検体採取、画像検査 ○治療（経過観察を含む）：投薬・注射（輸血含む）、処置、手術（分娩含む）、麻酔、放射線治療、医療機器の使用 ○その他（管理者が医療に起因し、または起因すると判断した場合）：療養に関するもの、転倒・転落、誤嚥、患者の隔離・身体的拘束／身体抑制 	<p>左記以外のもの</p> <p>≪具体例≫</p> <ul style="list-style-type: none"> ○施設管理：火災、地震・落雷等の天災ほか ○併発症：提供した医療に関連のない偶発的に生じた疾患 ○現病の進行 ○自殺：本人の意図によるもの ○その他：院内で発生した殺人・傷害致死等

出典：厚生労働省医政発 0508 第1号「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の調整等に関する法律の一部の施行（医療事故調査制度）について」

※1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。

※2 ①、②への該当性は疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。

医療事故調査制度による医療機関における
 ≪医療に起因する（疑いを含む）予期せぬ死亡≫への対応フロー

