

例) 山形大学医学部附属病院の 医療安全確保制度

③医療事故が起きた場合の対応制度

- ・医療事故あるいは医療事故が疑われる事例
 - 24時間以内に病院長に報告
 - 報告内容の確認(病院長)
 - 医療事故等防止対策委員会で審議
(原因調査、事故の判定、対応策)
 - 専門医委員会の設置(事実調査が必要な場合)

③医療事故が起きた 場合の対応制度

(山形大学医学部附属病院)

図 1 : 院内報告体制

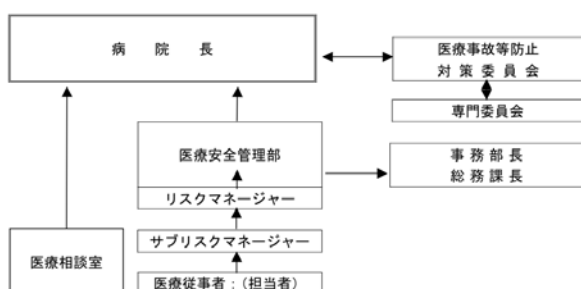
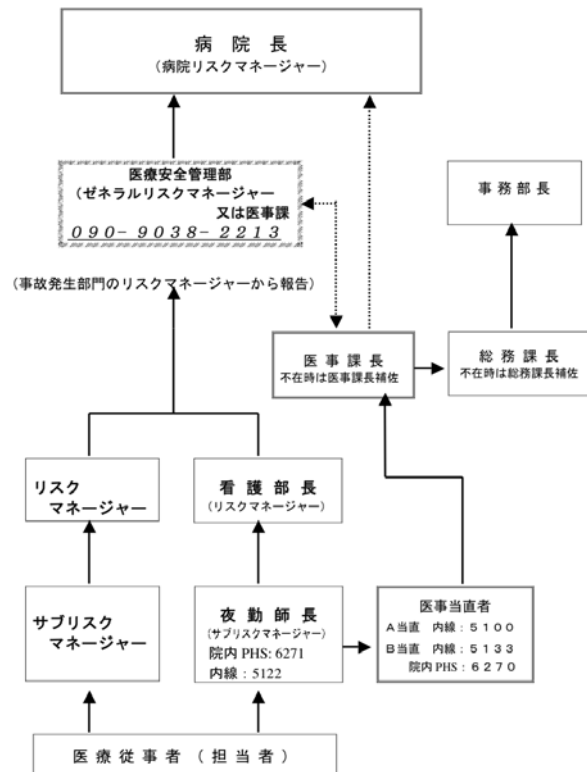


図 2 : 医療事故にかかる夜間・休日緊急報告体制



※ 夜間・休日に死亡事故またはこれに準ずる重大な事故が発生し24時間以内に報告書を提出できない場合は、上記により口頭で直ちに報告し、後刻所定の報告書を提出するものとする。
 ※ 上記報告体制は、あくまで医療行為に起因する事故のケースを想定しているが、それ以外の場合(職員の転落、転倒、自殺等)については、医事当直者へ直接報告するものとする。

例)山形大学医学部附属病院の 医療安全確保制度

医療事故等防止対策委員会

(1) 病院長	山下 英俊
(2) 内科系の診療科長 (第一内科)	久保田 功
(2) 内科系の診療科長 (放射線科)	細 矢 貴 亮
(3) 外科系の診療科長 (脳神経外科)	嘉 山 孝 正
(3) 外科系の診療科長 (第一外科)	木 村 理 章
(4) 中央診療施設の部長 (手術部)	貞 弘 光 章
(5) 特殊診療施設の部(室)長(分娩部)	倉 智 博 久
(6) 薬剤部長	白 石 正 子
(7) 看護部長	大 谷 和 子
(8) 事務部長	佐 藤 久 子
(9) ゼネラルリスクマネージャー	増 川 令 子

例)山形大学医学部附属病院の 医療安全確保制度

医療事故等防止対策委員会調査専門委員会

伊 藤 明 宏 (外部委員・東北大学)
木 村 理 (第一外科・教授)
久保田 功 (第一内科・教授)
倉 智 博 久 (産科婦人科・教授)
後 藤 均 (外部委員・東北大学)
貞 弘 光 章 (第二外科・教授)
手 塚 孝 樹 (外部委員・弁護士)
内 藤 和 暁 (外部委員・弁護士)
細 矢 貴 亮 (放射線診断科・教授)
山 下 英 俊 (病院長、眼科・教授)

(2008年9月)

例)山形大学医学部附属病院の 医療安全確保制度

④インシデント、医療事故の公表基準

・インシデント事例

→病院評価機構への定期的報告

・医療事故事例

→「大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(平成19年9月)」

* 全国80医科大学が統一された基準で公表

(記者会見／ホームページ／UMIN等で公表)

大学附属病院における医療上の事故等の 公表に関する指針(平成19年9月)

大学病院の医療事故に公表指針 被害程度で方法定める(8/9)

80の国公立大学でつくる全国医学部長病院長会議(会長=大橋俊夫信州大学医学部長)は8日、大学病院で起きた医療事故の公表に関する指針を発表した。05年3月に国立大学付属病院長会議がまとめたものとほぼ同じ内容の公表指針が全大学病院に適用される。実施は、学内手続きが済んでいない1大学を除き9月1日から。(朝日新聞 2007年8月8日)

《全文はこちら》

<http://www.asahi.com/life/update/0808/TKY200708080072.html>

大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(平成19年9月)

1. 本指針の目的

大学病院には、質の高い医療の提供のみならず、医療従事者の育成及び新たな診断・治療方法の確立による臨床医学の発展の推進が求められている。これらの実践には患者側の視点に立った安全性の高い医療の提供が不可欠である。

各大学附属病院においては、安全管理体制の確立のために様々な取り組みを進めているが、医療上の事故等が発生した場合に、社会に対してその事実と改善策を公表することにより、医療安全管理を徹底するだけでなく、他の医療機関での再発防止に資すること、及び医療の透明性を高め、国民からの信頼性の向上に資することが重要である。

本指針では、医療上の事故等が発生した場合の公表に関して一定の基準を示すことにより、上記のような社会的責務を果たすことを目的としている。各大学附属病院では、この指針を基に各々基準を定め、適切な運用をお願いしたい。なお、公表の基準は今後の社会情勢の変化等を踏まえて、見直していく必要がある。

大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(平成19年9月)

2. 本指針における用語

(1) 医療上の事故等

疾病そのものでなく、医療機関で発生した患者の有害な事象を言い、医療行為や管理上の過失の有無を問わない。合併症、医薬品による副作用や医療材料・機器による不具合を含む。

(2) ヒヤリ・ハット

患者に被害が発生することがなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたりした出来事を言う。具体的には、ある医療行為が、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、②患者に実施されたが、結果的に被害がなく、またその後も観察も不要であった場合等を指す。

(3) 医療過誤

医療上の事故等のうち、医療従事者・医療機関の過失により起こったものを言う。

(4) 合併症

医療行為に際して二次的に発生し、患者に影響を及ぼす事象を言う。なお、合併症には「予期できていた」場合と「予期できなかった」場合とがある。

表1 公表する医療上の事故等の範囲及び方法

過失あり (医療過誤) 過失なし (合併症・副作用を含む) 予期しなかった 予期したものの上回った 予期していた	死亡 ①	重篤・永続的 ①	非重篤・永続的 ③、重大な過失の場合は②	ヒヤリ・ハット ③
		重篤・濃厚な処置、治療後に回復 ②、大きな過失の場合は①	非重篤・一時的 ③	
	死亡 ③	重篤・永続的 ③	非重篤・永続的 ③	
		重篤・濃厚な処置、治療後に回復 ③	非重篤・一時的 ③	
	死亡 ③	重篤・永続的 ③	非重篤・永続的 ③	
		重篤・濃厚な処置、治療後に回復 ③	非重篤・一時的 ③	

※ 公表の方法
 ①: 事後の医師の報告による
 ②: 調査後、IP等により公表
 ③: 各大学附属病院で定めた基準により判断

大学病院の医療事故対策の眼目

●情報開示

→事故隠蔽を防ぐための制度

病院の責任者たる病院長へ直ちに連絡がいく制度

●【誰】ではなく【何故】を追求すること

→事故調査の絶対条件

調査委員会への情報精度の向上

*近代法における「報復的裁判禁止の原則」

Blame-free

●病院長・学部長の自覚

→しっかりとした自覚が無ければ、せつかくの制度も健全に機能しない。