

第5 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

- ・医療事故等が医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が発生した場合は、本院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。
- ・事故発生後、可及的速やかに、事故の状況、現在実施している処置、予後等について患者本人、家族等に誠意をもって説明をする。
- ・重大な事故の発生時には、速やかに病院長（管理者）へ報告する。
- ・事故の場合にあつての報告は、診療録等に基づき作成する。
- ・その他医療事故等発生時の対応については、本院「リスクマネジメントマニュアル」の「医療事故等発生時における対応指針」に沿って対応する。

第6 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する当指針の閲覧に関する基本方針を含む）

本指針（本院ホームページ掲載）の内容を含め、医療従事者は患者との情報の共有に努めるとともに、患者及びその家族等から閲覧の求めがあつた場合には、これに応じるものとする。

第7 患者からの相談への対応に関する基本方針

- ・医療行為等に関する患者等からの相談に対しては、担当者及びその責任者などを決め、誠実に対応するとともに相談により患者等が不利益を受けないよう適切な配慮を講じる。
- ・これら相談は、速やかに病院長等へ報告し、また、本院の安全対策等の見直しにも活用していくものとする。

第8 その他医療安全の推進のために必要な基本方針

医療安全の推進のために、「リスクマネジメントマニュアル」を作成し、病院職員へ周知するとともに、その内容は講じた対策の効果や現場からの要請等に応じて、また第三者機関の評価、患者の参加等を通じて常に改訂・改善を図っていくものとする。

附 則

この指針は、平成 14 年 12 月 19 日から施行する。

附 則（平成15年10月1日改正）

この指針は、平成 15 年 10 月 1 日から施行する。

附 則（平成16年4月1日改正）

この指針は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成19年6月25日改正）

この指針は、平成 19 年 6 月 25 日から施行する。

佐賀大学医学部附属病院リスクマネジメント委員会規程

平成16年4月1日
制 定

(設置)

第1条 佐賀大学医学部附属病院における医療に係る安全管理の体制の確保及び推進のため、医学部附属病院リスクマネジメント委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(審議事項)

第2条 委員会は、次の各号に掲げる事項を審議する。

- (1) 医療事故に係る情報の収集及び提供に関すること。
- (2) 発生した医療事故の原因分析及び改善策等に関すること。
- (3) 医療事故防止のための教育・研修に関すること。
- (4) その他医療安全管理に関し必要な事項

(組織)

第3条 委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 病院長
- (2) 安全管理対策室長
- (3) 安全管理対策室副室長
- (4) 診療科の科長のうち若干人
- (5) 中央診療施設等の部長のうち若干人
- (6) 看護部長
- (7) 患者サービス課長
- (8) その他必要の都度病院長が指名した者

2 前項第4号及び第5号に掲げる委員は、病院長が指名する。

3 第1項第4号及び第5号に掲げる委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、欠員により補充された委員の任期は、前任者の残余の期間とする。

(委員長)

第4条 委員会に委員長を置き、病院長をもって充てる。

2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。

3 委員長に支障があるときは、あらかじめ委員長の指名した委員がその職務を代行する。

(議事)

第5条 委員会は、原則として毎月1回開催するものとする。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に開催することができる。

2 委員会は、委員の過半数以上の出席をもって開き、その議決は、出席委員の過

半数の同意による。

(代理出席)

第6条 第3条の委員がやむを得ない理由により委員会に出席できない場合は、あらかじめ委員長の了解を得た者を代理に出席させることができる。

2 前項の者は、第3条の委員とみなす。

(委員以外の者の出席)

第7条 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴取することができる。

(事務)

第8条 委員会における資料及び議事録の作成並びに保存、その他庶務に関することは安全管理対策室において行う。

2 その他委員会に関する事務は、患者サービス課において処理する。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規程は、平成16年4月1日から施行する。

附 則 (平成17年10月27日改正)

この規程は、平成17年10月27日から施行する。

附 則 (平成19年9月6日改正)

この規程は、平成19年9月6日から施行する。

リスクマネジメント委員会

2007.09

	職名	氏名	PHS	備考
1	病院長	十時忠秀	3302	委員長
2	安全管理対策室長(副病院長)	宮崎耕治	2325	一般・消化器外科
3	安全管理対策副室長(専任)	毎熊恵子	3363	看護師長
4	安全管理対策副室長(兼任)	奥村徹	2417	危機管理医学講座
5	消化器内科	藤本一真	2351	
6	産科婦人科	岩坂剛	2315	
7	神経内科	黒田康夫	2358	
8	放射線部長	工藤祥	2305	
9	救急部長	瀧健治	3808	
10	薬剤部長	藤戸博	3161	
11	看護部長	田中洋子	3330	
12	患者サービス課長	釘宮隆	3135	

平成19年7月19日

リスクマネジメント委員会（平成19年度 第4回）議事要旨

1. (日 時) 平成19年7月19日(木) 16時00分～17時00分
2. (場 所) 小会議室
3. (出席者) 十時病院長、奥村教授、毎熊GRM、藤本教授、工藤教授、瀧教授、藤戸教授、田中看護部長、調患者サービス課長
4. (欠席者) 宮崎教授、黒田教授、岩坂教授、
5. (陪席者) 山中患者サービス課長補佐
6. 議事要旨

(議題等)

(1) 平成19年度医療安全・質向上のための相互チェックの実施について

毎熊 GRM より資料1に基づき平成19年度医療安全・質向上のための相互チェックの実施について次のとおり説明がなされた。訪問調査の重点項目は、①研修医に対する安全管理体制、②感染対策、③診療記録・診療情報管理、④薬剤関係、⑤医療者に対する教育・研修関係の項目が実施され、自己チェックの結果を9月末までに担当校へ報告するために、事前の自己チェックを各診療科、各部門、病棟のリスクマネージャーに7月27日(金)のリスクマネージャー連絡会議において説明会を実施し自己チェック結果の回答を8月末までに依頼することの説明があり了承された。

鹿児島大学への訪問調査のメンバーについて、安全管理対策室会議の結果では研修医に対する安全管理体制については江村医師。感染対策については青木医師、三原師長。診療記録・診療情報管理については田端係長、薬剤関係については薬剤部から1名。医療者に対する教育・研修関係については宮崎教授、毎熊GRM、事務は患者サービス課長を候補とした報告がなされた。十時病院長から8名は多すぎため①研修医関係は江村医師、吉田医師の内1名。②感染対策関係は青木医師、福岡医師、三原師長の内1名。③診療記録は田端係長。④薬剤部から1名。⑤医療者に対する教育関係は宮崎教授、奥村教授の内1名、毎熊GRMとし今後6名に調整することとした。

(2) 平成19年度 病院立入りの講評について

十時病院長より平成19年度 病院立入りの講評について先日の病院企画室会議において全ての委員会について代理出席を認め、出席した代理委員はその内容を伝達することになった旨の報告がなされた。また、その他の講評の内容については正式文書の通知があり次第検討する発言がなされた。

(3) インシデント・アクシデント速報システム報告(2007年6月)の分析について

報告件数延べ126件(実数121件)

資料3に基づいて報告がなされ、レベル3a-20件、2-39件、2-21件、0-34件、その他-7件であった。

2. その他

(1) 平成19年度（第1回）医療安全研修会について

毎熊 GRM より医療安全研修会について今回のテーマは病院立入において指摘を受けている「医療事故等発生時の診療記録への記載について」毎熊 GRM、「輸血に関するリスクマネジメントについて」船井医師で予定をしている説明がなされた。十時病院長から初会の受講率を上げるために何らかの工夫が必要ではないかの発言があり、十時病院長、宮崎教授、奥村教授で各々のテーマに分けて行う案等が出され、十時病院長または宮崎教授がひとつテーマを受持つことに決定した。

(2) 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実施について

毎熊 GRM より資料4に基づき診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実施について次のとおり説明がなされた。福岡県は平成19年7月20日から参加予定でモデル地区は札幌市、茨城県、東京都、新潟県、愛知県、大阪府、神戸市、福岡県の8箇所となる。

以上

次回開催日

平成19年8月22日（水）

16:00～

於：小会議室

平成19年7月19日

リスクマネジメント委員会 (平成19年度 第4回)

1. 日 時 平成19年7月19日 (月) 16:00 ~

2. 場 所 小会議室

3. 議題等

(1) 平成19年度医療安全・質向上のための相互チェックの実施について --- 資料1

(2) 平成19年度 病院立入りの講評について ----- 資料2

(3) インシデント・アクシデント速報システム報告 (2007年6月) の分析について --- 資料3
(省略)

4. その他

(1) 平成19年度 (第1回) 医療安全研修会について
平成19年7月31日 (火) 17:30~18:30 臨床大講堂、小講堂

(2) 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実施について ----- 資料4
福岡県内の医療機関 平成19年7月20から開始

次回開催日

平成19年8月 日 ()

16:00~

於：小会議室

国立大学附属病院長 殿

国立大学附属病院長会議常置委員会委員長
千葉大学医学部附属病院長 河野 陽一
【公印省略】

国立大学附属病院長会議常置委員会
医療安全管理体制担当
大阪大学医学部附属病院長 林 紀夫
【公印省略】

平成19年度医療安全・質向上のための相互チェックの実施について（通知）

拝啓 時下益々御清祥のこととお喜び申し上げます。

標記相互チェックの実施については、6月14日に開催されました国立大学附属病院長会議総会において、別紙「医療安全・質向上のための相互チェック実施要項」のとおり承認され、実施することとなりました。

つきましては、別紙「相互チェック組合せ表」一覧でご確認し、訪問先の大学と日程等ご相談のうえ、相互チェックを実施されるようお願いいたします。

なお、相互チェック結果は、別紙「相互チェック実施図」を参考のうえ、提出期限を厳守して訪問大学及び担当大学まで、必ず電子媒体で提出して下さるようお願いいたします。

おって、医療安全管理担当（大阪大学）、感染対策担当（名古屋大学）への提出期限は下記のとおりですので、念のため申し添えます。

敬 具

記

1. 自己チェックシート（医療安全）：平成19年10月1日（月）
2. 訪問調査用チェックシート（医療安全）：平成19年12月25日（火）
3. 自己チェック・訪問調査用チェックシート（感染対策）：平成19年10月1日（月）及び
平成19年12月25日（火）

【事務担当】

大阪大学医学部附属病院

総務課広報評価係 木田 良次

TEL：06-6879-5020 FAX：06-6879-5019

Mail：KIDA-Y@star.jim.osaka-u.ac.jp

平成19年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項

1. 平成19年度相互チェックについて

- 1) 相互チェックについては、自己チェック及び訪問調査によるチェック（以下「訪問調査」という。）に区分して実施するものとする。
- 2) 訪問調査については、次の点を重点項目として実地に行うものとする。
 - ① 研修医に対する安全管理体制
 - ② 感染対策
 - ③ 診療記録・診療情報管理
 - ④ 薬剤関係
 - ⑤ 医療者に対する教育・研修関係

2. 実施方法について

- 1) 地区の枠を越え、全国規模での組み合わせにより実施する。
- 2) 組み合わせについては過去の実績等を考慮し、1機関対1機関で実施する。
 - ① 相互チェックの訪問調査については、原則として重点項目を対象とする。
 - ② 特に訪問調査におけるメンバー構成については、実務的チェックを行うことから、専門性等を考慮し、責任者のほかGRM等を中心とした必要人数で行うこととする。
 - ③ 派遣人数・日程等は必要最小限で実施することとし、必要経費についても適正化を図ることとする。

3. レポートの取りまとめについて

- 1) 自己チェックについては、各大学病院が行ったチェック結果を医療安全管理担当校へ送付する。ただし、感染対策におけ「自己チェック・訪問調査用チェックシート」は、訪問大学及び感染対策担当校（名大）へ送付する。
- 2) 訪問調査については、調査を実施した大学病院が取りまとめ、調査結果を、感染対策以外の項目については医療安全管理担当校（阪大）へ、感染対策の項目については感染対策担当校（名大）へ送付する。
- 3) 感染対策の項目については、感染対策担当校（名大）において集計した結果を医療安全管理担当校（阪大）へ送付する。
- 4) 集計データを基に、医療安全管理担当校（阪大）が最終的に報告書（案）を作成。

4. 日程について

- 1) 6月開催の国立大学附属病院長会議総会の下承を得て、各大学病院へ依頼する。
- 2) 自己チェックのチェック結果は9月末までに医療安全管理担当校及び感染対策担当校へ報告する。
- 3) 訪問調査の調査結果は12月末までに医療安全管理担当校及び感染対策担当校へ報告する。
- 4) 翌年度の国立病院長会議総会で報告後、報告書を発送する。

平成19年7月 日

各診療科長、
中央診療施設等の各部長、
薬剤部長、看護部長、
患者サービス課長 殿

安全管理対策室長
宮崎 耕治

平成19年度医療安全・質向上のための相互チェックの実施について（通知）

このことについて、本院では、東北大学より相互チェック（10月予定）を受けることになりました。

つきましては、事前の自己チェックを行うにあたり、7月27日（金）のチーフレジデント会議終了後、リスクマネージャー連絡会議の中で、その詳細について説明いたしますので、貴所属リスクマネージャー（または代理人）に対し必ず出席くださいますよう周知方お願いします。

なお、相互チェック当日の詳細なスケジュールは出来次第お知らせします。

平成19年度 九州厚生局 病院立入の講評 (7月12日)

国分 医療監視員

1. 平成18年度の立入おいての不適切な事項「医療安全のための職員研修について、各部署において、一度も参加していない職員が見受けられたので、病院全体として職員個々に年2回以上は受講するよう、更なる参加促進を図ること。」

研修会の参加状況について17年度は1人当たりの参加回数が1.7であったが18年度は1.5に下がり改善が見られない。また、個人毎の参加状況について確認したところ診療科の長において一回も参加していない先生がいらっしゃる。今後、開催時期、テーマ等を検討し参加状況の改善を図って頂きたい。

2. 平成18年度の立入おいての検討を要する事項「リスクマネジメント委員会の出席状況について、恒常的に欠席している委員が見受けられ、全員出席での開催が一度もないので、委員の選出方法を再考し、委員会の重要性について認識を徹底するなど改善策を講じること。」

リスクマネジメント委員会、院内感染対策委員会の出席状況がについて全員参加の委員会が非常に少なく、出席率も低い、院内感染対策委員会においては恒常的に欠席している委員が見受けられ全員が出席できるよう委員の構成、開催日等を再度検討し全員参加での委員会を開催して頂きたい。

3. 「医療事故発生時における対策指針」とフローチャートとの整合が取れていない箇所が見受けられたので改善して頂きたい。また、本年度マニュアル携帯版作成時には規定を検討し整備して頂きたい。

野上 医療監視員

1. アクシデント(3b以上)およびインシデントを含めた分析を明確にし、対策等を全ての事例について検討し、その結果が分かり易い形で文章化に残すことが重要ではないかと考えている。また、実際のアクシデント事例2件のみカルテ、ナース記録を見たところドクターの記載がないところがあった。カルテとの整合性を取ることが大変重要と考えている。ドクターの皆様方にも医療安全の認識を高めて頂きたいと思います。



医政総発第 0703001 号
平成 19 年 7 月 3 日

福岡県保健福祉部長 殿

厚生労働省医政局総務課長

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実施について

標記については、平成 17 年度より（社）日本内科学会への補助事業として別添資料 1 のとおり実施しており、準備が整った地域から順次事業を開始することとしています。

今般、貴県において、下記のとおり事業を実施する予定ですので、本事業の趣旨等をご理解いただくとともに、別添資料 2 を活用の上、貴管下医療機関及び関係団体等に対し、広く周知いただくようお願いいたします。

なお、事業の実施状況や運営方法などの変更などについては、（社）日本内科学会ホームページの「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業 (<http://www.med-model.jp/>)」において、逐次お知らせすることとしておりますので、あわせて周知いただくようお願いいたします。

記

- 対象 福岡県内の医療機関
- 調査受付窓口 福岡県博多市博多駅南 2 - 9 - 30
福岡県医師会内（3F）
モデル事業福岡事務所
Tel 092-431-4588 / Fax 092-431-4606
- 受付日時 平成 19 年 7 月 20 日から
月～金曜日 9 時～17 時
（※ 祝祭日を除く）

以上

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

18年度予算額 19年度予算額
120百万円→127百万円

(要 旨)

医療の質と安全を高めていくためには、診療行為に関連した死亡について解剖所見に基づいた正確な死因の究明と、診療内容に関する専門的な調査分析とに基づき、診療上の問題点と死亡との因果関係を明らかにするとともに、同様の事例の再発を防止するための方策が専門的・学際的に検討され、広く改善が図られていることが肝要である。

そこで、医療機関から診療行為に関連した死亡の調査依頼を受け付け、臨床医、法医、病理医を動員した解剖を実施し、更に臨床医による事案調査を実施し、専門的、学際的なメンバーで因果関係及び再発防止策を総合的に検討するモデル事業を行うものである。

(事業概要)

○ 実施内容

- ・ 調査受付窓口はモデル地域に所在する医療機関からの調査依頼を受け付ける。その際、当該医療機関は患者遺族から調査・解剖等、当該モデル事業への申請に関する承諾を得ておく必要がある。
- ・ 調査受付窓口では、依頼された事例が本事業の対象となるかどうかの判断を行い、対象となる場合は、臨床の専門医の立ち会いのもとで、法医及び病理医による解剖を実施し、三者による解剖結果報告書を作成するとともに、臨床の専門医による診療録等の調査や聞き取り調査等を実施する。
- ・ 地域評価委員会において、収集した資料や解剖結果報告書をもとに、個別事案について死因の原因究明と診療行為との関連に関する評価を行い、評価結果報告書を作成し、依頼された医療機関及び患者遺族に報告する。
- ・ 中央事務局に設置された運営委員会においては、本モデル事業の運営方法等の検討を行う。

○実施主体 (社) 日本内科学会

○モデル地域 8箇所 (札幌市、茨城県、東京都、新潟県、愛知県、大阪府、神戸市、福岡県)

※但し福岡県は平成19年7月20日より参加予定

○受付事例数 55事例 (平成19年6月18日現在)

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

医療機関の申請方法について

このモデル事業は、厚生労働省の補助事業として（社）日本内科学会が実施するものであり、医療機関から診療行為に関連した死亡の調査依頼を受け付け、臨床医、法医及び病理医を動員した解剖と専門医による臨床面の調査を実施し、死因究明及び再発防止策を総合的に検討することとしています。

つきましては、該当する事案が発生し、当該モデル事業に調査分析を依頼いただく場合には、次のとおり申請手続等を行ってください。

【申請の手順】

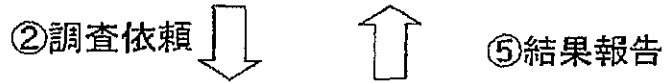
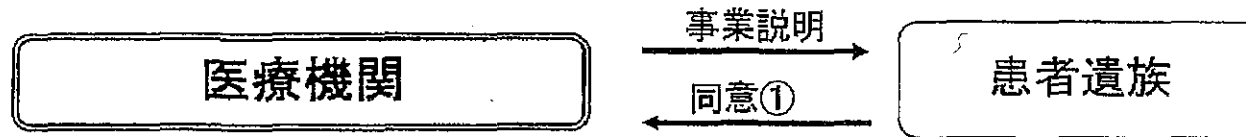
添付資料「調査依頼の取扱規定」をご確認いただき、次の手順で申請手続を行ってください。

- ① 対象事案に関する証拠保全と初期の対応を行ってください。
- ② 次の文書を下記調査受付窓口宛に提出してください。
 - ・ モデル事業申請書（まず始めに提出ください）
 - ・ 患者ご遺族同意書
 - ・ 医療機関依頼書
- ③ ご不明な点やお問い合わせについては、下記調査受付窓口にお願いします。

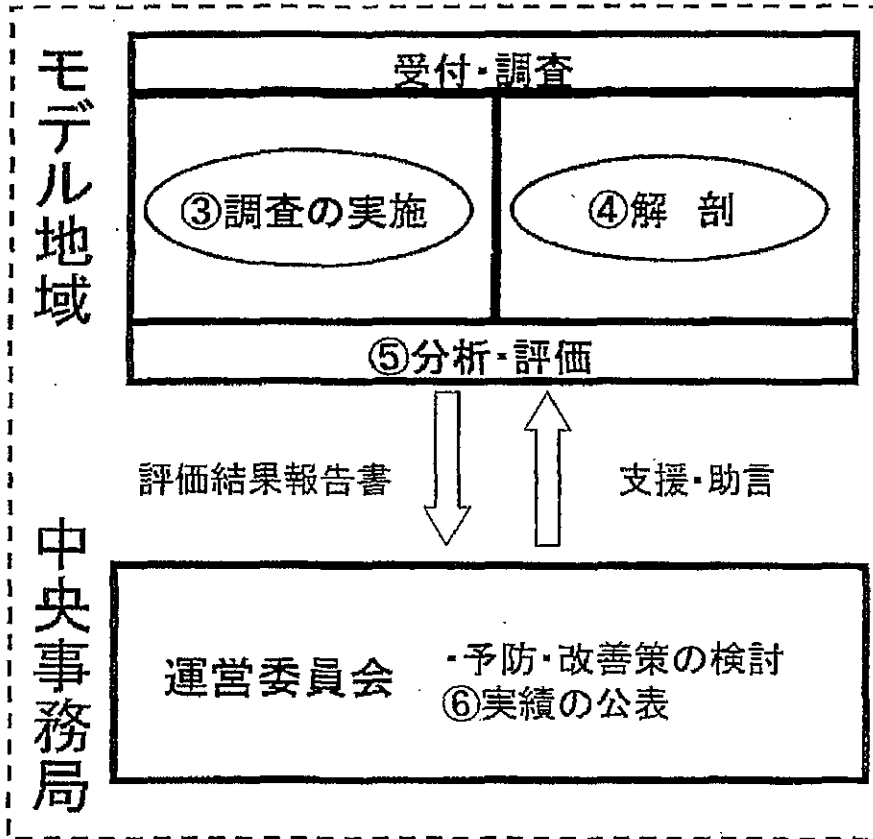
記

- | | |
|---------|--|
| ○対象 | 福岡県内の医療機関 |
| ○調査受付窓口 | 福岡県博多市博多駅南2-9-30
福岡県医師会内（3F）
モデル事業福岡事務所
Tel 092-431-4588 / Fax 092-431-4606 |
| ○受付日時 | 平成19年7月20日から
月～金曜日 9時～17時
（※ 祝祭日を除く） |

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業(標準)



患者遺族: 患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者



【事業の流れ】

- ①医療機関からモデル事業の説明を行い患者の遺族から同意書をいただきます
- ②医療機関からモデル事業に調査分析を依頼します
- ③医療機関に対する聞き取り調査や診療録の調査等が行われます
- ④解剖が行われ、死亡検案書が患者遺族と医療機関に渡され、暫定的な結果について説明されます
- ⑤調査結果と解剖結果等をもとに地域評価委員会で評価が行われ、作成された評価結果報告書の内容について医療機関及び患者遺族に説明されます
- ⑥評価結果報告書をもとに、今後の予防策、再発防止策等について検討され実績が公表されます

!!!インシデント・アクシデント速報システム	
<ul style="list-style-type: none"> ● 身近で起こったインシデントやアクシデントに関する情報を迅速に収集することを目的としています。 ● ニアミス、ヒヤリ・ハットと呼ばれるものからアクシデントまで何でも報告してください。 ● 当事者でなくても報告できます。 ● 当事者の責任を追及するために情報を集めるものではありません。様々な事例を収集して、事故などを未然に防ぐために集めているのです。 	
原因や再発防止のための対応策等についてもできるだけ記入してください。	
記入例 スタッフ専用	
いつ	2004年10月1日頃 (記入例) 2002年10月5日 13:30頃
どこで	外来
何が起こった(簡潔に記載してください)	
患者年齢	(記入例: 48歳、2歳6月、2y6m)
患者性別	<input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 不明
確認	中止して院内webへ 中止して医療情報部Homeへ 直前のページへ

リスクマネジメントシステムとしての「インシデントレポート」の取り扱い方針

1. インシデントレポートで報告すべき範囲

a. 対象

- (1) 患者様に傷害が発生した事態（ただし、b. に掲げる事項を除く）
- (2) 患者様に障害が発生する可能性があった事態
- (3) 患者様やご家族からの苦情（医療行為に関わるもの）

※上記(1), (2)に含まれるもの

医療用具（医療材料や医療機器）の不具合、転倒、転落、自殺、自殺企図、無断離院
予期しない合併症、発見、対処（処置）の遅れ、自己管理薬の服薬ミス、患者様の針刺し

b. 対象外

- (1) 院内感染（感染症対策室）
- (2) 食中毒（栄養管理室）
- (3) 職員の針刺し（保健管理センター）
- (4) 暴行傷害（事件）、窃盗盗難（事件）（庶務課）
- (5) 患者様やご家族からの苦情（医療行為に関わらないもの）（医事課）

※対象外とは「国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会」への報告対象外という意味です。上記についてもすべて「インシデント・アクシデント速報システム」で報告してください。

c. 用語の定義

インシデント

報告のあったすべての事象を「インシデント」とする。

医療事故

インシデントのうち、(1)「医療側に過失があり」、(2)「患者様に一定程度以上の傷害があり」、
(3)「(1)と(2)に因果関係がある」ものを「医療事故」とする。

「一定程度以上の傷害」とは、別紙の3b以上とする。

アクシデント、医療過誤も同義（医療事故）とする。

2. 医療事故の判定システム

(1) 共通して採用する事項

インシデントレポートで報告された事例が医療事故か否か判定するための組織を設ける。

（佐賀医科大学医学部附属病院の場合は安全管理対策室）

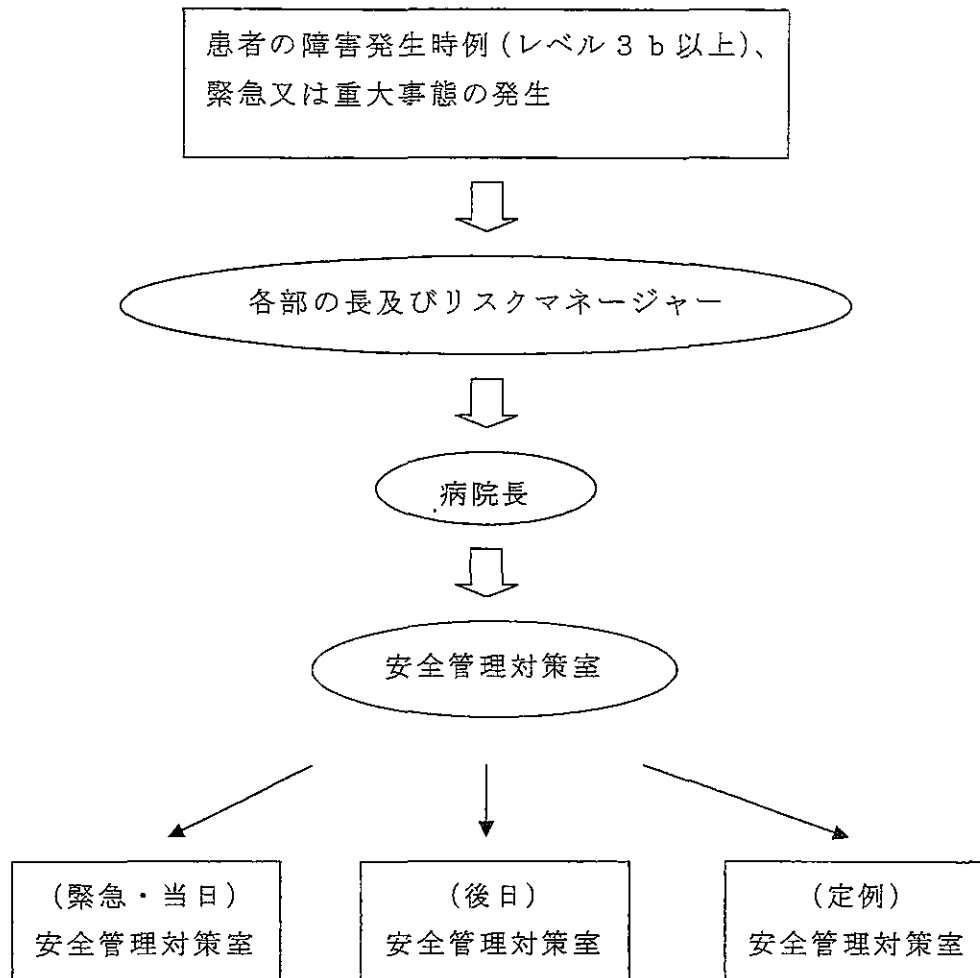
(2) 各病院の実情に応じて採用する事項

すべてインシデント・アクシデント速報システムで報告し、安全管理対策室で詳細な報告が必要と判定したものについて、インシデントレポートまたは事故報告書を提出させる2段階方式とする。

影響度分類

レベル	傷害の継続性	傷害の程度	説明
レベル 0	—		エラーや医薬品・医療用具の不具合がみられたが、患者には実施されなかった。
レベル 1	なし		患者への実害はなかった。(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
レベル 2'	一過性	軽度	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)
レベル 3a	一過性	中等度	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)
レベル 3b	一過性	高度	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)
レベル 4a	永続的	軽度～中等度	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。
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		死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)

医療事故・緊急または重大事態の報告連絡体制



事実関係のヒアリング

関連科長・部長、リスクマネージャー、スタッフ等の出席

（診療記録またはコピー）

院内の専門医師（必要時）

事故か否かの判断

↓ 事故と判断された場合

事故報告書の作成（その時点のもの）

現状に関する情報収集・情報統合・分析・意思決定・報告・広報など

文部科学省に直ちに報告

院内への広報（院長名で科長等に通知）

報道機関へ公表

院外への報告（警察、佐賀県、保健所）