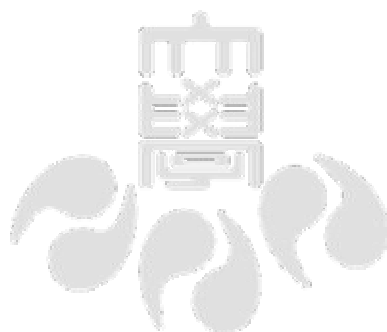


医療安全管理指針

平成 20 年 1 月 11 日改正



埼玉医科大学病院

埼玉医科大学病院医療安全管理指針

制定 平成 14 年 11 月 19 日

「医療に係る安全管理のための
指針（平成 10 年 5 月 6 日）」を
再整備する。

改正 平成 16 年 11 月 16 日

平成 17 年 6 月 1 日

平成 18 年 11 月 21 日

平成 19 年 6 月 19 日

平成 20 年 1 月 11 日

1. 総則（指針）

1-1. 基本構成及びその活動

埼玉医科大学病院（以下「大学病院」という）は、診療基本理念を踏まえ、安全で安心を与える質の高い医療を提供するよう努めることにより、安全の確保を図ることを基本方針として、埼玉医科大学病院医療安全管理指針（以下「本指針」という）を定める。なお本指針は、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第一条の十一第一項第二号に定める医療に係る安全管理のための指針とする。

医療安全確保を目的として、医療安全対策委員会ならびに医療安全対策室を設置する。医療安全対策委員会はその実務遂行のため、下部組織として医療安全対策小委員会、医療安全対策実務者会議、医療事故対策小委員会、診療基本マニュアル編集会議を設置し、さらに大学病院内の関連委員会及び関連部署（院内感染防止対策委員会、基盤機能危機管理本部会議、診療情報管理委員会、AIDS対策委員会、防災対策委員会、利用者苦情相談室等）と連携をとり医療安全対策活動を実施する。医療安全対策室は、医療安全対策委員会が決定した方針に基づき、組織横断的に各部の医療安全管理を行う。また、医療安全対策調査小委員会を所掌する。

各委員会等の活動は、情報共有を目的として各職域にフィードバックし、医療安全対策活動に役立たせるべく努める。これらの活動を円滑に遂行するために医療安全対策室は、各活動および事務を統括、支援する。

1-1-1. 医療安全対策委員会

大学病院における医療の質を確保し、安全に遂行するため、医療に関連したリスクについて情報を収集し、リスクの回避とリスク発生時の対応策を審議する。また医療安全対策に関する下部組織からの上申に対し見解を示す。

1-1-2. 医療安全対策小委員会

ヒヤリ・ハット報告書の検討および医療安全関連講習会の企画・運営を中心に活動する。報告書の内容は分析・検討後に適宜フィードバックする。また必要に応じて大学病院内の関連委員会と連携し対応する。さらに、外部講習会等に積極的に参加し、日頃より医療安全対策活動の推進

と実践に努める。

1-1-3. 医療安全対策実務者会議

各職域より選任されたリスクマネージャー、医療安全対策リンクナース、病棟リンク薬剤師・外来リンク薬剤師、医療安全対策リンクスタッフを構成員（医療安全対策実務者）とする。

医療安全対策実務者は、各職域における医療安全対策活動の中心的役割を担い、互いに緊密な連携を保つ。さらに、各々のチェック機能を何重にも働かせ安全管理の防御ネットを構築し、万が一エラーが発生した場合でも、医療事故を未然に防ぐ。

1-1-4. 医療事故対策小委員会

大学病院で重大な健康被害を来す医療事故が発生した場合、直ちに事実関係を診療記録をもとに確認し対応策を検討する。また、必要に応じて事故調査委員会を設置し、事故原因の調査および再発防止策等を検討する。

1-1-5. 医療安全対策調査小委員会

大学病院で安全対策報告事案について、事実関係を診療記録をもとに確認し対応策を検討する。また、必要に応じて事故調査委員会を設置し、事故原因の調査および再発防止策等を検討する。

1-1-6 診療基本マニュアル編集会議

診療基本マニュアルを編集・発行する。このマニュアルは大学病院に従事する教職員が守るべき診療の基本姿勢、保険診療、医療安全対策、災害対策についてまとめられたものである。

1-2 医療従事者と患者との情報共有

職員は、患者の自己決定権を尊重し、倫理感をもって診療に努めるものとする。診療にあたっては、患者が自己決定をおこなうに十分な情報を、患者の理解できる形で提供する。

患者個人に関係した診療情報ならびに病院の診療理念をはじめとする基本的運営方針は、患者のものであるという認識にたち、患者と共有することが安全を確保する上で重要とである。

1-3. 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。

1-3-1. 医療事故

以下に3区分に分類される事象のうち、患者が死亡もしくは障害が恒久的に残存する状態を呈し、あるいは患者が本来受けるべき処置・治療以外の濃厚な処置・治療を要したものをさす。本定義は医療法施行規則(昭和二十三年厚生省令第五十号)第九条の二十三第二項の通りとする。

ア 明らかに誤った医療行為又は管理に起因して発生した事象。

イ 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、医療行為又は管理上の問題に起因して発生した事象(医療行為又は管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事象の発生を予期しなかったものに限る)。

ウ ア、イのほか、医療に係る事故の発生の予防および再発の防止に資すると認める事例。

1-3-2.教職員

大学病院の業務に従事する医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、事務職員、現業職員等すべての職種をさす。

1-3-3.医療安全管理者

病院長の委嘱により、大学病院全体の医療安全管理全般について中心的に担当する職員をさす。医療安全管理者は、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第九条の二十三第一項イに定める専任の医療に係る安全管理を行う者とする。

1-3-4.院内感染対策専任者

病院長の委嘱により、大学病院全体の院内感染対策を中心的に担当する職員をさす。院内感染対策専任者は、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第九条の二十三第一項イに定める専任の院内感染対策を行う者とする。

1-3-5.医薬品安全管理責任者

病院長の委嘱により、大学病院全体の医薬品に係る安全管理体制の確保について担当する職員をさす。医薬品安全管理責任者は、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第一条の十一第二項第二号イに定める医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者とする。

1-3-6.医療機器安全管理責任者

病院長の委嘱により、大学病院全体の医療機器に係る安全管理体制の確保について担当する職員をさす。医療機器安全管理責任者は、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第一条の十一第二項第三号イに定める医療機器の安全使用のための責任者とする。

1-3-7.リスクマネージャー

医療安全対策実務者で、各診療科より選任された医師、歯科医師をさす。

1-3-8.医療安全対策リンクナース

医療安全対策実務者で、各病棟より選任された保健師または助産師、あるいは看護師をさす。

1-3-9.病棟・外来リンク薬剤師

医療安全対策実務者で、薬剤部より選任された病棟・外来担当薬剤師をさす。

1-3-10.医療安全対策リンクスタッフ

医療安全対策実務者で各職域より選任されたコメディカル、事務職員等をさす。

1-3-11.利用者苦情相談室員

患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる窓口担当者をさす。

1-3-12.安全対策報告書

前述「1-3-1」に定義する医療事故が発生した場合に医療安全対策室へ提出する報告書。

1-3-13.ヒヤリ・ハット報告書

発見、対応等が遅れば前述「1-3-1」に定義する医療事故に至る可能性があったが患者等に影響の認めなかった事象、軽微な処置等を要する事象が発生した際に提出する報告書。

1-4. 組織および体制

大学病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以下の役職、および組織等により医療安全対策の推進を図り、医療安全対策室はその庶務等を所掌する。

- (1) 担当副院長および担当院長補佐（医療安全担当）
- (2) 医療安全管理者ならびに院内感染対策専任者
- (3) 医薬品安全管理責任者
- (4) 医療機器安全管理責任者
- (5) 医療安全対策実務者
- (6) 医療安全対策委員会
- (7) 医療安全対策小委員会
- (8) 医療安全対策実務者会議
- (9) 医療事故対策小委員会
- (10) 診療基本マニュアル編集会議
- (11) 医療安全対策調査小委員会
- (12) 利用者苦情相談室員

2. 安全管理のための委員会（医療安全対策委員会）

2-1. 医療安全対策委員会の設置

大学病院内における診療サービスの提供に当り、医療の安全を期するために、埼玉医科大学病院医療安全対策委員会を設置する。医療安全対策委員会は、医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第一条の十一第一項第二号に定める医療に係る安全管理のための委員会とする。

2-2. 委員の構成

2-2-1. 医療安全委員会の構成

医療安全対策委員会の構成は、以下のとおりとする。

- 病院長 委員会の委員長を務めるものとする
- 担当副院長（医療安全担当）
- 医療安全管理者（兼任を可とする）
- 法人担当理事（危機管理担当）
- 院内アイアールビー委員会委員長
- 中央放射線技師長
- 中央手術部部長
- 総合診療部部長
- 臨床研修管理委員会委員長
- 総看護師長
- 医務部長
- 薬剤部長
- その他職域代表委員 若干名

2-2-2.委員の代理

委員の代理は職責により別途定め、委員会は構成員または代理の出席を原則とする。

2-3.任務

医療安全対策委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全対策委員会の開催および運営。
- (2) 医療に関連したリスクについての情報収集、検討、医療の質の確保、安全に遂行するためリスクの回避およびリスク発生時の対応策の審議ならびに教職員への周知。
- (3) 大学病院内の医療事故防止活動および医療安全に関する講習会の主催（講習会の企画・運営は医療安全対策小委員会が負う）
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項。

2-4.委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回、定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (2) 委員長は、委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、5年間これを保管する。

3.報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

3-1.報告とその目的

大学病院では、医療安全確保のため「安全対策報告書」および「ヒヤリ・ハット報告書」による報告システムを実施する。これらの報告書は、システムの改善や教育・研修のための資料とする。報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、大学病院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の質の向上に資する事故防止策、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大学病院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、すべての教職員は次項以下に定める要領にしたがい、医療事故等の報告を行うものとする。

3-2.報告にもとづく情報収集

3-2-1.報告すべき事項

すべての教職員は、大学病院で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、それぞれに示す期間を超えない範囲で速やかに報告するものとする。

本指針 1 3 1 に定義する医療事故が発生した場合は、発生後直ちに直属の上司へ報告する。直属の上司は直ちに医療安全対策室 担当副院長 病院長へ報告する。

医療事故には至らなかったが、発見、対応が遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例： 発生または発見後 48 時間以内に医療安全対策室へ報告する。

その他、日常診療のなかで危険と思われる状況：遅滞なく医療安全対策室へ報告する。

3-2-2. 報告の方法

3-2-2-1. 前項 の報告

「安全対策報告書」をもって行う。ただし、緊急を要する場合はまず口頭で医療安全対策室へ報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく（24時間以内）書面による報告を行う。また、報告者は当該診療科長とする。

3-2-2-2. 前項 、 の報告

「ヒヤリ・ハット報告書」をもって、48時間以内に行う。

3-2-2-3. 留意事項

報告は、いずれも診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成する。

前項 、 は、自発的報告がなされるよう、報告者名を省略して報告することができる。

3-3. 報告内容の検討等

3-3-1. 事例の検討

医療安全対策委員会は、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、大学病院の組織としての改善に必要な防止策を作成するものとする。

3-3-2. 改善策の実施状況の評価

医療安全対策委員会は、すでに策定した改善策が、各部門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・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

3-4. その他

3-4-1. 情報等守秘の義務

本指針1-4に規定する役割にある者は、在任中および在任後、あるいは退職後を問わず、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な理由なく他の第三者に告げてはならない。

3-4-2. 報告による賞罰

本項の定めにしたがって報告を行った教職員に対しては、学校法人埼玉医科大学就業規程ならびに個人情報保護規程等に沿って適正な対応をとるものとし、理由なく不利益な取り扱いを行ってはならない。

4.安全管理のためのマニュアルの整備

4-1.安全管理マニュアル

安全管理のため、大学病院において以下のマニュアルを整備する。

- (1) 診療基本マニュアル
- (2) 埼玉医科大学病院マニュアル集
- (3) 化学療法レジメン集
- (4) 院内感染防止対策マニュアル
- (5) HIV 針刺し事故時の対応
- (6) 統一指示簿運用マニュアル・電子診療記録運用マニュアル
- (7) 医薬品安全使用のための業務手順書
- (8) その他

4-2.安全管理マニュアルの作成と見直し

- (1) 上記のマニュアルは、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアルは、関係教職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアルは必要に応じて、追補等を発行する。
- (4) マニュアルは作成、改変の都度、医療安全対策委員会に報告する。

4-3.安全管理マニュアル作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理マニュアルは、多くの教職員が作成・検討にかかわることを通じて、職場全体に日常における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。すべての教職員はこの趣旨をよく理解し、各種安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2) 安全管理マニュアルの作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論において、すべての教職員はその職種、資格、職位に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

5.医療安全管理のための講習・研修

5-1.医療安全管理のための講習および研修の実施

- (1) 医療安全対策委員会は、予め作成した講習および研修計画にしたがい、概ね2～3ヶ月に1回、全教職員を対象にした医療安全管理のための講習会を実施し、また、医療機器取り扱い等の研修を定期的実施する。
- (2) 講習および研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全教職員に周知徹底することを通じて、教職員個々の安全意識の向上を図るとともに、大学病院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 教職員は、あらかじめ受講が義務づけられた講習および研修に関しては、必ず受講しなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針5-1(1)の定めにかかわらず、必要があると認めるときは、臨時に講習または研修を行うものとする。

(5) 医療安全対策室は、講習または研修を実施したときは、概要を記録し2年間保管する。

5-2. 医療安全管理のための講習および研修の実施方法

医療安全管理のための講習および研修は、病院長等の講義、大学病院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

6. 事故発生時の対応

6-1. 救命処置の最優先

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生じた場合には、まず、可能な限り大学病院の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、大学病院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、あらゆる必要な情報・資材・人材を提供する。

6-2. 病院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、直属の上司を通じてあるいは直接に病院長、副院長等へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 病院長は必要に応じて医療安全対策委員会、医療事故対策小委員会を緊急招集し、または医療安全対策室長に命じ医療安全対策調査小委員会を開催させ、調査・対応を検討させる。
- (3) 報告を行った教職員は、その事実および報告の内容を、診療記録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-3. 患者・家族・遺族への説明・公表

- (1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明する。
- (2) 患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を科長より速やかに遺族に説明する
- (3) 患者からの相談への対応にあたっては、患者と職員は情報を共有した上で診療を遂行するという基本方針に鑑み、生命への尊厳と、患者のQOLを視野に入れた解決の方策を導き出すものとなるよう支援する姿勢をもつ。
- (4) 説明を行った教職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。
- (5) 事故等の公表については、日本私立医科大学協会の定める指針を参考とし、病院長が決定する。

7. その他

7-1. 本指針の見直し、改正

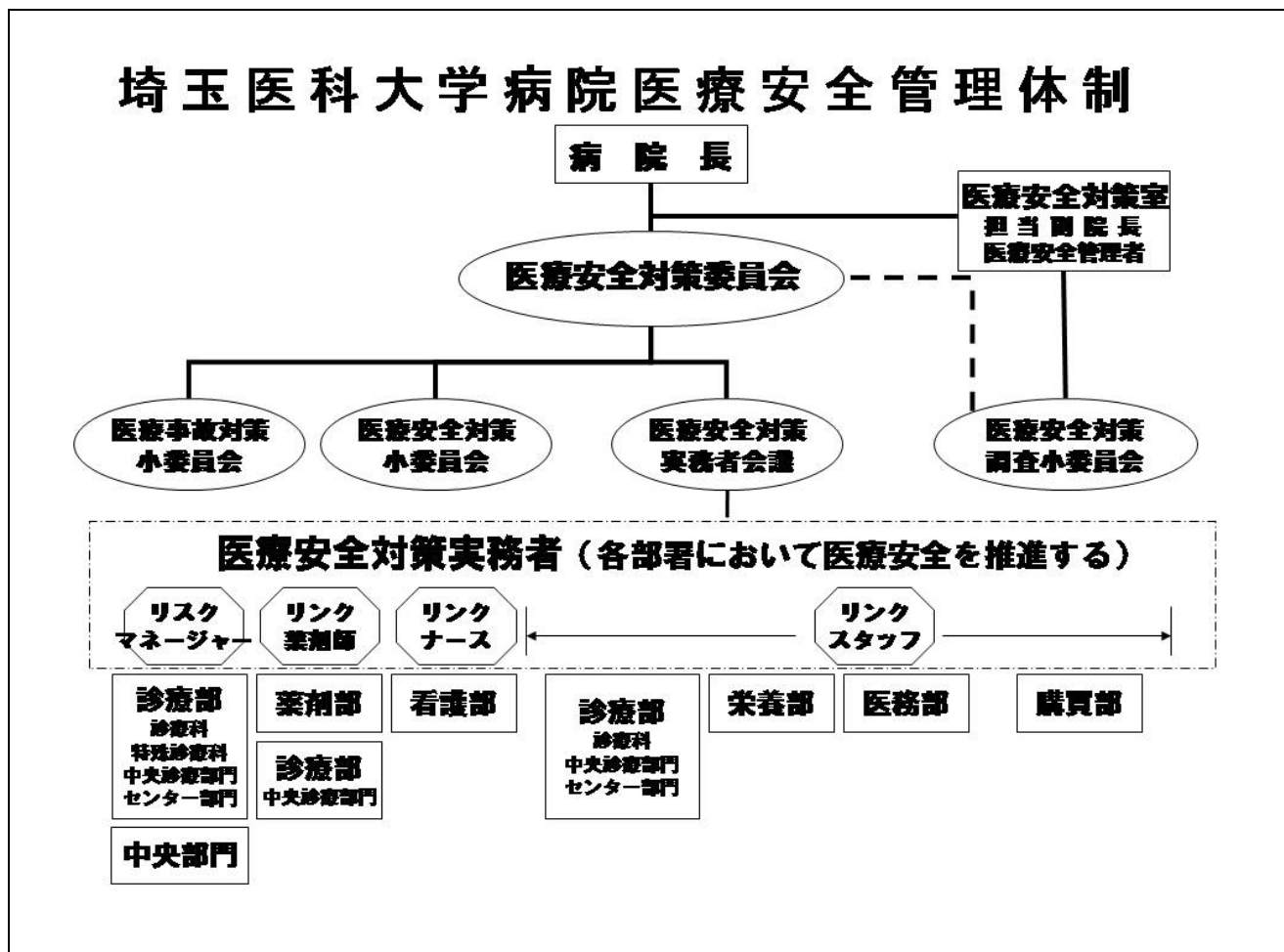
- (1) 医療安全対策委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討する。
- (2) 本指針の改正は、医療安全対策委員会において付議し、科長会議へ報告するものとする。

7-2. 本指針の閲覧

本指針は、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応ずる。

7-3. 付表

埼玉医科大学病院医療安全管理体制



7-4. 資料

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18年9月15日

社団法人 日本私立医科大学協会

1. 本指針の目的

大学附属病院には、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、見直していく必要もある。

2. 本指針における用語

本指針で用いられている用語は次のとおりである。

(1) 医療上の事故等

疾病そのものではなく、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”としたりした出来事を言う。具体的には、ある医療行為が、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、患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の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。

3. 公表する医療上の事故等の範囲

(1) 医療過誤

ア. 患者が死亡、若しくは重篤で永続的な障害が残ったもの。(別表1)

発生後可及的速やかに公表する。さらに、事故調査委員会等で事故原因を調査した後、その概要及び改善策をホームページに掲載する等により公表する。

イ. 重篤な障害があり、濃厚な処置や治療により回復したもの。(別表1)

事故の概要・原因・改善策をホームページに掲載する等により公表する。

ただし、重大な過失の場合で速やかに公表することが必要と当該大学附属病院が判断したものは、上記アの方法により公表する。

ウ. 重篤ではないが、永続的な障害が残ったもの。(別表1)

大学附属病院として一定期間とりまとめ一括して公表する。なお、重大な過失の場合は、改善策を策定した後に当該大学病院においてホームページに掲載する等により公表する。

▶次頁へ続く

エ. 上記に上げるもの以外のもの。(別表1)

大学附属病院として一定期間とりまとめて一括して公表する。

(2) 過失のない医療上の事故

ア. 予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る合併症等。(別表1)

大学附属病院としての年度報告により集計し公表する。なお、公表することにより他の医療機関における合併症等の再発防止に資するものと当該大学附属病院で判断したものは、併せて上記(1)にエに掲げる方法により公表する。

イ. 予期していた合併症等のうち、公表することにより他の医療機関における再発防止に資するものと、当該大学附属病院で判断したものの。(別表1)

上記(1)のエに掲げる方法により公表する。

(3) ヒヤリ・ハットのうち、公表することにより他の医療機関における事故発生の予防及び再発の防止に資するものと、当該大学附属病院で判断したものの。(別表1)

上記(1)のエに掲げる方法により公表する。

(4) 大学附属病院としての報告は、国立大学附属病院は、国立大学附属病院医療安全管理協議会が中心となり、大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)を利用して行うこととする。また、私立医科大学附属病院は、(社)日本私立医科大学協会の医療安全対策委員会が中心となり行うこととする。

4. 公表に当たっての留意点

(1) 患者側への配慮

公表に際しては、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」(平成15年5月30日法律第59号)あるいは「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月24日厚生労働省)に基づき、患者側のプライバシーに十分な配慮をし、その内容から患者が特定、識別されないように個人情報を保護するとともに、医療従事者の個人情報の取扱いにも十分配慮しなければならない。

公表にあたっては、患者側の心情や社会的状況に十分配慮するものとする。

(2) 患者・家族等からの同意

医療上の事故等の公表に当たっては、患者側の意思を踏まえ匿名化するとともに、第3項(1)のア、イ、及びウの当該大学附属病院のホームページに掲載する等により公表する場合は、下記により取り扱うものとする。

原則として患者本人及び家族等からも同意を得る。

患者が死亡した場合は、原則として遺族から同意を得る。

患者が意識不明の場合や判断能力がない場合は、原則として家族等から同意を得る。また、患者の意識回復にあわせて、速やかに本人への説明を行い、同意を得るように努める。

同意を得るに当たっては、公表することだけでなく、その内容についても十分説明を行わなければならない。

同意の有無、説明の内容を診療録に記載する等により記録する。

5. 公表の判断

過失の有無、公表するか否かの判断、公表の内容については、病院内の委員会等の意見を踏まえ、病院長が決定する。

6. その他

各大学附属病院は社会的役割を明確にするため、高度医療への取り組みや実例についても、積極的に公表していく必要がある。

別表1 公表する医療上の事故等の範囲及び方法

<p>過失あり (医療過誤)</p> <p>過失なし (合併症・副作用を含む)</p> <p>予期しなかった 予期したもの を 上回った</p> <p>予期していた</p>	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	
		重篤・濃厚な処置、 治療後に回復 ②、重大な過失の 場合は①	非重篤・一時的 ③		
	死亡 ④及び公表 が再発防止 に繋がる場 合は③	重篤・永続的 ④及び公表が再発防止 に繋がる場合は③	非重篤・永続的 ④及び公表が再発防止 に繋がる場合は③		公表が再発防止に 繋がる場合は③
		重篤・濃厚な処置、 治療後に回復 ④及び公表が再発防止 に繋がる場合は③	非重篤・一時的 ④及び公表が再発防止 に繋がる場合は③		
	死亡 公表が再発 防止に繋がる 場合は③	重篤・永続的 公表が再発防止に繋がる 場合は③	非重篤・永続的 公表が再発防止に繋がる 場合は③		
		重篤・濃厚な処置、 治療後に回復 公表が再発防止に繋がる 場合は③	非重篤・一時的 公表が再発防止に繋がる 場合は③		

※ 公表の方法
 ① 発生後可及的速やかな公表
 ② 調査後 HP 等により公表
 ③ 私立医科大学附属病院全体として一
 定期間とりまとめて報告
 ④ 私立医科大学附属病院全体としての
 年度報告

なお、この指針は、国立大学附属病院長会議常置委員会医療安全管理体制問題小委員会がとりまとめた「国立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17年3月3日)に準じて作成した。