

第1章 医療安全管理に関する指針

総則

◆1-1 基本理念◆

医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単純あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、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とを目標とする。本院にお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からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員の積極的な取組みを要請する。

◆1-2 用語の定義◆

本指針において、使用する用語の定義は、以下のとおりとする。

- (1) 医療事故
診療の過程において患者に発生した望ましくない事象
医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む
- (2) 本院
村上病院
- (3) 職員
本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師等、コメディカル、事務職員等あらゆる職員を含む
- (4) 上席者
当該職員の直上で管理的立場にある者
- (5) 医療安全推進者（部署責任者およびリスクマネージャー）
医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長の指名により、本院全体の医療安全管理を中心的に担当する者
各部署におけるインシデント・アクシデントの原因分析や改善策等の医療安全対策の検討及び実施、その他医療安全管理対策の推進に関する事項を行う

(6) インシデント

患者に大きな被害を及ぼすことがなかったが、日常診療の現場で「ヒヤリ」としたことや、「ハッ」とした経験を有する事例

- ① 患者に実施されるまでには至らなかったが、誤って実施されていれば何らかの被害を及ぼす可能性があった場合
- ② 患者には実施されたが被害がなく、また観察も不要であった場合
- ③ 患者に障害が生じたが、一過性で程度が軽く、観察や処置、治療が不要または軽度なものを要した場合
- ④ インシデントレベルとしては、0～3a に相当

(7) アクシデント（医療事故）

医療にかかわる場所で、医療の過程において発生した有害事象をいう。この場合、医療従事者の過失の有無を問わない。

- ① 医療行為により死亡、生命の危機、病状の悪化などの身体的障害及び苦痛、不安などの精神的障害、また、その恐れが生じた場合
- ② 医療行為とは直接関係しないが、病院管理下の場所で患者が負傷した場合
- ③ インシデントレベル 3 b～ 5 に相当

(8) 医療過誤

医療従事者が医療の遂行において、過失により患者に悪い結果を発生させた場合をいう。

(9) 医療紛争（医療コンフリクト）

医療に関して、医療従事者と患者側との間に生じた紛争を言う。

(10) 医療対話推進者（医療メディエーター）

医療事故やクレームがある場合、患者と医療者が向き合う場を設定し、対話の促進を介して、関係再構築を支援する仕組みである。医療メディエーターは、（医療対話仲介者）は、第三者の立場にあって、当事者間の自主的な対話を促進し相互理解、問題解決に向かう役割を担うものである。

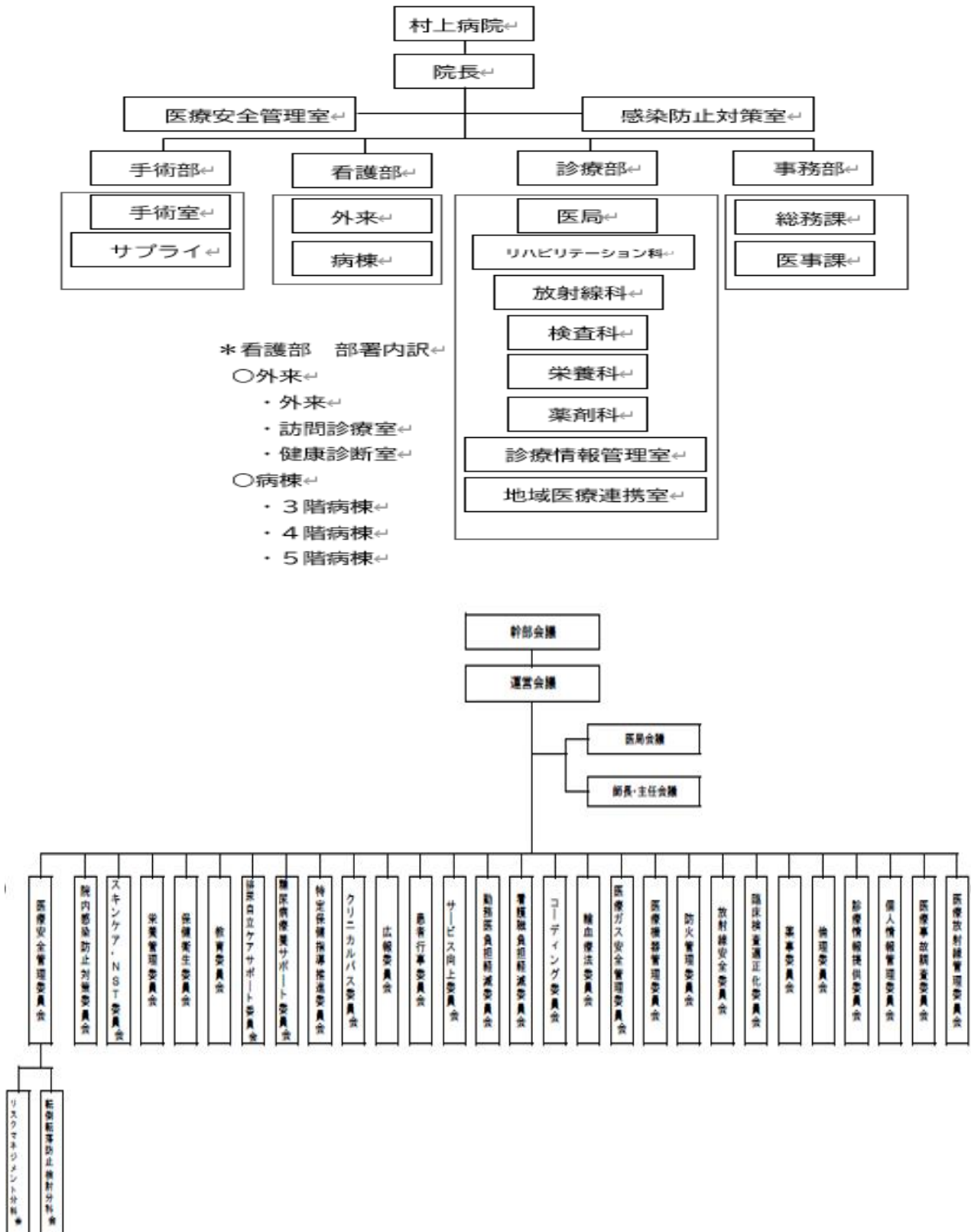
(11) 医療安全管理者

- ①医療安全委員会の中心的役割を担う。重要なインシデントやアクシデントのあった現場に出向き事故内容の把握、原因究明、改善策の立案を行う
- ②職員教育・研修等の企画・運営・評価を行う。

(12) 医療事故調査制度

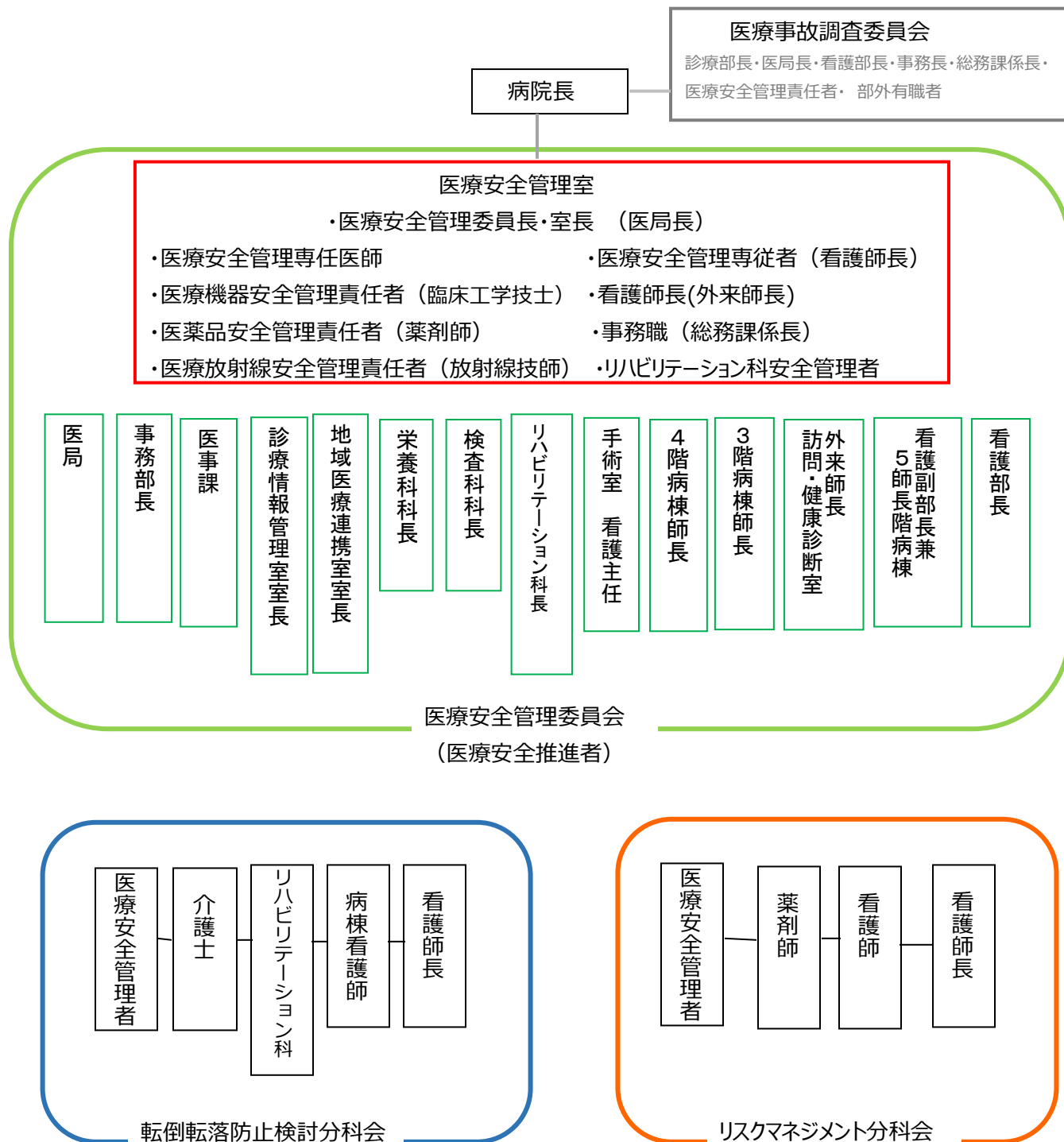
医療事故調査制度は、平成 27（2015）年 10 月 1 日に施行された改正医療法に盛り込まれた制度で、診療行為における予期せぬ死亡事例について、「医療事故調査・支援センター」へ報告し、併せて院内での調査究明の調査を行い、遺族へ調査結果を説明するものである。報告すべき事例として、院内における医療従事者が提供した医療に起因し又は起因すると疑われる死亡であって、医療を提供した医療従事者が当該死亡を予期しなかったものが対象である。

◆委員会・会議組織図◆



◆◆医療安全管理組織体制◆◆

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、本指針に基づき本院に以下に役職及び組織を設置する。



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、本指針に基づき本院に以下に役職及び組織を設置する。

◆1-3 組織および体制◆

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、本指針に基づき本院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理委員会
- (2) 医療安全管理室および安全管理者

医療安全管理委員会

◆2-1 医療安全管理委員会◆

本院における安全管理の体制の確保および推進のために医療安全管理委員会を設置する
他の医療の安全に関する委員会と連携し、院内全体の医療安全体制を確保することを役割とする
なお、医療安全管理委員会の管理および運営に関する規定は別に定める。

◆2-2 委員の構成◆

- (1) 医療安全管理委員は、各部署の安全管理の為の責任者で構成する
- (2) 委員会の会議には、必要に応じて病院長が同席する
- (3) 委員の氏名および役職は（院内掲示の方法により）、公表し本院の職員および患者等の来院者に告知する
- (4) 委員会の委員長は医局長、委員長が不在の場合は、副院長がその職務を代行する

◆2-3 任務◆

次に掲げる業務その他医療に係る安全管理のための業務を行う。

- (1) 本院において重大な問題その他医療安全管理委員会において、取り扱うことが適当な問題が発生した場合における、速やかな原因究明の調査分析
- (2) (1)の分析結果を活用した医療に係る安全確保を目的とした、改善のための立案及び実施並びに従業者への周知
- (3) (2)の改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し

◆2-4 委員会の開催および活動記録◆

- (1) 委員会は原則として、月1度程度、定期的開催するほか必要に応じて委員長が招集
- (2) 委員長は、部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、2年間これを保管
- (3) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告

医療安全管理室

◆3-1 医療安全管理室の設置◆

医療安全管理委員会と連携し、組織横断的に本院内における医療に係る安全管理業務に関する企画立案及び評価することで、安全管理体制を組織内に根付かせ、安全文化の醸成を促進する部署として、医療安全管理室を設置する。

◆3-2 室員の構成◆

医療安全管理室の構成は、以下の通りとする。

診療部：医療安全管理委員長・室長（医局長専任）・医療機器安全管理責任者（臨床工学士専任）

医療放射線安全管理責任者（放射線技師専任）

薬剤部門：医薬品安全管理責任者（薬剤師専任）

看護部門：医療安全管理者（看護師長専任）・看護師長

事務部門：事務職員（総務課係長専任）

リハビリ部門：リハビリ科安全管理者 その他：必要に応じて各部門の責任者

◆3-3 任務◆

次に掲げるその他の医療に係る安全管理のために必要な業務を行う。

- (1) 医療安全管理委員会に係る事務
- (2) 事故その他の医療安全管理室において取り扱うことが必要なものとして、管理者が認める事象が発生した場合における診療録、その他の診療に関する記録の確認、患者又はその家族への説明、当該事象の発生の原因の究明の実施、その他の対応の状況の確認及び当該確認の結果に基づく従業者への必要な指導
- (3) 医療に係る安全管理の連絡調整
- (4) 医療に係る安全の確保のための対策の推進
- (5) 医療の安全に係る安全確保に質する診療状況の把握及び従業者の、医療の安全に関する意識の向上の状況確認
- (6) 定期的に院内を巡回し、各部門の医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的対策を推進する。
- (7) 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況を評価し記録する。
- (8) 週に1回のカンファレンスを開催する（必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加）

安全管理者及び安全管理責任者

4-1 安全管理者の配置

医療安全のための体制確保と安全管理推進のため、本院に以下の安全管理者ならびに安全管理責任者を置く。なお、各安全管理者の業務指針は別に定める。

(1) 医療安全管理室長 医局長（専任）

- ①医療安全管理室長は、院長が指名する医局長を充てる。
- ②医療安全管理室長は医療安全管理統括責任者であり、医療事故防止に関する方針の策定、医療事故発生時の指揮、対応方針の決定等病院の医療安全管理全般について責任を有する。

(2) 医療安全管理者（専従）

医療安全管理者とは、医療機関の管理者（院長）及び医療安全室長から安全管理のために必要な権限を委譲され、医療安全管理に関する実務を遂行する。医療安全上必要な業務に関しては、組織的横断的に活動できるための権限を有する。

- ①医療安全対策に係る適切な研修を修了した看護師、薬剤師、その他の医療有資格者が、医療安全管理者として配置されていること。
- ②医療安全管理委員会の構成員となり、医療の安全に関する体制に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。
- ③医療安全に関する職員への教育・研修を行う
- ④インシデント・アクシデント情報収集と分析、対策の立案、事故発生時の対応再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止に努める。
- ⑤医療安全管対策の推進に関する業務に専ら従事し、医療安全部門の各組織ならびに分科会と連携して、業務を行なう。これらを通して、安全管理体制を組織内に根付かせ機能させることで、本院における安全文化の醸成を促進する。

(3) 医薬品安全管理責任者（専任）

- ①医薬品安全管理責任者は、薬剤師の資格を有するものとする。
- ②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を作成する。
- ③職員に対する医薬品の安全使用のための研修を実施する
- ④医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集を行い、改善のための方策を実施する。
- ⑤医薬品に係わる安全管理を確立するため、医療安全管理委員会と連携し体制を確保する

(4) 医療機器安全管理責任者（専任）

- ①医療機器安全管理者は、臨床工学技士の資格を有する者とする
- ②医療機器の保守点検を適切に実施する
- ③医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集を行い、改善のための方策等の業務を行なう。
- ④医療機器に係わる安全管理を確立するため医療安全管理委員会と連携し体制を確保する。

(5) 医療放射線安全管理責任者（専任）

- ①医療放射線責任者は、診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する者であって、診療用放射線の安全利用を確保するための業務を行う責任者をいう。
- ②医療安全管理者と連携を図り、診療用放射線の安全利用のために次に掲げる事項を実施する。
 - ・診療用放射線の安全利用のための指針の策定及び業務に関する手順の作成と変更
 - ・放射線診療に従事する者に対する年1回以上の研修会の実施と実施内容の記録
 - ・放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録
 - ・放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応
 - ・医療放射線管理委員会、医療放射線安全管理委員会を設置する

報告等、医療に係る安全確保を目的とした改善のための方策

◆5-1 報告とその目的◆

この報告は医療安全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料とすることのみを目的としており、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①本院内における医療事故や、事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価・点検に活用しうる情報を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。

◆5-2 報告にもとづく情報収集◆

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、本院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、概ねそれぞれに示す期間を越えない範囲で、速やかに報告するもの

①医療事故

⇒医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合は、発生後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全推進者→院長へと報告する。

②医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに上席者または医療安全推進者へ報告する。

- ③その他、日常診療のなかで危険と思われる状況
⇒適宜、上席者または医療安全推進者へ報告する。

(2) 報告の方法

- ①前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う。
ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。
- ②報告は、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。
- ③自発的報告がなされるよう上席者は報告者名を省略して報告することができる。

◆5-3 報告内容の検討等◆

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は、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、本院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

医療安全管理委員会は、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。

◆5-4 その他◆

- (1) 院長、医療安全推進者および医療安全管理委員会の委員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本校の定めにしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

安全管理のための指針・マニュアルの整備

◆6-1 安全管理マニュアル等◆

安全管理のため、本院において以下の指針・マニュアル等（以下マニュアル等）という）を整備する。

- (1) 院内感染防止対策指針
- (2) 医薬品安全使用のための業務手順書
- (3) 医療機器の保守点検に関する計画
- (4) 診療放射線の安全利用のための指針
- (5) その他

◆6-2 安全管理マニュアル等の作成と見直し◆

- (1) 上記のマニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備
- (2) マニュアル等は、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直し
- (3) マニュアル等は、作成、改変の都度医療安全管理委員会に報告

◆6-3 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方◆

- (1) 安全管理マニュアルの作成は、多くの職員がその作成・検討に係ることを通じて、職場全体に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などを高め、広めるという効果が期待される。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、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等の作成、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は、すべての職員はその職種、資格、職位の上下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

医療安全管理のための研修

◆7-1 医療安全管理のための研修の実施◆

- (1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、1年に2回、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (2) 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職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 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。
- (4) 病院長は、本指針 5-1号の定めにかかわらず、本院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めたときは、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修項目）記録し、2年間保管する。

◆7-2 医療安全管理のための研修の実施方法◆

医療安全管理のための研修は、病院長等の講義、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・研修会の伝達報告または有益な文献抄読などの方法によって行う。

事故発生時の対応

◆8-1 事故発生時の対応 ⇒ 医療安全管理指針 第3章医療事故調査制度参照

(1)

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、可能な限り、まず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つくす。本院内のみで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、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する

(2) 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、患者の現在の状況、上席者を通じてあるいは直接に病院長等へ迅速かつ正確に報告する
- ② 病院長は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる
- ③ 報告を行った職員は、その事実および報告の内容等を、診療後、看護記録、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

(3) 患者・家族・遺族へ説明

- ① 事故発生後、救命措置の遂行に支障をきた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、家族に誠意をもって説明するものとする
患者が事故により死亡した場合は、その客観的状況を速やかに遺族に説明する
- ② 説明を行った職員は、その事実及び説明の内容を、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

その他

◆9-1 本指針の周知◆

本指針の内容については、院長、医療安全推進者、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

◆9-2 本指針の見直し、改正◆

- (1) 医療安全管理委員会は、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ものとする。
- (2) 本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

◆9-3 本指針の閲覧◆

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、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、これに応じるものとする。また、本指針についての照会には医療安全推進者が対応する。

◆9-4 患者からの相談への対応◆

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては患者サポート窓口へ案内するか、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じて主治医、担当看護師等へ内容報告する。なお、担当者は医療安全管理者と密な連携を図り医療安全に係る患者及びその家族の相談に適切に応じる体制を整備する。

第2章 インシデントレポート制度について

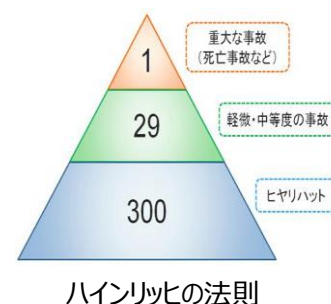
1. はじめに

良好な医療安全管理を達成するためには、重要な幾つかのポイントがある。まず大切なことは、「人はエラーを犯すもの」であるとの認識をもつことであり、医療者が引き起こすヒューマンエラーは完全になくすることは困難である。エラーを減じ、また、重大な事故を防ぐ管理システムを構築することが医療安全管理の第一の目的である。

また、起きてしまったヒューマンエラーや医療事故に対して、個人の責任追及ではなく、「失敗から学び将来のより良い医療安全向上のために失敗を活用すること」である。そのためには、何が起こったのかを明確にし、発生した有害事象は正確に報告・説明され、分析・査定を受け、その結果はすべての医療者間で共有される必要がある。すなわち、失敗を将来の医療安全管理の向上に生かし、常に改善を続けていくことがもう一つの医療安全管理の重要な目的である。

2. インシデント・アクシデントの報告の意義

1件の重大事故の背景には、29件の軽微な事故と300件のインシデント（ヒヤリハット）事象が存在している。これは「ハインリッヒの法則」と言われ、重大事故を未然に防ぐには、多くのインシデント報告や軽微なアクシデント報告によって、リスクをあらかじめ把握し対策を立てることが重要である。



3. インシデント・アクシデントの分類について

事故の発生によって生じた影響度に応じて、そのレベルを以下の表の通りとする

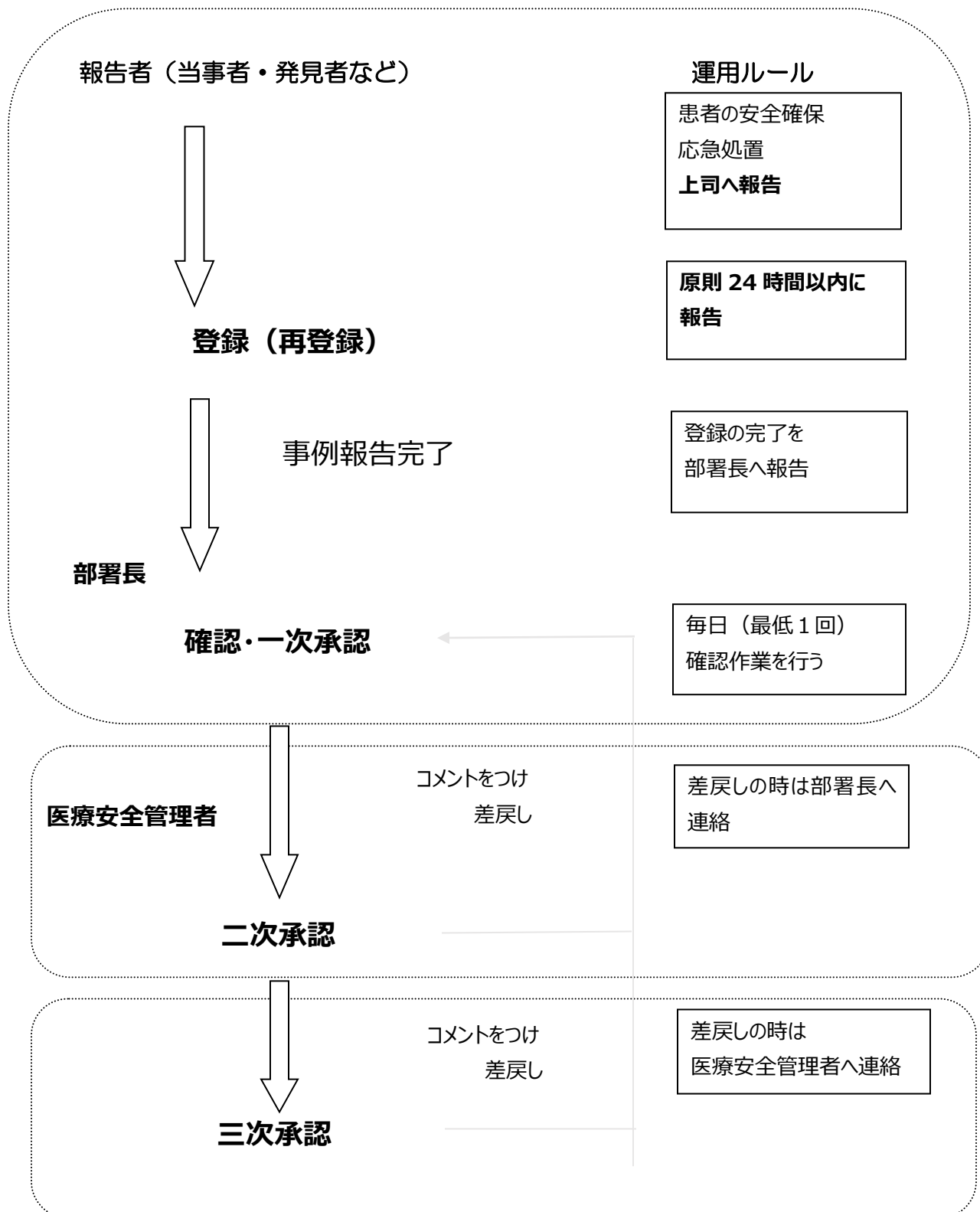
傷害の継続性	障害の程度	レベル	具体的内容
—	—	レベル0	エラーや医薬品・医療用具の不具合からみられたが、患者には実施されなかった
—	—	レベル1	患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
一過性	軽度	レベル2	処置や治療は行わなかった（患者さんの観察強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査など必要性は生じた）
一過性	中等度	レベル3a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
一過性	高度	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
永続的	軽度～中等度	レベル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
永続的	中等度～高度	レベル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
死亡	死亡	レベル5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

国立大学附属病院安全管理協議会が定めた「患者への影響度分類」

4. インシデントレポート（インシデント報告・アクシデント報告）の範囲

対 象	対 象 外
<p>① 患者様に実害が発生した事態（右欄に掲げるものを除く）</p> <p>② 患者様に実害が発生する可能性があった事態 上記①②に含まれるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診察… 兆候、症状に関連するもの ・検査（経過観察も含む） <ul style="list-style-type: none"> -検体検査、生体検査に関連するもの -診断穿刺、検体採取に関連するもの -画像検査、病理検査に関するもの ・治療（経過観察も含む） <ul style="list-style-type: none"> -投薬、注射（輸血も含む）に関連するもの -処置に関連するもの -手術に関連するもの -麻酔に関連するもの -医療機器の使用に関連するもの ・転倒・転落 ・個人情報漏洩 ・入院患者の失踪（無断離院） <p>③ 患者様やご家族からの苦情（医療行為に関わもの） ⇒部署長へ報告、必要に応じて主治医、医療安全管理者へ報告する。</p>	<p>① 院内感染</p> <p>② 職員の針刺し ⇒部署長へ報告⇒感染対策管理者へ報告 「針刺し報告フロー」を参照</p> <p>③ 患者様や家族からの苦情（医療行為に関わらないもの）</p> <p>④ 施設管理に関するもの -火災などに関連するもの -地震や落雷等、天災によるもの</p> <p>⑤ 現病の進行</p> <p>⑥ 自殺</p> <p>⑦ 院内で発生した殺人・傷害致死等</p>

5. インシデントレポートの報告経路



院長 診療部長 医療安全管理委員長 看護部長 事務長 **承認の完了**

6. インシデントレポートの実際

(1) はじめに

当院電子カルテのインシデント入力項目は、厚生労働省の医療事故情報収集等、事業に合わせてマスタが作成されている。(この事業は医療事故の発生予防・再発防止のため、厚生労働大臣の登録を受けた登録分析機関において、医療機関などから幅広く事故等、事案に関する情報を収集し、これらを総合的に分析した上で、その結果を医療機関に広く情報提供していく事業。現在は、公益財団法人日本医療機能評価機構にて実施している) 当院は参加していないが、オンライン上で他院の事例を参照できる。

毎月1回、医療安全情報が公表されている。

(2) 基本的項目の入力

まず、「発生日」と「発生時刻」、「患者区分」で入院か外来を選択し、「発生場所」「発見者」「事故レベル」「事故区分」を選択する。

(3) 概要の入力

- ・「いつ、誰が(誰に)、何を、どこで、どうしたか」5W1H(6W1H)を、具体的かつ明確に記述。
- ・「本来何をしようとしていたのか」「実際何をしてしまったのか」「何が起こったのか」「発見に至った経緯」「推測される患者への影響」「報告と実施した処置」「その後の対応」等が分かるように具体的に記入する。

(4) 背景要因の入力

直接的な要因とは

- ・個人の先入観や勘違い
- ・確認不足や知識不足

根本的な要因とは

- ・作業環境
- ・組織的な問題

直接的な要因とは、概ね、従事者や個人の先入観や勘違い、確認不足や知識不足で行ったものである。根本的な要因とは、作業環境や組織的な問題など構造的な欠陥を指す。ただし、個人の知識不足や確認不足に対して、教育やマニュアルの周知不足は、組織の構造的な欠陥として捉え標準化を行

う。

- ・ 新人等の院内事故防止教育の問題点
- ・ 薬剤の採用や保管の問題点
- ・ 医療機器・医療材料の採用の保守・管理の問題点
- ・ 情報伝達・連携と情報共有のあり方の問題点
- ・ 業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点
- ・ 業務、勤務体制上の問題点
- ・ 物理的な環境や設備上の問題点

- ◇ 選択された要因項目に「なぜ」と経緯を追加して、具体的な文章にする。
- ◇ 事故が発生した場面に、どのようなことがあったために事故につながったのか、未然に予防する手段はあったのかという点に着目する。
- ◇ 書き方の制約はないが、問題点ごとにリストアップするとわかりやすい。
事故分析をする時の手がかりになるので、できるだけたくさんあげること。

（５）考察・改善策（部署長が記入）

- ・ 報告を受けた部署長は、原因の考察と改善策を記入する。
- ・ 「なにが」「なぜ」その問題を引き起こしたのか、より詳細な背景要因も明確にする情報収集を行い、事実を正しく把握する。
- ・ SHELL、RCA 分析などの手法を用いて、原因要因の分析を平行して行う。
- ・ 問題点ごとに対策を立案する。
- ・ 問題の性質によっては、改良出来ない場合もある。

（６）改善策の視点

1) システム面での改善

- ・ 薬剤の採用や保管
- ・ 医療用具（機器）保守管理
- ・ 情報伝達の連携と情報共有のあり方
- ・ 業務手順、ルール、チェックの仕組み
- ・ 業務体制

2) モノに関する改善

- ・ 物理的な環境や設備

3) 人の問題に関する改善

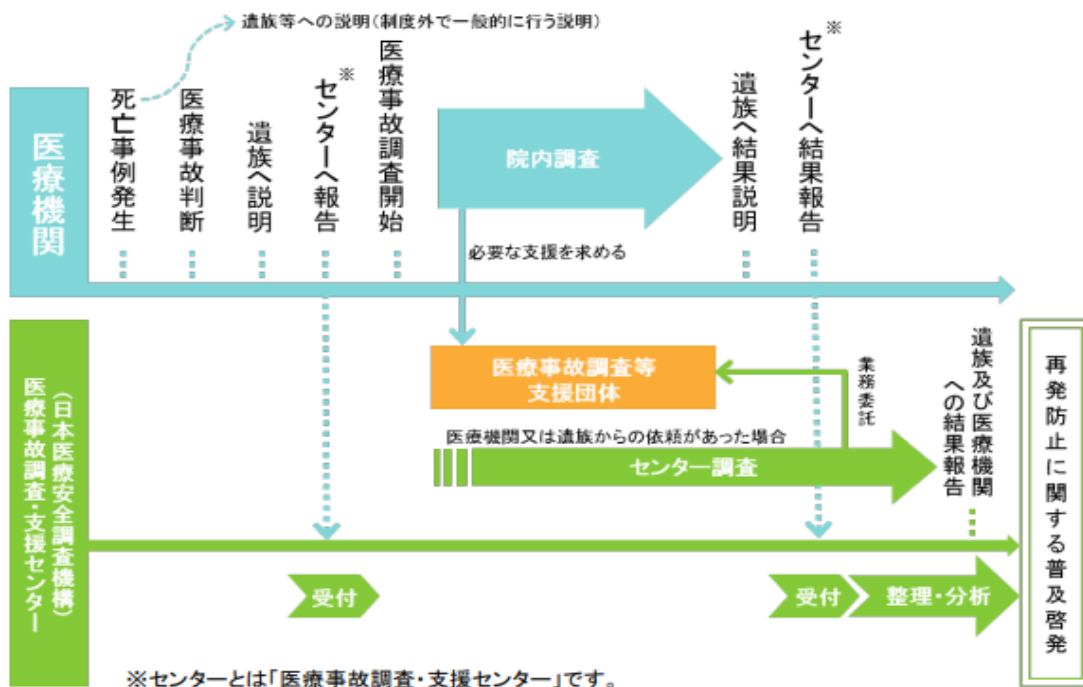
- ・ 院内教育等

✓ 個人の「確認の徹底」ではなく、システムやモノの改善を検討する。

第3章 医療事故調査制度

【概要と目的】

医療事故調査制度の目的は、医療の安全を確保し、医療事故の再発防止を図ることを目的とするものであり、個人の責任を追及するものではないことが、医療法に位置づけられている。

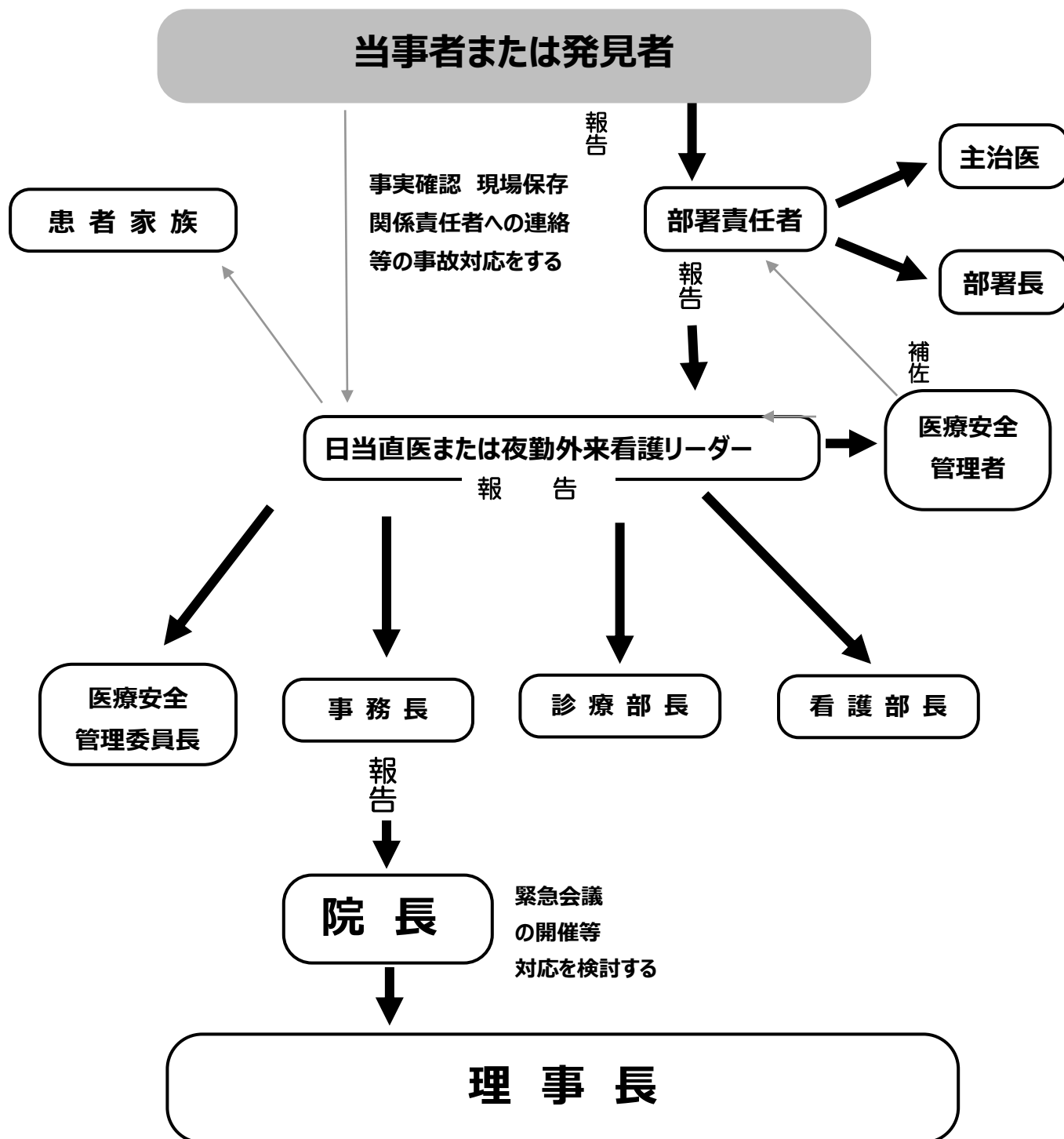


医療機関は、医療事故の判断を含め、医療事故の調査の実施に関する支援を、医療事故調査・支援センター又は医療事故調査等支援団体に求めることができます。

事故発生時における報告経路：夜間休日

(アクシデント=レベル 3b以上の患者が死亡または重篤な傷害が発生した場合)

(連絡先は「村上病院 職員緊急連絡網」を参照)



1. 事故発生時の対応表

時間経過	当事者および当該部署	医療安全管理者	病院長
事故発生直後の現場対応 第一段階	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 被害者の安全を確保し救命を行う（最優先） ◎ 当事者（発見者）は部署長、主治医に事故発生状況と患者状態を報告する ※夜間休日の報告経路はフロー図に準ずる ◎ 必要時、応援を要請する ◎ 部署長、主治医は医療安全管理者へ報告するとともに、必要時、現場保全その他を指示する <ul style="list-style-type: none"> ・ 現場保全（記録含む） ・ 現場把握（調査） ・ 当事者のサポート ・ 患者家族のサポート 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 正確に状況を把握し行動すべき内容を判断する ◎ 医療安全管理委員長及び診療部長・看護部長・事務長、関係責任者に連絡する（医薬品安全管理責任者医療機器安全管理責任者など） ※夜間休日の報告経路はフロー図に準ずる ◎ 部署の現場対応を補佐する 必要時、事故報告書の作成を行う <ul style="list-style-type: none"> ・ 現場保全（記録含む） ・ 現場把握（調査） ・ 当事者のサポート ・ 患者家族のサポート ◎ 事故当事者に精神的な配慮をする 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 速やかに関係各所、看護部長・事務長より口頭にて、報告を受ける 対応について協議する（臨時会議の開催の有無を含めて） <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師法 21 条による所轄警察署への 24 時間以内の（異状死）届け出の要否判断 ・ 医療法第 6 条の医療事故調査制度による（医療に起因する予期しえなかった死亡） <ul style="list-style-type: none"> ➢ センター報告の要否判断 ・ 外部への届け出を行う時は法人本部への連絡も行う ◎ 必要に応じて現場に出向く

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">第二段階 その後の現場対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 上席者へ経過を随時報告する (できるだけ早く、納得がいくようにする) 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 医師とともに、被害者・加害者・家族への状況を説明 ◎ 緊急会議等開催の準備をする 関係各所への連絡を密に行う ◎ 医療事故によって起こりえる影響範囲と事態を予測する 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 状況を正確に把握して 必要時、臨時医療安全管理委員会または医療事故調査委員会などの会議を開催し 対応策を決定する ◎ 理事長へ報告する
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">第三段階 その後の当面对応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 当事者は速やかに事故報告書を記載し提出する ◎ スタッフへ 会議で決定した対応策と再発防止策を周知徹底させる 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 当事者からの事故報告書を承認し、院長及び担当部長へ提出する ◎ 医療事故調査委員会 発足時には事故の公表を審議、事故発生の原因究明と防止対策（改良・改善）の検討を行う ◎ 事故状況の分析と対応の適切さを確認する ◎ スタッフへ 会議で決定した対応策と再発防止策を周知徹底させる ◎ 医療提訴、損害賠償責任などを伴う対応については、関係会議（幹部会議・運営会議など）に参加して協議する 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 事故報告書を承認する ◎ 事故調査委員会の審議を基に事故の公表を判断する ◎ 業務管理にかかわる事項について内容の分析と検討を行い、対応する ◎ 関係部署・関係委員会（医療安全管理対策委員会）にて対応策と再発防止策を実施させる

2. 事故発生時の対応

1. 事故発生直後の対応：救命・救急処置に全力を尽くす⇒応援要請

1) 救命・救急処置に全力を尽くす

- ① 直ちに、患者の救命・救急処置に全力を尽くす。
- ② 併せて、医師や看護師長等上司に連絡し、医療上の指示と応援を仰ぐ。夜間・休日の場合、夜間休日フロ-を参照し連絡する。
- ③ 当事者が連絡できない場合は、近くにいるものが連絡を行う。
- ④ 病院の総力を挙げて最善の医療を行う。

2) 医療上の指示と院内連絡体制

- ① 連絡を受けた医師や看護師長等は、医療上必要な指示を与えると共に、定められた院内連絡体制により、事故発生状況等を連絡する。
- ② 夜間・休日の場合は、当直医や看護師長は連絡を受けたら直ちに、事故現場へ急行し、必要な指示・対応を行うとともに、定められた院内連絡体制により連絡する。

3) 正確な記録の作成

- ① 医師や看護師長等は、記録係の職員を指名するなど、行った救命・救急処置や経過を時系列に正確に記録させる。
- ② 救命・救急処置実施中の記録は、正確・詳細であることを第一とする。
- ③ 記録の整理、清書等は事故の処理が一段落した後、関係者が集まって直ちに行う。

4) 証拠物品等の保管

- ① 現場の保存は、確実に行う。患者に使用した医療品や医療機器、チューブやルート類、シリンジ等の医療材料、また、寝具類などは破棄したりせずそのままの状態に保存する。
- ② 証拠物品等を確実に保管する。使用した注射薬の安ぷル等は、袋に入れ正確に記録する。
- ③ MD ボックス、ゴミ箱についても内容物と共に保管しておく。
- ④ 食事の誤嚥等の場合は、残食も保管しておく。
- ⑤ 溢死の場合は、紐などの結び目は絶対に解いてはならない。紐などを切らなければならない場合は結び目以外のところを切断する。
- ⑥ 生体監視モニターの記録についても確実に保管する。
- ⑦ 検査記録などのデータも確実に保管する。

5) 家族らへの連絡

- ① 患者の家族や近親者が院内に不在の場合には、直ちに連絡先に連絡する。
- ② 不通時は、連絡がつくまで繰り返す。留守番電話等に伝言が残せる場合は、個人情報に配慮す

る。（例：村上病院の〇〇です。至急、病院まで連絡をお願い致します）

- ③ 連絡をした時刻や状況をカルテ等に記録する。

6) 説明担当者の決定

- ① 患者・家族への説明は、状況に応じて主治医や上席者が担当する。
- ② 説明担当者の決定にあたっては、必要に応じて、院長や医療安全管理室長等の上司に相談し指示や了解を得るようにする。
- ③ 説明担当者を決定したら、そのことを現場にいる職員及び関係する職員に周知する。
- ④ 説明担当者以外の職員が、患者・家族等のから病状等について質問を受けた場合には、説明担当者に患者・家族等が説明を求めていることを伝える。

7) 家族等への事故直後の状況の説明（説明会の開催）

- ① 家族等は、心配しながら事実経過についての説明を心待ちにしている。救命・救急処置等で忙しい中であっても、時間をつくって説明する。
 - ② 説明に際しては、家族等の心情に十分配慮し、分かりやすく説明する。
 - ③ 説明には、説明担当者（通常は主治医や上席者等）のほか看護師長（もしくは、それに準じる看護職員）等が同席する。
 - ④ その時点で把握している事故の原因や、予後等を正確にわかりやすく説明する。その際、憶測による説明は行わないように留意する。
 - ⑤ その時点で、事故の原因や予後等が明らかでない場合の説明は、「病院として調査を行い、その結果は後日説明させていただきます。」などと伝え、家族等の理解を得るようにする。
 - ⑥ 過失が明らかでない場合には、誠意をもって説明し謝罪する。警察に届ける必要がある場合は、その際に了承を得ておく。
 - ⑦ 説明が終わったら、説明者、説明を受けた人、説明時刻、説明内容、質問・回答等をカルテに必ず記録する。
- 途中経過の報告であっても、家族等にとっては重要なことである。

2. 事故発生後の対応

1) その後の医療に万全を尽くす

- ① 多くの場合、患者は安定した状態まで回復していないので、観察や処置、検査等には細心の注意が必要である。この時点での気の緩みや混乱から、必要な処置を怠ったり、連絡の不備が生じたり、患者の予後に影響を及ぼすことのないように注意をする。
- ② 医療安全管理室に逐次、状況報告をして必要な判断を仰ぐ。
- ③ 人手が足りないときは、早めに応援要請をする。また、他院への転院、救急搬送についても早め

の対応が必要である。

2) 事実経過の整理・確認と記録

- ① それまでの経過を整理・確認するとともに、事実経過等の記録を作成する。
- ② 事故に立ち会ったすべての職員が集まって、事実経過を確認する。特に、事故が突発した場合は、各職員が観察した事実や処置、検査等の時間的経過についての認識が錯綜し、混乱しやすいため、その都度速やかに記録し、その後、かかわった医師や看護師等で事実を再度確認する。
- ③ 主治医（または担当医）等が作成したメモ類の内容は、必要な部分をカルテに正確に転記し記録を整理しておく。なお、整理した記録の最後に時刻と氏名を記載しておく。
- ④ 医療安全管理室は、記録内容を把握し院長に報告する。また、重大事件事例について院内事故調査委員会開催の判断を仰ぐ。
 - 事故の要因が、他部署にも影響を及ぼす可能性がある場合は、注意喚起や点検の指示を出す。
 - 警察が介入する場合、証拠書類等を提出することになるため、予めコピーをとっておく。

3) 院内での調査（院内事故調査委員会の開催）

- ① 医療安全管理室で収集・確認した情報を基に、事実経過の整理・確認を行う。
- ② 事故の原因、病院の過失の有無、今後の方針を検討し院長に報告する。
- ③ 過失の存在が確実である場合、過失が疑われる場合もしくは、患者側からの不信が強い場合には、「院内事故調査委員会」の調査を基に院長が判断し、法人本部へ報告する。

4) 患者・家族等へのその後の状況等の説明

- ① 説明に際しては、患者・家族等に心情に十分配慮し、真摯な態度で誠意をもって話す。
- ② 説明には、説明担当者（通常は主治医や上席者）のほか、院内事故調査委員会で選任したものが同席する。医師だけでなく、看護師長（もしくは、それに準じる看護職員）等も同席する。また、相手方にも複数の方に来ていただくよう求める。
- ③ カルテ等の記録に基づき、事実関係を分かりやすく説明する。
- ④ 事故の原因が不明確であるときには、「このような事態に至ったことを、大変遺憾に思います。」「最善の治療を行いたいので、今は治療に専念させていただきたい。」「病院として調査を行い、その結果は後日説明させていただきます。」と話し、事実関係だけを説明して、患者・家族等の理解を得るようにする。
- ⑤ 病院側の過失が明らかな場合は、病院側の過失があることを率直に告げ謝罪する。過失と事故との因果関係が明らかでない場合は、「因果関係等について、病院として十分に検討したうえで、できるだけ早い時期改めて説明する場を設けて、ご説明させていただきます。」と伝え、理解を得るようにする。

- ⑥ 説明が終わったら、説明者、説明を受けた人、説明日時、説明内容、質問・回答等を必ずカルテに記録する。

5) 当事者及び当該部門への対応

- ① 当事者は自責の念や自信喪失、不安、恐怖様々な思いで混乱している。上司は、当事者の心身の状態を観察するとともに、落ち着いた環境にいることができるよう配慮し、必要に応じて付き添う。当該部門では、医療事故への対応と通常業務が重なり、業務が過重となるため、状況により他部署からの応援人員を手配する。
- ② 当事者を担当から外して欲しい等の要望が、患者・家族等からあった場合は、速やかに必要性を十分に検討して対応する。
- ③ 心身状態に応じて、当事者の担当職務の変更や休養の有無を検討する。
- ④ 当事者が復帰する場合、状態を勘案しながら復帰プログラム等に基づき徐々に行う。

3. 患者が死亡または重篤な障害が発生した場合

1) 患者が死亡した時の対応

- ① 家族等に死亡を伝える場合、医師は家族や他の医療従事者とともに、患者の死亡を確認し明確に臨終を告げ、速やかにその事実をカルテに記載する。
- ② 患者の尊厳を尊重し、家族の気持ちを慮り誠実に接する。
- ③ これからの予定について説明をする。
- 患者と家族がともに過ごす時間への配慮や、死後のケアについての説明や参加希望の有無、荷物の整理について十分説明する。

2) 院内事故調査委員会の開催

- ① 事故に対する緊急な対応が終了したら、直ちに、院内事故調査委員会を開催する。
- ② 事故発生後、できるだけ早い時期（遅くとも 24 時間以内）に院内事故調査委員会を開催し、事実関係を詳細に調査・検討し、事故の原因や過失の有無等について見解をまとめ、院長へ報告するとともに判断を仰ぐ。
- ③ 事実関係の調査において、異常死が確認された場合は、速やかに所轄警察署に届け出る。
* 信頼関係構築の観点から事前に家族の了承を得ておく
- ④ 事実関係の調査において、医療に起因し又は起因すると疑われる場合であって、管理者（院長）が当該死亡を予期しなかったものと判断した場合、院長は遅滞なく医療事故調査・支援センターに報告する。* 遺族にまず制度の概要とセンターへ報告することを説明する。
- ⑤ 所轄警察署への届け出を行った場合は、院内事故調査委員会開催について慎重に対応し、関係機関等において疑義を生じさせることのないよう留意する（必要に応じて外部委員を選任

する)。

- ⑥ 病院の見解で、明らかに過失があると判断された場合は、速やかに患者・家族等に病院としての謝罪を行う。
- ⑦ 事故に関与した職員は、事前に自ら行った行為や見た事実等を、報告書としてまとめておく。
- ⑧ 調査した事実及び病院として最終的な見解は、文書として記録しカルテや看護記録、X線フィルム画像は保管する。
- ⑨ 院長は、再発防止策の検討を医療安全管理室に指示する。
- ⑩ 院内事故調査委員会における検討の目的は、事実の究明であり、関係者の責任問題については、別の場で検討する。

3) 医療事故調査・支援センターへ報告

医療事故調査制度は、医療安全の確保を目的とした平成26年6月25日公布の改正医療法に基づくものであることから、対象となる事案が発生した場合、法令の規定、通知等に則り対応する。

- ① 提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡であって、管理者（院長）が当該死亡を予期しなかったものが発生した場合、医療法第6条10第1項により、院長は医療事故調査・支援センターに、医療事故として遅滞なく報告しなければならない。
- ② 上記①の報告をするにあたり、あらかじめ、医療事故で死亡した遺族に医療事故の状況や制度の概要、解剖等が必要な場合の同意取得に必要な事項を説明しなければならない（医療法第6条の10第2項）
- ③ 医療事故調査・支援センターへの報告は、法令等で定められた事項について、書面又はWeb上のシステムで行う。

※ **地方協議会：青森県医療事故調査支援団体連絡協議会（青森県医師会）**

TEL：017-723-1911

※ 医療事故調査・支援センター（一般社団法人 日本医療安全調査機構）

〒105-6105 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル5F

相談専用ダイヤル：03-3434-1110（24時間対応）

URL：<http://www.medsafe.or.jp>

- ④ 上記①の報告をした、医療事故の原因を明らかにするために必要な調査（医療事故調査）を行わなければならない（医療法6条の11第1項）。

4) 医療事故調査・支援センターへの調査報告

- ① 医療法第6条10第1項により、医療事故調査・支援センターに医療事故を報告した時は、医療事故の原因を明らかにするために必要な調査（医療事故調査）を行わなければならない（医療法6条の11第1項）。

※ 調査事項（必要な範囲で選択）

- ・診療録その他の診療に関する記録の確認
 - ・当該医療従事者からのヒアリング
 - ・その他の関係者からのヒアリング
 - ・解剖又は死亡時画像診断（Ai）の実施
 - ・医薬品、医療機器、設備等の確認
 - ・血液、尿等の検査
- 調査にあたっては、医療事故調査制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追究するものではないことを十分留意する。
- 調査の実施に関する相談等は、医療事故調査・支援センターに対して行う（医療法 6 条の 16 第 5 号）。
- 調査では、医療事故調査等支援団体に対し、必要な支援を求めるものとする（医療法 6 条の 11 第 2 項）
- ② 院内事故調査委員会は調査が終了した時は、速やかに院長に厚生労働省令で定められた事項を記載した報告書を提出する。
- 医療事故調査・支援センターへの報告事項
- ・日時/場所/診療科
 - ・医療機関名/所在地/連絡先
 - ・医療機関の管理者の氏名
 - ・患者情報（性別/年齢等）
 - ・医療事故調査の項目、手法及び結果
- * 医療事故に係る医療従事者の関係者について匿名化する。
- ③ 報告するにあたっては、あらかじめ、遺族に対し医療事故調査・支援センターへの報告事項の内容を説明しなければならない（医療法 6 条の 11 第 5 項）。
- 説明は、遺族が希望する方法（口頭又は書面もしくは双方）で行うように努めなければならない。
- ④ 報告書を受領した院長は、医療事故調査・支援センターに遅滞なく調査の結果を報告しなければならない。

5) 所轄警察署への連絡（医療法 21 条による届出等）

- ① 医療法第 21 条では、「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検案して異常があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届けなければならない。」と規定されている。
- 死体等を検案した医師は、「異常」を認めるときにこの規定に従い、所轄警察署へ届出を行う

必要がある。死体が、「異常」であるかどうかは、死体等を検案した医師が判断する。この際、下記の資料等を参考にする。

- ② なお、次の場合にも、所轄警察署への届出が必要である。
 - (ア) 病院側の過失により死亡もしくは重篤な障害が発生した場合、患者・家族等に説明し
たうえで、院長が速やかに所轄警察署に届け出る。
 - (イ) 医療事故により患者が死亡もしくは、重大な障害を受けた可能性があり、その医療行
為について刑事責任を問われる可能性が考えられたときには、速やかに警察届け出るこ
とが必要である。院長は、医療安全管理委員長、事務長等と相談して届出の要否を
判断する。
- ③ 所轄警察署へ届出をすると同時に、法人本部に報告する。

6) 病院としての説明・謝罪

病院としての最終的な結論が出た時点で、患者・家族等に正式に説明する場を設定する。

- ① 説明を行うときは、院内事故調査委員会で選任したものが出席する。
- ② 事前に、患者・家族等と時間や出席人数、出席者の患者との続柄等について確認しておく。
- ③ 説明は、事故の結果に対する患者・家族等の心情に十分配慮して、誠意をもって対応する。
また、専門用語や分かりにくい表現は避け、図示や参考資料を活用する。など、患者・家族
等に理解していただけるよう心掛ける。
 - 患者・家族等の発言に十分耳を傾け、冷静に話を聴くよう心掛ける。
 - 病院が行った調査の結果、病院側に過失が存在することが明らかになった場合、事実を説
明し、病院として謝罪をする。そして、以後の話し合いについて、病院として責任を持って対
応することを説明する。
 - 病院側に責任がないと考えられる場合には、その理由を患者・家族等が分かるように説明し、
理解を求める。
 - * 理解が得られないようであれば、その後も必要に応じて話し合いの場を設け、誠意をもって患
者・家族等の疑問を解消していくよう努力する。
- ④ 説明の終了後に、病院側と患者・家族等の出席者、説明内容、質問・回答、話し合いの結
論などを記録し、医療安全管理者が保管しておく。また、その経過等を法人本部に報告す
る。

7) 患者・家族等への対応について

事故が発生した場合には、患者・家族等は言葉に尽くせないほどの不安や悲しみ、医療側に
対する不信や怒りを抱いているものである。医療側としては、このことを十分認識して、過失の
有無に関わらず、患者・家族等に対して真摯で誠実な態度で接することが肝要である。

最も大事なことは、患者家族等は患者の救命はもとより、事実に関する隠し立てのない説明、過失があった場合の謝罪、さらに事故の再発防止に対する病院の真剣な取り組みである。これらのことを、真摯に受け止めて説明と対応をすることが肝要である。

- ① 患者・家族等の立場にたって考え行動する。
- ② 事実経過を速やかに、隠すことなく説明する。
- ③ 事故が過失に基づくことが明らかな場合には、「後ほど病院として説明させていただきますが・・・」と断ったうえで、経過等を説明し過失について謝罪をする。
- ④ 過失が存在したが、その過失と事故との因果関係が明らかでない場合には、過失が存在したことを素直に告げ謝罪したうえで、「因果関係等については、病院として十分検討したうえで、できるだけ早い時期に改めて場を設けて説明させていただきます。」と伝え、理解を得るようにする。
- ⑤ 過失の有無や、過失と事故との因果関係の有無について、病院と患者・家族等の意見が異なる場合には、病院の考え方を理解してもらえよう努力する。
- ⑥ 救命救急処置などの結果、患者の衣類が乱れている場合は、衣類の乱れを整えるなどして、患者の尊厳と家族等の心情に十分配慮する。

4. 再発防止策の検討とその実施

事故の再発防止策の検討とその実施は、病院として行うべき最重要の課題である。そして、このことこそが患者の大きな犠牲に報いる道である。

1) 再発防止のための取り組み

- ① 事故に関する病院としての最終結論を出した後、速やかに院内の医療安全管理委員会は、事故に関与した職員を含めて、事故の再発防止について検討し再発防止策を制定し、職員全体に徹底する必要がある。事例によっては、必要に応じて他の部署の職員もしくは外部委員を選出するなど適宜再発防止策の策定に参加させる。
- ② 事故の発生が病院全体の構造的・体質的な問題に関わっているような場合には、必要により外部委員を加えた検討会を設置し対策を検討する。
- ③ 防止策の検討にあたっては、事故発生の際の端緒となった事象のみに目を奪われるのではなく、事故要因や事故の背景等徹底的に分析し、事故の発生機序を明らかにしたうえで、再発防止策を策定する。
- ④ 患者や家族等に策定した再発防止策を分かりやすく説明する。

5. 患者・家族・弁護士等から面会を求めたら

患者・家族等が医療過誤を疑い、診療上の説明だけではなく、医療が適正に行われたかどうかについて説明を求められることがある。

医療が適正に行われたかどうか判断する場合、患者・家族等の判断も十分尊重する必要がある。そして患者・家族等に誠意をもって適切な説明をすることは、医療側の基本的な義務であることを忘れずに接する。

1) 患者や家族等から面会を求められた場合

主治医等は、以下の点に留意して対応する。

- ① 患者・家族等からあらかじめ電話等で連絡があった場合は、事前に上司に報告し相談をする。
- ② 外来診療の後などに急に説明を求められ、上司に相談する時間的余裕がない場合は、患者・家族等と面談後に直ちに上司に報告する。
- ③ 患者・家族等と報告し説明する場合は、第一に患者の話をよく聞き、その主張や要望を的確に把握する。
- ④ 患者・家族等に対し説明する場合。には、カルテ等の記録を見て、事実に基づいて説明する。
- ⑤ 主治医等の個人の見解に説明が及ぶような場合には、論議のある個所については、医学的に確定できないことを説明する。そして、これと同時に「現在、病院として事実関係を調査、検討しているところです。」または、「今後、調査検討いたしますので、後日、結論が出た段階できちんと説明させていただきます。」と伝える。
- ⑥ 十分に説明を尽くしても、患者や家族等が納得されず、なお、厳しく責任を追及される事態になった場合には、「これ以上の話し合いは主治医ではなく、病院がさせていただくこととなります。」と伝え、事務長等に以後の対応を依頼する。

※説明を終了したら、面談の内容をカルテに詳しく記載しておく。

2) 弁護士から面会を求められた場合

患者・家族等が弁護士等を代理人に指定し、その代理人が主治医や看護職員等に面会を求め、また、説明やカルテ等の記録類の閲覧もしくは写しの交付などを求めてくることがある。

- ① 患者・家族等の弁護士等から、電話による問い合わせや面会の希望があった際は、「病院として対応させていただきます。窓口は、事務長です。」と説明する。
- ② ①の弁護士等とやり取りの日時、内容を記録し、直ちに事務長へ報告する。

※患者・家族等が弁護士を代理人に指定し、接触してきたら必ず上司と相談するとともに、事務長へ報告する。連絡得を受けた事務長は、直ちに院長や法人本部に連絡し以後の対応について協議する。

6. 事故発生時の記録

事故発生時には、「インシデント/アクシデント事例報告書」と「経過記録」を詳細に記録する。

◎インシデント/アクシデント事例報告書……（別紙）

【記載方法】

1. 客観的に書く
2. 必要な情報だけを書く
3. 虚偽や憶測に基づく記録はしてはならない
4. 記録の適切な保管
(事故の報告書はその内容を点検する立場にある人に届ける)

【記載者】

当事者および事故の発見者、勤務時間帯の責任者、部署責任者が記載する。

◎経過記録

1. 事故に関する事実を経過的に記述する。
2. 事故後に患者に実施された治療とその後のケア、および患者の反応について記述する。

7. その他

【村上病院 緊急事態における会見対応について】

危機的事象マニュアル III その他の事象対応マニュアルを参照

平成 24 年 2 月 1 日制定
平成 27 年 8 月 1 日改訂
平成 28 年 4 月 1 日改訂
平成 28 年 6 月 16 日改訂
平成 29 年 8 月 1 日改訂
平成 30 年 3 月 15 日改訂
平成 31 年 4 月 18 日改訂
令和 2 年 4 月 1 日改訂
令和 4 年 6 月 28 日改訂
令和 5 年 4 月 1 日改訂
芙蓉会村上病院