

## 6 庶務

患者相談室の庶務は、管理部医事課において処理する。

## 7 その他

この規程に定めるもののほか、患者相談室に関して必要な事項は、室長が定める。

### 附 則

- 1 この規程は、平成18年4月1日から施行する。
- 2 名古屋市立大学病院患者様相談コーナー事務取扱要領は廃止する。

## (1) 目的

この制度は、病院組織で医療事故等発生時における適切且つ迅速な対応を図るとともに、医療事故の再発防止を図るため、分析・評価に資することを目的とする。

## (2) 医療事故（アクシデント）とは

過失の有無に関わらず、医療の全過程において発生する人身事故一切を包括して言うものであり、この中には患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合や医療行為とは直接関係のない転倒落等も含むものとする。

## (3) 医療事故（アクシデント）の報告

医療事故が発生した場合は、過失の有無、患者等からのクレームの有無に関わらず、各職の部門長及び看護部長（以下「部門長等」）へ報告するとともに当該診療部門リスクマネジャーを通じて副病院長へ迅速かつ正確に報告するものとする。尚、報告情報は医療事故防止のために使用されるものであり、報告したことを理由として不利益を受けるものではない。

<報告すべき「医療事故」の定義>：平成12年11月2日臨床教授の会承認

- ① 医療の全過程において発生するすべての人身事故で、死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。
  - ② 患者等から抗議を受けた場合及び医事訴訟に発展する可能性がある場合。
  - ③ 患者等が医療行為とは直接関係しないが負傷した場合。（廊下で転倒、院内で自殺）
  - ④ 医療従事者自身に被害が生じた場合。
- ※ なお、判断に迷う場合は、リスクマネジャー及び当該診療科リスクマネジャー又は医療安全管理室へ相談する。

## (4) アクシデント（医療事故）発生時における対応

## ① 初動体制

当事者、事故等発見者、第一受付者等（以下「当事者等」という。）事故等の拡大及び二次発生を防止するとともに患者等の安全を確保し、必要に応じて応援体制を整備する。

## ② 医療事故発生時の報告手順

- |   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 医師職：当事者等⇒上位医師</li> <li>イ 看護職：当事者等⇒看護師長</li> <li>ウ その他職：当事者等⇒係長職</li> </ul> | } | 当該診療部門リスクマネジャー⇒副病院長 |
|---|---|---------------------|

※ 緊急的対応が必要となる場合、当事者は、直接部門の部門長等へ報告する。

また、上記手順のほか、関係部門への報告についても配慮する。

(5) 病院長への報告

副病院長は、各部門長等より報告を受けた事項について吟味し、速やかに病院長へ報告する。

(6) 報告方法

医療事故の報告は、電子カルテ上のインシデント・アクシデント報告システム【別添1】により、医療事故発生後速やかに提出するものとする。

但し、時間外や緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告した後、速やかに【別添1】により報告する。なお、入力当事者又は発見者が行い、当該診療部門リスクマネジャーの承認を得て、副病院長へ提出する。

(7) 報告情報の取扱い

医療事故の報告情報については、医療安全管理室において、報告情報を取りまとめ電子的記録として保管する。

(8) 医療事故の分析及び再発防止策の徹底

報告された医療事故についての分析等については、医療事故防止等検討委員会で審議する

また、事故概要、再発防止策については、各部門のリスクマネジャーを通じて周知するとともにRMニュースにより徹底を図るものとする。

(9) 患者・家族への対応

ア 患者に対しては、最高の医療技術により誠心誠意治療に専念するとともに、患者・家族に対しては誠意を持って医療事故の説明を行う。

イ 医療事故の患者・家族に対する説明は、各部門の部門長等があたるものとする。

(10) 患者・家族への対応における留意点

診療の過程において発生した医療事故については、法的な責任問題へと発展する場合があります、病院が組織的に対応していく必要がある。

したがって、個人的な接触や説明は後の対応に資するため、次のような点に留意し対応するものとする。

- ① 不幸にも患者が死亡された場合は、病理解剖を家族に勧める。
- ② 患者・家族への対応については、診療録等に詳細に記載しておく。
- ③ 対応事例によっては、相手の承諾を得た上で録音等を行い事実を記録しておく。

## (1) 目的

この制度は、リスクマネジメントに対する病院の取り組みの一環として医療事故等へ結びつく可能性のある事例を院内から広く集約し、その要因を分析することにより、医療事故等の防止を図るとともに、リスクマネジメントに対する病院全体の意識の高揚を図ることを目的とする。

## (2) インシデントとは

日常の医療現場で、「ヒヤリ」としたり、「ハット」とした経験など、結果的にアクシデントやトラブルには至らなかったニアミスなどをいうものとする。

## (3) インシデントの報告

インシデントの報告は、電子カルテ上のインシデント・アクシデント報告システム【別添1】により報告するものとする。尚、報告情報は医療事故防止のためにのみ使用されるものであり、これを報告したことを理由として不利益を受けるものではない。フローチャートP15、P16に示す。

ア 診療部門：	}	当事者⇒上位担当者⇒医療安全管理室
イ 看護部門：		
ウ 中央部門：		
エ 事務部門：		

## (4) 病院長への報告

副病院長は、早期に対策を必要とする事例及び集計結果について病院長へ報告する。

## (5) 報告情報の取扱い

インシデント報告情報については、医療安全管理室において報告情報を取りまとめ電子的記録として保管する。

## (6) 分類・集計

インシデント報告について、分類コード表【別添2】に基づきイントラネット報告されたものを、月単位ごとに集計する。集計結果は病院ホームページで公開する。

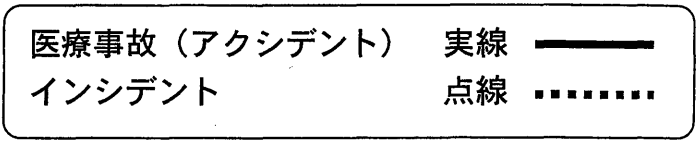
## (7) 分析と事故防止対策

インシデント事例及び集計結果の分析等については、医療事故防止等検討委員会で審議した後、リスクマネージャ会議を通じて周知するとともにRMニュースにより徹底を図るものとする。

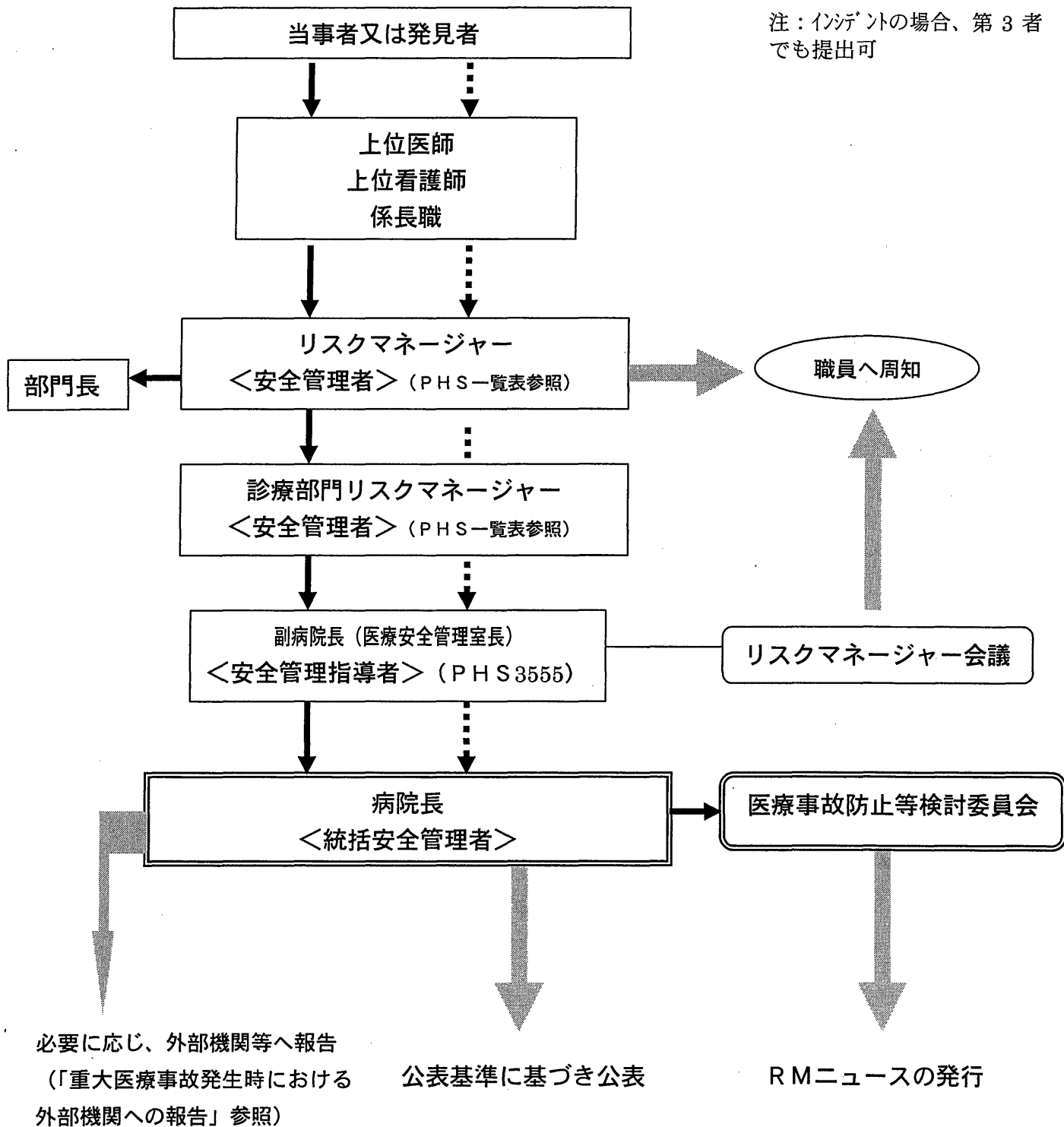
# 9 医療事故等報告制度の流れ（概要）

2007.4 改訂

詳細は巻末資料を参照



注：インシデントの場合、第3者でも提出可



## インシデント・アクシデントレポートのレベル・グレード別電子報告システム

### アクシデント（グレード0から3）：

過失の有無に関わらず、医療の全過程において発生する人身事故  
インフォームドコンセントがなされている合併症を含む

### 中等度以下アクシデント（グレード0および1）

#### グレード0：

医療事故による身体への影響は小さい（処置不要）と考えられる場合

#### グレード1：

医療事故による身体への影響は中等度（処置が必要）と考えられる場合

### 重大アクシデント（グレード2および3）

#### グレード2：

医療事故による身体への影響は大きい（患者を死に至らしめる可能性がある、  
または重大もしくは不可逆的傷害を与えもしくは与える可能性がある）場合

#### グレード3：

医療事故により、患者を死に至らしめた場合

### インシデント（レベル0および1）：

日常の医療現場で、「ヒヤリ」としたり、「ハット」した経験など、結果的にア  
クシデントやトラブルには至らなかったニアミスなどをいう

#### レベル0：

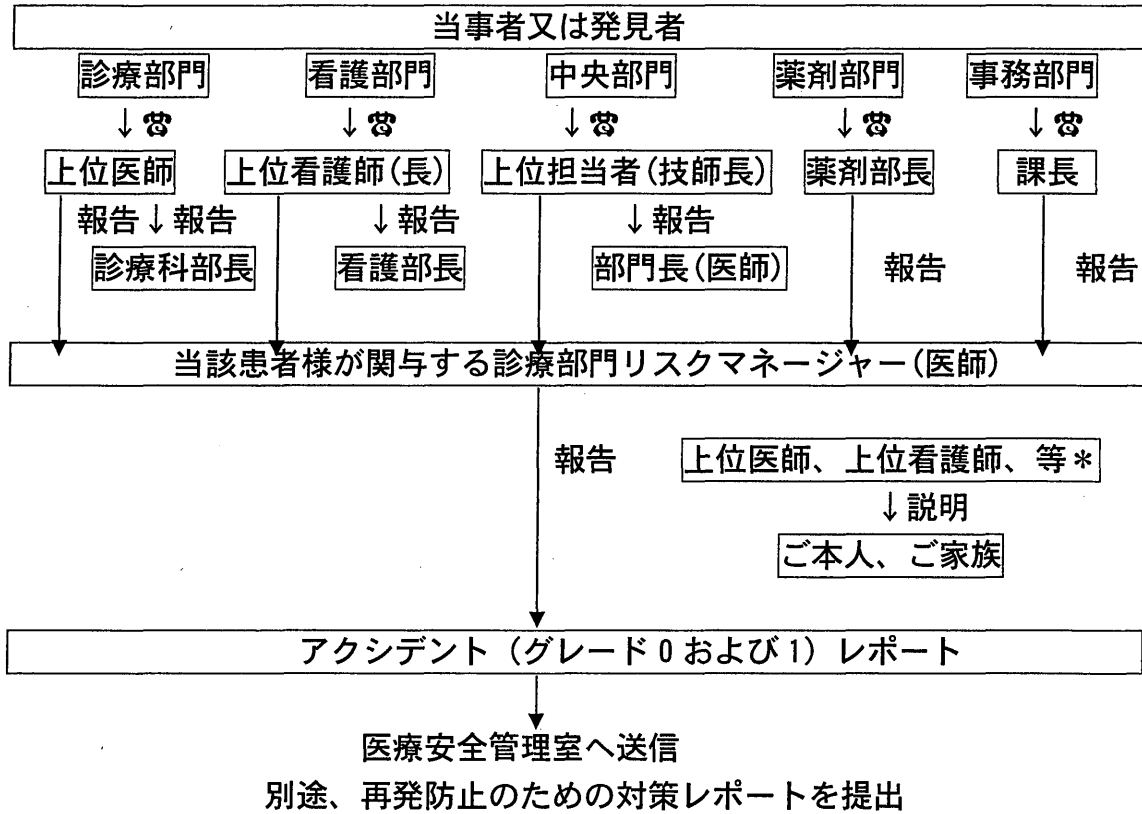
医療行為が実施される前に気付かれたもの

#### レベル1：

医療行為が実施されたが、健康被害が発生しなかったもの

- \* 分類に迷う場合は、医療安全管理室へお尋ね下さい（7539）。
- \* レポートが提出されない場合には病院としてのサポートが受けられなくなる場合があります。

## 中等度以下アクシデント(グレード0 および 1)発生

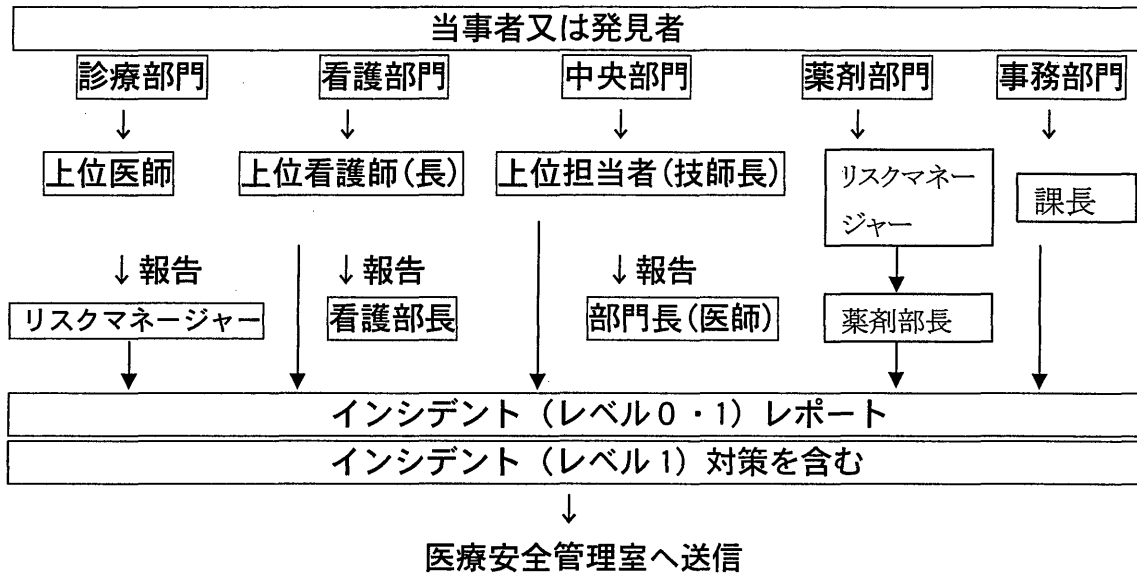


\* 診療部門リスクマネージャーが行う場合がある

### アクシデントレポート(グレード0 および 1)を提出するにあたっての留意事項:

- 1) レポートは当事者が作成し、上位担当者、部門責任者のチェックを受けた上で、診療部門リスクマネージャー(医師)が医療安全管理室へ送信する
- 2) 「再発防止のための対策レポート」は、当該診療科(部門)の医師、病棟医長、看護師(技師)などが共同で作成し、当該診療部門のリスクマネージャーが別途提出する

## インシデント（レベル0・1）発生



インシデント（レベル0）レポートを書くにあたっての留意事項：

- 1) レポートは当事者が入力し、上位担当者が医療安全管理室へ送信する
- 2) アクシデントの発生予防に効果の高かったものは病院で評価される

インシデント（レベル1）レポートを書くにあたっての留意事項：

- 1) レポートは当事者が入力し、上位担当者が医療安全管理室へ送信する
- 2) 「対策」は、当該診療科（部門）の医師、病棟医長と看護師（技師）などが共同で作成し、インシデントレポート（レベル1）に記入する



## 1 0 安全管理の体制確保のための研修会

2008.4 改訂

- (1) 医療事故防止講演会・感染対策講演会の開催  
それぞれ毎年2回、全職員を対象に安全管理意識の向上を図るため、外部より講師を招聘し講演会を開催する。
- (2) 毎年4月に、新規採用者職員に対して安全管理に関する研修会を実施する。
- (3) 毎年2回、本院への中途就職者に対して安全管理に関する研修を行う。  
(講師：副病院長・ジェネリカマネージャー・感染対策担当副室長)

## 1 1 安全管理の体制確保のための周知及び啓発活動

- (1) RMニュースの発行  
安全管理に関する情報・事故防止策等について職員への周知徹底を図るため、医療事故防止等検討委員会より必要の都度発行する。  
原則、病院職員全員に配布する。
- (2) 事故防止月間の設置  
毎年12月1日から31日までの一ヶ月間を事故防止月間とし、安全管理に関する啓発行事を実施する。  
なお、行事については医療事故防止等検討委員会で決める。
- (3) インシデント・アクシデントレポート等に関する自己点検評価の実施  
毎年5月、部門ごとに、前年度提出されたインシデント・アクシデントレポート等の分類、集計結果及び事故報告等について、各部門でそれぞれ分析及び医療事故防止策を検討し、月末までに病院長へ提出するものとする。
- (4) 感染対策に関する活動内容は、感染防止対策マニュアルに準ずる。

## 1 2 安全管理の体制確保に関する外部評価

安全管理の体制確保に関する実施状況について、毎年、外部の有識者の意見を聴くものとする。

また、重大な医療事故等が発生した場合においては、速やかに第三者による評価を実施するため、病院に外部評価委員会を設置するものとする。

### 1 3 リスクマネジメントマニュアルの閲覧

本リスクマネジメントマニュアルは、患者等からの申請に応じて、閲覧に供する。閲覧を希望する者は、病院長へ申し出ることとし、閲覧場所は医療安全管理室とする。(受付窓口：医療安全管理室)