

## 19 リスクマネージャー会議運営要綱

### 1 目的

名古屋市立大学病院に、安全管理に関する周知徹底を図ること等を目的として、リスクマネージャー会議（以下「会議」という。）を設置する。

### 2 構成

会議は、議長及び委員をもって構成する。

議長は、安全管理指導者（副病院長）とする。

委員は、医療安全管理室の総合安全管理者（ジェネラルリスクマネージャー）及び各部門の安全管理者（リスクマネージャー）とする。

### 3 議事

会議は、次の事項について議事を行う。

- (1) 安全管理の周知徹底に関すること
- (2) 医療事故の再発防止に関すること
- (3) 医療事故防止のための周知、啓発に関すること
- (4) その他医療事故の防止に関すること

### 4 会議

(1) 会議は、議長が召集し運営する。

(2) 議長に事故ある時は、医療安全管理室副室長がその職務を代行する。

(3) 議長が必要と認めるときは、委員以外の者に出席を求め意見を聴くことができる。

### 5 庶務

会議の庶務は医療安全管理室において処理する。

### 6 その他

この要綱に定めるもののほか、安全管理の周知に関して必要な事項は、リスクマネージャー会議において定める。

#### 附 則

この要綱は、平成 13 年 4 月 1 日から施行する。

#### 附 則

この要綱は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

## インフォームド・コンセントのポイント

インフォームド・コンセントとは、単なる「説明と同意」ではなく、医師と患者との良好なコミュニケーションのもとに、主治医が患者に対して十分な説明を行い、患者自らの意思決定に基づいた同意を得ることである。それは、患者の側から言えば、「理解と選択」である。

そして、インフォームド・コンセントの目的は、医師をはじめとする医療従事者と患者間の信頼関係・協力関係の構築であり、後の苦情や紛争を回避するため予防策でも、一切の責任を免れる「免罪符」でもない。

また、インフォームド・コンセントは、医師だけの問題ではないが、医師がもっとも関わりの深い職種である。したがって、インフォームド・コンセントは医師が中心となって、自ら行うべき重要な医療行為の1つと位置付けねばならない。これには、当然、説明のための文書の作成等も含まれる。

具体的には、以下のようなポイントに留意して、インフォームド・コンセントを行わなければならない。

- 全ての医療行為の重要情報が医師により適正に開示されること。
- インフォームド・コンセントの重要な点は書面で行い、説明文や同意書は診療録に貼付すること。
- 説明された情報と提示された医学的処置の意味が患者に正しく理解されるまでくり返し質問に答えること。
- 医療従事者間の共通の認識・情報の共有を図るため、重要な説明の段階では関係する医療スタッフを同席させること。
- 取り得る医学的処置の選択肢を、そのリスクなどの説明とともに提示すること。
- 合併症については、確率の高い合併症は危険度が低くても説明すべきであり、確率の低い合併症であっても、危険度の高い合併症は説明すること。
- 医師が実行する医学的処置は患者の自主的な同意に基づき選択されたものであること。
- 初診のコミュニケーション開始から、一般的な検査の意味、処方の意味、現在服用している薬剤の説明、今後の診療の予定の相談など、日々の医療従事者・患者関係の中で大小さまざまなインフォームド・コンセントがあるべきと考えること。
- インフォームド・コンセントは、マニュアル通りに行うものではなく、個々の患者の個性、意思と状況に適応した、適切な判断をすること。

## 21-1 患者の権利に対する説明義務

2008.3 新規

医療機関には次のような説明義務がある。

- ・ 患者には、「知る権利および説明を受ける権利」がある。  
これに対して医療機関側は「説明義務」がある。これを怠ると「説明義務違反」となる。
- ・ 患者には何らかの侵襲、苦痛を与える可能性がある場合、患者の同意を得てから実施する必要がある。このような同意を得るために医療機関側には「説明義務」がある。患者の同意を得ないで実施した場合、「専断的医療行為」となり、違法となることがある。
- ・ 患者には検査法・治療法を選択するという「選択権」がある。医療機関側はいずれを選択するかについての「説明義務」がある。有効性と安全性で医療水準に達している複数の選択肢が存在するときは、それぞれにメリット、デメリットを説明する。特に「悪しき結果（死亡、後遺症）」については十分に説明すること。
- ・ その他の説明義務
  - 「悪しき結果をさけるための説明義務」
  - 「死因説明義務」

# インシデント・アクシデントの報告システムの取り扱いについて

本院のインシデント及びアクシデント（以下、インシデント等という）に係る報告書の提出及び承認については、電子カルテシステム上のグループウェアから電子的に行っております。

この報告システムの取り扱いについては、以下のとおり行ってください。

## 1 このシステムを使用する上での基本事項

### (1) 報告書の提出及び承認について

- ・ アクシデント発生時の緊急連絡に関しては、このシステムとは別に必ず報告者に電話等で連絡してください。
- ・ 報告システムでは、承認者に対して、報告書が届いた旨をメール等でお知らせする機能はありません。  
従いまして、報告者は、適宜承認者へ報告書を提出した旨の連絡をしてください。
- ・ 報告システムでは、画像の添付はできませんので、必要がある場合には医療安全管理室まで別途提出してください。

### (2) 報告書の修正について

- ・ 報告書の修正は、報告者に限定されます（【メモ欄】の入力項目を除く）  
修正の必要がある場合には、報告者へ連絡してください。
- ・ 報告者が報告を修正した場合には、今までの承認済みが解除されますので、承認者は再度内容を確認のうえ承認をしてください。

## 2 画面の詳細説明

### (1) グループウェア画面（メイン画面）

電子カルテログイン画面の「部門業務」から「グループウェア」を選択、又は、PF12 キーの「頻用メニュー」から「グループウェア」を選択することにより、下の画面が展開されます。

報告書	承認済	未承認	報告者	承認者
				324