

1) 基本1

「人は誰でもミスをする」「事故は起こるものである」ことを認識し、「誰がミスを起こしたか」ではなく、「何がミスの原因か」という視点に立ち、個人の問題ではなく組織の問題として再発防止にあたる。医療事故防止の原点は医療現場で働く医療従事者が「安全な医療」即ち「良質な医療」の提供に主体的に取り組むことである。

2) 基本2 <3つの原則>

(1) 隠さない＝信用の保持 (2) ごまかさない＝正確な情報 (3) 逃げない＝誠実な対応

①不幸にして事故が起こってしまった時は、「いかに患者を守り、影響を最小限にするか」が課題である。

②最善を尽くして治療にあたり、3つの原則を踏まえて、患者及び家族に適切かつ誠実に対応する。

③患者の人権尊重・擁護の立場に立ち、医療を提供する。職場風土を作ることが必要である。

3-2 医療の安全を目指すために

1) 医療安全講習会への参加

自ら進んで講習会に参加し医療安全に関する意識と知識を高めることは、当病院に勤務する全ての職員の責務である。

2) 医療安全に関する通達の遵守

医療安全管理室、病院長通達については十分に理解した上で速やかに実践する。

3) インシデント・アクシデントレポート報告

起きてしまった事故を速やかに報告することは、同様の事故の再発防止のために極めて重要である。事例を共有するため積極的に報告する。

4) 研修医に対する指導体制

研修医の育成は大学病院の使命の一つである。病院全体として又は診療各科において研修医に対する指導体制を構築することが重要である。研修医は病院で定められた注意事項を守り、指導医は研修医を指導し、結果について責任を持つことが求められている。

信頼される医療従事者として必要なこと

【患者への対応の原則】

- (1) 患者に好印象を与える身だしなみ
- (2) いかなる時も沈着冷静に対応し、言動は慎重に行う
- (3) 患者の立場に立って考える思いやりと想像力を持つ
- (4) 医療は患者・家族と協力して行うものであること
- (5) 患者の前で前医を批判したり悪口を言わない

【対応時に留意すること】

(1) 説明

専門用語や外国語はできるだけ使用しない。必要に応じて図表、絵、コンピュータを用いてわかりやすく説明する。患者・家族から質問を促し、説明した理解度を評価する。特に手術、検査、病状の説明に際しては、複数の医療従事者で説明し、患者・家族の同意を得る。説明した内容を記録に残し患者・家族の理解度についても記載する。最後に所定のインフォームドコンセント用紙に患者・家族のサインをしてもらう。

(2) 窓口での対応

病院の窓口は病院の顔である。窓口の職員は常に「安全・安心・思いやり」という基本理念を念頭に患者・家族へ対応する。冷たい事務的な対応をされたと誤解されないように注意する。

(3) 電話対応

電話対応は慎重に行う。電話の内容は必要に応じて患者カルテに記載する。

4 安全管理のための組織

2009.4 改訂

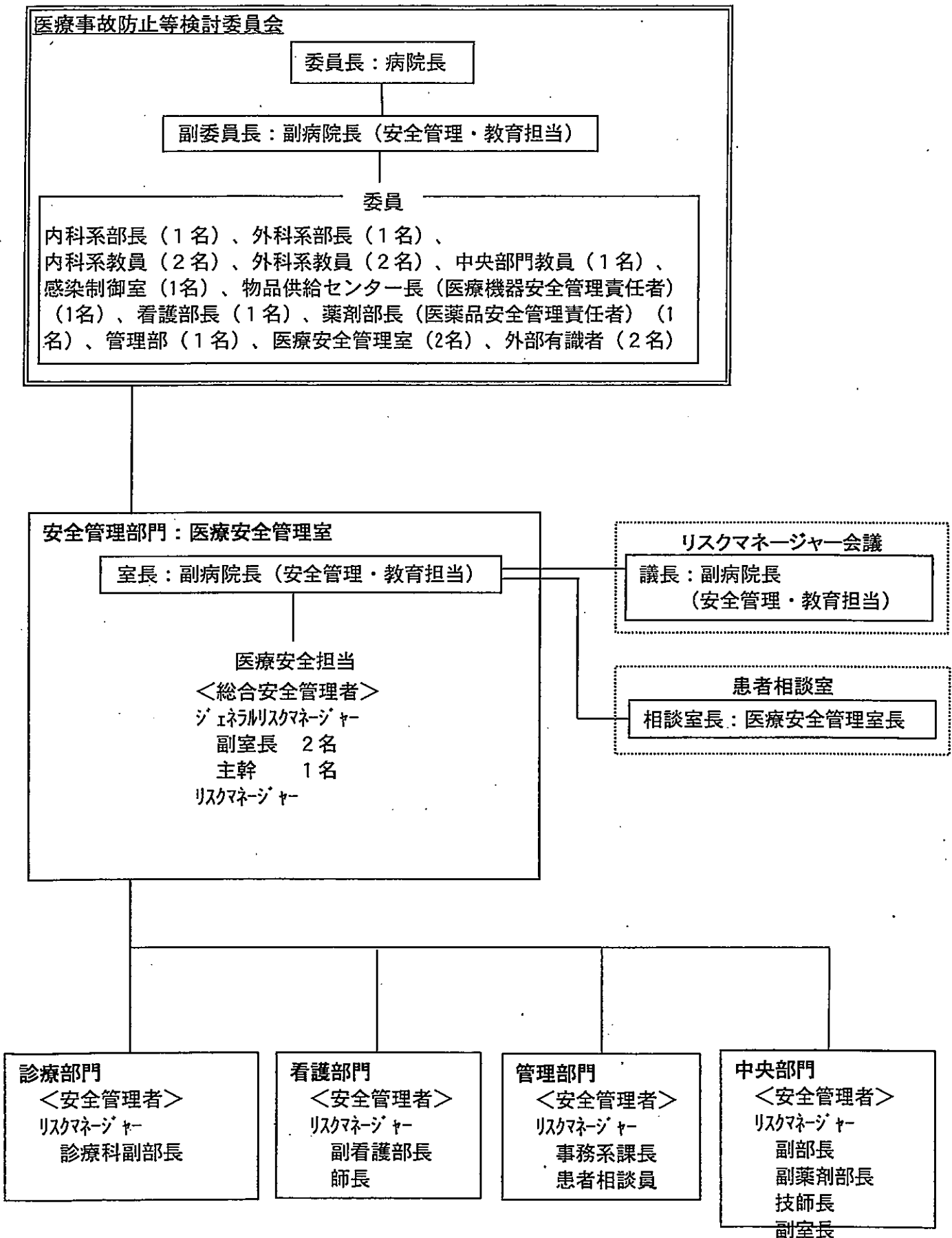
市立大学病院に、安全管理体制の確保を図るため次の組織を置く。

<組 織>

- (1) 安全管理のための統括安全管理者を置く。統括安全管理者は、病院長とする。
- (2) 統括安全管理者の下に安全管理指導者を置くとともに、医療安全管理室を設置する。安全管理指導者は、副病院長（安全管理・教育担当）とし医療安全管理室長を兼ねるものとする。
- (3) 安全管理指導者の下に、総合安全管理者として医療安全管理室にジェネラルリスクマネージャーを置き、医療安全管理室の副室長及び主幹をもって充てることとし、病院長が委嘱する。
- (4) 安全管理指導者の下に、安全管理者として各部門に次のとおりリスクマネージャーを置く。リスクマネージャーは、各部門の次の職にある者をもって充てることとし、病院長が委嘱する。（当該職が空席の場合、あるいは当該者が医療事故防止等検討委員会委員である場合は、別に病院長が指名し委嘱する。）
 - ① 安全管理部門：副室長（2名）及び主幹（1名）及び看護師（1名）
 - ② 診療部門：診療科副部長（26名）
 - ③ 看護部門：副看護部長及び師長（29名）
 - ④ 中央部門：副部長・副薬剤部長・技師長・副室長（19名）
 - ⑤ 管理部門：事務系課長・患者相談員（4名）
- (5) 病院における安全管理体制等についての審議機関として、医療事故防止等検討委員会を置く。【医療事故防止等検討委員会設置要綱】
- (6) 病院における安全管理体制等の周知徹底機関として、リスクマネージャー会議を置く。【リスクマネージャー会議運営要綱】

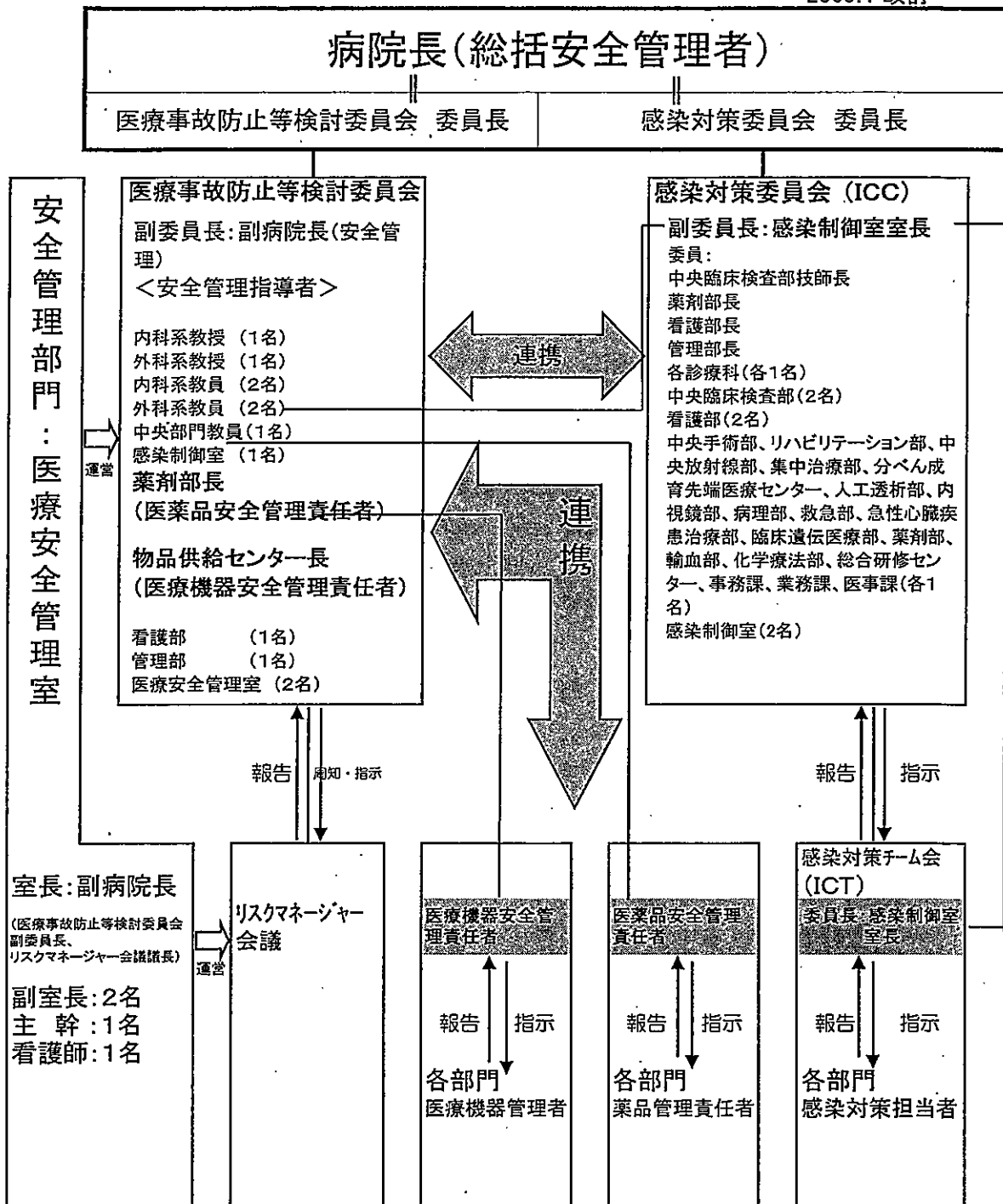
<職 務>

- (1) 統括安全管理者(病院長)は、病院全体の安全管理体制の確保の徹底を図るとともに、安全管理に関する病院全体の責務を担うものとする。
また、医療事故防止等検討委員会委員長として委員会を運営する。
- (2) 安全管理指導者(副病院長)は、統括安全管理者を補佐する。
安全管理指導者は、リスクマネージャー及び院内への安全管理に関する事項について周知の徹底を図るとともに、その情報収集、指導、相談及び対応窓口となる。
また、リスクマネージャー会議の議長として会議を運営する。
- (3) 安全管理者(リスクマネージャー)は、安全管理指導者の下に部門内職員へ安全管理に関する事項の周知徹底を図るとともに、その情報収集、相談及び対応窓口となる。また、ジェネラルリスクマネージャーは組織横断的に安全管理者としての職務を行う。



名古屋市立大学病院における安全管理の取組み

2009.4 改訂



医療安全管理室は、医療事故防止等検討委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に病院内の安全管理を担い、次の業務を行う。

<構成>

- (1) 室長（安全管理・教育担当副病院長）
- (2) 副室長（内科系教員1名・外科系教員1名）
- (3) 主幹（専任）
- (4) 看護師（兼任）

<業務>

- (1) 医療事故防止等検討委員会、リスクマネージャー会議等で用いられる資料及び議事録の作成、保存、その他安全管理委員会の庶務に関すること
- (2) 事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに、必要な指導を行うこと
- (3) 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと
- (4) 事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと
- (5) 医療安全に係る連絡調整に関すること
- (6) その他医療安全対策の推進に関すること

副室長および主幹については、連携して上記業務を行い、室長はその管理監督を行う。専任の職員である主幹は、医療安全管理室に常駐しインシデント・アクシデントレポートの受付業務を始めとする院内各所からの医療安全管理に関する問合せ及び問題事例に対する調査の分析等対応全般を行うとともに、医療安全に関する普及活動を計画する。

なお、副室長は報告された事例のチェックを行い、主幹はその内容を確認し問題事例を洗い出し医療事故防止等検討委員会への報告等必要な対応を行う。

6 名古屋市立大学病院患者相談室設置規程

1 目的

名古屋市立大学病院に、患者及びその家族（以下、「患者等」という。）からの医療に関する相談に対して適切な対応及び情報提供等の支援を行うことにより、患者等と医療機関との相互の信頼に基づく医療の推進を以って医療安全管理に資するために患者相談室を設置する。

2 組織

- (1) 患者相談室の組織は、患者相談室室長（以下、「室長」という。）、患者相談室副室長（以下、「副室長」という。）及び患者相談員で構成する。
- (2) 室長は医療安全管理室室長とし、副室長は医療安全管理室主幹及び管理部医事課長する。
- (3) 患者相談員は次の各号に掲げる者とする。
 - 一 病院窓口相談員
 - 二 管理部医事課相談支援担当
- (4) 前号の他、室長は必要と認める者に患者相談業務を依頼することができる。

3 業務内容

患者相談室は、次の業務を行う。

- (1) 患者等からの名古屋市立大学病院における医療に関する相談への対応
- (2) 相談内容の各部門への報告、照会
- (3) 相談後の取扱い等の活動の記録
- (4) 相談件数、内容の調査、分析
- (5) その他、患者相談に関して必要な事項

4 患者等への配慮

患者相談室において、患者等からの相談を受ける際には、次の事項に配慮しなければならない。

- (1) 相談により患者等が不利益を被らないこと
- (2) 相談に関する患者等の情報が保護されること

5 開設時間

相談窓口の開設時間は、土日祝日及び年末年始を除く8時30分から17時までとする。

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。

附 則

この規程は、平成21年4月1日から施行する。

(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的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・転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ー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。

報告制度の流れに沿って電話連絡・アクシデントレポートの報告は24時間以内に行う。

＜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的事故で、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、リスクマネージャー及び当該診療科リスクマネー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"> ア 医師職：当事者等⇒上位医師 イ 看護職：当事者等⇒看護師長 ウ その他職：当事者等⇒係長職 | } | 当該診療部門リスクマネージャー⇒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ー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ー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。

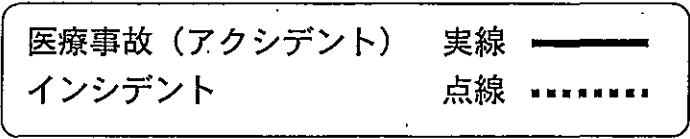
(7) 分析と事故防止対策

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。

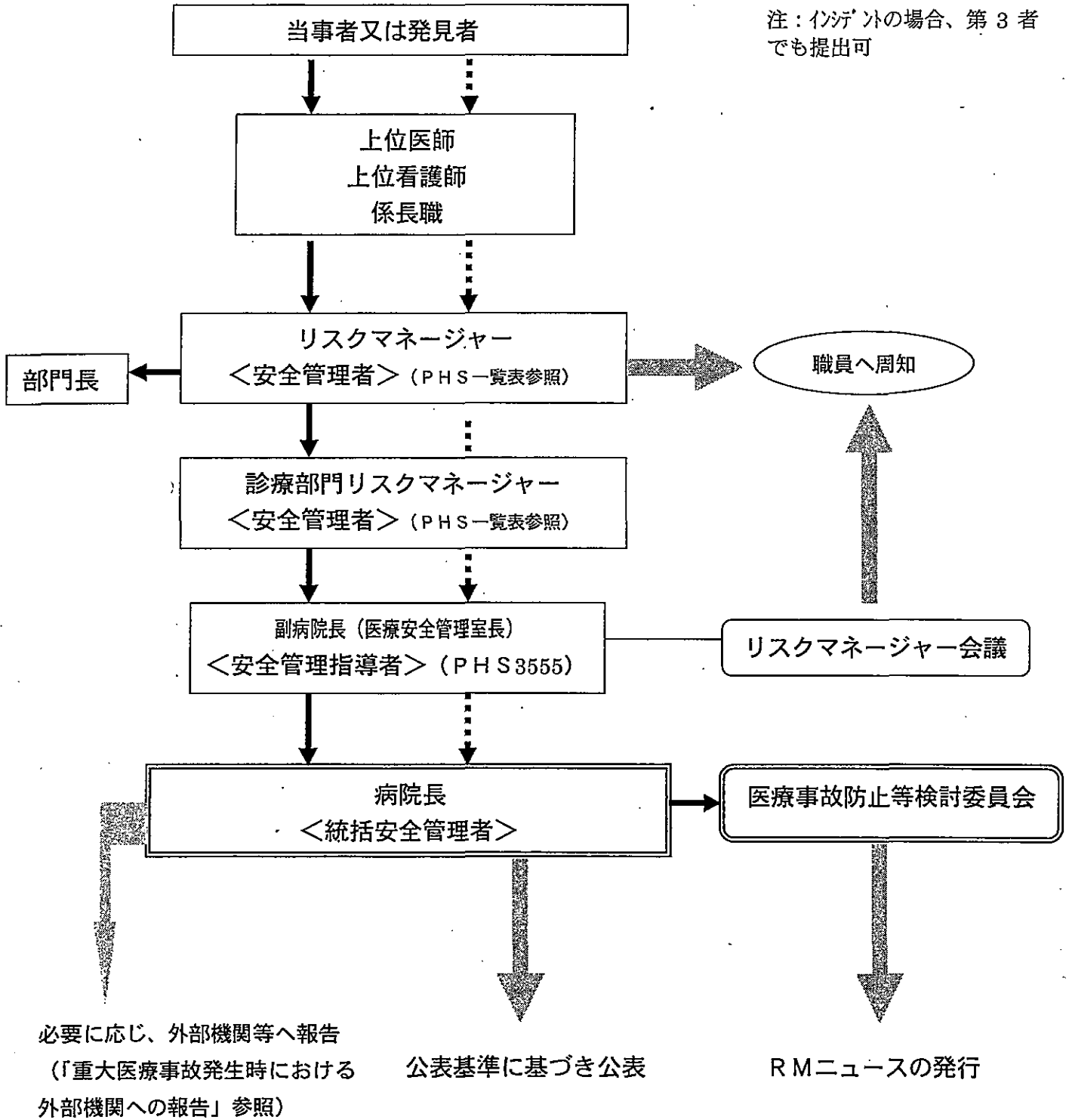
9 医療事故等報告制度の流れ（概要）

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:

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:

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:

身体への影響は大きい(当事者が死亡する可能性がある、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:

当事者が死亡した場合

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:

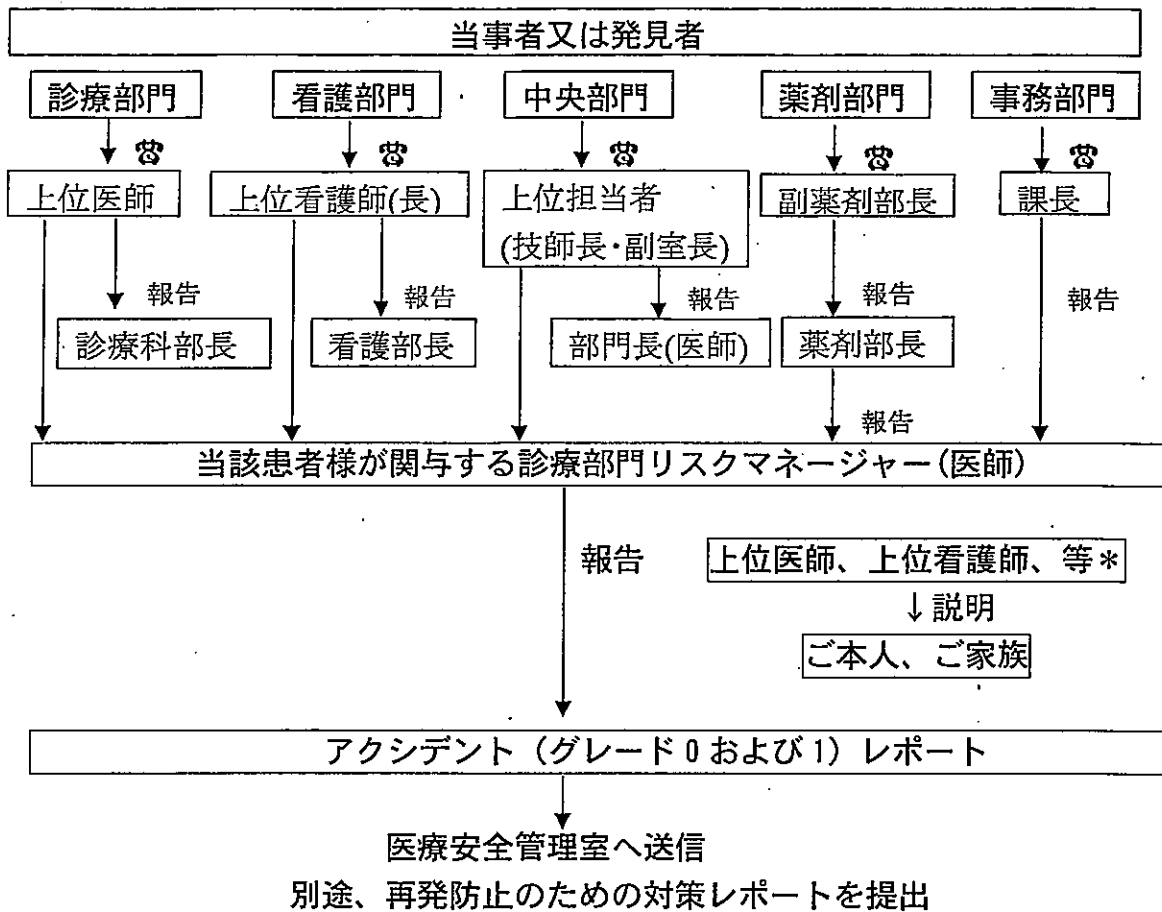
医療行為が実施される前に気付かれたもの

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

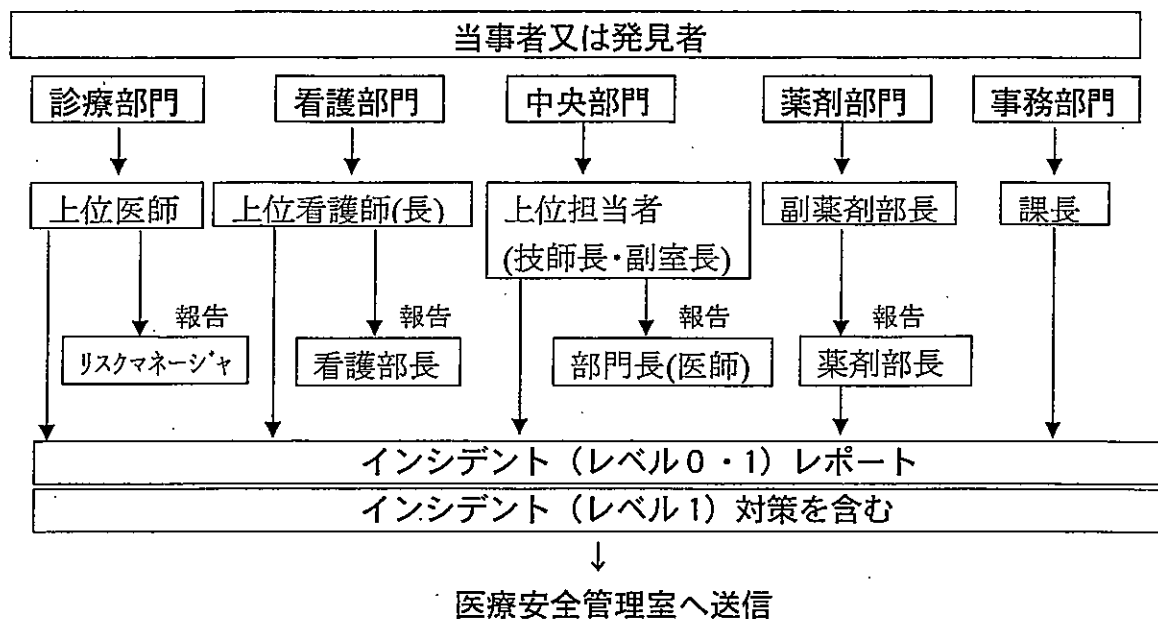


*診療部門リスクマネージャーが行う場合がある

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、病棟医長やリスクマネージャーと看護師（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) 医療事故防止講演会の開催
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。(6月・12月)
- (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。(講師：副病院長)
- (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・ジェネラルスマネージャー)

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3月、部門ごとに、今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。

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)

1 4 重大医療事故発生時における外部機関への報告 2009.4 改訂

重大医療事故のうち、当該医療行為が明らかに医療過誤と認められ、また社会的な影響が大きく、報告について本人及び家族の同意が得られた場合、速やかに病院長より報告を行うものとする。

① 重大医療事故とは

ア 医療事故によって、当事者が死亡し、または死亡する可能性があるとき。

イ 医療事故によって当事者に重大もしくは不可逆的障害を与え、または与える可能性があるとき。

② 医療過誤とは

医療従事者が行う業務上の事故のうち、過失の存在を前提としたものであり、医療の過程において、医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り患者さんへ障害を及ぼした場合を言うものとする。

(1) 報告する外部機関

① 厚生労働省医政局総務課

TEL03-3503-1711(内 2516) FAX03-3501-2048

厚生労働省東海北陸厚生局

TEL052-959-2063 FAX052-959-2065

② 文部科学省高等教育局医学教育課大学病院指導室

TEL03-3581-4211(内 2516) FAX03-3591-8246

③ 愛知県健康福祉部医務国保課 TEL961-2111(内 3171)

④ 瑞穂保健所 TEL851-8141

⑤ 瑞穂警察署刑事課 TEL842-0110(内 302)

(2) 報告様式

基本的に、医療事故の報告書（アクシデントレポート）により行うものとするが、詳細が必要となる場合は、関係者と協議の上決定する。

(3) マスコミへの対応

マスコミへの対応は、管理部事務課事務係を窓口とし個人の取材には応じないものとする。

記者会見等の設定については、必要に応じ関係者と協議の上、病院長が決定する。

* 異状死体の届出義務【医師法 21 条】

医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があるとき、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

1. 医療事故発生直後

医療事故が発生した際には、事故となった行為の中止、もしくは変更を行い、救命に全力をあげる。

2. 状況判断

医師・看護師等は、状況判断を迅速に行い、救急チーム（コードブルー5555）や他の医師・看護師等へ応援を依頼し、連携して救急処置や医療上の最善の処置を行う。

3. 報告・連絡

初期治療を開始するとともに、速やかに所属部署のリスクマネージャー及び所属部署の長に事故を報告する。（「医療事故等報告制度の流れ」（参照）

4. 患者・家族への連絡

主治医または現場にいる当該科の医師、もしくは看護職のうちできるだけ上席者が連絡をする。連絡は事故の細かい内容の伝達より、至急来院してもらうことを主眼にして伝える。

5. 患者・家族への説明

- ① 情報が混乱しないように説明内容を確認して行う。
- ② 説明は複数人で行う。看護職者も必ず同席する。事故当事者の同席は事前に医療従事者間で話し合い、当事者の意見も入れて決めておく。
- ③ 過失の有無に関わらず、起こった結果に対して謝罪して、誠意をもって事実を説明する。
- ④ 初期の医療従事者の対応が、患者・家族の心に与える影響は極めて大きい。心の傷を拡大させることのないよう充分配慮すること。

6. 死亡時の対応

- ① 医療事故の可能性が疑われる場合は、原因究明のために病理解剖をお願いする。
- ② 原因と結果の重大性によっては病院長の判断により、異状死として警察に届け、司法解剖となる場合もある。

7. 証拠物件の保存、保管

- ① 事故に関連した証拠等（薬品、器材、器械など）を事態が終息するまで保存、保管しておく。
- ② 警察の検視が必要な場合は、患者の死亡確認後は検視が終了するまでそのままの状態にしておく。

8. 事実経過の記録

- ① 記録は医療訴訟等で証拠となることを認識しておく。
- ② 事故に関する事実のみを客観的かつ正確に記録する。（想像や憶測、自己弁護的反省文、他者の批判、感情的表現は避ける）
- ③ 根拠のない断定的な表現は避ける。
- ④ 改ざんや改ざんとみなされる不適切な訂正は行わないようにする。

16 入院患者の予期せぬ突然死 (Unexpected Sudden Death)

医師法 21 条により検案後 24 時間以内に所轄警察署への届出が義務付けられている異状死体とは、明らかに内因死と診断された死体を除くすべての死体のことである。したがって、入院患者の予期せぬ突然死はすべて異状死体として取り扱う。

死亡確認後、胸腹部 X 線、頭部・胸腹部 CT 等の画像診断（可能であれば血液・尿などの検査も追加する）により死因が推測され、内因死の可能性が高い場合には、その旨を患者家族に十分説明した後に、生前から診療に携わっていた医師は死亡診断書を、その他の医師は死体検案書を発行する。

上記の検査によっても死因が推測できなかった場合は愛知県瑞穂警察署 (052-842-0110) に届け出る。

警察の検視に際して、検死を依頼され、その場で死亡診断書（死体検案書）の発行を依頼されたときは死体検案書を発行し、直接死因は不詳、死因の種類は「12 不詳の死」を選択し、発見時の状況等は「その他特に付言すべき事柄」の欄に記載し、「外因死の追加事項」の欄には記載しない。また、空欄にはすべて斜線を引く。

検視の結果、警察が司法あるいは行政解剖を行うことを決定した場合には本学で病理解剖を行うことはできない。また、警察が解剖を要しないと判断した場合も行政解剖の実施を強く依頼する。

最終的に警察主導での解剖が行われないと決定した後に、家族の同意の許に病理解剖を依頼する。また、家族より開頭の許可が得られないことがあるので解剖前に頭部 CT は必ず撮影しておく。

また、「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/index.html>) の対象事例として、中立な第三者機関において死因究明と再発防止策を専門的・学際的に検討するのが適当と考えられる場合には下記に連絡すること。

愛知県医師会内 モデル事業事務局

TEL : 052-264-0753 FAX : 052-251-1420

受付日時 平成 19 年 9 月 10 日から

24 時間受付

医療訴訟については、医療事故はもとより、医療行為についての不審点があれば患者側は、医療事故と関係なく病院を相手とすることができるため、日常の診療においては、十分なインフォームド・コンセントの実施及び患者・家族への誠意ある対応が基本となることは言うまでもないが、訴訟に至れば病院としての対応が必要となるため、次のように対処するものとする。

(1) 患者等から診療行為に対する疑義の申立があった場合

基本的には、部門長等が対応するものとするが、処理が困難で訴訟に発展することが疑われる場合については、医療事故の報告制度により副病院長へ報告するものとする。

(2) 医療事故に関係する訴訟の場合

- ① 顧問弁護士へ管理部事務課より報告し事後の対応について協議する。
- ② 部門長等は、部門内での窓口となる担当職員を決定し事務課へ報告する。
- ③ 患者側への説明は、部門長等が行うものとし、必ず複数で対応する。
※説明内容については、顧問弁護士との事前の打合せが必要となる。

<説明時の注意事項>

- ・ 説明する場所は、病院内の会議室を利用する。
 - ・ 患者側が説明内容を録音する場合は、病院側も録音する。
 - ・ 説明は、調査結果に基づいた客観的な事実経過のみとし、事故原因等の個人的見解は述べない。
 - ・ 説明内容及び患者側とのやりとりについては、診療録等に詳細に記録する。
- ④ 診療録等については、管理部事務課へ提出するものとし、同課で保管する。
但し、継続して診療を行う場合は、当該部門で責任を持って保管管理する。

(4) 診療録等の開示及び貸出等の要望について

裁判所等から法的手続により診療録等の提出依頼があった場合は、管理部事務課で対応するものとする。

また、患者側から直接要望があった場合については、名古屋市立大学病院診療情報提供要綱に基づくものとする。

20 医療事故防止等検討委員会設置要綱

2009.4 改訂

1 設置

名古屋市立大学病院（以下「本院」という。）に、医療事故等の防止及び患者の安全確保を目的として、医療事故防止等検討委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 組織

- (1) 委員会は、委員長、副委員長及び委員をもって組織する。
- (2) 委員長は、病院長とし、副委員長は、副病院長（安全管理・教育担当）とする。
- (3) 委員長及び副委員長の任期は、病院長及び副病院長の任期と同じとする。
- (4) 委員は、次の各号に掲げる者とする。
 - 一 病院部長会で選出された部長2名（内科系1名、外科系1名）
 - 二 病院長が指定する診療科（内科、外科においては医学部の講座単位とする。）及び中央部門から選出された教員6名〔内科系2名、外科系2名、中央部門1名、感染制御室1名〕
 - 三 物品供給センター長（医療機器安全管理責任者）
 - 四 看護部部長
 - 五 薬剤部長（医薬品安全管理責任者）
 - 六 管理部長
 - 七 医療安全管理室副室長及び主幹（専任）

3 議事

委員会は、次の事項を審議する。

- (1) 安全管理体制の確保に関すること
- (2) 安全管理のための教育・研修に関すること
- (3) 医療事故防止のための周知、啓発及び広報に関すること
- (4) 医療事故等の事例検討及び事故防止策に関すること
- (5) 医療事故発生時における検証と再発防止対策に関すること
- (6) 医療事故等の公表に関すること
- (7) その他医療事故の防止に関すること

4 会議

- (1) 委員会は、委員長が招集し、その議長となる。
- (2) 委員長に事故ある時は、副委員長がその職務を代行する。
- (3) 委員会は、委員2分の1以上の出席がなければ開くことができない。
- (4) 委員長が必要と認めるときは、委員以外のものに出席を求め意見を聴くことができる。
- (5) 委員会は、月一回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。

5 庶務

委員会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、事故防止に関して必要な事項は医療事故防止等検討委員会において定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成12年1月6日から施行する。
- 2 この要綱施行日に選任された委員長及び指名された副委員長の任期は、この要綱に係わらず平成13年3月31日までとする。

附 則

この要綱は、平成12年7月6日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成13年2月1日から施行する。
- 2 この要綱施行日においての副委員長は、副病院長が選任されるまでの間、本要綱施行日以前の委員長が職務を代行するものとし、その任期は、副病院長選任時までとする。

附 則

この要綱は、平成15年1月7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。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

2 1 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。