

I 医療安全管理指針

第1 趣旨

当院は、地域に密着した療養型医療を提供する病院である。患者様に良質な医療を提供することを責務としている。そして、その提供、過程での安全確保が医療機関にとって最も優先されるべき事項である。

本指針は、当院における医療安全体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等について、指針を示すことにより、適切な安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、病院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を充分に認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することが最も重要である。「人間は誰でもミスを起こす」という前提に基づき、ミスを誘発しない環境や、そのミスが事故に発展しないシステムを組織全体として整備していく。そして、患者・家族からも協力を得るなどパートナーシップとして、より安全で質の高い患者参加型の医療を提供していかなければならない。

第3 用語の定義

1) 医療安全に係る指針

- ・医療法人勝又 高台病院において、医療安全を推進していくための基本的な考えを示したもの。
- ・医療法人勝又高台病院 医療安全管理指針

医療法人勝又高台病院における医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、および医療有害事象対応などの医療安全管理のための基本方針を示したものである。

2) 医療法人勝又高台病院 医療安全管理マニュアル

医療安全のための未然防止策、医療安全対策等について標準的な内容を記載したもの。医療安全管理マニュアルは概ね年1回点検、見直しをおこなうものとする。

3) インシデント

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なんらかの被害が予測された場合や患者には実施されたが、結果的に被害がなく又その後の観察も不要であった場合、「ニヤミス」「ヒヤリハット」などと呼ぶ。

患者影響レベルでは、0～3a レベルとなる。(インシデント・アクシデントレポート参照)

4) アクシデント

医療事故に相当する用語である。インシデントに気づかず、適切な処置が行われないことで障害を引き起こし医療事故となる。医療従事者の過失の有無にはかかわらない。医療界におけるリスクマネジメントで取り扱う事故は、患者だけでなく医療従事者が被害者である場合も含まれる。患者影響レベルでは3b～5 レベルとなる。

5) 医療事故

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

- ・死亡、生命の危険、症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。
- ・患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。
- ・患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合。

第4 医療安全管理体制の構築

本院内における医療事故防止ならびに事故発生時の救急対応について、院内全体が有機的に機能し、一元的で効率的な医療安全管理体制を構築することで、安全かつ適切な医療サービスの提供を図る。

1) 医療安全管理責任者の配置

当院の医療安全管理責任者は病院における医療安全の総括的な責任を担う者とし、原則として医療安全管理委員会の委員長とする。

2) 医療安全管理者の配置

医療安全管理は病院における医療安全管理に係る実務を担当し、医療安全を推進する者とする。

3) 医薬品安全管理者の配置

医薬品安全管理者は、医薬品に関する十分な知識を有する医薬品にかかる安全管理を推進する者とする。

4) 医療機器安全管理者の配置

医療機器安全管理者は、医療機器に関する十分な知識を有し機器の安全管理を実施できる者とする。

5) 医療放射線安全管理者の配置

医療放射線安全管理者は診療放射線に関する十分な知識を有し放射線機器の安全管理を実施できる者とする。

4-1 委員会の設置

1) 医療安全管理に関する委員会を以下に定める。

(1) 医療安全管理委員会（別に規程を定める）

医療事故の発生防止、医療の安全性の向上等、医療安全管理に関する全般的な事項を審議し決定する。

(2) 医療安全推進委員会（別に規程を定める）

各部門内及び複数部門に渡る横断的な活動を行う。

(3) 医療安全リンクナース委員会の配置

各病棟から、1名ずつ選出し、横断的な事故防止対策を検討し、再発防止に努める。また、安全管理に関する所属職員に周知徹底を図る。

(4) 医療事故調査委員会（別に規程を定める）

医療過誤、重大事故・重大なインシデントあるいはその疑いのある医療事故が発生した際に開催する。必要に応じて外部委員を招集する。

4-2 患者等の相談窓口の設置

当院は患者等の相談窓口を置き、病院における患者又はその家族・職員（以下「患者等」という）からの、疾病に関する医学的な質問や診療上の疑問、生活上・入院上の不安、医療安全に関する相談等に対応し、患者支援の充実を図ることを目的とする。

4-3 インシデントアクシデント報告制度

インシデントは迅速な報告を求めるとともに、その原因分析は当事者の責任を追及するのではなくシステムの問題として捉えて改善策を立て、医療の質の向上に努める。

4-4 医療事故公表基準・手順の整備

医療事故が発生した場合は、当院医療関係者が医療事故公表について共通の認識をもち患者・家族及び職員に対し、適切に対応することとする。医療事故を公表し、当院の病院運営の透明性を確保し、社会的責任を果たす義務がある。

4-5 医療安全管理のための職員研修の設置

職員の安全管理に対する意識の啓発、安全に業務を遂行するための技能やチーム医療の一員としての意識の向上を図ることを目的として、職員に対する研修を年に2回行う。

4-6 患者・家族との情報共有及びパートナーシップ

患者の安全確保を目的として、患者・家族との信頼関係構築に努め、医療への積極的参加を促進し、事故発生時には、患者・家族への心情に配慮しつつ、患者の状態を含めた事故状況について、関係者は可能な限り速やかに説明を行う。

第5 医療に関わる安全管理のための基本方針

高台病院は、神奈川県西部に配置しており、地域に密着した療養型医療を提供する病院として、患者様には高度かつ良質な医療を提供することを責務としています。そして、その提供過程での安全確保は医療機関にとって最も優先されるべき事項です。しかし、高齢者や脳血管障害の患者が多くを占める医療環境においては、個人の努力のみで安全を確保するには限界があります。

そこで、病院全体が包括的に医療安全管理及びその推進を行っていくものとし、組織的な安全管理体制の確立を図るため、次の通り基本方針を定める。

1) 医療安全管理に関する基本方針

「人間は誰でもミスを起こす」という前提に基づき、ミスを誘発しない環境や、そのミスが事故に発展しないシステムを組織全体として整備していく。そして、患者・家族からも協力を得るなどパートナーシップとして、より安全で質の高い患者参加型の医療を提供していかなければならない。

2) 医療安全管理に関する委員会の基本方針

医療安全管理のための委員会は、院長直下に組織として「医療安全管理委員会」及び「医療安全推進委員会」及び「医療安全リンクナース委員会」を配置する。また、事故発生時には「医療事故調査委員会」を設置する。

(1) 医療安全管理委員会

医療事故の発生防止、医療の安全性の向上等、医療安全管理に関する全般的な事項を審議し、決定する。特に病院全体に関わる重大なインシデント事例について、発生要因・防止対策を討議・検討し、病院としての方向性を決定していく。

(2) 医療安全推進委員会

各部門内及び複数部門に渡る横断的なインシデント・アクシデントレポートの原因分析、事故防止対策を検討し、再発防止に努める。また、医療安全管理に関して、所属職員に周知徹底を図る。

(3) 医療安全リンクナース委員会

医療安全に関する内容について、横断的な事故防止対策を検討し、再発防止に努める。また、安全管理に関しての所属職員に周知徹底を図る。

(4) 医療事故調査委員会

医療過誤、重大事故・重大なインシデントあるいはその疑いのある医療事故が発生した場合、必要に応じて外部委員を招集し、迅速・適切・的確に事故の原因・医療過誤の有無等を調査・検討し、事実を究明、再発防止策を策定する。

5-1 医療安全管理のための職員研修に関する基本方針

職員の医療安全管理に対する意識の啓発、安全に業務を遂行するための技能やチーム医療の一員としての意識の向上を図ることを目的として、職員に対する研修を行う。全職員を対象に医療事故防止に関する組織的な研修を年2回以上計画的に実施する。各局・各部署においても必要に応じて随時実施する。

5-2 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善の方策に関する基本方針

インシデントは迅速な報告を求めるとともに、その原因分析は当事者の責任を追及するのではなくシステム問題として捉えて改善策を立て、医療の質の向上に努める。

インシデント報告書、合併症等報告書、患者・家族の苦情は安全管理対策室で分析を行い、必要な対策を検討する。改善策は各部署にフィードバックし、医療従事者全員に情報を共有することにより注意喚起させ、再発防止を図る。

病院全体の問題として取り上げる必要がある事例は、医療安全管理委員会に提言する。

5-3 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

第一に患者の生命と安全を最優先に考え、治療に最善を尽くす。

患者及び家族への連絡・説明は事実を速やかに、誠意を持って行う。

公表にあたっては、患者のプライバシー保護に十分配慮する。

病院全体の組織として判断を行い、医療行為の倫理性、透明性を確保し、迅速かつ適切な対応を行う。具体的には「事故発生時対応手順」に沿って対応にあたる。

5-4 診療情報提供に関する基本方針

当院は、診療情報には「インフォーム・ド・コンセント」の理念を基に患者様・ご家族等の求めに応じ、医療従事者と患者様・ご家族等が診療情報を共有することで相互の信頼関係を深め、信頼される質の高い医療を実現する事に努める。また、侵襲的処置、輸血等においては事前に患者または家族に十分な説明を行ない文書による同意を得ることを原則とする。

・患者様、ご家族にとって理解しやすいように丁寧に診療情報を提供する。

・診療情報の提供には、口頭による説明、説明文書の交付、診療記録の開示等の方法など、具体的な状況に即した適切な方法により提供する。

5-5 医療安全推進のために必要な基本方針

- 1) 「医療安全対策マニュアル」を作成し、全職員に周知徹底させる。
- 2) 「医療事故最新情報」等により、院内及び院外の医療事故に関する情報を職員にタイムリーかつ迅速に発信し、安全意識の向上に役立てる。
- 3) 「標準化」等医療機関以外の企業でも採用している安全活動を積極的に取りいれる。
- 4) 院外研修、各種学会等に積極的に参加し、常に最新の医療安全管理、事故対策に関する知識・情報を得て、院内の安全管理に役立てる。

5-6 医療従事者等による高齢者虐待防止と基本方針

「高齢者虐待の防止と高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」2006年11月1日に成立した。この法律は、「養護者による高齢者虐待」「養介護施設従事者等による高齢者虐待」に分けて定義されており、医療従事者が支援することで、高齢者の権利利益を擁護することを目的としている。「虐待」は、高齢者や認知障害の方々の心や心身に深い傷を負わせ、高齢者の尊厳をも奪う行為であり、深刻な人権問題である。

当院で療養されている高齢者や認知症等の患者が、医療従事者から受ける暴力行為としての身体的な虐待（身体拘束）だけに留まらず、介護や身体的なケアの放棄、心理的な虐待等を含めて早期に発見し、再発防止に努めていく。さらに、医療従事者への「高齢者虐待防止に関する法律」について、教育・研修を実施し、高齢者の権利利益を擁護することを目的とする。

5-7 高台病院・患者等の相談窓口運用に関する基本方針

当院は患者等相談窓口（以下「窓口」という）を置き、病院における患者又はその家族・職員（以下「患者等」という）から疾病に関する医学的な質問並びに生活上の及び入院上の不安等、様々な相談に対応し、患者支援の充実を図ることを目的とする。

相談窓口に責任者を置き、医療事故紛争・苦情対応責任者をもって充てる。実際の相談は、医療関係機関等が実施する医療対話仲介者（医療メディエーション）の研修を修了したものが対応することが望ましいとする。また、各部署における患者支援体制に係る担当者は主に「医療安全管理室構成メンバー」とする。

患者支援に係る相談件数及び相談内容等は「医療安全管理委員会」で情報を共有する。

第6 医療安全委員会規程

6-1 医療安全管理委員会運営規程

1. 設置目的 高台病院 委員会規約に基づき、医療の質と安全の確保に関連した活動を行う。又、医療事故防止、事故対策の推進及び事故発生時・発生後の適切な対応と解決の為、設置する。
2. 活動内容 委員会は、前条の目的を実現するため、次の活動を行う
 - (1) 定例委員会は毎月1回 開催する
 - (2) インシデント、アクシデントの収集分析
 - 1) インシデント、アクシデントの原因究明、改善策及び再発防止策の検討
 - 2) 重大事故及び予備軍に対する事例検討し、事故防止策及び注意喚起を実施
 - 3) 医療の質・安全に関する各施策実行に関する報告を随時受け、必要に応じて改善策を検討
 - 4) 安全管理室と連携して、患者・ご家族からのクレーム・ご意見、さらに職員等からの要望等を吸い上げて、医療の質と安全の向上に努めていく
 - 5) 医療安全推進委員会から提言された再発防止策、マニュアル等に関する委員会活動内容の修正・変更・追加等
 - 6) その他
3. 構成員
委員長 医療安全責任者
委員 医療安全管理者
 総務局長、看護部長、事務長、薬剤科長、医事課長
(委員長が必要と認めた者)
4. 審議及び答申
安全管理「規定」「マニュアル」ならびに院内各「規定」「マニュアル」等について、安全管理面の整合性を確保するための検討を行う。

6-2 医療安全推進委員会運営規程

1. 設置目的 委員会は、委員会規約に基づき、医療の質と安全確保に関連した活動を行う。安全管理委員会の下部組織として、安全に関する方針・対策を熟知し、理解を医療事故防止、事故対策等全職員に浸透させ、より徹底した安全で質の高い医療提供の確保・安全文化の定着を推進させる目的で活動する。
2. 活動内容 委員会は、前条の目的を実現するため、次の活動を行う
 - (1) 定例委員会は原則毎月1回開催する
 - (2) 委員会に於ける活動について
 - 1) 各部署の安全管理体制をより浸透させるための安全管理に関する情報の共有と具体的対策の立案と対策実施の監査を行う。
 - 2) 各部署で当該事象が発生した際、インシデントレポート、事故報告書=アクシデントレポート提出への啓発活動を行う。
 - 3) 医療安全管理者に協力し、医療安全管理の観点から意図的・計画的・段階的な教育プログラムを編成・全職種のスタッフに対する研修・学習運営に関する活動を行う。
 - 4) 各部署の医療安全管理に関する課題を委員会にて共有・検討し、その結果を各部署にフィードバックする。
 - (3) 各部署に於ける具体的な活動内容
 - 1) 各病棟の医療安全リンクナースは、各病棟に於いて下記の活動を行う。
 - ① 所属している部署の事故発生状況把握、発生事案対処、再発防止の為の情報収集を行い所属長への補佐をする。
 - ② 各部署で発生したインシデント、アクシデントに関する要因・原因を把握し、チームカンファレンスなどを実施し予防策を立てる。
 - ③ 各部署で発生した事故の再発防止等に関する情報は、部署内へ情報提供を行う。
 - (4) 委員会活動内容の修正・変更の提案
 - (5) その他

3. 構成員

委員長 医療安全責任者
委員 医療安全管理者
　　総務局長、各病棟師長、薬剤科長、医事課
　　栄養科、リハビリ科（委員長が認めたもの）

6-3 医療事故調査委員会運営規程

1. 設置目的

医療事故調査委員会（以下「調査委員会」とする）は病院内で発生した医療過誤・重大な事故・重大なインシデント或いはその疑いのある医療事故について、原因究明を行い、再発防止に寄与することを目的とする。

2. 活動内容

- (1) 医療事故発生の原因調査に関すること
- (2) 医療事故発生の背景・原因究明に関すること
- (3) 医療事故調査報告書の作成及び公表に関すること
- (4) 患者・家族に対し、調査委員会での調査を知る機会を提供すること
- (5) その他、医療事故発生の原因改善・指導に関するこ
- (6) 医療事故再発防止のための院内対応に関するこ
- (7) 医療事故調査制度の事例に関するこ

3. 構成員

委員長 医療安全責任者
副委員長 医療安全管理室
委員 総務局長、事務長、看護部長、各病棟師長、薬剤科長、医事課長
その他 委員長が必要と認めた者

4. 運営及び調査

- (1) 調査委員会は病院長及び医療安全管理室室長の出席を必須条件とし、必要に応じて病院長が指名する者（弁護士、医療専門家、有識者等院外関係者を含むこともある）を招集して開催する
- (2) 委員長が必要と認めた時には、3に定めた以外の者の出席を求め、当該医療事故に関する経過等を説明させることが出来る

5. 医療機関への報告

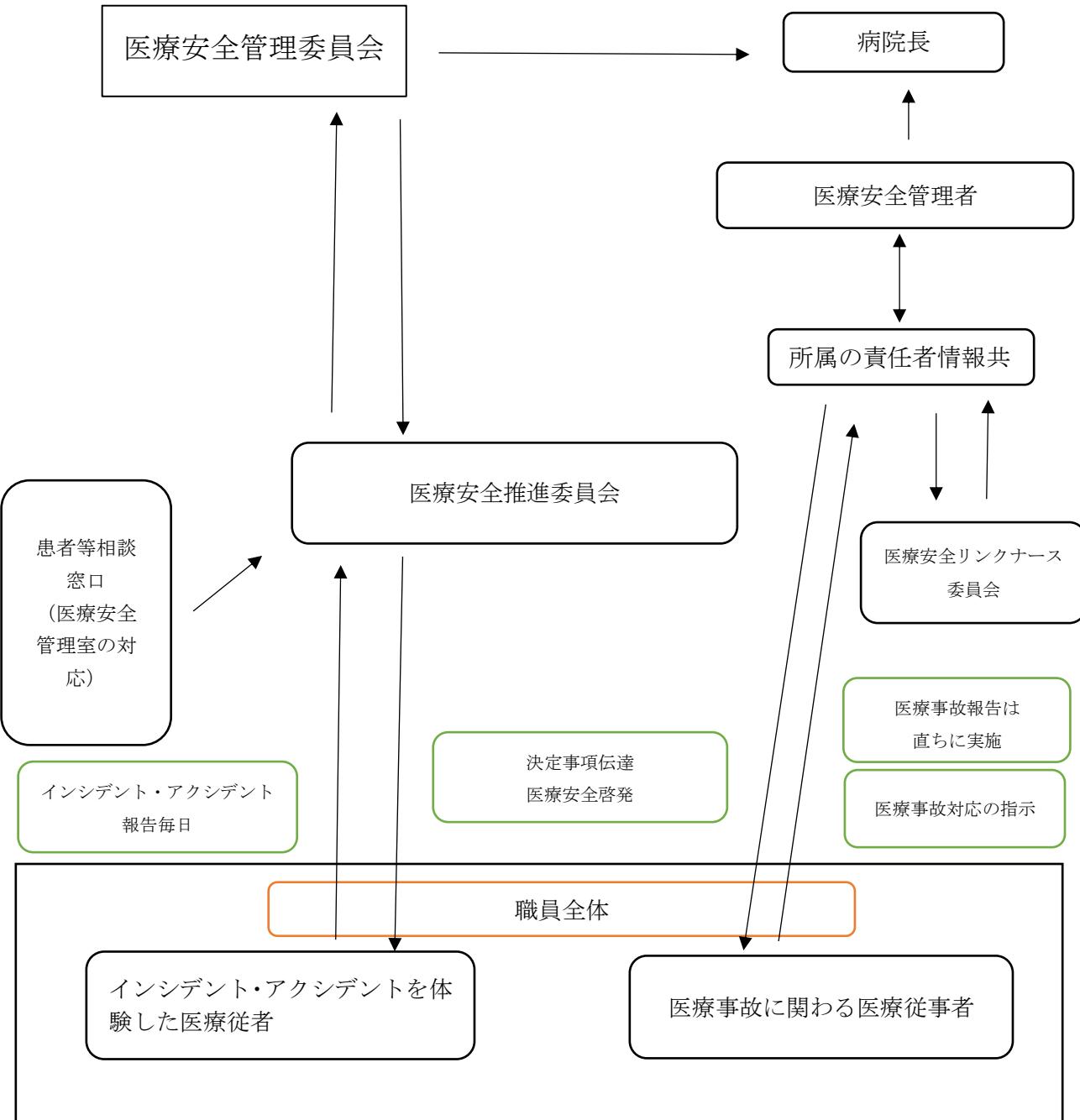
- (1) 医療事故調査制度に準じた事例の場合は、医療事故調査支援センターへ報告を行う

6. 秘密の保持

調査委員会委員として知り得た事項に関しては、正当な理由なく他に漏らしてはならない

医療安全管理に関する報告体制

(別添1)



2024年7月改定

7. 医療事故報告制度の徹底

(1) インシデント（ヒヤリハット含む）報告書・医療事故報告の目的

報告は、医療安全を確保するためのシステムの改善や、教育のためにあり事故の再発を予防することを目的とする。

(2) 医療事故発生時の対応

医療事故の報告については、一般的トラブルとその防止策に沿った対応とする。患者影響レベル指標レベル0-3aはインシデント（ヒヤリハット含む）報告書にて上司に報告し、レベル3b-5は「医療事故報告書」により行う。但し緊急を要する場合は直ちに口頭で報告し、その後文章による報告を速やか（3日以内）に行う。

(3) 施設内における報告書の作成

報告書の作成は以下の通りとする。

- ① 事故発生の原因となった当事者が行う。
- ② その他事故発生の原因となる該当者がいない場合には、事故の発見者が行う。

(4) 不利益な扱いの禁止

医療事故報告書を提出した者に対し、当該報告書を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

＜医療事故報告書の保管＞

医療事故報告書については、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保存する。

(5) 職員教育の充実

医療に係る安全管理に関する知識及び、技能の維持向上を図るため、職員教育プログラムの充実に努める。

(6) 業務基準化の推進及び、業務改善

医療に係る安全確保のため、一連の過程を通じた継続的な業務改善を行う。業務の標準化、業務の統一化を図る。

(7) 相談体制の充実

医療安全管理委員は地域医療連携室との連携を密にすると共に、意見箱等患者・家族からの意見を尊重し業務の改善に努める。

(8) 医療安全管理指針の閲覧

本指針は、患者及び家族からの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担当者及び医療安全管理者が対応する。

(9) 患者・家族への対応

患者及び家族に対する事故の説明は、原則として病院の幹部職員が対応し、状況に応じて事故を起こした担当したものが同席し対応する。

＜患者影響レベル指標＞

影響レベル	内容	障害の程度及び [継続性]
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合（仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された）	なし
レベル1	誤った行動を患者に実施したが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった場合	なし
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	なし
レベル3a	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置（消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの）が必要となった場合	軽度 [一過性]
レベル3b	行った医療又は管理により、本来必要でなかった濃厚な治療や処置が必要となった場合	中・高度 [一過性]
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	高度 [永続的]
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	死亡

・レベル 0～3a・・・インシデント

・レベル 3b～5・・・アクシデント

IVその他

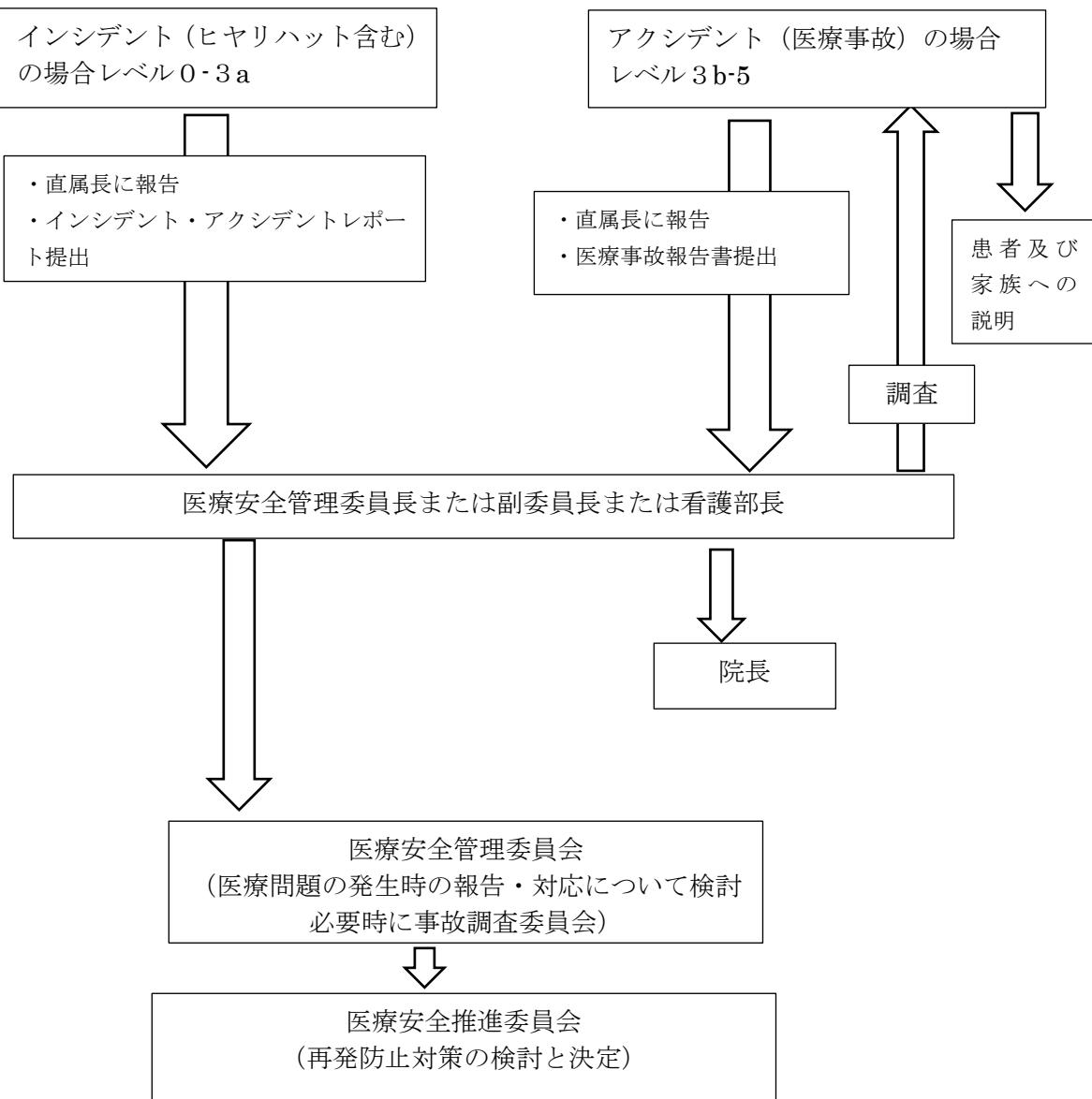
(1) 職員の責務

職員は職務の遂行に当たっては、常日頃から医療事故の発生を防止するよう細心の注意を払わなければならない。

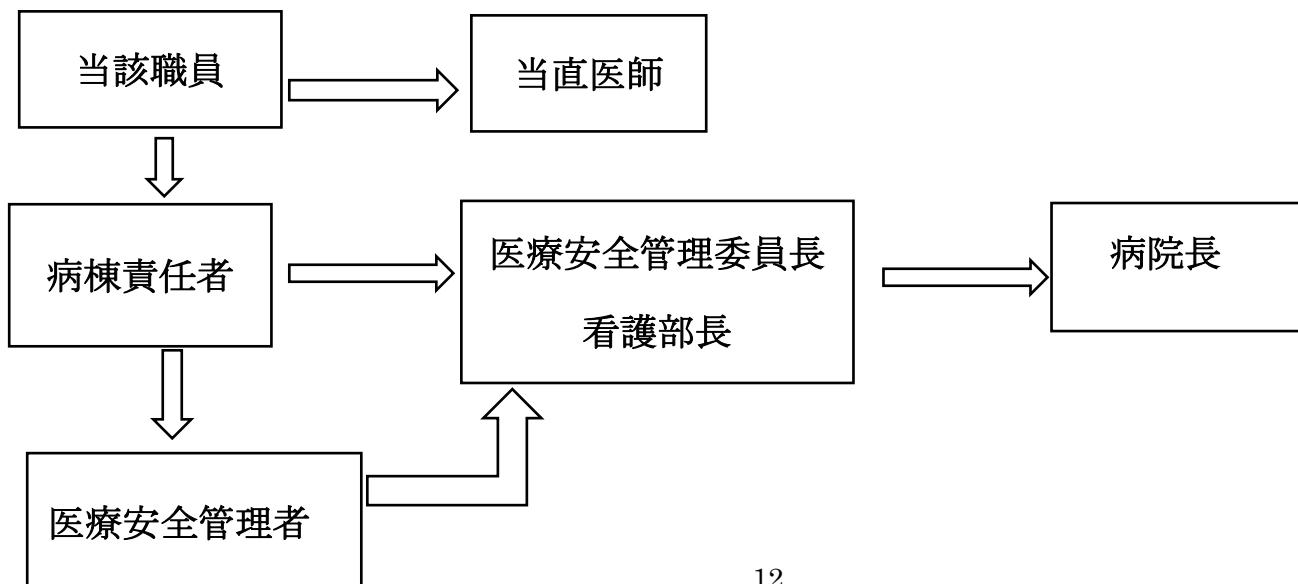
(2) 医療事故報告書の保管

医療事故報告書は医療安全管理室で保管する。

インシデント・アクシデント発生時 対応のフローチャート 別添2



重大事故発生時 夜間・休日の報告体制



8.重大事故発生時の対応

重大事故とはインシデントアクシデントの患者影響分類の影響レベルにおいてレベル4または5に該当する事案及び社会的影響を考慮し報告が必要と院長が判断した事案をいう。

救命措置の最優先

重大なアクシデント等患者に望ましくない事態が発生した場合は、病院側の過誤、過失の有無に関わらず患者の生命および健康と安全を考え行動する。

I 初動体制

1. 救命を第一とし可能な限り本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。
2. 夜間休日を問わず速やかに関係各所へ連絡報告する。

II 事故発生直後の対応と報告

1.事実確認

医療事故に関連した正確な情報を収集し、事実を確認する。医療事故にかかわった各医療スタッフから、可能な限り時系列で情報を収集し、それらを統合して、正確な事実をまとめること。

2.現場の保全

医療事故が発生した直後には、報告と現場保全を同時に行う必要がある。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、破棄したり移動したりせず、そのままの状態で保存する。必要に応じて、デジタルカメラ等を用いて、現場の状況を画像などでも記録しておく。医療事故に関する器具等を証拠として提出が求められることがある。

3.病院管理者への迅速な報告

当事者は、1時間以内にインシデントレポート・事故報告書を作成、所属長・医療安全管理者へ報告する。

4.所属長より医療安全管理者、看護部長へ速やかに報告する。看護部長より三役へ報告。

5.医療事故発生時の記録

看護記録は医療訴訟等で証拠となることも認識しておかなければならず、看護記録の基準・手順に、医療事故発生時は原則、記録方式を経時記録に変えることを明示する。また、重大医療事故が発生した場合、入院時点まで

さかのぼって記録物の提出が求められることがある。日常の記録も、情報開示をふまえた記録をする。

6.関係機関への報告と連携

①行政機関への報告

医療事故に関する行政機関への報告は、所属団体や設置主体などの方針により、保健所（地方自治体によっては保健福祉事務所など）や都道府県の医療担当部局、施設の設置主体（厚生労働省、文部科学省高等教育局など）等に対して任意の報告をする場合もある。報告する内容、報告先、報告者、報告後の対応者等をあらかじめ医療機関内で明確にしておき、必要に応じて、第一報およびその後の報告を行う。

②警察への報告

医師法第 21 条では、死体等を検案した医師が異状を認めた場合、24 時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務として規定されている。

7.患者家族への対応

患者、家族に対しては誠意をもって事故の説明を行う。事故経過を隠すことなく事実のまま説明する。課の限り身体への影響・予後について説明する。説明には主治医、看護管理者同席のもとで行う。説明終了後は次の事項をカルテに記載する。

① 説明担当者（説明者・記録担当者）

② 説明を受けた人

③ 説明日時

④ 説明内容

⑤ 質問・回答

8.当事者・当該部門への対応

医療事故発生直後において、多くの場合、当事者は自責の念や、自信喪失、不安、恐怖などさまざまな思いで混乱している。これらは、業務への集中を妨げ、第二、第三の事故のリスクを高めてしまう可能性もあるため、注意が必要である。

医療事故発生直後は、当事者が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。帰宅する場合は、家族や友人、同僚などからの支援が受けられるよう調整する。翌日以降の勤務や業務につい

ては、当事者の気持ちを確認し、看護部や医療安全管理部門と連携して決める。

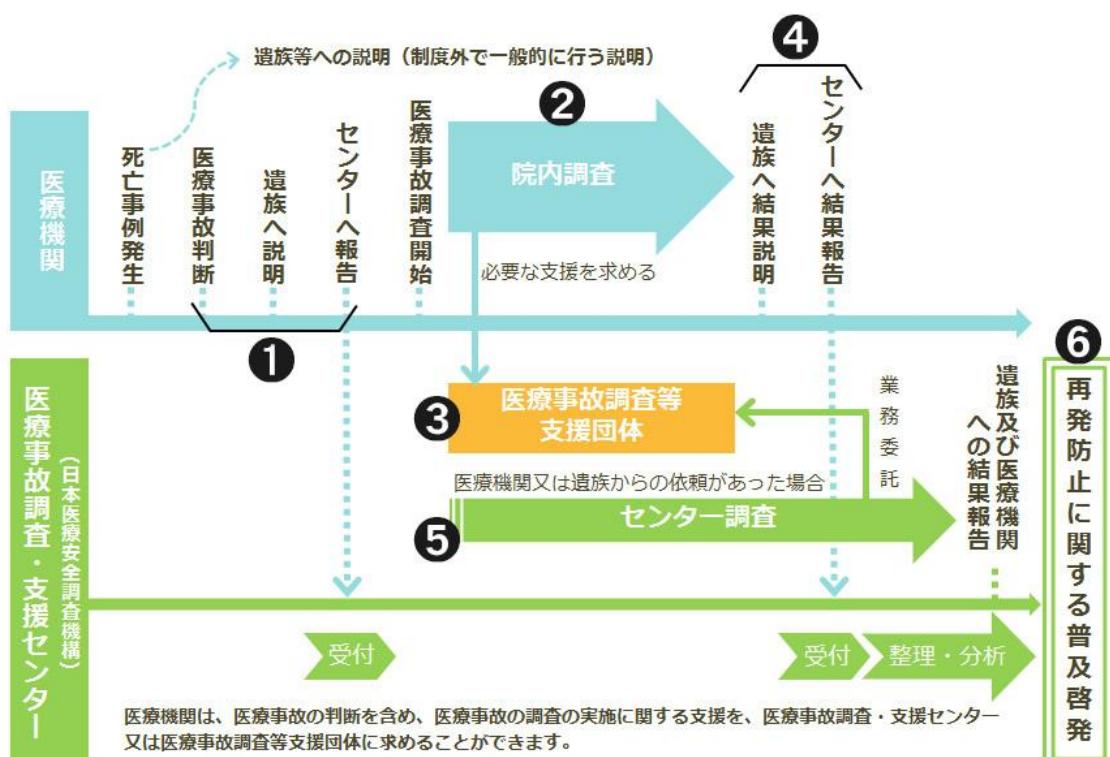
また、状況が落ち着き、医療機関内での分析や今後の取り組みについて患者側に伝達する際には、当事者らが過度の自己攻撃や孤立感を持つことがないように配慮する。また、法的支援が必要になったときに備え、当事者個人が加入している賠償責任保険会社などに連絡することが望ましい。

当該部門では、医療事故への対応と通常業務が重なり、業務が過重となることがある。状況によっては、他部署から応援人員を手配する、通常業務を減らすなどの調整をし、適切に対応する。

当該部署の医療スタッフは、自分の所属している部署における医療事故の発生により動搖することがあり、また、その部署の責任者も不安を抱えている。看護部や医療安全管理部門は、発生部署の状況を把握し、必要な支援を検討し、早期に介入する。

9. 社会への対応

報道機関に事故を公表する目的は「医療の透明性を高める」「社会的説明責任を果たす」「情報を共有し今後の医療安全に役立てる」ためである。影響の重大性 事実の確実性により記者会見の決定をする。公表が決定したら家族に公表の説明を行い、公表の同意とどこまでを明らかにするのかの了承を得る。



医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）より引用

9. 患者さんの権利

患者さんの権利と責務について

当院では、「患者中心の医療」を実践しています。

医療従事者と患者とが協力し、Shared Decision Making（共同意思決定）の手法で意思決定支援と治療をおこなうためのチーム医療を推進しています。

患者さんの権利については、WMA リスボン宣言にのっとり、以下のように定めています。

序文

リスボン宣言　　日本医師会の翻訳を抜粋します。

「意思は常に自らの両親に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自立性と正義を補償するために払わねばならない。」

以下に掲げる宣言は、医師が是認し推進する患者の主要な権利のいくつかを述べたものである。医師および医療従事者または医療組織は、この権利を認識し、擁護していく上で共同の責任を担っている。」

原則

内容の一部を抜粋（詳細はリスボン宣言日本医師会訳を参照してください）

1. 良質の医療を受ける権利

- すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有します。

2. 選択の自由の権利

- 患者は自由に担当の医師、病院、あるいは保険サービス機関を自由に選択し、また変更する権利を有します。

- また、いかなる治療段階でもほかの医師の意見を求める権利を有します。

3. 自己決定の権利

- 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有します。

また医師は、その決定のもたらす結果を患者に知らせるものとします。

- 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有します。

4. 意識のない患者

- 患者が意識不明かその他の理由で意思を表示できない場合は、法律上の権限を有する代理人から可能な限りインフォームドコンセントを得なければなりません。

5. 法的無能力の患者

- 患者が法的無能力者の場合、法律上の権限を有する代理人の同意が必要とされます。

それでもなお、患者の能力が許す限り、患者は意思決定に関与しなければなりません。

6. 患者の意思に反する処置

- 患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、特別に法律が認め、かつ医の倫理の諸原則に合致する場合には、例外的な事例としてのみ行うことができます。

7. 情報に対する権利

- 患者はいかなる医療上の記録であろうと、そこに記載されている自己の情報を受けける権利を有し、(中略)また病状について十分な説明を受ける権利を有します。
- 例外的に情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらす恐れがあると信ずるべき十分な理由がある場合は、情報を与えなくともよいとされます。

8. 守秘義務に対する権利

- 患者に関する個人を特定しうるあらゆる情報は、患者の死後も秘密が守られねばなりません。

9. 健康教育を受ける権利

- すべての人は、個人の健康と保険サービスの利用について、情報を与えられた上での選択が可能となるような健康教育を受ける権利があります。この教育には、健康なライフスタイルや疾病の予防および早期発見についての手法に関する情報が含まれていなければなりません。

10. 尊厳に対する権利

- 患者は、その文化および価値観を尊重されるように、その尊厳とプライバシーを守る権利は医療と医学教育の場において、常に尊重されるものとします。
- 患者は、最新の医学知識に基づき、苦痛を緩和される権利を有します。
- 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎える

ためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有します。

11. 宗教的支援に対する権利

- 患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的道徳的慰問を受けるか受けないかを決める権利を有します。

患者さんの責務

同様に、以上の患者さんの権利を尊重した医療の実践のために、患者さんに守っていただく責務もあります。

- 1, 患者さんの健康に関するただしい情報を提供してください。
- 2, 医療行為に協力してください。
- 3, 療養や治療に患者さん自身が積極的に参加し療養に取り組みましょう。
- 4, 医療安全の確保のため、医療行為や治療薬についての不安があれば、お知らせください。
- 5, 院内感染の防止を目的とした処置やルールにご協力ください。
- 6, 院内の規則に従い、社会的ルールを遵守し、医療者の指示に従ってください。

職員への暴言、暴力により診療に協力が得られない行為、または、診療の妨げになる行為は慎んでください

