

# 真生会富山病院 医療品質管理指針

## 1. 医療品質管理指針の目的と概要

この指針は、真生会富山病院が提供する医療の品質を適正に管理し、本院の理念の実現を目指すことを目的とする。なお、本指針は医療安全管理体制を中心にその指針を定める。

## 2. 医療品質管理に関する基本的な考え方

### (1) 真生会富山病院における医療品質に関する基本認識

患者の安心・満足(PTS=Patient Satisfaction)の限りない探求と継続という視点での管理を品質管理と位置づける。この視点に立つての不具合(PTNS=Patient Not Satisfaction)は医療事故のみに留まらず医療者側と患者側との間で生じたすべての不具合を指す。最良のPTSを滞りなく提供すると共に発生したPTNSにも適切に対応し、PTSに転換することに職員が総力を結集することを本院における医療品質管理の第一義とする。

### (2) 医療品質の骨格

本院では医療品質の骨格をリアライアビリティ(信頼)とパフォーマンス(性能)ととらえ、品質管理の主眼とする。

#### 1) リアライアビリティ(信頼性)・・・医療安全管理

※「人間はエラーを犯すもの」という視点に立ち、エラーが起きても医療事故を発生させない。

※安全で信頼される医療を構築する。

※医療事故やインシデントの情報を収集、原因の分析を行い、システムの改善に継続的に取り組む。

(原因を分析することは責任の所在を明らかにすることであるが、個人の責任を追求するものではない。)

※医療事故防止マニュアルを常に見直し、全職員に周知徹底する。

※職員一人一人に「医療事故は絶対に起こさない」という強い信念を育成し、安全文化を醸成させる。

#### 2) パフォーマンス(性能)・・・各職種などに要求されるより高い能力

※各種職能レベル(医師の正診率・看護レベル・調剤レベル・検査の正確性など)

※接遇・・・患者に対するゆたかな接遇能力

※アメニティ・・・良好な療養環境

## 3. 医療安全に関する用語の定義

真生会富山病院で使用する医療安全に関する用語の定義を以下の通りとする。

### (1) 医事紛争

患者、医療者間に発生したすべての不具合を指す。

### (2) 医療事故

医療行為実施の過程でのヒューマンエラーに基づく事故を言い、過失が存在するものと不可抗力(偶然)によるものと両方を含める。

(3) 医療過誤

医療事故の内、過失の存在を前提としたもの。

(4) インシデント

いわゆる「ヒヤリハット」「医療事故」「医事紛争」をすべて包括してインシデントと総称する。

(5) インシデントレベル分類

インシデントは以下の分類で、その重大性を区分する。

レベル分類	インシデントの内容
レベル 0-0	未然に防げた。実施されていても影響は軽微であった。
レベル 0-5	未然に防げたが、実施されていたら重大な事故になった。
レベル 1	患者の心身ともに取り返しのつく範囲である。
レベル 2-1	患者に身体的変化はなかったが信頼を損なった。
レベル 2-2	患者の身体に変化を来した。
レベル 3	予定外の治療が必要となった。
レベル 4	予定外の障害が残った。
レベル 5	事故が死因となった。

(6) 重大インシデント

インシデントレベル分類のレベル 0-5 ならびにレベル 3、4、5 のインシデントを重大インシデントと呼称する。

(7) ホットライン報告事項

病院としての至急な対応を必要とする重大なインシデントをとくにホットライン報告事項とする。具体的な該当事項は、5の(3)に示す。本事項の報告ラインをホットライン(HL)と呼称する。

#### 4. 医療安全管理体制の整備

(1) 医療安全管理規程

医療品質管理の視点から「医療安全管理規程」を以下に定め、医療事故予防ならびに医療事故発生時の緊急対応について院内全体が有機的に機能する効率的な医療安全管理体制を整備する。

1) 医療事故・インシデント等の報告制度の確立

医療安全意識の醸成と具体的な予防・再発防止策に資するため、医療事故やインシデントの情報収集、分析・評価、対策立案を的確に行う体制を整備する。

2) 職員に対する安全教育・研修の実施

本院における医療安全に関する基本的な考え方や個別事案に対する予防・再発防止策の周知徹底のため、全職員を対象にした教育・研修を計画的に実施する。各部署(部門)においても同様な教育・研修を実施する。

3) 医療事故発生時の対応方法の確立

医療事故発生時には、患者の安全確保を最優先するとともに、事故の再発防止策を早期に検討し、職員に周知徹底する。

4) 医療安全管理室の設置

医療安全管理を主導する部門として、医療安全管理室を設置する。

(2) 医療安全管理室の整備

1) 医療安全管理室の設置

- ア. 真生会富山病院に、医療安全管理室を置く。
- イ. 医療安全管理室の主所轄業務は、以下とする。
  - (ア) 医療安全委員会の運営(「医療安全管理に関する組織体制」に基づく)
  - (イ) 医療安全管理体制の構築
  - (ウ) インシデントレポートの管理
  - (エ) 職員へ安全意識の啓発
  - (オ) インシデントの要因分析と対応

2) 医療安全管理室は、次に掲げる室員をもって組織する。

- ア. 医療安全管理室室長(副院長代行兼任)
- イ. 医療安全管理室主任
- ウ. 医療安全管理室主任(専従医療安全管理者兼任)

(3) 医療安全委員会の整備

- 1) 医療安全委員会は「医療安全委員会規程」に基づく委員会とする。
- 2) 医療安全委員会は「機能別グループ組織図」に基づき、医療品質管理グループに所属する。
- 3) 医療安全委員は、次に掲げる委員をもって組織する。

- ア. 医療安全管理室員
- イ. リスクマネジャー(各診療科、各看護単位等、各部門毎に原則 1~2 名指名)
- ウ. その他必要な職員

4) 医療安全委員会の目的

「常にシステムの改善とヒューマンエラーの防止に努め、患者から信頼される安全で適切な医療を推進する。」

(4) 役割、権限、責任等

真生会富山病院における主な医療安全管理担当者の役割、権限、責任等は次の通りとする。詳細は、「真生会階層別役割」に準ずる。

1) 医療品質管理グループ長(副院長兼任)

真生会富山病院における医療品質管理グループの責任者。

2) 医療安全管理室長(副院長代行兼任)

真生会富山病院における医療安全管理室の責任者かつ医療品質管理グループの副責任者。当院の医療安全管理を主導する。

3) 医療安全管理室主任(専従医療安全管理者兼任)

医療法(施行規則)および「医療安全管理に関する組織体制」等に基づいて医療安全管理室長の指示のもと、医療安全管理に関する業務を行う。

4) 医薬品安全管理責任者

医薬品の安全管理に関する責任者。医療法(施行規則)および「医療安全管理に関する組織体制」等に基づいて医薬品の安全管理に関する業務を行う。

5) 医療機器安全管理責任者、医療機器安全管理副責任者

医療機器の安全管理に関する責任者。医療法(施行規則)および「医療安全管理に関する組織体制」等に基づいて医療機器の安全管理に関する業務を行う。当院では医療機器安全管理副責任者(臨床工学技士)を配置し、実務を行う。

6) リスクマネジャー

医療安全委員会の目的や活動方針に沿って、各部署(部門)において医療安全活動を行う。

(5) 院内における医療安全管理活動

1) 職員研修の定期開催

医療安全委員会は、医療安全管理に関する基本的な指針や医療事故予防・再発防止の具体的事例に対する方策を職員に周知徹底すること、および医療事故発生時の職員召集など緊急事態対応への習熟を目的に全職員対象の講習を計画し、定期的に(年2回)開催する。

また、各部署(部門)においても同様の研修を定期的に開催する。医療安全管理室にて教育計画表を作成し、各部署(部門)における教育計画や実施の有無を把握する。

2) 医療事故防止の日々の取り組み

ア. 毎月1回、各部署のリスクマネジャーが集まり、医療安全委員会を開催する。重要なインシデントレポートを分析し、院内に潜む業務システム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスク予測の可否、システム改善の必要性等を検討し、対策の決定・評価を行う。

イ. 毎月1回、医療安全管理室員と各部門代表のリスクマネジャーで、各部署の医療安全パトロールを実施する。パトロール部署は、直近半年～1年間のインシデント報告数、インシデント事例の重要性等から決定し、ローテーションする。医療安全パトロールチェック表に基づいて、医療安全環境の確認や過去のインシデント事例の対策が徹底されているか等を確認し、指導を行う。

ウ. 原則として毎週1回、医療安全管理室員と各部門代表のリスクマネジャーが集まり、医療安全対策のカンファレンスを行う。直近のインシデントレポートを確認・検討した上で、対策を立案し、各部門に伝達する。

エ. 医療安全委員会の目的や活動方針に従って、各部署のリスクマネジャーが現場レベルで医療安全管理体制の確認や啓発活動を行う。

オ. 職員の情報共有サイト(グループウェアはサイボウズ Office Version 8.1.2:以下、サイボウズ)に「医療安全管理室」の院内ホームページを作成し、本指針や厚生労働省通知など医療安全に関する様々な情報を閲覧できる環境を整える。

3) 記録・保管

医療安全管理室は、医療安全委員会および医療安全管理に係わる職員研修の実施内容を所定の方法で記録し保管する。

ア. 医療安全委員会議事録の確認

(ア) 医療安全管理室は、医療安全委員会開催後、議事録をリスクマネジャーに電子メールで配信する。

- (イ)各部署のリスクマネジャーは、医療安全管理室から配信された議事録を印刷し、所定のファイルにファイリングする。所属部署の職員はファイリングされた議事録を確認し、押印する。印刷した議事録は各部署で最低1年間保管する。

## 5. 医療安全確保のための院内報告制度

医療安全確保のための院内報告制度を以下に定める。

### (1) インシデントレポート

医療事故の予防・再発防止に資するため、医療事故ならびにインシデントの報告を制度化し、その収集を促進する。

#### 1) インシデント報告

インシデント事例を体験あるいは発見した職員は、その概要を所属部署の責任者に報告し、当院で運営するインシデントレポート管理システム(以下、インシデントレポートシステム)にて電子メール版インシデントレポートを2日以内に作成し送信する。送信されたインシデントレポートは、第一報として院長、院長顧問、副院長(代行)、医療安全管理室、リスクマネジャーにメール配信され、同時にインシデントレポートシステムに登録される。

#### 2) 一斉配信

医療安全管理室(所属部署のリスクマネジャーも可)は、登録されたインシデントレポートにレベル分類を付け、関係職員全体(診療系の全職員、事務系の幹部・診療に関わる職員)に一斉にメール配信を行う。

#### 3) コメント登録

リスクマネジャーは、所属部署の責任者と共に報告されたインシデントレポートをもとに未然予防・再発防止策を講じ、適宜、インシデントレポートシステムにてコメント登録を行う。

#### 4) インシデント報告者に対し、報告を理由に不利益な処分は行わない。

#### 5) 記録・保管

医療安全管理室は、インシデントレポートシステムからインシデントレポートをダウンロードし、所定の方法で保管する。

##### ア. インシデントレポートの確認

(ア)各部署のリスクマネジャーは、一斉配信されたインシデントレポートの中から所属部署に関係するレポートを印刷し、所定のファイルにファイリングする。所属部署の職員はファイリングされたインシデントレポートを確認し、押印する。印刷したインシデントレポートは各部署で最低1年間保管する。

### (2) 重大インシデント

レベル分類0-5ないしレベル3、4、5に該当する重大インシデントは、その詳細を所属部署の責任者に報告する。責任者は内容に応じ、医療安全管理室長に報告する。レポートの報告等は上述(1)に同じ。

### (3) ホットライン報告

医療事故ないし患者とのトラブル、および災害事故が発生した場合、発生後ただちに直属上司(または直属責任者)に口頭と電子メールで報告するホットラインを設定する。

1)-A 報告方法(医療事故ないし患者とのトラブルの場合)

ア. 当事者は直ちに口頭で直属上司(または直属責任者)に報告する。

(当事者は2日以内にインシデントレポートで報告すると共に、直属上司(または直属責任者)にもメールで報告する)

イ. 直属上司(または直属責任者)は医療安全管理室長と所属部署の病院運営会議メンバーに報告をする。所属部署の病院運営会議メンバーで共有し、上司の副院長(代行)が所定のメールアドレス(幹部職員)へのメール送信を検討する。

ウ. 医療安全管理室長は直属上司(または直属責任者)から報告を受けた時点で医療品質管理グループ長に報告する。

エ. 医療品質管理グループ長は院長と理事会に報告する。要因分析や対応等を行う必要がある場合、医療品質管理グループ長から医療安全管理室長に指示を出す。

1)-B 報告方法(災害事故の場合)

ア. 当事者は直ちに口頭で直属上司(または直属責任者)に報告する。

(当事者は2日以内に直属上司(または直属責任者)にメールで報告する)

イ. 直属上司(または直属責任者)は所属部署の病院運営会議メンバーに報告をする。所属部署の病院運営会議メンバーで共有し、上司の副院長(代行)・事務長代行が担当副院長または事務長代行に報告し、所定のメールアドレス(幹部職員)へのメール送信も検討する。

ウ. 担当副院長または事務長代行は院長と理事会に報告する。要因分析や対応等を行う必要がある場合、担当副院長または事務長代行から所属部署の病院運営会議メンバーに指示を出す。

2) ホットライン報告事項

医療事故および災害事故の緊急性によって、緊急報告事項(●)と準緊急報告事項(○)に分類する。

・緊急報告事項(●)

定義: 緊急報告事項とは、たとえ深夜であっても院長に報告すべき事項を指す。

・準緊急報告事項(○)

定義: 準緊急報告事項とは、翌朝までには院長に報告すべき事項を指す。

※院長への報告経路は、個々の事例によって異なるため、別途、定める。

【医療事故緊急報告事項】

●患者の予期せぬ死亡

○治療途中での予期せぬ入院(他院への入院を含む)

○予期せぬ重症化

○予期せぬ再手術

○転倒・転落により重大な外傷を負い、かつその原因として病院ないしは職員の過失が危惧される場合

○誤診によるトラブル

●患者の自殺

●自殺企図

●誤輸血

○誤薬による重大なトラブル

## 医療品質管理指針

- 薬剤による重大な副作用
  - 院内感染ならびにその疑い
  - 病院食による食中毒ならびにその疑い
  - 患者誤認手術
  - 手術部位間違い
  - 重大な障害が危惧される無断離院や所在不明
- ※診療関連死に伴う警察への届出については、6(5)を参照。

### 【災害事故緊急報告事項】

- 火災(管理部担当)
- 地震・台風・突風などによる病院建物・設備の破損(管理部担当)
- 職員の不慮の死亡(事務部担当)
- 職員の死亡または重傷・重症(事務部担当)
- 職員の配偶者の死亡または重傷・重症(事務部担当)
- 個人情報漏洩(インフォメーション・マネジメント委員会担当)
- 盗難(事務部担当)
- 傷害事件(暴力・ハラスメント対策委員会担当)
- 警察を呼ぶか連絡しなければならないトラブル(事務部担当)
- 電子カルテの重大な故障・システムダウン(情報室担当)
- 1分以上1時間未満の停電(管理部担当)
- 1時間以上復旧しない停電(事務部担当)

### 3) 情報共有範囲と対応機関

#### ア. ホットライン報告事項

医療事故関連か災害事故関連かに関わらず、ホットラインメンバーで情報を共有する。

・ホットラインメンバー＝ホットラインメーリングリストメンバー＝幹部職員

## 6. 医療事故発生時の具体的な対応

### (1) 初動体制

患者の安全確保を最優先し、応急処置に全力を尽くす。

- 1) 第一発見者は直ちに緊急の発信をして援助を求める。
- 2) 患者に何が発生したのか事実を把握する。証拠保全・原因究明のために究明部分以外はフリーズする。
- 3) 事故発生部署の職員だけでは十分な緊急処置が行われない場合は、必要に応じて他の診療科や専門医の応援を求める。
- 4) 他院への転送が必要な場合は適時に転送する。

### (2) 報告

- 1) ホットライン報告事項は直ちに直属上司(または直属責任者)に報告する。
- 2) 重大インシデント(レベル 0-5、3、4、5)は直ちに直属上司(または直属責任者)に報告する。

- 3) 1) 2) 以外であっても患者から抗議を受けたケースや医事紛争に発展する可能性があるとは判断される場合は、速やかに直属上司(または直属責任者)に報告する。

(3) 患者と家族への説明

- 1) 対応責任者を主治医または病棟医長、副院長(代行)一人に定める。
- 2) 患者・家族へ発生した事実を適宜速やかに説明する。
- 3) 説明は原則、対応責任者を含む複数で行い、必要に応じて担当医や上席医等が同席する。当該師長は必ず同席する。
- 4) 発生した事例について遺憾の意を表明すると共に誠心誠意治療に全力をかけることを伝える。
- 5) 治療費・補償に関する事柄については院長あるいは副院長(代行)が対応する。

(4) 事実関係の記録

- 1) 発生した事実を客観的、経時的に正確に記録する。
- 2) 説明については、説明者氏名、時刻、内容、説明を受けた方の氏名、質問・回答等を記録に残す。

(5) 診療関連死に際しての対応について

1) 患者の予期せぬ死亡を確認した場合の対応手順

ア. 死亡確認後、主治医あるいは代理医師は直ちに死体を検案し、異状の有無を直属上司と医療安全管理室長に報告する。

(ア)「検案」とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいう。

(イ)「異状」とは、法医学的にみて、普通と異なる状態で死亡していると認められる状態であることをいう。

(例) 頸部や胸部の圧迫、縊頸、絞・扼頸、鼻口部の閉塞、刃器・鈍器による傷害、毒物・薬物などの服用、注射、接触など。

(詳細は日本法医学会の異状死ガイドライン <http://www.jslm.jp/public/guidelines.html> を参照。)

イ. 医療安全管理室長は直ちに医療品質管理グループ長に報告する。

ウ. 死体を検案した結果、異状が認められる場合は、死体を検案した医師は24時間以内に警察に届け出る。

2) 死亡確認時の対応手順

ア. 医療過誤に起因して患者が死亡したと判断される場合

(ア) 医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)が医療過誤に起因して患者が死亡したと判断した場合、医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)は理事会に報告し、主治医(以降、本手順において、主治医の記載には、必要に応じ上席医を含むこととする)及び医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)は、下記遺族への説明に従って対応する。

【遺族への説明】

A. 主治医及び医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)は死亡に至った経緯、医療過誤による死亡であったことを遺族に説明し、遺憾の意を表明する。

B. 上記6(5)1)ウにもとづき警察へ届出をした場合は、その旨を遺族に伝える。

イ. 医療過誤に起因して患者が死亡した疑いがある場合

(ア)医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)が医療過誤に起因して患者が死亡した疑いがあると判断した場合、院長は主治医ないし医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)に遺族に病理解剖を申し出るよう指示する。

【遺族への説明】

A. 主治医及び医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)は死亡に至った経緯、推定される死亡原因、医療過誤の可能性のあること、病理解剖の必要性等を遺族に誠意を持って丁寧に説明し、病理解剖を申し出る。

B. 上記6(5)1)ウにもとづき警察へ届出をした場合は、その旨を遺族に伝える。

(イ)遺族または解剖施設が、病理解剖に同意しなかった場合、医療品質管理グループ長(あるいは医療安全管理室長)はその旨を理事会に報告し、今後の対応について協議する。

ウ. 医療過誤に起因して患者が死亡したのではない場合

(ア)死体を検案して異状が認められない場合は警察への届出は不要である。ただし、死因が不明の場合は、主治医は遺族に病理解剖を申し出るのが、望ましい。

※補足事項

- ・主治医不在時に患者の死亡が確認された場合、死亡を確認した医師は、主治医に必ず連絡し、主治医到着まで、主治医を代行する。主治医に連絡が取れない場合、または、事情により主治医が来院できない場合は、当直医ないし代行医が主治医を代行するものとする。
- ・遺族に連絡が取れないという理由で、警察に届け出はならず、他の手段(市役所、消防署等)で連絡を取るよう努める。
- ・患者の死亡が、自殺や溺死等、診療関連死以外の異状死の場合、6(5)1)の対応手順に従い、死体を検案した医師は24時間以内に警察に届け出る。遺族にもその旨を伝える。

(6)院内事故調査検討会規程

1)院内事故調査検討会の設置

ア. インシデントレベル5(患者が死亡)の医療事故が発生した時には、医療安全管理室長が「院内事故調査検討会設置のためのチェックシート」(巻末)に基づいて、院内事故調査検討会を設置するかどうかを速やかに決定する。

2)院内事故調査検討会の組織

ア. 有害事象と利害関係のない管理職医師1名に検討会座長を委嘱する。

イ. 院内から有害事象が起きた場面ないし部署に精通した医療職2名以上。

ウ. すべてのメンバーは当該有害事象と利害関係のない者でなければならない。

※以下の者はメンバーとしてはならない。

(ア)院長

(イ)顧問弁護士

(ウ)有害事象の当事者(医療者・患者・家族)とその代理人

(エ)有害事象の当事者の直接の利害関係者(上司、部下等)

(オ)病院の加入する損害保険会社の関係者

3)院内事故調査検討会の進め方

ア. 最初に客観的事実を調べ、カルテ記載の真实性を確認する。

## 医療品質管理指針

- イ. 医療担当者と患者家族の双方からヒアリングする。
  - ウ. 医療当事者については、周辺の関係者からヒアリングを始め、直接の当事者のヒアリングは最後にする。
  - エ. ヒアリングは、一人一人別々に行う。
  - オ. 院長から検討会への資料提出や発言内容によって職員に不利益を与えないことを約束する。
  - カ. 短期間に集中的に調査する。
  - キ. 患者側あるいは医療側の当事者ないしその弁護士に検討会の傍聴を認める。
  - ク. 原因分析は ImSAFER を用いて行う。
- 4) 事故調査報告書の書き方
- ア. 報告書の構成は、①医療事故の事実認定、②事故原因の分析と評価、③再発防止のための指針の三つの要素からなる。
  - イ. 具体的な章立ては以下の通り
    - (ア)はじめに 検討会設置の趣旨
    - (イ)検討会名簿
    - (ウ)検討会開催日時および各会の調査内容の概略
    - (エ)事故の概要
    - (オ)事故の事実経過
    - (カ)事故の原因とその背景の分析
    - (キ)再発防止の指針
    - (ク)おわりに 検証スケジュール
  - ウ. 評価意見が分かれる場合はその旨記載する。
  - エ. 報告書において安易な過失の判断や法的判断を行ってはならない。
  - オ. 再発防止の考察は後方視的(レトロスペクティブ)なものであるので、再発防止が可能である事実をもって過失を論じてはならない。
- 5) 事故調査報告書の取り扱い
- ア. 院内事故調査検討会から院長に対し、事故発生から 24 時間以内に事故調査報告を行い、それに基づき病院として患者・家族に十分に説明を行い、説明責任を果たす。
  - イ. 事故調査報告書の公表については、(7)の医療事故公表規程で定める。

## (7) 医療事故公表規程

### 1) 公表基準

- ア. インシデントレベル 5(患者が死亡)の医療事故のうち、院内事故調査検討会から院長に対し「過失あり」という事故調査報告が行われたものに関しては、患者・家族の承諾を得た上、公表する。患者・家族に報告する前に報道関係者に報告書を開示してはならない。
- イ. ただし、社会的影響の大きさや再発防止の観点から、迅速に広く伝える必要があると理事会で決定された場合には、院内事故調査検討会の開催を待たず、可及的速やかに公表する。

### 2) 公表手順

- ア. 公表方法は記者会見、メディアへの事故調査報告書配付、病院ホームページに掲載するなどの方法があるが、そのうちどれを選択するかは理事会で決定する。
- イ. 理事会は広報担当者を指名する。広報担当者は、ポジションペーパー(公式見解)を作成し、公表の

## 医療品質管理指針

場所、公表を行う人を決める。

ウ. 院長は公表直後に全職員に対して事故報告と方針説明を行う。

エ. 専用の問い合わせ窓口を設け、担当者を配置する。

## 7. 患者との情報共有

### (1) 患者への説明と同意

真生会富山病院が提供する医療について患者への説明と同意は次の通り行うものとする。

- 1) 医師は患者に対し、病名、病状、診療計画、検査結果、治療内容、予後等を懇切丁寧に説明しなければならない。
- 2) 手術、検査等の侵襲を伴う診療行為を実施する場合には、事前にその内容、必要な理由、期待される改善程度、危険性や合併症、それ以外に選択肢となりうる方法とその利害得失、実施後の予後等を、口頭で懇切丁寧に説明し、文書で同意を得なければならない。
- 3) 患者には他の医療機関の医師の意見(セカンド・オピニオン)を聞く権利があること、その際には必要な診療情報を提供することを伝える。
- 4) 当院で実施していない診療行為でも、他の医療機関で相当程度実施されているものについては説明しなければならない。希望があれば適切な医療機関を紹介する。

### (2) カルテ開示

カルテ開示については本院が定める「当院における個人情報保護方針」に基づいて行う。

- 1) 個人情報相談窓口は事務部とし、総合受付にて患者等からのカルテ開示の申し出を受ける。
- 2) 総合受付の医事課職員は、カルテ開示の申し出を受けた際、事務長代行に連絡する。
- 3) カルテ開示は、カルテ情報等の閲覧およびコピーの交付を行う。
- 4) 患者の心身の状況を著しく損なう恐れがある等の場合には、カルテ情報等を開示しないことがある。その際には、文書で知らせる。
- 5) 開示手数料は実費相当額とする。手数料の詳細については個人情報相談窓口にて問い合わせを受ける。

### (3) 患者等に対する医療品質管理指針の閲覧

本指針は「医療法人真生会 真生会富山病院」のホームページに公開し、患者等が閲覧できるものとする。

## 8. 患者からの医療相談への対応

真生会富山病院は患者からの苦情相談対応を行う窓口等を設置し、その運営を以下に定める。

### (1) 構成

患者からの苦情相談対応は、次の窓口等で行う。

- 1) 医療相談窓口
- 2) PTS 推進室
- 3) ご意見箱
- 4) インシデントレポート

(2) 運営

1) 医療相談窓口

患者・家族等からの医療相談窓口は、主に PTS 推進室、医療福祉相談室、医療安全管理室とする。総合受付・各科外来・病棟などで患者・家族等から医療相談の申し出を受けた場合、相談内容に応じて、担当者に連絡する。連絡を受けた担当者は速やかに対応を行う。相談内容は、適宜、電子媒体または紙面にて記録・保管する。

ア. 担当者は次の通りとする。

- (ア) PTS 推進室(フロアマネジャー)
- (イ) 医療福祉相談室(ソーシャルワーカー)
- (ウ) 医療安全管理室主任(専従医療安全管理者兼任)
- (エ) その他、医療相談内容に応じて対応できる職員

※事務長代行、暴力・ハラスメント対策委員長(広報課長、渉外課長兼任)、医療品質管理グループ長(副院長兼任)、医療安全管理室長(副院長代行兼任)など。

イ. 苦情(クレーム)に関する内容は、主に PTS 推進室(フロアマネジャー)が対応する。

ウ. 転院支援に関する内容は、医療福祉相談室(ソーシャルワーカー)が対応する。

エ. 医薬品副作用に関する内容は、医療安全管理室主任(専従医療安全管理者兼任)が対応する。

(ア) 医療安全管理室主任(専従医療安全管理者兼任)は医療相談窓口担当者の支援を行う。

A. 病院サーバーの PTS 推進室、医療福祉相談室、医療安全管理室の共有フォルダーに、それぞれの部署で医療相談対応記録ファイル(概要)を保存する。

B. 医療安全管理室主任は毎月それぞれの部署の医療相談対応記録ファイルを確認し、医療相談件数等を電子メールで関係職員に配信し、情報共有を行う。

2) PTS 推進室

PTS 推進室(フロアマネジャー)は外来・病棟などの院内フロアにおいて患者・家族等から苦情(クレーム)の訴えを受けた際などに対応を行う。相談内容は、適宜、電子媒体または紙面にて記録・保管する。

3) ご意見箱

患者・家族等が苦情内容などを紙面に記載して投函できるご意見箱を設置する。ご意見の内容はサイボウズのトップページ「患者からの意見」に公開し、PTS 推進室が適宜、電子メールにて全職員に配信する。

4) インシデントレポート

職員は患者・家族等からの苦情(クレーム)内容をインシデントレポートにより報告することができる。必要に応じて、PTS 推進室で対応を行う。苦情(クレーム)内容は、適宜、電子媒体または紙面にて記録・保管する。

(3) その他

「医療相談窓口」の掲示物を掲示する。

1) 掲示場所

ア. 外来

- (ア) 内科、外科・整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、アイセンター(眼科)、総合受付

## 医療品質管理指針

### イ. 病棟

(ア) さくら病棟、わかば病棟、アイセンター(あやめ病棟)

### 附則

本指針の改定は医療安全管理室がその案を作成し、医療安全委員会にて合意を得た後、病院運営会議で承認を得るものとする。

