

# 医療安全管理指針

湘南泉病院  
医療安全管理委員会

## 医療安全指針、各マニュアル改訂履歴

平成 14 年	8 月	初版制定
平成 16 年	9 月	全面改訂
平成 17 年	5 月	一部改訂
平成 18 年	4 月	一部改訂
平成 19 年	2 月	一部改訂
平成 20 年	5 月	一部改訂
平成 21 年	6 月	一部改訂
平成 22 年	7 月	一部改訂
平成 23 年	4 月	一部改訂
平成 24 年	7 月	一部改訂
平成 24 年	12 月	一部改訂
平成 25 年	4 月	一部改訂
平成 26 年	3 月	一部改訂

# 目 次

<b>I・医療安全管理指針</b>	
1 医療安全管理に関する基本的な考え方	5
2 医療安全管理指針の目的	
3 安全管理の具体的な推進方策	
4 医療事故防止に関する用語の定義と区分	
5 医療事故・インシデントの報告内容	
<b>II・医療安全管理委員会及びその他の組織に関する基本的事項</b>	<b>7</b>
安全管理のための院内組織体制	
医療安全小委員会	9
医療安全小委員会構成員名簿	
医療安全管理室	10
<b>III・安全管理のための職員研修に関する基本方針</b>	<b>12</b>
<b>IV・医療に係る安全確保を目的とした改善のための方策に関する方針</b>	<b>13</b>
患者影響レベル区分	
「報告書」の様式と書き方	
<b>V・医療事故発生時の対応に関する基本方針</b>	<b>16</b>
医療事故発生、防止対策フロー図	
重大事故発生時の対応	
緊急時の連絡先	
院内緊急コード	19
事故内容、説明内容の診療録への記載マニュアル	21
事故内容、診療録・看護記録監査チェック表	
<b>VI・医療従事者と患者との間の共有に関する基本方針</b>	<b>22</b>
<b>VII・患者からの相談への対応に関する基本方針</b>	<b>22</b>
<b>VIII・安全管理のためのマニュアルの整備の基本方針</b>	<b>23</b>

【患者・家族からの職員への暴力・暴言対応マニュアル】	24
【不審者が侵入したとき、盗難発生したときの対応マニュアル】	24
【自殺防止対応マニュアル】	25
【虐待防止マニュアル】	26
【離院時対応マニュアル】	29
【組織で取り組む院内暴力への対応マニュアル】	30
【患者・家族からの暴言・暴力に対する報告ルートと対応マニュアル】	32
【クレーム対応マニュアル】	33

# I 医療安全管理指針

## 1・医療安全管理に関する基本的な考え方

「人間はミスをおかす」という前提に基づき、医療事故やニアミス、職員個人の問題としてとらえるだけでなく、病院全体のシステムの問題としてもとらえる。

医療事故やニアミスに関する情報を収集し分析することにより、「人間はミスをおかす」という基本のもとに、ミスの起こりにくい環境をつくり、医療事故を未然に防止するシステムを構築する。又各部署が研鑽し、安全管理のための体制作りが必要である。それらを通じて患者中心の、より質の高い医療、看護を提供する。

## 2・医療安全管理指針の目的

この指針は、医療事故の発生、再発を予防し、「医療の質」の確保と「安全な医療」を提供するための医療安全体制を確立することを目的とする。

## 3・安全管理の具体的な推進方策

- 1) 当院に医療安全委員会を設置し、安全管理体制を構築する。
- 2) 医療事故の予防、再発防止に資するよう、医療事故、インシデント等の報告制度を確立する。
- 3) 医療事故発生時の対応方法を確立し、再発防止策の早期検討を行い職員全員に周知徹底する。
- 4) 医療事故の予防・再発防止策の周知徹底のため、職員全員を対象にした教育・研修を計画的に実施する。

## 4・医療事故防止に関する用語の定義と区分

「医療事故」とは、医療にかかわる場所での医療の全過程において発生する人身事故全てを言う。患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合も含む。また廊下で転倒した場合のように医療行為とは直接関係ないものも含む。医療従事者に過失のある医療事故を「医療過誤」という。医療過誤は、医療の過程において医療従事者が当然払うべき注意義務を怠り、患者に障害を及ぼした場合をいう。

アクシデント：医療従事者の過失の有無に関わらず、「医療事故」をアクシデントとい

う。

インシデント： アクシデントに対応する用語で、ニアミス（患者に障害を及ぼすことはなかったが、日常の医療現場で「ヒヤリ」「ハット」した経験をいう。

クレーム：患者或いは家族からの苦情や抗議で、病院側とのトラブルに発展する可能性のあるものをいう

リスクマネジメント ヒューマンファクター（個人的要因）防止のための院内教育及び医療安全管理委員会設置やインシデント、アクシデントレポート制度などの医療安全管理システムの構築を通して医療事故を未然に防ぎ、医療の質を保証することをいう。

### 【インシデント・アクシデント即時報告システムとその運用】

「速やかな対処」の実現のため PC 入力

課題：病院全体での医療安全に取り組む姿勢の確立

安全文化・改善の土壌を部署間、職種間を橋渡しする役割を担っている

- ・インシデント・アクシデント発生後 24 時間以内に PC 入力
- ・即時報告の習慣をつける

### 【即時報告の処理】

1. 報告内容は、即時のフィードバックでインシデント・アクシデント内容の共有し個人の問題として片付けるのではなく、病院全体の問題として捉えることができる。
2. 医療安全管理者は、ヒヤリングを兼ねて現場をラウンドし、即時報告書の不明な点や患者状況を確認する。
3. 部署内での改善・対応が可能な多くの案件については、指導や標準作業手順の周知、徹底をその場で促す。
4. 即時報告書の分類
  - 1) 重大な影響を及ぼしたケース
  - 2) 頻度の多いケース
  - 3) 改善が容易でないケース
  - 4) 標準作業プロセスがないケース
  - 5) プロセスに問題があるケース

★ 即時報告書の統計・内訳と重要案件については毎月の看護科長会、医療安全管理委員会で報告し事故情報の共有と注意喚起を行う。

### 【事故減少に向けた取組み】

1. ひと月 1 事例を検討 RCA FMIA 要因分析・対策立案

2. 院内マニュアル改訂
3. KYT 活動実施し、その結果を委員会時報告
4. ピクトグラムなどで表示
5. チーム医療の推進

## 5・医療事故・インシデントの報告の内容

対象	対象外
<p>1・患者様に障害が発生した場合 (ただし、右欄に掲げる事項を除く)</p> <p>2・患者様に障害が発生する可能性があった場合</p> <p>3・患者様やご家族様からの苦情 (医療行為に関するもの)</p> <p>※ 上記1・2にふくまれるもの</p> <p>① 与薬</p> <p>② 注射、処置、検査</p> <p>③ 輸血</p> <p>④ 機械類操作</p> <p>⑤ チューブ類のはずれ</p> <p>⑥ 転倒・転落</p> <p>⑦ 誤嚥・誤飲</p> <p>⑧ 食事(経管栄養を含む)</p> <p>⑨ 熱傷・凍傷</p> <p>⑩ 抑制に関すること</p> <p>⑪ 自殺・自傷行為</p> <p>⑫ 皮膚の損傷(受傷・打撲・床ずれなど)</p> <p>⑬ 無断離院</p> <p>⑭ 針刺し (患者様) など</p>	<p>1・院内感染</p> <p>2・食中毒</p> <p>3・職員の針刺し</p> <p>4・暴行傷害(事件)</p> <p>5・患者様やご家族からの苦情 (医療行為に関わらないもの)</p>

## II 医療安全管理委員会及びその他の組織に関する基本的事項

### 【 安全管理のための院内組織体制 】

《医療安全管理委員会規定》

#### 1・(目的・設置)

患者誤認事故等の医療事故の防止を図るため、湘南泉病院医療安全管理委員会(以下

「委員会」を設置する。

事故は、病院内あらゆる部署で発生しうるので、その防止には病院を上げた取組が必要であり、委員会は病院のあらゆる部門や診療科を統合するものでなければならないため、横断的な組織とする。事故防止にはトップの強いリーダーシップの下に進める必要があり、委員会の委員長は院長とする。

## 2・(分掌事務)

委員会では、次の事項について調査、検討する

- 1) 安全管理について病院管理者（以下 [管理者]）への意見具申に関する事
- 2) 事故防止策の検討及び研究に関する事。
- 3) 事故防止について職員への指示に関する事。
- 4) 事故防止の啓発等に関する事。
- 5) 再発防止策の検討に関する事。
- 6) その他事故防止に関する事。

## 3・(委員会の構成)

- ① 病院長
- ② 副院長
- ③ 医療安全管理者（専従看護師）
- ④ 医師（オブザーバー）
- ⑤ 医薬品安全管理責任者（薬局長）
- ⑥ 医療機器安全管理責任者
- ⑦ 看護科長
- ⑧ 医療相談室職員
- ⑨ 栄養科職員
- ⑩ 事務部門職員（事務局長・事務次長）
- ⑪ 検査技師長
- ⑫ X線職員
- ⑬ リハビリ職員

## 4・(運営)

- 1) 委員会は委員長が召集し、月1回の開催とする。毎月第3月曜日（第3月曜日休日時は次週月曜日に開催する。ただし必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
- 2) 委員会の記録は、医療安全管理室が行う。
- 3) 委員会は、所掌事務に係る調査、審議などの任務を行う。
- 4) 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全



小委員会委員を通じて、各部署に周知する。

- 5) 重大な問題が発生した場合には、委員会において速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

#### 【リスクマネージャーの機能】

リスクマネージャーは、リスクマネジメント・プログラムの計画、管理の実行者である。

- 1) 情報管理能力・プログラムに関する情報の収集、分析、管理。
- 2) コンサルティング機能：院内各部署、各職種に対する問題解決の支援。
- 3) コーディネート昨日：各部署間、各職種間の調整
- 4) アドバイザリー機能：意思決定の支援

#### ※（リスクマネージャの役割）

- 1) 医療安全管理委員会・研修会に出席する。
- 2) 医療安全管理委員会や医療安全小委員会からの情報を自部署に周知徹底させる。
- 3) 部署リスクマネージャーとして主体的に運営する。
- 4) 自部署において「インシデントレポート」記載の励行を促す。
- 5) 当事者、自部署の医療安全推進委員と現状を把握する。
- 6) 医療安全推進者と共に、インシデントレベル査定・事例分析を行う。

#### 《医療安全小委員会》

##### （目的・設置）

医療安全管理者及びリスクマネージャーの活動に協力し、部署内の医療安全対策を確実に実施するため医療安全小委員会を設置する。委員会は、次に掲げる職員をもって構成する。

所属	職名	氏名	備考
医局	副院長 医師		
薬局	薬局長		
看護部	看護科長		医療安全専従
	2 A病棟		
	2 B病棟		
	3 C病棟		
	3 D病棟		
	外来看護師		
リハ室	リハ室長		
放射線科			
検査科			
事務部	事務次長・総務係長		

委員会は委員長が召集し、毎月第2・4 水曜日に開催する。ただし必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。

(分掌事務)

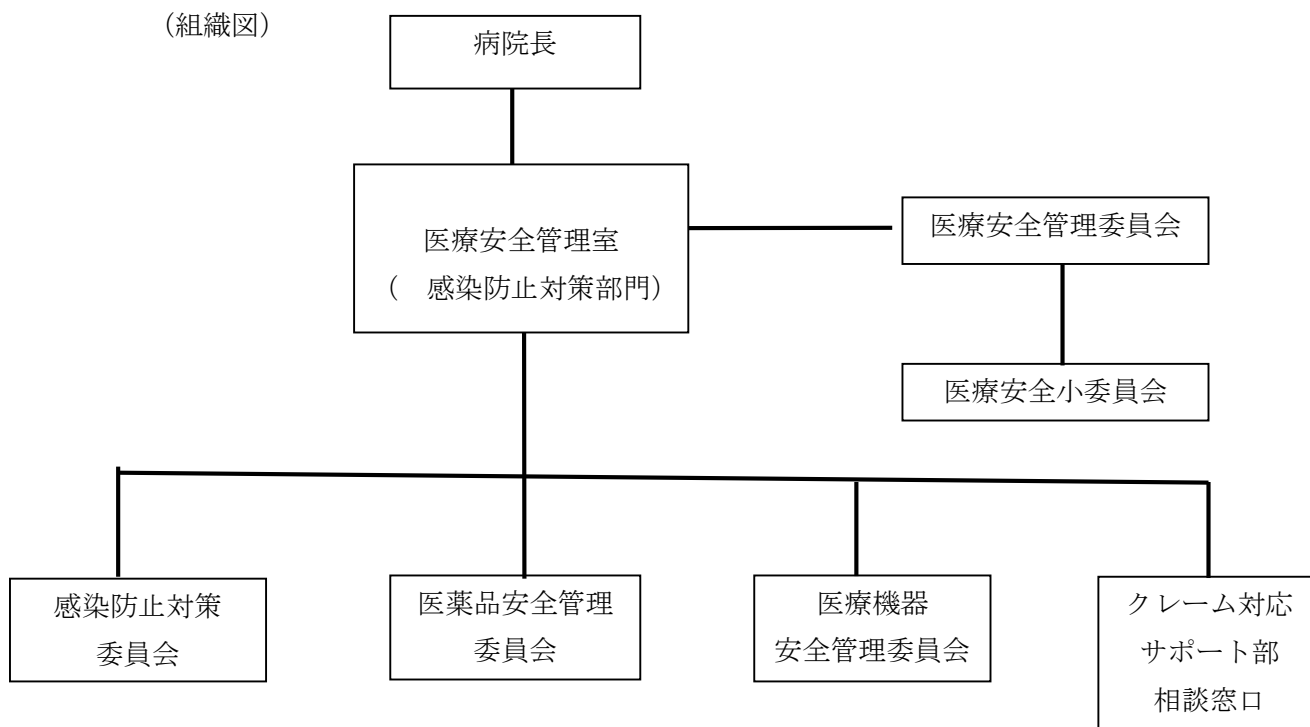
- 1) 医療安全管理者及び医療安全管理委員会で協議、決定した安全対策等について、部署内での実施及び推進に関すること安全管理への教育、啓蒙活動など医療安全推進活動を主とする。
- 2) 部署内で発生した、インシデント、アクシデント事例報告、収集・分析。
- 3) 医療安全に関する広報の作成、院内ラウンドに関すること。
- 4) その他部署内の医療安全に関すること。
- 5) リスクマネージャーと連携して活動を行う

医療安全小委員会は、医療安全に関する情報の収集、分析を行い、及びアクシデント・インシデント・クレーム報告書を調査分析、集計を行い、医療安全管理委員会に報告する。

《医療安全管理室の設置》

《基本方針：患者職員の安全を守る》

(組織図)



## (目的・設置)

委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内には医療安全管理室を設置する。

## (業務)

- 1) 報告されたインシデント・アクシデントレポート〔事故報告書〕の受理・管理
- 2) インシデント・アクシデントレポートの分析、予防策の検討
- 3) システムの見直しやシステムの構築
- 4) 各部署における安全管理に関わる指導・助言・相談
- 5) 医療事故防止や医療安全推進等の安全管理に関わる調査活動
- 6) 医療安全に関する職員教育などの医療安全に関する業務

## (医療安全管理者)

医療安全管理者は専従とし活動する。病院全体の効果的医療安全対策を講じるためのリスクマネジメントを、計画・実践・評価を行い、組織横断的に活動し、当病院における医療の質の確保を目指す。

1. 医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有し、医師、薬剤師または看護師のうちいずれかの資格を有している者とする。
2. 医療安全管理者は、安全管理委員会の構成員とする。
3. 医療安全管理者は、病院長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者や医療安全管理部門職員と連携・協働の上業務を行う。
4. 病院の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど患者に対して必要な情報提供を行う。
5. 医療安全管理者は、以下の業務を行う。

### (ア) 安全管理体制の構築

- ① 安全管理委員会に等に出席し、安全管理に関する発言や資料の提供を行う。また必要に応じて医療安全管理室長の指示のもとワーキンググループやプロジェクトチーム等、事故の内容や緊急性に応じて適宜対策を立案できる組織体制を構築する。
- ② 医療安全管理指針の見直しを、適宜管理委員会に提案する。
- ③ 安全管理委員会等の活動の、定期的な評価と円滑な運営に向けて調整を行い目的に応じた活動が行えるように支援する。

### (イ) 医療安全に関する職員への教育・研修の実施

- ① 医療安全管理者は、組織横断的な医療活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し、職員の教育・研修の企画・実施を行う。
- ② 研修実施に際しては、複数回の実施やビデオ研修などにより、全員

が何らかの形で受講できるようにする。

- ③ 研修実施後は、研修担当者とともに、参加者の反応や達成度などについて研修の評価を行い、改善を行う。
- ④ 院内巡視や事故報告による情報を基に各部署、部門における、医療安全管理指針の遵守の状況や問題点を把握し、事故発生現場や研修の場での教育に反映させる。

(ウ) 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価

- ① 医療安全に関する情報収集など
- ② 医療安全管理者は、医療事故及びインシデント事例報告などの、医療事故発生予防及び再発防止のための情報を収集するとともに、医療機関内における医療安全に必要な情報を院内の各部署、各職員に提供する。
- ③ 事例の分析  
事故等の事例については、職員や、患者の属性、事故やインシデントの種類、発生状況等の分析を行い、医療安全に必要な情報を見出す。
- ④ 安全確保に関する対策立案  
医療安全管理者は、事例の分析とともに、医療安全に関する情報・知識を活用し、安全確保のための対策を立案する。
- ⑤ フィードバック、評価

### Ⅲ・安全管理のための職員研修に関する基本方針

医療事故を防止するためには、医療従事者個人の資質、技術水準の向上を図るが重要であることは言うまでもない。しかしながら、その向上を個人の努力のみに依拠するのではなく、組織全体として取り組んでいく姿勢が大切である。

#### 1・職員に対する啓発

職員個人が日々自己啓発、質的向上に努めるとともに、組織として職員の能力を向上させるため、定期的、計画的に教育・研修の機会を設ける。教育、研修の際には、機会ごとに「どんな小さいインシデントでも、大きな事故につながることを強調し、常に「危機意識」を持ち業務に当たるように指導する。

年間計画を立案し 年2回の研修会を実行する。

#### 2・組織で取り組む研修

- 1) 医療事故の事例（他施設での事例なども含む）。を資料に研修を行う。

- 2) 研修は、新規採用者研修、経年別に行う現任者研修と全体での研修を定期的、計画的に行う。
- 3) 医療機器について、関係スタッフ全員がその各機能について操作マニュアルを十分熟知するよう研修、講習会を行う。
- 4) 医療事故発生後の対応を迅速に行えるよう、常日頃から患者への緊急処置の訓練を行う。

### 3・研修会開催のお知らせと研修会に参加できなかった職員啓蒙活動

- 1) 医療安全管理委員会にて事前に開催趣旨などを話し合い、委員会メンバーを通じて各職員に伝達。
- 2) 開催日一ヶ月前には、パンフレットを作成し、各部署、職員食堂など職員の届くところに貼付し、参加を呼びかけている。
- 3) 研修会で使用した資料の配布及び閲覧を可能とし、各部署のリスクマネージャーを通じて研修内容の伝達を実施。

### 4・研修内容の再検討と評価

- 1) 年2回実施している全職員向け院内研修会を、全職員が年2回以上の出席を目指すため、年3回の実施を目指す。
- 2) 2回とも出席していない人は、次回出るように促す。
- 3) なるべく声をかけて出れるようにリスクマネージャーが促す
- 4) どうしても出席できない人（パートの夜勤者など）はリスクマネージャーが指導して記録を残す。
- 5) 研修を実施した時には、その概要を記録し2年間保管。  
(研修内容、出席人数、欠席者の把握、事後追加研修計画、実施)

医療安全のための研修は、院内での報告会、事例分析、外部講師を依頼しての講習会、研修会の伝達講習会、KYT等の演習、グループワーク、有益な文献の抄読会などの方法によって行う。

## IV・医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する方針

### 1・「報告書」の対象

- 1) 医療事故等（アクシデント・インシデント・クレーム）のすべてを対象とし、どんな小さなことでも報告する。
- 2) 「区分」については当事者の判断によるが、必要であれば医療安全管理

委員会などにおいて修正する。

【患者影響レベル区分】

インシデント	レベル	0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった場合
インシデント	レベル	1	間違ったことを実施したが、患者に変化が生じなかった場合
アクシデント	レベル	2	事故により、患者に何らかの影響を与えた可能性があり、観察の強化や検査の必要性が生じた場合
アクシデント	レベル	3a	[軽度な処置]事故により、患者に何らかの変化が生じ、治療、処置の必要性が生じた場合
アクシデント	レベル	3b	[濃厚な処置]事故により、患者に何らかの変化が生じ、治療、処置の必要性が生じた場合
アクシデント	レベル	4	事故により、生活に影響する高度の後遺症が残る可能性が生じた場合
アクシデント	レベル	5	事故が死因となった場合

2・「報告書」の目的

- 1) 病院として、医療事故の的確な状況を把握し、適切な早期対応を行う。
- 2) 医療事故等の体験や教訓を職員全体で共有することにより、類似の医療事故を防止する。

3・「報告書」記載者名及び患者名の守秘義務（非公開）

- 1) 「報告書」はあくまで医療事故等の防止とより質の高い医療提供が目的であり、当事者の責任を問うものではない。
- 2) 医療安全管理小委員会において、調査・分析後は速やかに保管責任者に返納する。
- 3) 医療安全管理小委員会は守秘義務を持ち、コピーなどは行わないこと。

4・「報告書」の様式と書き方

- 1) 記載者氏名；当事者あるいは発見者

- 2) 区分；該当する番号をチェック
- 3) 種類；該当する番号をチェック、複数可
- 4) 発生場所
- 5) 患者の背景
- 6) 発生・発見時の状況
- 7) 対処と処置及び経過
- 8) 原因分析
- 9) 今後の防止対策
- 10) 部署責任者（リスクマネージャー）の意見、サイン
- 11) 医療安全管理小委員会の意見、委員長サイン

#### 5・アクシデントの場合

出来るだけ速やかに記載し、所属長を通して看護部は部長に他部署は医療安全管理室に提出する。

#### 6・インシデント及びクレームの場合

必要な欄に、勤務時間内に入力し、速やかに所属長に提出する。

#### 【インシデントレポートの意義】

① 患者安全の確保	報告された有害事象に病院が速やかに介入することで、患者に部署横断的かつ最適な治療を行うことが可能になる。
② 事象の共有	インシデントレポートを提出した時点で、個人あるいは単一部門のみの問題ではなく、病院管轄の問題として共有できる。
③ 透明性の確保	インシデントの提出があれば、少なくともその時点で悪質な隠匿や隠ぺいの意思がなかったことの証拠となる。
④ 正式な支援	治療支援のみならず、仮に報告症例が係争などに発展した場合においても、病院からの全面的な支援が可能になる。
⑤ システムの改善	インシデントレポートにて明らかになった院内システムの不備などに対して、組織的な改善が可能となる。

#### 7・報告書の提出期限と報告書の保管期間

第1報となる報告書の提出は、24時間以内とする

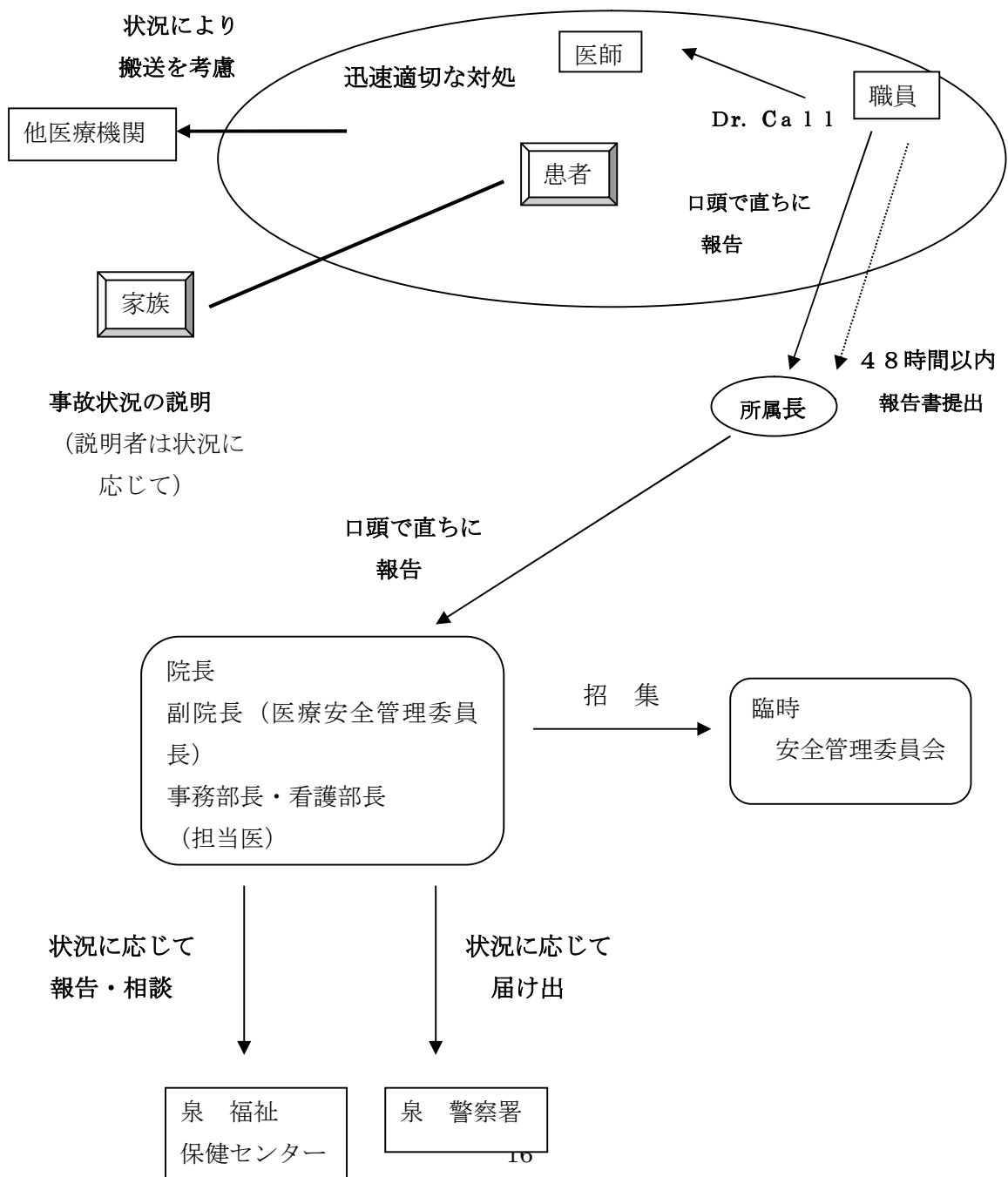
報告書は、本委員会で検討終了後、一ヶ月を経過したら破棄処分とする

## V・医療事故発生時の対応に関する基本方針

### 1・事故発生部署での初期対応

## 重大な事故発生時の対応

### 重大な医療事故発生





【大原則】いかなる事故であっても、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する

1) 状況の把握と対処

事故の第1発見者は、第1に患者の状況を把握し、リスクレベルを判断する。患者のバイタルサインなどからその緊急性を判断し、それに応じ何を優先させるか、速やかに判断し行動する。対応の遅れは、患者の生命や予後に大きな影響を及ぼす。

生命に対するリスクレベル

- 1・極めて高い
- 2・高い
- 3・可能性あり
- 4・可能性はあるが低い
- 5・ない

2) 患者の安全確保と救急処置

第1発見者は、声を上げて他の医療スタッフに知らせる

人員を確保する。必要に応じて緊急院内コール（601番 一斉放送）

時に直ちに必要な一次救命処置を開始する

到着した医師の指示のもとに2次救急処置を行う

患者に救命処置を行う際には、必ず説明する。絶えず言葉をかけ、患者を一人にしない。予期せぬ事態や生命の危機的状況で、患者は強い不安やパニック状態に陥っている可能性がある。患者の反応に注意し適切に対応する必要がある。プライバシーや人権への配慮も忘れないようにする。

3) 報告対象：通常日勤時間帯は、各所属長に報告する

夜間・休祭日はリーダーナース 及び責任看護師に報告する

報告内容：第1報は、医療事故が発生したこと、現在行なっている処置を、簡潔明瞭に報告すること。報告を受けたものは、必ず直ちに現場に出向く。電話などでの状況確認に時間を浪費しないこと。

2・院内緊急放送コードの運用

【定義】院内で発生した救命処置を必要とする救急事態に対し、予め取り決めたコールを院内放送することにより、診療科を問わず経験のある医師その他のスタッフを至急呼び出し迅速な救命救急措置を行う体制を確立することを目的とする。

緊急時（C P Aなど緊急を要する時）
内線 601 番 一斉放送 ドクターE R 所属名を2回放送

#### 報告書の報告経路

当事者・発見者	各所属の長	各部の長	病院の長
医師	副院長	副院長	病院長
看護部職員	看護科長	看護部長	病院長
医療相談室職員	事務次長	事務部長	病院長
薬局	薬局長	副院長	病院長
栄養科	栄養科主任	副院長	病院長
事務部	事務次長	事務部長	病院長
検査科	検査室長	副院長	病院長
X線科	X線室長	副院長	病院長
リハビリ科	リハビリ室長	副院長	病院長

### 3・緊急の対処

医師、看護管理者が到着するまでは、勤務時間帯のリーダーが指揮する。

#### 1) 事故当事者への配慮

医療事故により重大な結果を招いた、(あるいは恐れがある)場合は、事故当事者は出来るだけ現場から離す。その際は必ず誰かを付き添わせて一人にしないこと。事故当事者は自責の念と事態の深刻さに直面して、精神的に混乱状態に陥る可能性が大きい為である。

#### 2) スタッフの業務分担

看護管理者は、患者の救急処置を優先に、スタッフの業務を割り当てる。

- ① 救急処置の担当
- ② 記録の担当
- ③ 事故対応以外の業務；病棟の通常業務を継続する。他の患者が動揺しないように対応する。
- ④ 当事者へのサポート：事故の当事者に付き添う。

#### 3) 証拠保全

事故に関係する器具は破棄せずに保存しておく。チューブやルート類、注射器やアンプル、薬袋などに至るまで全て保存。後で、警察が介入するような事例では、証拠物件として提出する必要がある。破棄すると証拠隠滅と見なされる可能性が高い。

#### 4) 医師への連絡

現場に居合わせた医師、主治医に知らせる

現場に医師がいない場合は、PHSもしくは緊急連絡放送で医師を呼ぶ。当直時間帯は当直医に連絡する。

#### 5) 医師・看護管理者の現場到着後

・医師、看護管理者が現場に到着した時点で、勤務時間帯のリーダーは、現時点までの状況を報告し以後は医師、看護管理者の指示のもと行動する。

・患者の状態を把握する

・当該部署の他の患者やスタッフへの配慮を忘れない

・事故当事者への言葉かけ:叱責や安易な慰めをしないで、冷静な態度で指示する。

#### 6) 証拠・現場保存

・証拠となる器具類の保存状況を確認する。

・事故の現場を自分の目で、客観的に細部まで観察し確認しておく。

・患者関連の記録類（X-P、検査結果などすべて）を一括して散逸しないように努める。

### 4・患者・家族への対応

#### 1) 患者への説明

① 意識がない場合：発生時（発見時）に呼名しても反応がなく、意識がない場合には直ちに救命処置を開始する。意識が回復し、状態が落ち着いた早い段階で、起こった状況やその後に行った処置と今後の経過などについて主治医から説明する。

② 意識がある場合：発生時（発見時）呼名しても反応がある場合、患者に絶えず言葉を掛け、必要な処置などの説明を行い、患者の同意を得て実施する。

#### 2) 家族への説明

① 主治医もしくは担当医より、事故の事実関係を説明する。

② 説明にあたっては、率直に事実を説明する。言い訳や憶測は慎む。

③ その時点で医療過誤「過失」が明らかである場合は、率直にお詫びすると共に患者の健康回復に全力を尽くす旨を説明する。

④ 説明は、複数の医療従事者のもとで行い、看護管理者も必ず同席する。

⑤ 説明終了後直ちに説明日時、説明者、説明を受けた人、説明内容、同席者、質問と回答等をカルテに記載する。

⑥ 事故当事者による説明と謝罪は、かえって動揺や混乱を大きくすることになりかねないので、この時点では事故当事者は同席しない。

### 3) 組織管理者への報告

患者の生死や、健康に重大な影響を及ぼす可能性のある重大事故については、ただちに手順に従って、院長、事務部長に報告する。

## 5・医療事故の記録

【大原則】 重大医療事故発生時には、記録方式を経時記録に変える。

(事故内容・説明内容の診療録への記載マニュアル参考)

## 6・組織責任者の責任

- 1) 院長は、危機管理責任者として社会的責任を果たす
- 2) 発生した事故の事実を正確に把握し、患者、家族にそれらを伝える。
- 3) 誤りについては、誠意をもって謝罪する。
- 4) 原因の分析とともに、事故発生後の対応（早期発見・被害の拡大防止）を行う。
- 5) 事故発生後の対応が十分であったか検証し、原因に対しての再発防止、合わせて対応の不備に関しての改善に努める。
- 6) 発生した事故について組織としての責任体制の検証を行う。

## 7・緊急会議の召集

- 1) 緊急会議では、事故の影響範囲と起こりうる事態の予測を行う。
- 2) 病院長は以下のような事項について方針を決定し、役割分担して、指揮にあたり被害の拡大防止と組織の再生を図る。

【組織の再生を図る】

- 1) 患者、家族への対応
- 2) 職員への対応
- 3) 他患者、家族への対応及びクレーム対応

各関係機関への報告（行政機関・警察・保健所・関係団体など）

- 1) 報道機関への対応
- 2) 事故当事者及び当該部署への対応

## VI・医療従事者と患者との間の共有に関する基本方針

### 1・本指針の見直し、改訂

- 1) 医療安全管理委員会は、原則として毎年本指針の見直し検討を行うものとする。
- 2) 本指針の改訂は医療安全管理委員会の決定により行う。

### 2・本指針の閲覧

本指針は、職員は患者との情報提供に努めると共に、患者及び家族からの当該指針の閲覧の求めがあった場合にはこれに応じる。

### 3・本指針の周知

本指針は、新採用者及び中途採用者には、リスクマネージャーが周知徹底する。

## VII・患者からの相談への対応に関する基本方針

- 1・患者、家族からの病院に対する意見、苦情、相談情報に応じられる体制の確保と、これらの、意見、苦情、相談、情報などを病院内の医療安全対策等の運営改善に活用し患者が求める医療サービスの提供を目指すため、患者相談窓口を設置する。
- 2・相談により、患者や家族等に不利益を受けないように配慮する。

懇切丁寧な説明を受けたいと望む患者様には十分な説明を行うことが医療提供の重要な要素である。このために医療従事者からの十分な説明に基づいて、患者様側が理解・納得・選択、同意が得られるように医療従事者は患者様との間で情報を共有するように努めなくてはならない。

#### 1) 受付ロビーでの対応

受付ロビーに設置の総合案内での患者様からの苦情、相談に関して担当部門と連携を図り医療安全の観点から投書内容を把握し、医療の安全性向上に努める。

#### 2) 患者相談窓口での対応

患者相談窓口にMSWなどを配置し、患者などからの苦情、相談に誠実に応じられる体制を確保する。担当者は、必要に応じ、主治医、担当看護師、管理者などへ内容を報告する。

### 3) 「投書箱」運営会議

「患者様、ご家族様」での投書に対して投書箱運営会議と連絡をとり医療安全の観点から投書内容を検討し、医療安全性向上に努める。

## VIII・安全管理のためのマニュアルの整備の基本方針

### 1・安全管理マニュアル作成の基本的な考え方

職場全体に日常診療における危険予知、患者様の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め広めるという観点から、マニュアル作成には、多くの職員がその作成、検討に積極的に関わることが必要である。

### 2・マニュアルの作成、医療の安全、患者様の安全確保に関する議論において、すべての職員は、その職種、資格、職位、資格、の上下に関わらず対等な立場で議論し相互の意見を尊重しなければならない。

### 3・マニュアルは、作成、改訂の都度医療安全管理委員会に報告する。 また安全管理マニュアルを整備する。

- ※ 部署別事故防止マニュアル
- ※ 院内感染対策マニュアル
- ※ 褥瘡対策マニュアル
- ※ 防災・災害時対応手順
- ※ 医療品安全使用マニュアル
- ※ 医療機器安全マニュアル
- ※ その他

本指針は、医療安全管理委員会において、定期的な見直し、(年1回)並びに医療法の改正等、必要に応じて改訂を行う。

平成26年4月全改訂

【その他のマニュアル】

【患者・家族からの職員への暴力・暴言対応マニュアル】

(1) 暴力の危険を感じた場合の対応

- ① 挙動不審者がいたり、暴力が発生しそうな場合に、総務課に電話で連絡する。
- ② 連絡を受けた者は現場に急行し、危険が避けられる場所で状況を見守り、必要に応じて院長または副院長に報告し、指示で警察に連絡する。  
\* 夜間は事務当直、当直医師に連絡する。連絡を受けた者は直ちに急行する。
- ③ 患者・家族からの暴力に関する情報を関係者で共有する（看護師長、主治医、上司等への報告、引継ぎ、表示、その他）
- ④ 職員2人以上で対応する。（患者・家族と1対1で対応しない）
- ⑤ 部屋のドア、カーテンなどを開け、他の人が見えるようにする。
- ⑥ 必要以上に患者に近づかない。逃げ道を確保しておく。まさに暴力を受けそうになったときは、逃げる。

(2) 緊急対応

【警察対応】

- ① 緊急事態で、他患者・他家族・職員の身体に危険が及ぶような場合は躊躇せず、総務課が警察へ通報し院長に事後報告する。  
例：職員に暴行する、器物を損壊する、物を投げる、暴れる、大声をあげる、机を叩く等のケース
- ② 状況により複数の応援を依頼する。

【カルテ記載と家族への説明】

- ① 医師および看護師は、患者（加害者）のカルテに必ず事実を記載する。  
患者が加害者の場合は、家族へ事実を説明する。説明者を誰にするかは、病院長と協議する。  
\* 患者の家族が加害者の場合も同様に患者のカルテに記載する。

(3) インシデント報告書

- ① 後日、各課（科）の長が報告書を医療安全管理者に提出する。

【不審者が侵入したとき、盗難発生したときの対応マニュアル】

(1) 不審者と対面している場合の対応

- ① 不審者と対面している人は、まず自分自身の安全を確保する。必要以上に相手に近づかない。他の患者および病院職員に危害が及ばないように配慮する。
- ② 決して相手を刺激しない。
- ③ 出来る限り1対1で対応しない。他の医療従事者に応援体制を整えるように依頼する。

(2) 応援体制を整えるための連絡手順

- ① 発生現場にいる職員は、状況を判断し事務部長、看護部長に連絡する。
- ② 事務部長、看護部長は対応を協議する。
- ③ 必要に応じ、所轄警察に連絡する。

(3) 盗難事件またはその疑いがある場合の対応

- ① 直属の上司に連絡する。
- ② 総務課に連絡する。
- ③ 事務部長、看護部長は対応を協議する。
- ④ 必要に応じ、所轄警察に連絡する。

(4) 夜間・休日における対応

- ① 責任当直医と夜間責任看護師、当直事務が対応を協議する。
- ② 状況により病院長、事務長、看護部長、医療安全管理者に連絡する。

## 【自殺防止対応マニュアル】

### 自殺の危険がある患者に対する管理

(1) 要点

- ① 「死にたい」という自殺念慮のある場合には勿論、それが明らかでない場合でも抑うつや心氣的訴えが強い場合には自殺の可能性を考慮して対処する。
- ② 自傷や自殺に用いられそうなものを除去する。
- ③ 一つの手段を除去すると、自殺危険者は他の手段を考えるので、危険のないように環境を整える。
- ④ 状況に応じ転院を検討する。

(2) 環境で考慮すべき道具

① 医薬品・毒物

- ア 薬品棚は施錠する。
- イ 薬品棚を点検し使用しない薬品や期限切れ薬品を除去する。古い薬品は溜め込まない。薬品は薬局で廃棄してもらう。



ウ 殺虫剤・消毒薬剤、アセトン等は、鍵をかけて保管する。

## ②他の道具

ア 凶器になるもの（ナイフ、ハサミ、ロープ等）は、鍵のかかるところに管理する。

イ ひも類（タオル、シーツ、エプロン等）コード類（ナースコール、延長コード等）は病室に置かない。

ウ 電動ベッドを使用する場合、十分な安全策を講じる。

エ ラジカセを使用する場合、容易に電池を取り外せないように工夫する。

## ③その他環境

ア 窓から出られない部屋、施錠可能な部屋への移動。

イ 工具類は鍵のかかる場所に保管する。

ウ ナースステーションにスタッフが不在の時は施錠する。

## ④観察

ア 最近自傷行為を行った患者、予測不能の精神状態・衝動性や攻撃性の高い患者の場合、状況によって、2人以上の職員が見守る。

イ 現在自殺意志を表明していて自殺の危険性が高い場合は、患者と同室に看護師を1対1で配置し、常時観察する。

ウ 夜間の場合、事務当直に応援依頼し、状況に応じ部署の責任者に相談する。

エ かなり自殺の危険が高い場合頻回観察する。観察するタイミングに変化をもたせ、次回観察時間を予測できないようにする。

⑤ 定期的に精神状態の観察、引継ぎの前後も患者の状態を検討する。

オ 患者の状態、状況を看護記録に記載する。

カ 病棟以外に出る時は、2人以上の職員で見守る。

## 【職員による虐待防止マニュアル】

### 高齢者虐待の定義

虐待とは「むごく取り扱うこと」「残酷な待遇」と辞書にある。わが国では高齢者虐待に関する法律が未整備であるため、公式な定義は存在しない状況にある。

イギリスの全国組織 (Action on Elder Abuse) の定義が多く研究や報告で使われているとされており、「高齢者虐待とは、信頼の期待が存在する関係の間で発生する。高齢者に危害や苦痛を引き起こすような、1回の又は繰り返す行為や適切な行動の欠如」で「身体的虐待」、「心理的または感情的虐待」、「金銭的又は物質的虐待」、「性的虐待」、「放任」の5つの種類がある。

アメリカでは、高齢アメリカ人法第144条において「意図的な障害の行使、不条理な拘束・脅迫、または残酷な罰を与えることによって、身体的な傷・苦痛、または精神

的な苦痛を被害者にもたらす行為」とされている。

高齢者の虐待の定義は、一般的には上述のように言われているが、具体的には、意図的なものや非意図的なものなどがあるとされている。

## 1 虐待の通報

- (1) 職員は、職員による虐待を受けたと思われる患者を発見した場合は、速やかに部署の管理者に報告する。
- (2) 職員は、患者が職員より虐待を受けているのではないかと家族・面会者から訴えがあった場合は、速やかに部署の管理者に報告する。
- (3) 報告を受けた管理者は事実確認を行い、病院長または副院長、看護部長、事務部長、医療安全管理室担当者に報告する。
- (4) 虐待である事実を認めた場合は、病院長または副院長が速やかに健康福祉局健康安全部医療安全課（045-671-3654）に通報しなければならない。
- (5) 職員が通報した場合、通報したことを理由として、職員に解雇その他不利益な取り扱いをしてはならない。

## 2 虐待の防止等のための措置

### (1) 事業者の責務

- ① 職員研修の実施
- ② 苦情の処理の体制の整備
- ③ 職員による高齢者虐待の防止等のための対応

## 3 虐待を早期に発見するポイント

### (1) 身体的虐待を受けている高齢者の身体的、行動面にみられるサイン

#### ① 疑い例

- ア 説明のつかない転倒や小さな傷が頻繁に見られる。
- イ 腿の内側や上腕部の内側、背中などのあざや、みみずばれがある。
- ウ 頭、顔、背中などに傷がある。
- エ 臀部や手のひら、背中などにやけどの跡がある。

### (2) 心理的虐待を受けている高齢者の身体面、行動面にみられるサイン

#### ① 疑い例

- ア 食欲の変化、摂食障害（過食、拒食）がみられる。

### (3) 性的虐待を受けている高齢者の身体面、行動面にみられるサイン

- ① 肛門や女性性器に出血や傷が見られたり、性器に痛みやかゆみがあるなど普段と違った訴えがある。

(4) 虐待の分類

分類表

虐待の種類	内 容	具 体 例
身体的虐待	暴力行為などで、身体に傷やあざ、痛みを与える行為や、外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平手打ちをする、つねる、殴る、食事を口に入れる、やけどや打撲をさせる。</li> <li>・ベッドに縛り付けたり身体拘束、意図的に薬を過剰に服用させたりして抑制をする。</li> </ul> <p style="text-align: right;">/等</p>
心理的虐待	脅かしや侮辱などの言語や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって精神的、情緒的に苦痛を与えること。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄の失敗等を嘲笑ったり、それを人前で話すなどにより高齢者に恥をかかせる。</li> <li>・怒鳴る、ののしる、悪口を言う。</li> <li>・侮辱を込めて、子どものように扱う。</li> <li>・高齢者が話かけているのを意図的に無視する。</li> </ul> <p style="text-align: right;">/等</p>
性的虐待	本人との間で合意が形成されていない、あらゆる形態の性的な行為または、その強要。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄の失敗等に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する。</li> <li>・キス、性器への接触、セックスを強要する。</li> </ul> <p style="text-align: right;">/等</p>

\*平成15年11月の厚生労働省の「家庭内における高齢者虐待に関する調査」に基づき分類された「身体的虐待」、「心理的虐待」、「性的虐待」、「経済的虐待」「介護・世話の放棄・放任」の5つの虐待の種類として定義づけしているが、当院では表のように3つの分類とする。

平成22年7月作成

## 【離院時対応マニュアル】

### 1. 日中の場合

- 1) ドア・窓の施錠の有無を確認し、病棟内を探す。
- 2) 病棟内で発見できない場合、師長または代行が主治医・看護部長・事務部長に連絡する。
- 3) 看護部長は院長または副院長、安全管理室に連絡する。
- 4) 総務課は暗号『総務課よりスタッフコール』という内容で院内放送する。
- 5) 院内放送があったら、各部署の責任者は自署棟内を確認後、総務課前に集合する。  
集合時、当該病棟は「搜索患者の特徴書」を持参し、患者氏名、性別、服装、患者の特徴等伝え協力を得る。
- 6) 総務課職員は患者が徒歩で15～30分で移動できる範囲を、車で（2人行動）搜索する。その際10分間隔で病院に連絡する。
- 7) その他の職員は敷地内・近隣を5分程度探す。
- 8) 発見できない場合、主治医又は師長は家族に連絡する。その際、着用していた服装を伝え、心あたりの場所の搜索など家族の協力を得る。また、警察に行方不明届を出してよいか確認し承諾を得る。
- 9) 事務部長は旭警察署に行方不明届をする。（搜索患者の特徴書は病棟が記載する）
- 10) 離院が確認されてから24時間経過しても発見できない場合、患者居住地の警察署に搜索願について検討する。（院長・看護部長・事務部長で検討）
- 11) 発見が確認できたら、主治医または師長が家族に連絡する。
- 12) 事務部長は、協力を得た外部の機関に連絡し感謝を伝える。
- 13) 帰院後、患者の身体・精神状態を観察する。

### 2. 夜間の場合

- 1) ドア・窓の施錠の有無を確認し、病棟内を探す。
- 2) 不在を確認したら、夜勤看護師（准）は、夜間責任看護師、事務当直に連絡する。
- 3) 夜間責任看護師は当直医師に連絡し、他の病棟にも応援依頼をする。
- 4) 当直医師は当該病棟に出向き、リーダーシップをとる。状況確認し、必要に応じ院長または副院長、家族に連絡する。  
\*家族への説明は日中の場合の8)に準じる。
- 5) 応援依頼を受けた職員は当該病棟に集合し、医師の指示で院内・敷地内を搜索する。
- 6) 事務当直は近隣を10分程度搜索する。
- 7) 発見できない場合、事務当直は事務部長・看護部長・当該病棟師長に連絡する。

- 8) 当該病棟師長は連絡を受けたら出勤し状況把握を行う。
- 9) 当直医師は行方不明届について検討する。
- 10) 搜索患者の特徴書は当該病棟の看護師（准）が記載する。  
以下日中の場合の10)～13)に準じる。

\* 泉警察署生活安全課 : TEL 045-651-0110

\* 離院の可能性またはそのリスクのある患者の場合

- ・ 搜索患者の特徴書の用紙に患者の特徴等の欄を記載しファイルしておく。
- ・ 写真を撮る場合家族の承諾を得る。
- ・ 行方不明届を出す時は、行方不明時の状況等の欄に記載する。

## 【組織で取り組む院内暴力への対応マニュアル】

暴力による影響～職員個人と組織に及ぼすもの～

### ☆ 個人への影響

暴力がもたらす苦悩や屈辱は、通常、意欲の欠如や自身の喪失、自尊心の低下をもたらし、状況が長引いた場合、結果的に体調不良、精神障害、タバコ、アルコール及び薬物の乱用につながる例がしばしば見受けられる。

### ☆ 職場への影響

職場暴力は、対人関係や業務体制、勤務環境全体に対して、直接的で長期にわたる混乱をもたらし、通常、提供するサービスを悪化させる結果となる。雇用者は（中略）効率性や生産性の低下、提供するサービスの質の低下、的確な人材の採用や維持の問題、企業イメージの悪化、顧客の減少などの間接的コストの負担も考えられる。

（保健医療部門における職場暴力に対処する為の枠組みガイドライン） 抜粋

1. 組織の健全で安全な風土作り
2. 保安体制の整備
3. 職場の暴力防止対策を検討する委員会の設置（医療安全管理委員会）
4. 被害者・加害者用相談窓口の設置（医療安全管理室）
5. 対応マニュアルの整備
6. 職員への啓発教育：（医療安全研修に盛り込む）

## 【暴言が発生した時の対応】

### 1) 冷静さを保ち、落ち着いて対応する。

突然、相手が怒鳴っても、本当に怒っているとは限らない。相手は、あなたの反応を試している場合がある。また「今すぐ〇〇しろ」など、対応を急かされても、自分のペースを崩さないように対応する。「しばらくお待ち下さい」「確認しますので、少しお時間を頂戴します」と対応し、慌てない。

### 2) 挑発や揺さぶりには動じず、毅然と対応する

相手をバカにしたり、人格を否定するような傷付ける言葉で、攻撃してくることもある。絶対に、相手の挑発に乗ってはいけない。また不用意に謝罪する必要もない。会話は最小限にとどめる。不当な要求には「出来ない」と伝えるだけで十分で、必要以上に話す必要はない。それ以上の会話は、揚げ足を取られるので不要です。

### 3) 証人・証拠を残すために、自分にとって有利な場所に移動します

暴言は、暴力の中でも証拠が残りにくいものです。

- ・自分にとって有利な場所で対応する・
- ・他の職員がいる場所
- ・第三者に見える場所
- ・いざという時のために逃げ道が確保されている場所。

暴言が発生した場合は、原則、個人対応せずに、他のスタッフと協力して速やかに対応する。複数対応のメリットは、1対1の力関係や相手のペースに巻き込まれずに、精神的にも身体的にも自分が有利な立場に立つ事ができる。また証人の確保や証拠保全につながり、自分自身が冷静に対応できる。更には相手にとっても暴言をエスカレートさせずに落ち着かせることに繋がる。

## 【暴言の対応は3つの「かえる」を使う】

1. 人をかえる
2. 場所をかえる
3. 時間をかえる ことで、暴言をエスカレートさせず、沈静化されることが出来る。

## 【コントロールするのは自分の「感情」ではなく「言動」】

患者から暴言を吐かれた時、我慢しなければならないのか？暴力を我慢するという事は、自分の感情を抑圧しているに過ぎず、適切な対応ではない。誰でもバカにされたり、殴られて、嬉しい、楽しいと感じる人はいない。不快だったり、嫌だったりするが、自分の中で最初に沸き起こる感情を抑圧せずに、相手に伝わる言動をコントロールする。コントロールするのは自分の「感情」ではなく、「言動」。言動をコントロールするトレーニングを行う必要がある。

## 【身体的暴力が発生した時の対応】

### 1) 逃げ道を確保する

どんな時でも、自分の逃げ道を確保することが身体的暴力を回避するコツです。

### 2) 複数対応を原則とし、毅然と対応、時に法的措置をとります。

身体的暴力には複数の職員である対応を原則とする。悪質で繰り返される暴力には、毅然として対応。

暴力行為者は、相手が弱いとみればつけこんできます。無理な要求を通そうと、力で支配しようと試みる。病院としてはいかなる暴力行為も容認できないことを言葉と書面にて警告し、治療の中断や強制退院などの措置もあることをあらかじめ示しておくことが必要。最終的には警察に通報、あるいは被害届を提出し、患者を強制退院させることも検討する。

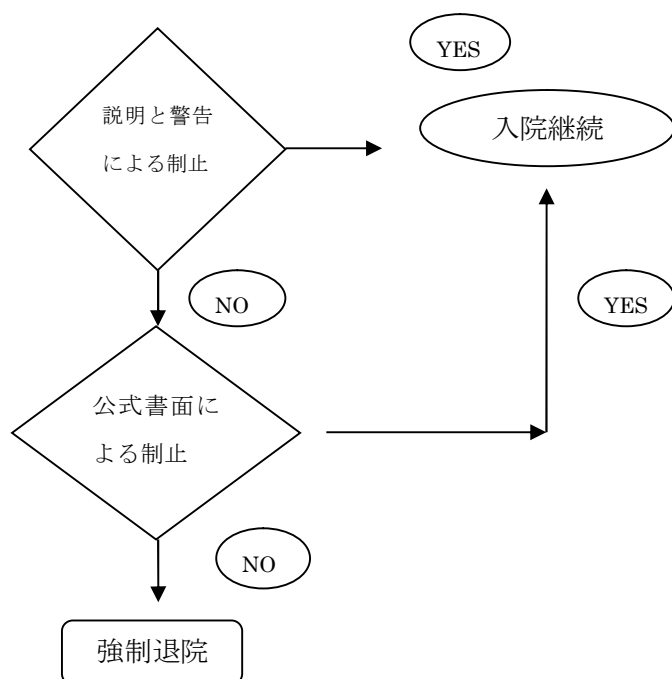
## 患者・家族からの暴言・暴力に対する報告ルートと対応マニュアル

	暴言/脅迫	器物破損	医療処置を要する障害発生 (警察介入なし)	医療処置を要する障害発生 (警察介入あり)	生死に関わる障害発生
	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	レベル 5

連絡	平日 9:00～17:00 担当者⇒所属長⇒部長 休日・夜間 担当者⇒医師・責任者⇒警備員へ報告	全館コール ; ☎ 601 レベル4：院長の判断で事故対策本部設置 レベル5：対策本部設置 警察対応：通報・報告・指示を受ける
----	---	--

対応	☆やめるように説得（主治医、所属長）など ⇒やめない場合、当事者が警察に通報。同時に応援を依頼する。

## 《入院患者の場合》



平成 24 年 12 月 10 日作成

医療安全管理室

### 【クレーム対応マニュアル】

#### 1) 目的

患者、その家族および関係者からの当病院に対する、直接面談による苦情、投書、電話による苦情（職員による代弁、代筆を含む）に対する対応を定める

#### 2) 苦情の範囲

- (1) 病院が提供するサービスにおける不利益
- (2) 病院や職員の不適切な対応・態様に対する不満
- (3) 病院が果たすべき社会的不履行

#### 3) 責任と権限

苦情の窓口は患者相談窓口とし、初期対応の責任を負うものとする。  
責任者は事務部長とする。

#### 4) 苦情処理の基本

- (1) 常に相手の立場に立ち私情や先入観にとらわれず、適切な誠意ある対応をする
- (2) 相談・意見・要望等の申し出があっても、内容が苦情と認める場合、もしくは周知・是正が必要と認められる場合は適切に対応する
- (3) 個人情報に関することやプライバシーに配慮し知り得た情報は他に漏らさない



## 5) 苦情対応の体制

- (1) 苦情受付者：全ての職員
- (2) 患者相談窓口担当者
- (3) 苦情対応責任者：事務部長

## 6) 苦情対応の基本的な心構え

- (1) 組織全体で対応する
- (2) 事実確認が最も重要である
- (3) 基本姿勢
  - ①苦情対応は速やかに行う
  - ②相手の立場にたって誠意をもって対応する
  - ③不快な思いをさせるきっかけとなったことについて謝罪する
  - ④初期対応の善し悪しが極めて重要である
  - ⑤たらいまわしはしない
  - ⑥不当な要求等には、毅然とした態度で対応する
  - ⑦行動は『誠心誠意』『迅速』『謙虚』『丁寧』  
判断基準は『幅広い知識』『専門知識』
  - ⑧患者・家族に対して
    - ア 相手の言い分をよく聞く。言い分をすぐに否定せず、敵対者でない姿勢を示す
    - イ 言い分がわからない時は、適宜質問する。ただし話の腰を折らない
    - ウ 事実確認を十分に行い、事実に基づいて対応する。早合点、思いこみ、自分勝手な判断をしない。
    - エ 議論、言い訳、弁解、責任転嫁をしない
    - オ 感情的にならず、冷静に話し合いをする
    - カ できること、できないことをはっきり伝え、過大な期待を抱かせない
    - キ 専門用語を使わず、分かり易く話す
    - ク 欲求不満となった内容の見極め

## 7) 報告

- (1) 苦情受付者は現場で緊急対応をしたものを含め所属長に報告する
- (2) 内容によっては早急に病院長、事務部長、看護部長に報告する
- (3) 医療安全管理室にクレーム報告書を提出する

## 8) 対応方法

- (1) 苦情のうち、インシデント・アクシデント及び予防措置上必要と認められたものについては、医療安全管理者を通じて関係部門の是正処置を図る

- (2) 関係部門で対応できる内容については所属長が対応する
- (3) 内容によって所属長が対応できないと判断した場合
  - ① 病院長・事務部長・看護部長に報告し病院組織として統一した態度で応じる
  - ② 誤解を防ぐ意味で対応窓口は一つとし、患者側はキーパーソン、病院は事務部長とする
  - ③ 苦情のうち、医療安全管理委員会での検討が必要と判断した場合は、病院長が委員会を招集する
- (4) 職員個人に対する苦情  
所属長を通じて個人にも内容を提示し、説明を聞いた後対応策を検討する
- (5) 複数の部門に関係する案件については、関係部署長が話し合い、対応策を講じる
- (6) 投書を通じての苦情については、院長に報告すると共に所属長に報告し、改善が必要なものについては事務長が改善報告を受けるものとし、返答を必要とするものについては速やかに事務長が対応する

## 9) クレーム処理

- (1) 第3者からの申し出  
患者の親族や知人と称して、電話での病名・容態などの問い合わせや、苦情や交渉要求があった場合、安易に答えてはならない（守秘義務）。患者・家族以外が交渉に来た場合には患者との続柄、身分関係を明らかにさせ、委任状の確認をして交渉に応じる。正式な委任状がなければ受付けない。脅迫、暴行行為は警察に通報する。顧問弁護士等に相談するとよい。
- (2) 口頭で申し立てがあった時  
相手の言い分をよく聴き即答は避ける。場合により、よく調査したうえで回答する旨を返答する。この場合録音テープやメモを活用し記録に残す。テープの使用を拒否されたときは言い分を文書でもらう。
- (3) 文書で申したてがあったとき  
弁護士から突然催告書が届く場合もあるが、このような場合であっても即答は避ける。法的な問題は顧問弁護士が相談に応じてくれる。

## 10) カルテ開示の請求を受けた場合の対応

当院における診療情報提供に関する指針に沿う