

## 第Ⅱ部

### 事故・トラブル発生時の対応

## 1 用語の定義

### インシデント<sup>1</sup>

患者に害を及ぼす可能性があった、又は実際に害を及ぼした事象若しくは状況を言う。  
当院では患者への影響にかかわらず、すべての事象レベルをインシデントと呼ぶ。

### 医療事故<sup>2</sup>

#### 1. 「リスクマネジメントマニュアル作成指針」（2000年厚生労働省）による医療事故：

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。

- ア) 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
- イ) 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
- ウ) 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

#### 2. 医療事故調査制度における医療事故（医療法第6条の10）：

当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。

### 有害事象

疾患の過程ではなく医学的管理に起因して発生した意図しない傷害のうち、入院期間の延長や退院時の一時的ないし永続的な機能又は身体障害の残存に繋がるほどの重篤な事象のことをいう。

### 医療過誤

上記のうち、人為的ミスが認められうるもの。

---

1. アクシデント：インシデントは、患者への影響をもとに、患者へ実施されなかったレベル0から、患者が死亡したレベル5まで分類されている。この影響度分類のレベル3b以上の事例をアクシデントとする医療施設が多い。当院ではアクシデントという言葉は使用しない。ヒヤリ・ハット事例とは、患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の場でヒヤリとしたりハットした経験を含む事例であり、インシデントという語に包含される。

2. 現在、「医療事故」という単語が使用される場合にいずれを指すか不明なことがある。

## 2 提出を義務付けている書類

### 重大な有害事象の発生を予防するため

#### 1. インシデントレポート

平成 19 年 4 月よりイントラネット (Safe Master2.0) での報告開始

ただし、詳細な状況を確認する場合・安全管理室が必要とした場合書面での提出をお願い  
する

#### 2. 患者状況報告書

(〇〇の視点) は、【掲示板】 → 安全管理室 → フォーマット → 【92】 から出力する

### 医療の質検証のため

#### 1. 有害事象・合併症・感染症報告書 (速報) ・ (続報)

\* 【掲示板】 → 安全管理室 → フォーマット → 【98】 から出力する

#### 2. 死亡例報告書 (Yahgee)

### 手術室の透明性確保のため

#### 1. 中央手術部手術実施報告書

##### 1) 出血量 1000ml 以上

##### 2) 予定手術時間より

(2 時間以内予定の手術) : 1 時間オーバー

(2~6 時間予定の手術) : 2 時間オーバー

(6 時間以上予定の手術) : 3 時間オーバー

##### 3) 術式を術中に変更、再手術例等

### 3 インシデントのレベル評価・分類・報告体制

#### リスクレベル

0.01	仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる
0.02	仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる
0.03	仮に実施されていた場合、患者への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる
1	実施されたが、患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
2	処置・治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
3 a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
3 b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
4 a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
4 b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

国立大学附属病院安全管理協議会「インシデントの影響分類」に準ずる

#### 管理レベル

1	システム改革・具体的対策は必要なく、自助努力の範囲で改善可能
2	緊急性はないが、システム改革・具体的対策を要する
3	早急（緊急）なシステム改革・具体的対策を要する

グレード分類	0.01～							
リスクレベル分類	0.03	1	2	3 a	3 b	4 a	4 b	5
点数	0	0	1	1	2	3	3	3

\* リスクレベル・管理レベルともに事象や事例によって変化する為、安全管理室で決定

## イントラネットを使用した報告手順・操作手順について

### インシデントレポート報告手順（インシデントを自覚した全職員）

1. 病院情報システム（HIS）「院内ポータル」をダブルクリックする。
2. ユーザーID（職員番号）、パスワード（自己設定）を入力する。
3. 部門メニューを1クリックする。
4. インシデント管理を1クリックする。
5. インシデント入力を1クリックする。
6. 基本項目をスクロールしながら「必須」項目を全てクリック、または入力する。
  - ※ 0.01～3a を選択すると「インシデント」、3b～5 を選択すると「アクシデント」が自動入力される。
  - ※ 所属部門、職員番号、報告者指名、報告者職種は自動入力される。
  - ※ 患者IDを入力すると、患者氏名、患者年齢が自動入力される。  
内容分類は、「薬剤」「輸血」「治療処置」「ドレーンチューブ」「検査」「療養上の世話（転倒・転落）」「その他」の項目がある。該当する項目を選択し、クリックする。  
例）ドレーンチューブ類（胃チューブと末梢ラインが同時に抜去した場合）  
メインのチューブを画面より選択し、もう一方をその他欄に入力する  
例）転倒・転落が原因で（チューブも抜けた等の場合）  
転倒・転落をチェックし、抜けたチューブをその他欄に入力する
7. 「事例の具体的内容」「事例の背景要因」「改善策」は、簡単・簡潔に入力する。
8. 必須項目をすべて入力後「登録」ボタンをクリックする。
9. 入力の中断や内容についての相談等が必要な場合は、仮登録ボタンをクリックする。仮登録した場合は、仮登録者が再度画面を開け「登録」する。（必要に応じて「訂正」ボタンで追加訂正し「登録」する。）
  - ※ リスクマネージャーが代わりに登録することはできない。
10. 各所属のリスクマネージャーの定めた報告方法に従い、インシデントレポートを登録した旨をリスクマネージャーに報告する。
11. 登録したインシデントレポートを削除したい場合は、所属のリスクマネージャーを通して安全管理室に連絡する。

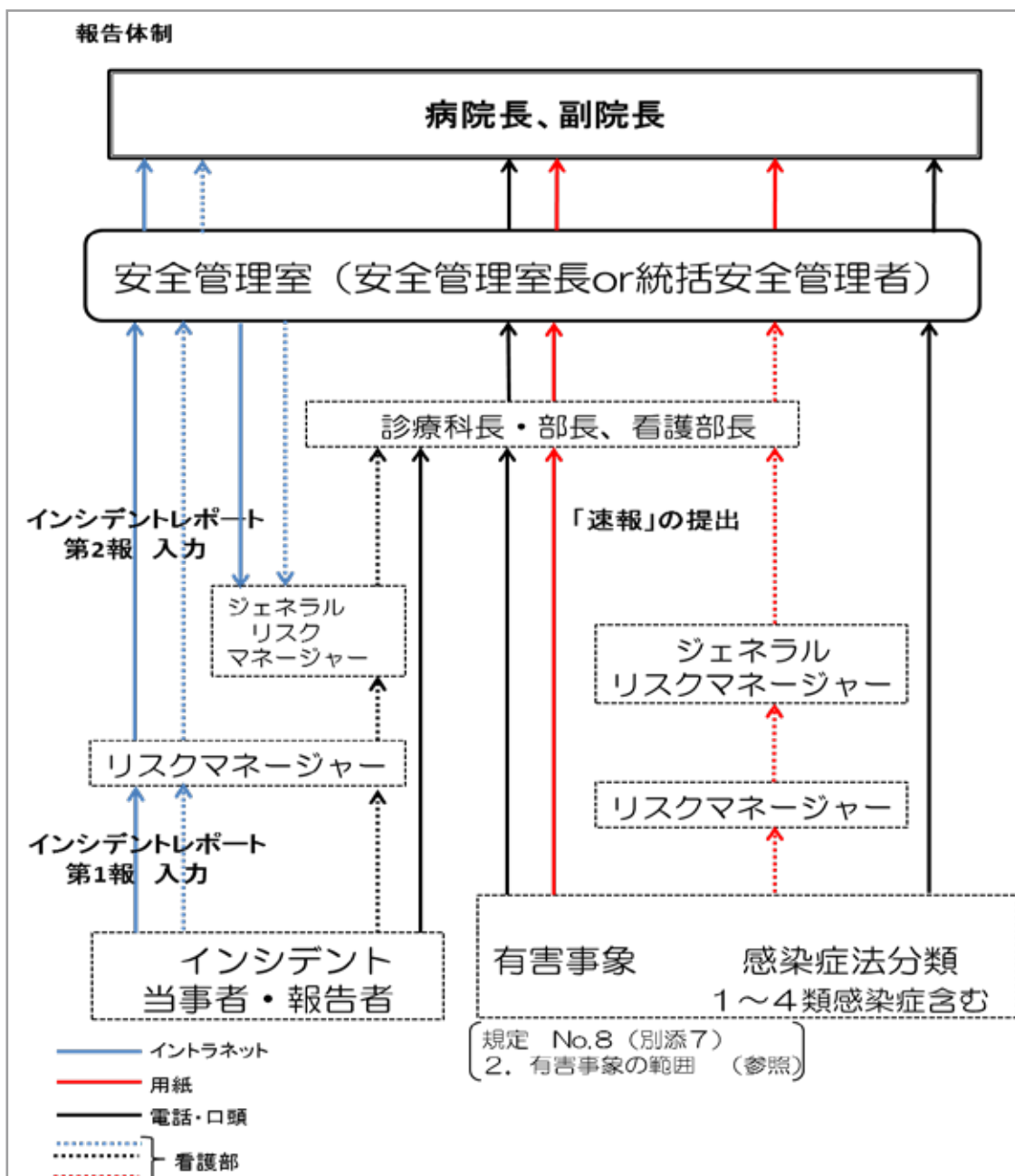
### リスクマネージャー操作手順（リスクマネージャー）

1. 病院情報システム（HIS）「院内ポータル」をダブルクリックする。
2. ユーザーID（職員番号）、パスワード（自己設定）を入力する。
3. 部門メニューを1クリックする。
4. インシデント管理を1クリックする。
5. 自部署のインシデントをダブルクリックする。帯のどの部分をクリックしても開くようになっている。
6. スクロールしながら、インシデント・アクシデント内容を確認する。
7. 内容の訂正が必要な場合は、「訂正」ボタンをクリックし訂正する。追加コメントが必

要な場合は、「コメント欄（非公開）」の入力ボタンをクリックし、入力する。  
 内容を確認後、『確認済』ボタンをクリックし、一覧へ戻る。

8. 「閲覧済」「確認済」の分母の数 (0/1, 0/2, 0/3, 0/4) は、リスクマネージャーの数が表示されている。部署のリスクマネージャー全員が『確認済』ボタンをクリックすることで「済」と変わる。
9. 安全管理室では、「済」を確認し、完了とする。
10. 安全管理室による「完了」後は、一覧画面から消えるため、報告内容を再確認する場合は、「検索条件」をクリックし、「一覧表示」のチェックを外し、左上の「検索」ボタンをクリックする。（一覧画面で閲覧が可能となる）。

## 報告体制



## 4 死亡事例への対応

当院で死亡された患者に対して、原則 Ai を実施することになっている。死因究明のため当院では Ai を撮影することになっている旨、説明する。尚、Ai の費用は家族へ請求していない。

### 1. 入院中の場合

入院中の患者が、急変後死亡した場合や死因や死亡時病態が不明な場合は、必ず Ai を実施する。また、病理解剖は死因究明には不可欠であるため、家族に協力をお願いする。

死亡診断書と死亡例報告書（Yahgee）で記載する。

### 2. 救急外来での CPAOA や一般外来に来院後死亡された場合

死亡確認後、①Ai を必ず実施する。②病死及び自然死か外因死か判断できない場合が多いため、外表の異常の有無に関わらず所轄の警察に連絡し検死の必要性の判断を委ねる。ROSC し入院数日後に死亡した場合（外因の後遺症による死亡も含む）も同様。検死を行った場合、死体検案書を作成する。

### 3. 提供した医療に起因または起因すると疑われる死亡で、死亡を予期していなかった場合

- ・死亡例報告書の K) 事故調査制度対象事例の可能性の項目で□4、□5、□6 の場合が該当する。
- ・事故調査対象事例への対応チェックリスト（当日用）（掲示版内-安全管理-フォーマット 57 番）に沿って直ちに対応を開始する。
- ・Ai ならびに病理解剖について（同上-57 番）を利用して、家族に病理解剖の協力を強くお願いする。
- ・安全管理室まで、まず電話で緊急連絡する。
- ・医療事故調査制度連絡票（Yahgee）の記載をして、至急、安全管理室に提出する。

#### 4. 医療事故調査制度対象事例（＝事故調対象事例）の疑いが生じた場合の流れ

A、Bの2系統があり、いずれも最終的に危機管理部会で検討し判断する。

**A-①** 入院患者の死亡 or 急変後（死亡前含む）、安全管理室（室長 or 統括安全管理者）まで緊急連絡（家族が死因に納得できず調査を希望する場合も含む）

**A-②** 安全管理室が病院長に連絡し、病院長の判断で緊急危機管理部会（or 直近の危機管理部会）を開催、医療事故に該当するかを検討

**B-①** 医療の質検証委員会が事故調対象事例の可能性を指摘し、M&M対象事例にノミネート

**B-②** M&Mの結果を踏まえ、危機管理部会で医療事故に該当するかを検討

**A-③、B-③** 危機管理部会で事故調事例と判断した場合

- ・ 診療科長または主治医などから家族へ説明
- ・ 安全管理室が茨城県医師会（医療事故調査支援団体）へ報告し外部委員の推薦を要請
- ・ 安全管理室が日本医療安全調査機構へ報告
- ・ 学校法人東京医科大学安全管理担当理事へ報告





## 5 Ai (オートプシー・イメージング) 運用手順

オートプシー・イメージング (Autopsy imaging、以後 Ai) は、狭義では死亡時画像診断、広義では死亡時画像病理診断の事である。CT や MRI などによって撮影された死後画像 (Postmortem Imaging: PMI) により、死体にどのような器質的病変を生じているのかを診断する (狭義の Ai) ことによって、死亡時の病態把握、死因究明などを行うシステムである。当院における Ai とは、原則 CT 検査を指すこととし、以下にその詳細を定める。

### 1. 目的：死因や死亡時病態の特定と解剖の必要性を判断する

### 2. 適応：CPAOA 患者や救急外来死亡患者で、死因が特定できないもの

病棟急変等で、死因が特定できないもの

死因や死亡時病態が不明であり、主治医や安全管理室が必要と判断したもの

### 3. ご家族への IC

同意書は必要としないが、その旨家族へ予め説明しておくこと

### 4. 施行結果

読影結果は診療録に記載し、患者家族へ説明した内容も診療録に記載すること

### 5. 画像確認 (再検討)

Ai 画像は放射線科専門医により読影される。結果は、医療の質検証委員会が診療録とともにチェックし、必要があると判断すれば、M&M にノミネートするか、診療科内でのカンファレンスを行う。

### 6. 運用手順

- 1) Ai が必要か否かの判断は、院内死亡を確認した医師集団の代表が最終判断を下す。(通常時間帯は救急外来担当医 or 主治医、時間外は当直責任者 or 主治医)
- 2) Ai が必要と判断された場合は、医師はオーダーリングで Ai をオーダーする。
- 3) 医師は放射線科に連絡し、撮影場所 (中央 CT) と搬送のタイミングの指示を待つ。
- 4) 撮影準備として、出血や体液に流出が予測される場合は、ご遺体の下に防水シートを引くこととし、通常時間帯は特にご遺体に酸素マスクをかぶせる等、カモフラージュをして CT 出しをすること。
- 5) 医師は HIS 端末で画像を見ること。
- 6) 警察等からの要望があれば、HIS の画面を撮影してもらおう。正式な依頼があれば DVD への焼付けは有料で可能である。(DVD : 1 枚 1100 円、申し込みはデータ抽出申請書で)

### 7. 手順の見直しは、安全管理室が行うこととする。

1. この手順は、平成22年4月27日より実施する。
2. この手順（改正）は、平成24年6月1日より実施する。
3. この手順（改正）は、平成26年12月12日より実施する。
4. この手順（改正）は、令和元年11月1日より実施する。
5. この手順（改正）は、令和3年6月1日より実施する。
6. この手順（改正）は、令和5年9月17日より実施する。

## 6 病理解剖時の手順

1. 主治医は、死亡確認後『病理解剖に関する遺族への説明・承諾書』に沿って説明し、承諾が得られた場合※<sup>1</sup>『病理解剖に関する遺族への説明・承諾書』 ※<sup>2</sup>『病理臨床病歴用紙兼病理解剖申込書』を記載し、※<sup>1</sup>『病理解剖に関する遺族への説明・承諾書』と※<sup>2</sup>『病理臨床病歴用紙兼病理解剖申込書』の1枚目をコピーする。
  - 1) 主治医は病理診断部の医師に連絡を取り、※1と※2の1枚目を病理診断部へ届ける。
    - \*『病理臨床病歴用紙兼病理解剖申込書』は、病理解剖申込書を兼ねている為、少なくとも1枚目を記載する。その他詳細は、別紙「病理解剖申し込み連絡事項」を参照
  - 2) 看護師は、夜間は管理師長へ連絡する。
  - 3) 看護師は、※<sup>1</sup>『病理解剖に関する遺族への説明・承諾書』と※<sup>2</sup>『病理臨床病歴用紙兼病理解剖申込書』の1ページ目のコピーを入院患者ファイルに綴じる。
2. 主治医と看護師は、患者のライン類等を医師と共に全て除去し、汚染部分があれば清拭を行い、すぐに移動できるようにしておく。
  - \*汚染部分が無ければ、清拭は不要
  - \*着衣は移動後すぐに脱ぐようになる為、脱ぎやすいようにしておく
3. 解剖室より連絡があったら、『入院患者ファイル』を持参し、解剖室へ患者を搬送する。
4. 看護師は、謝礼を受け取りに行き（昼間は総務課・夜間は救急外来受付）、患者名と同意者の氏名をノートに記載する。
5. 主治医 or 看護師は、家族に謝礼を渡し、帰宅手段を確認し、葬儀社へ連絡。（医師が解剖結果を家族に説明後、医師より謝礼を渡す場合もある）
6. 病理部から依頼科（病棟）へ、病理解剖終了（2～3時間程度）の連絡があったら、看護師は、葬儀社に連絡し、死後処置を実施してもらう。
  - \*看護師は、着替え・オムツ・タオル等を、家族から預かり葬儀社に渡す
7. 葬儀社より、処置終了の連絡があったら、家族・主治医・看護師と霊安室へ行き、お見送りをする。
  - \*場合によっては、解剖前に行う事もある
8. 主治医 or 看護師は、死亡診断書をコピーし原本を家族へ渡す。
  - \*主治医が、死亡診断書（死体検案書）に解剖所見を記載後、必要枚数をコピーする

### 病理解剖時必要書類と保管方法

- ① ※<sup>1</sup>『病理解剖に関する遺族への説明・承諾書』…原本は入院患者ファイル、コピーは病理診断部
- ② ※<sup>2</sup>『病理臨床病歴用紙兼病理解剖申込書』…原本は病理診断部、1ページ目をコピーしスキャンする
- ③ 死亡診断書（死体検案書）…解剖後、解剖所見を記載し、原本は家族、コピーは1部スキャン、1部安全管理室へ提出する



病理臨床病歴用紙兼病理解剖申込書

ID-  
名 前  
生年月日・性

剖検番号	剖検医
主治医	科 (PHS)
患者名	歳
今回入院	年 月 日 剖検 時間後
死 亡	年 月 日 時 分
職 業 (主として従事した) 現	元
現 住 所	

病名 (原則として日本語で記載) D:診断名 O:手術名 診断根拠 (症状, 理学所見, 検査所見を具体的に)

DO	(初診年月日)
DO	
DO	
DO	
DO	
DO	
DO	
DO	
治療概要 (該当するものに○印) 手術・放射線・抗がん剤・免疫療法・抗生物質大量・副腎皮質ホルモン・輸血・その他 ( )	
臨床的直接死亡原因	
本症例の特異点	
臨床上の問題点および希望する病理検査事項	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
感染の既往	
HB抗原 (-・+) TPHA (-・+) HIV (-・+) Tb (-・+)	
その他 ( )	
家族歴 (血族結婚 -, +)	既往歴
	飲酒歴 /日×年
	喫煙歴 /日×年
	輸血歴 -, +

東京医科大学茨城医療センター

- 平成 21 年 10 月 1 日 一部改正
- 平成 22 年 6 月 1 日 一部改正
- 平成 24 年 7 月 1 日 一部改正
- 平成 25 年 10 月 4 日 一部改正
- 令和元年 11 月 1 日 一部改正
- 令和 3 年 6 月 1 日 一部改正

## コラム：解剖の種類

茨城県には監察医制度がありません。当院で亡くなった患者（救急外来含む）に対する解剖は、以下の4種類が考えられます。

### 1. 病理解剖：

病気で亡くなった人を対象にして、臨床診断の妥当性、治療の効果の判定、直接死因の解明、続発性の合併症や偶発病変の発見などを目的に系統的な解剖を行うこと。

#### 医療事故調査解剖：

医療法第6条 医療事故調査制度において、で規定される、正確な死因を究明する目的で行われる。

### 2. 行政解剖（承諾解剖）：

犯罪性はないが、死因を究明する目的で行われる解剖。『死体解剖保存法』に基づき、遺族の承諾のもとに行われる。

### 3. 警察署が取り扱う死体の死因又は身元の調査等の法律に則った解剖

（通称：**新法解剖、調査解剖**）：犯罪性はないが、死因の究明や身元を明らかにするために行われる。警察署長の判断で行うことができ、遺族の同意がなくても良い。

平成25年4月から実施。

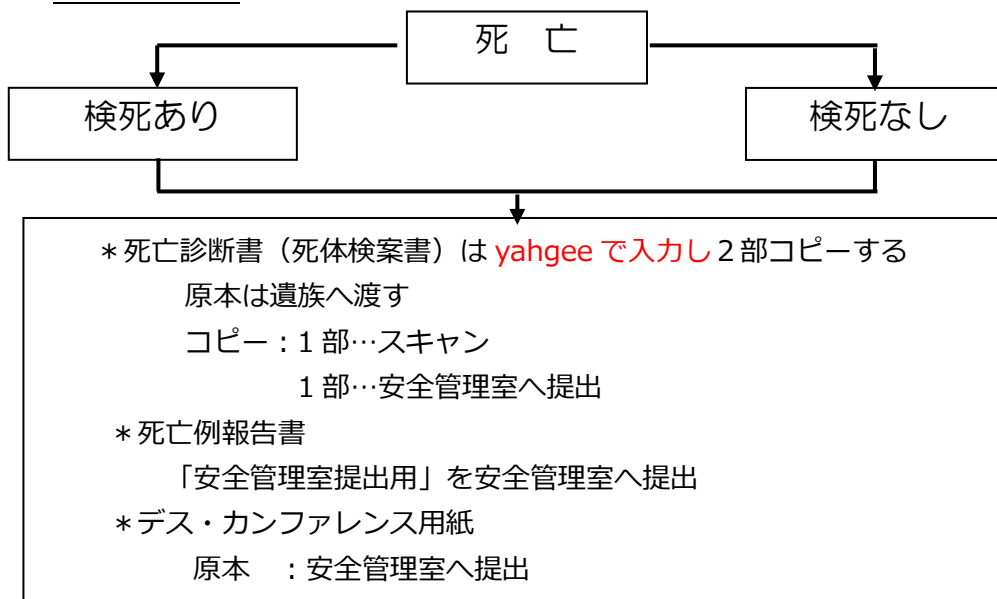
### 4. 司法解剖：犯罪性がある、或いはその疑いがあるときに行われる。『刑事訴訟法』（第168条）に基づき、検察官あるいは警察官の囑託により、裁判所の発行する鑑定処分許可状を得て行われる。結果は鑑定書として囑託者に報告される。

## 解剖の種類と比較

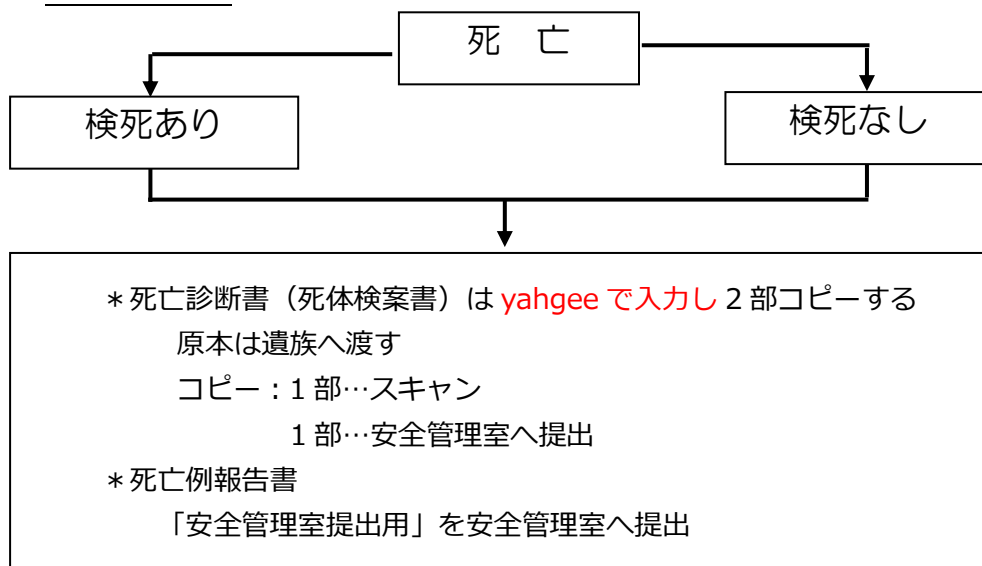
種類	法律	対象	執刀者	解剖の目的	遺族の同意
病理解剖	死体解剖 保存法	診療中・後の 患者遺体	病理医	臨床診断の確 認、疾患の進行 および治療効果 の確認	必須
行政解剖 (承諾解剖)		異常死体のう ち非犯罪死体	法医	死因究明	必須
調査解剖	死因・身元 調査法	非犯罪死体 のうち、死因 が不明な死体	法医	死因究明 犯罪死の 見逃し防止	不要
司法解剖	刑事訴訟法 第168条	犯罪死体	法医 (鑑定人)	鑑定	不要

## 7 死亡診断書（死体検案書）と死亡例報告書の流れ

### 1. 入院の場合



### 2. 外来の場合



#### 【備考】

※ 警察による検死が行われた場合は、警察へコピーを 1 部渡す（コストは発生しない）。

### コラム：身寄りのない方がお亡くなりになった場合の『死亡届』

戸籍法に基づく死亡届は、戸籍法第 87 条により同居の親族などの届出義務者がいない場合、病院長が行う必要があります。死後 7 日以内の届出が義務付けられていますので、総務課まで連絡してください。



① a

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

② 氏名	③ 性別 1男 2女	④ 生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和	年月日
⑤ 死亡したとき	令和	年	月	日 午前・午後 時 分
⑥ 死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 介護医療院・介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他			
⑦ 死亡したところ及びその種別	茨城県稲敷郡阿見町中央三丁目20番1号 番地 番号			
⑧ 死亡の原因	(ア) 直接死因	発病(発症) 又は受傷から死亡までの期間		
	(イ) (ウ) (イ)の原因	1ヶ所以上記入		
	(ウ) (イ)の原因	1ヶ所以上記入		
	(エ) (ウ)の原因	1ヶ所以上記入		
	II 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等	1ヶ所以上記入		
手術	1無 2有	部位及び主要所見	手術年月日	令和 平成 昭和 年月日
解剖	1無 2有	主要所見		
⑨ 死因の種類	1 病死及び自然死			
	2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焔による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 その他及び不詳の外因死(9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因)			
外因死の追加事項	傷害が発生したとき	令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県 市区町村
	傷害が発生したところの種別	1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他( )		
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	手段及び状況			
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	グラム	単胎・多胎の別	妊娠週数
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	1無 2有	1 単胎 2 多胎(子中第 子)	満 週
◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	母の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	前回までの妊娠の結果	出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)
	1無 2有	3 不詳		
⑩ 上記のとおり診断(検案)する	東京医科大学茨城医療センター 番地 番号			
本診断書(検案書)発行年月日	令和 年 月 日			
(氏名) 医師	印 ← 自筆・「押印」不要			

生年月日が不詳の場合は推定年齢をカッコ書きで書いてください。注意!

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3 介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。I欄では、各傷病について発病の型(例:急性)、病因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部がん)、性状(例:病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に関係した手術については、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。「5煙、火災及び火焔による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういう状況で起こったかを具体的に書いてください。

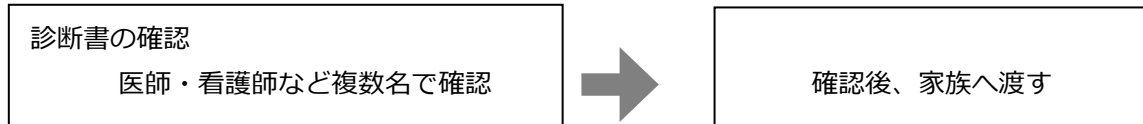
妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。母子健康手帳等を参考に書いてください。

両方記入

※ 訂正の場合、医師の押印が無く署名の場合は訂正箇所にも署名とし、押印がある場合は訂正印となる。

## 8 死亡診断書（死体検案書）の確認・作成について

### 8-1 死亡診断書（死体検案書）確認手順



- 死亡診断書・死体検案書のどちらの書類作成かを確認……①  
(作成書類外の方には2重線を書く・・・4箇所……a.b.c.d)
- 氏名・性別・生年月日はカルテ参照し確認後、家族・保険証で最終確認……②③④
- 「死亡したとき」・・・再度確認。24Hでの記載は不可……⑤  
(例：×・・・20時15分 ○・・・午前・午後8時15分)
- 死亡したところ種別・・・「1. 病院」に○が記入されているか確認……⑥
- 死亡の原因・・・必ず記入されている科確認……⑧
- 死因の種類・・・必ず1つ○が記入されているか確認……⑨
- 一番下の段・・・診断書年月日・本診断書発行年月日の記入を確認……⑩
- 手書きの場合、医師名が本人の自筆であることを確認（「押印」の必要なし）……⑩
- 読めない文字や、分かりづらい文字、誤字がないかを確認
- ⑦と⑩に病院名・住所が記載されていることを確認
- ※ 上記に不備や不明な点があった場合は、医師に訂正を依頼する
- ※ 訂正：手書きの場合は、医師に指名欄に押印させ、誤記を二重線で消し訂正印を押す。

看護師は最終確認を家族と行い、診断書を家族へ渡す

\* 会計については別紙を添えて看護師が説明すること

#### 【備考】

- ※ 死亡診断書の場合 ¥7,700（2通目以降は ¥3,300 を各診療科外来で依頼していただく）  
死体検案書の場合 ¥11,000（2通目以降は ¥5,500 を各診療科外来で依頼していただく）  
(警察に死体検案書のコピーを渡す場合、コストは発生しない 平成19年5月14日～)
- ※ 病棟で死亡した場合の会計  
入院中の請求は約1週間から2週間後に医事課入院係より連絡が自宅に入る。
- ※ 救急外来で死亡した場合の会計  
外来時の請求は翌日には発行済（約1週間後に医事課外来係より連絡が自宅に入る。）
- ※ 病理解剖が発生した場合は、別紙の「病理解剖時のマニュアル」参照。  
解剖を行った場合には謝礼金 ¥10,000 が出るため家族へ謝礼金を渡し帰宅していただく。
- ★ 平日（日勤）での死亡診断書（死体検案書）の確認は、マニュアルに沿って病棟医事課が行う

## 8-2 死亡診断書の Yahgee での作成方法

理由：死亡診断書の作成において、記名押印が廃止となり必ず署名によるものとなったため

【実際】

文章作成から公的文書⇒新規文章⇒『A 3（共通）令和版死亡届（死亡診断書・死体検案書）（医師用）』で決定し、記載して下さい。

★注意：患者氏名が外字の場合は下記のように対応のこと。

### 注意事項

○患者氏名に外字のため  
カタカナ表記であった場合

- ①記名されているカタカナを削除
- ②フルネームで氏名を手書き

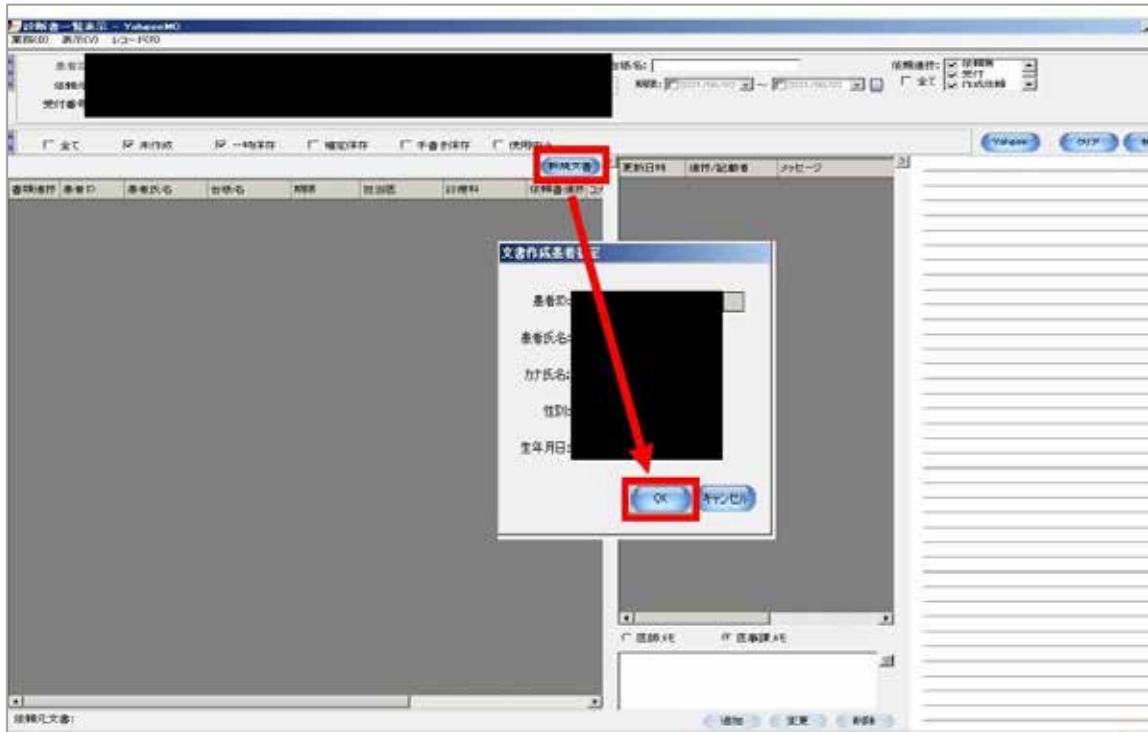
\*統合ビューア「医事課関連文書」より「保険証」または「マイナンバー」より氏名の確認をお願いいたします。

○医師の署名

「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」（令和2年厚生労働省令第208号）

⇒記名押印の廃止

### 8-3 死亡診断書（公的文書）の操作方法







## 9 医療事故等によるマスコミへの公表基準

### 1. 医療事故に係わる情報提供の趣旨

重大な医療事故が発生した場合、医療機関自らがその医療事故の事実を正確かつ迅速に社会に対し公表していく必要がある。これは、医療が生命の尊重と個人の尊厳の保持を基本理念としていることから、医療機関は一般的に社会的公共性が高いと考えられるからである。また、医療事故への対応に係わる透明性の確保や、患者・家族及び社会への誠実な対応は、より良いリスクマネジメントにつながり、結果的に双方に良い結果をもたらすと考えられる。但し、医療事故を公表する場合は、患者や家族のプライバシーを最大限に尊重しなければならない。公表前には、患者・家族と十分話しあい、又事故当事者への十分な配慮も必要となる。

### 2. 公表基準および手順

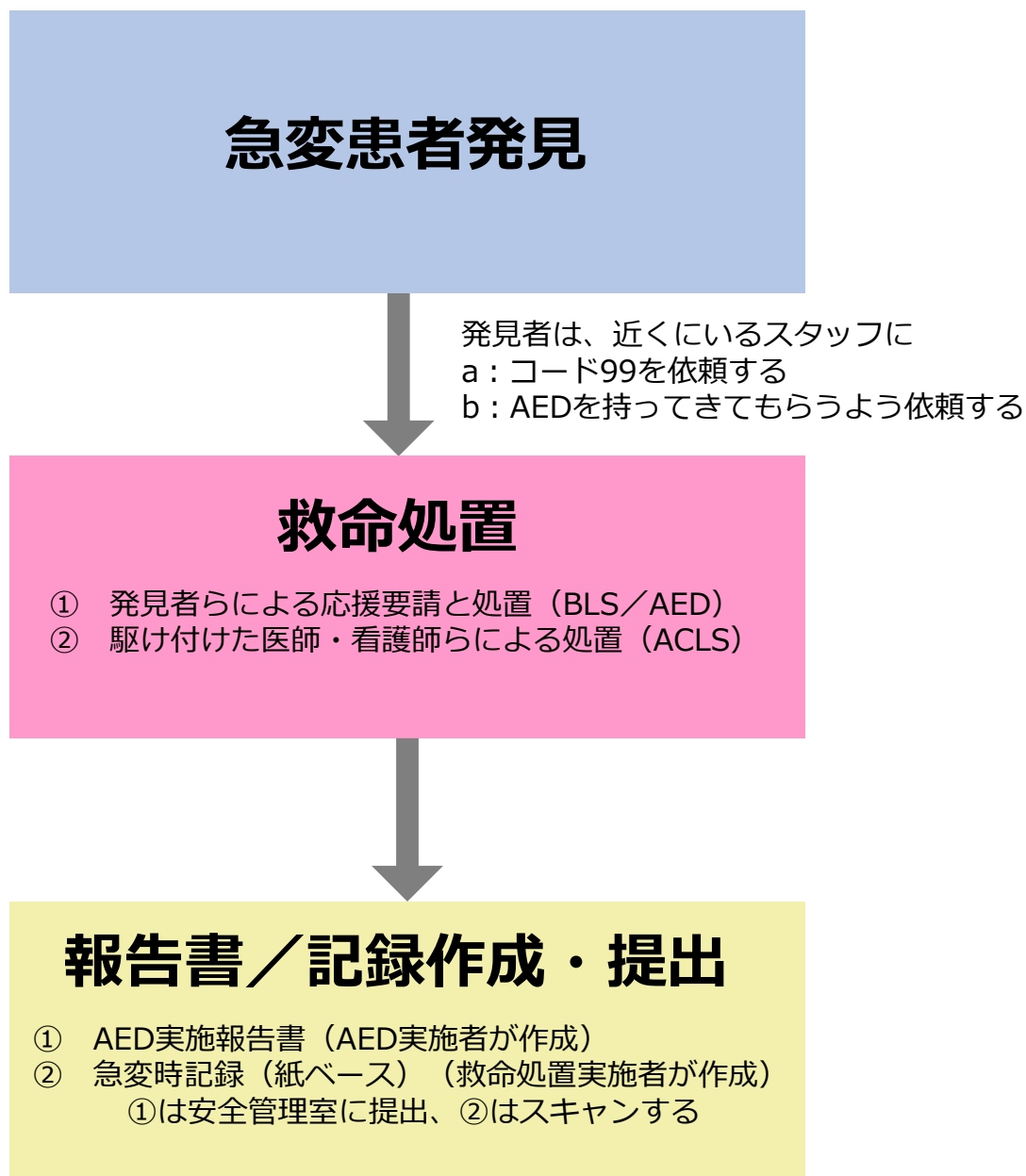
具体的にどのような医療事故について公表すべきか、もとより一義的に決めることは困難であり、個々の事故の実状に即して考えるほかないが、およそ警察署に届出ないし連絡をするような医療事故については、その公表について検討する必要がある。

- 1) 龍ヶ崎保健所に報告し、警察署へ届出ないし連絡した要件のうち、『明らかに誤った医療行為や管理上の問題により、患者が死亡若しくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例』は、原則的に公表することとするが、最終的に公表の是非は顧問弁護士の意見を踏まえ安全管理委員会で検討し、茨城医療センター担当理事の許可を得て病院長が決定する。
- 2) 『明らかに誤った行為は認められないが、医療行為や管理上の問題により、予期しない形で、患者が死亡若しくは患者に障害が残った事例、あるいは濃厚な処置や治療を要した事例（医療行為や管理上の問題が、原因として疑われる場合も含めるものとする）その他、警鐘的意義が大きいと考える事例』に該当するもので、医療の質検証委員会で公表の必要性を指摘されたものは、顧問弁護士の意見を踏まえ安全管理委員会で公表の是非を検討し、茨城医療センター担当理事の許可を得て病院長が決定する。

## 10 急変時の対応

本項では、エマージェンシーコールの運用、一次救命処置（BLS）、二次救命処置（ACLS）、急変時記録、AED実施の流れについて詳述する。

### 急変対応フローチャート



※ AED実施報告書は、【掲示板】 → 安全管理室 → フォーマット → 【28】 から出力する。



## 10-1 エマージェンシーコールの運用

### ◎通常勤務帯

#### ★コード99

：病棟・外来等で緊急に患者様への対応が必要な場合

\* 該当診療科の主治医には別にコールすること。

- ① ○○病棟・外来の職員は電話交換に連絡する。  
⇒『**コード99** ○○病棟・○○号室／○○外来または発見場所』
- ② 電話交換は、2回全館放送をする。  
⇒『**コード99** 病棟名・部屋番号／**コード99** 外来名・発見場所  
(例) **コード99** 南5・510 / **コード99** 総合受付前  
電話交換は、1276 or 1822に連絡。  
⇒ 救命室、ICUスタッフが、日勤当番医師に連絡する。
- ③ 全館放送を聞き、手の空いている医師は、診療上の応援が必要な事を認識し、至急○○病棟・○○号室、○○外来・発見場所に行き、その対応にあたる。

### ◎時間外

#### ★コード99

：病棟・外来等で緊急に患者様への対応が必要な場合

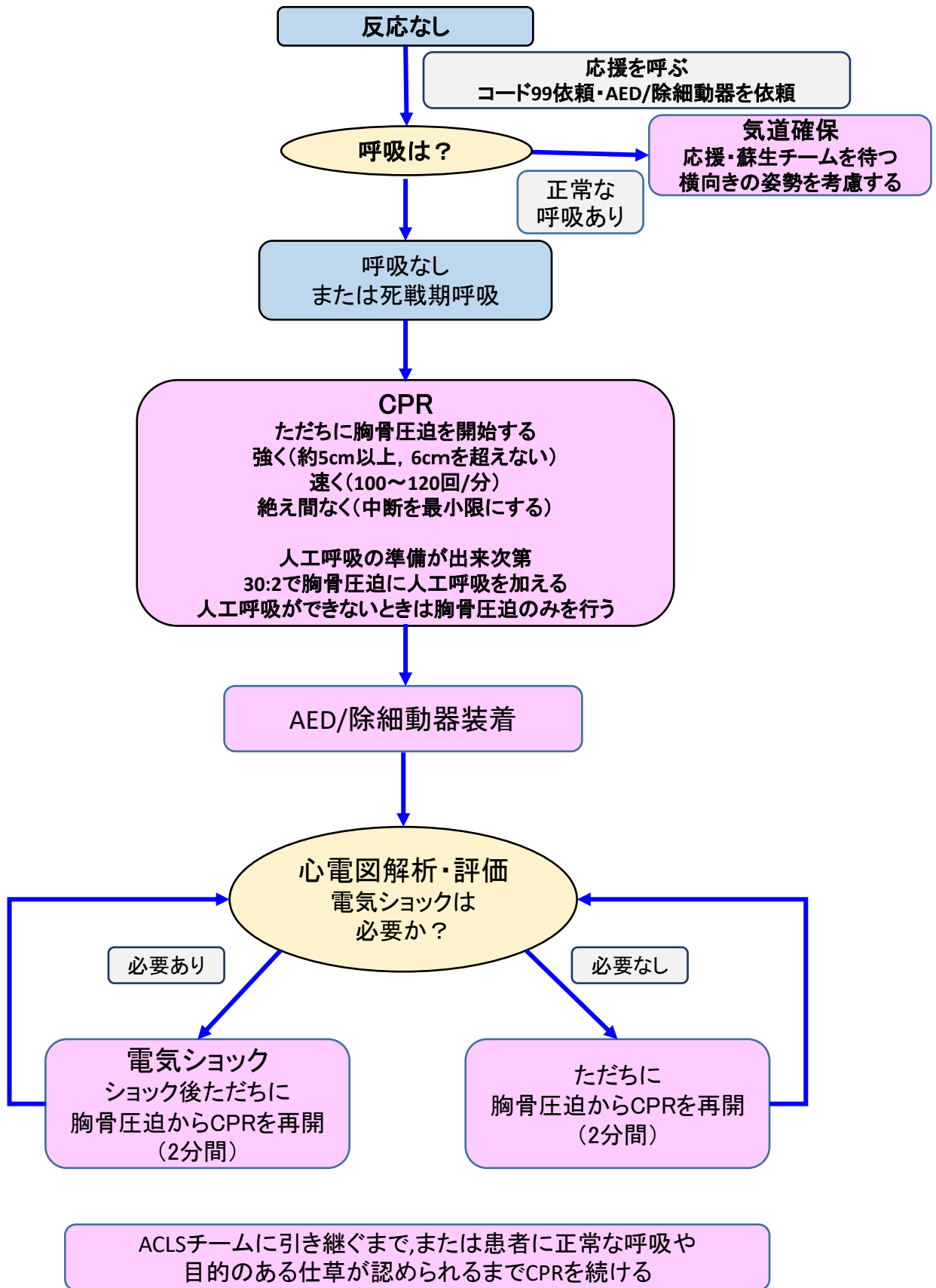
\* 該当診療科の主治医には別にコールすること。

- ① ○○病棟・外来の職員は電話交換に連絡する。  
⇒『**コード99** ○○病棟・○○号室／○○外来または発見場所』
- ② 電話交換は、時間外勤務者全員（統括責任者、ICU、CCU、外科系、内科系、研修医、ストローク、管理師長）のPHSに連絡する。  
⇒『**コード99** 病棟名・部屋番号／**コード99** 外来名・発見場所  
(例) **コード99** 南5・510 / **コード99** 救急外来
- ③ 連絡を受けた医師・看護師は、診療上の応援が必要な事を認識し、至急○○病棟・○○号室、○○外来・発見場所に行き、その対応にあたる。

※外科系・内科系医師は、CPA患者対応を優先する事を原則とする。

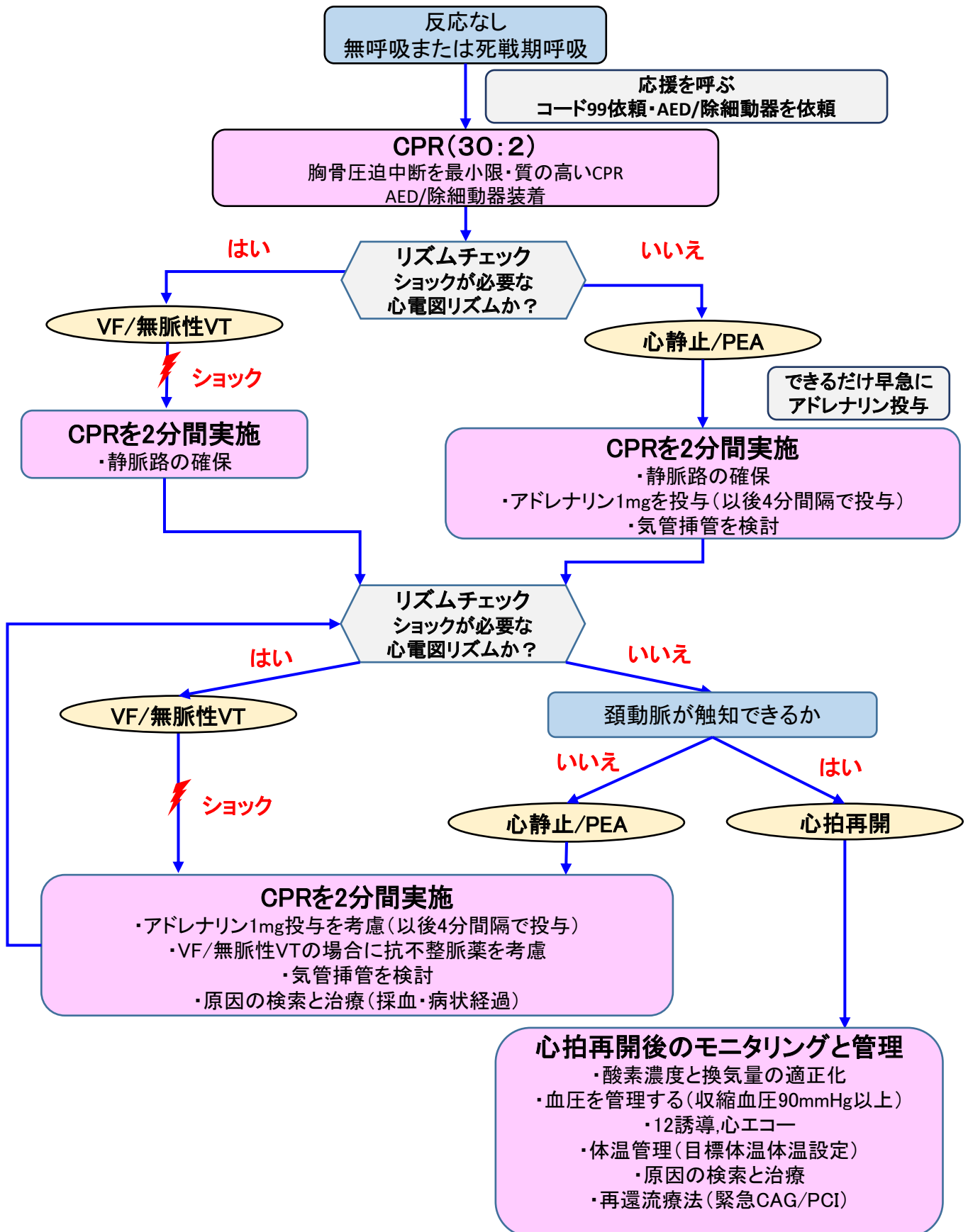
# 10-2

## 一次救命処置（BLS）アルゴリズム



# 10-3

# 二次救命処置 (ACLS) アルゴリズム

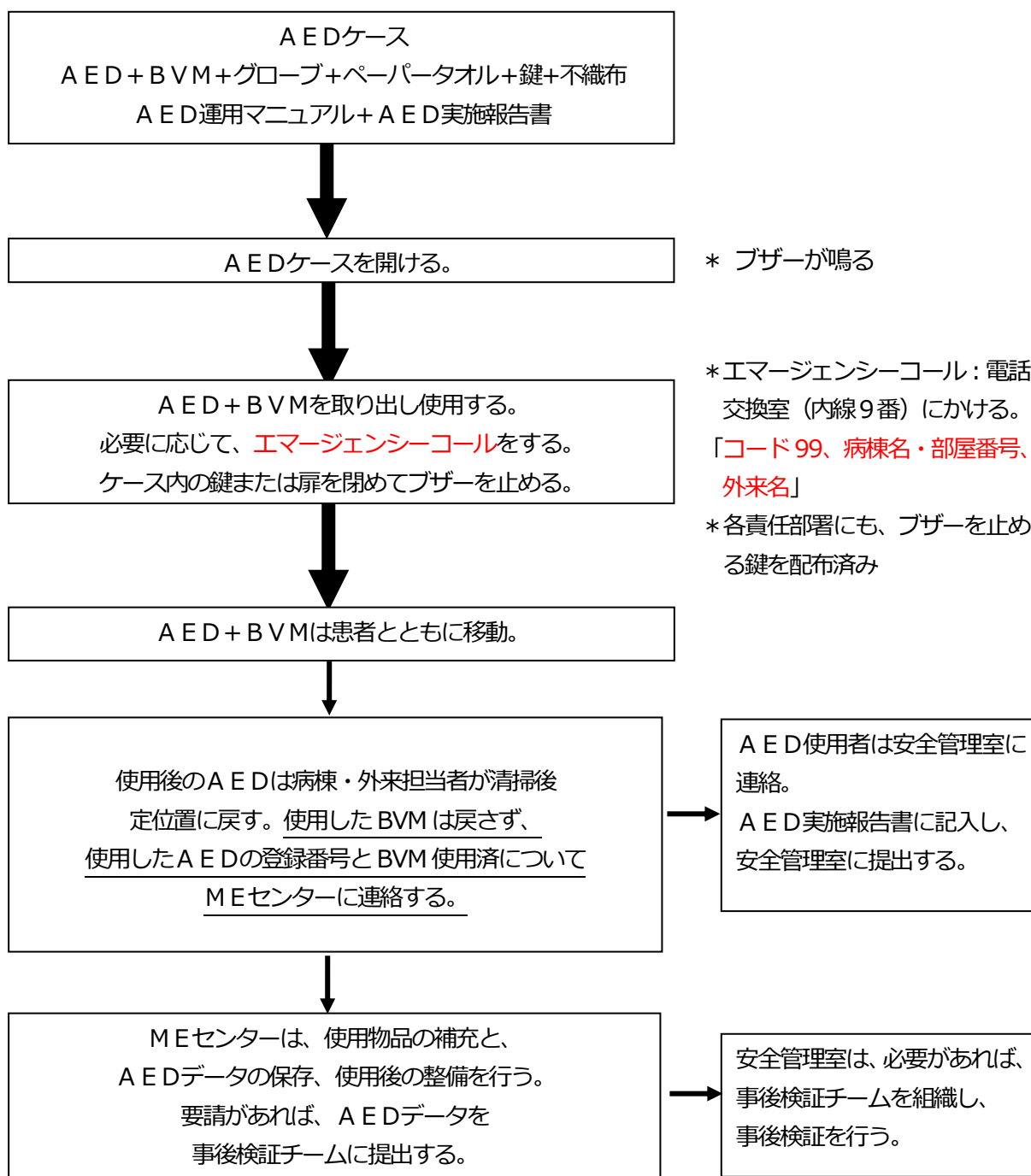


## 10-4 『急変時記録』 記載基準

1. 『急変時記録』は、急変の際に電子カルテに記載する前に現場で記載できる記録用紙である。
2. 『急変時記録 ①,②』は、主に救急外来でのCPA対応、外来急変（コード99含）対応時に使用する。
3. 『急変時記録 ③』は、主に病棟急変（コード99含）対応時に使用する。
4. 『急変時記録 ①,②,③』は、原本をスキャンする。（安全管理室への提出、患者ファイル保存は不要）
5. 『急変時記録 ①,②』記載の注意点
  - 1) 【主科・所属部署スタッフ】には、急変に対応した主科の医師、看護師の氏名を記載する。下記の記録記載の指示者、施行者は必ず記載する。
  - 2) 【応援者】には、主科、所属スタッフ以外に急変に対応した医師、看護師、コメディカルの氏名、所属または役割を記載する。下記の記録記載の指示者、施行者は必ず記載する。
  - 3) 記載者サインは、『急変時記録』を記載した人が記載する（複数で記載の場合は、記載責任となる方の氏名を記載する）。
  - 4) 日付・時間は、観察や処置を行った日付・時間を記載する。
  - 5) 意識レベルは、JCSで記載する。
  - 6) 呼吸は、自発呼吸の有無を（+/-）で記載、呼吸パターン or 異常呼吸の内容も記載する。
  - 7) 頸動脈触知は、頸動脈触知の有無を（+/-）で記載する。
  - 8) モニター波形は、観察したモニター上の波形に○を付ける。また、徐脈、頻拍の際にも○を付ける。
  - 9) HR,BP,SpO<sub>2</sub>,R、瞳孔径、対光反射は、測定、観察した値、内容を記載する。
  - 10) その他観察した内容を空欄に記載する。
  - 11) ★胸骨圧迫開始・再開・中止、★BVM換気開始・再開・中止は、開始、再開、中止を記載、☑し、施行者を記載する。
  - 12) 応援要請、主科コール、コード99要請、AED装着、救急カート要請、心電図モニター装着は施行、装着したら☑し、時間を記載する。
  - 13) ライン確保は、急変時挿入したラインの時間、部位、ゲージ数、輸液ボトルを記載する。挿入されていたラインについては部位、ゲージ数、輸液ボトルの内容を空欄に記載する。また、CV・V-V・Aラインについても同内容を空欄に記載する。
  - 14) 薬剤は、薬剤の内容に☑を入れ、指示者、投与時間、投与者、持続薬剤はml/hを記載し、変更には変更した流量を記載する。その他薬剤の使用には、空欄を使用し、同様に記載する。
  - 15) 処置は、施行した処置に☑しその内容を記載する。人工呼吸器管理を開始した際の呼吸器設定値は、別紙の呼吸器チェックリストに記載する。
  - 16) 検査は、施行した処置に☑し、内容に○やその時間を記載する。
  - 17) その他は、家族連絡、家族到着、医師ICを☑し、その時間を記載する。また、上記に記載できない内容を記載する。



## 10-5 院内設置 AED 運用の流れ（フローチャート）



- ※ 院内設置 AED 運用方法に基づき使用する。
- ※ MEセンターは院内見回り時にあわせて、点検をする。

平成28年年2月1日改正  
令和元年11月1日改正  
令和3年5月25日改正

## A E D 実施報告書

報告年月日      年      月      日

報告者所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

1. AED実施日時： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

2. AED実施場所： \_\_\_\_\_ AED番号： \_\_\_\_\_

3. AED実施者所属： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

BLS+AEDプロバイダー 有・無      インストラクター 有・無

4. 実施対象者

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

入院患者：入院病棟 (                      )

外来患者：受診科など (                      )

見舞い客  患者家族  職員  その他

5. 経過

1) 発見状況                      時間      時      分  
 意識レベル      呼吸 有・無      脈拍 有・無  
 概略：

2) 応援要請                      時間      時      分

3) 蘇生開始                      時間      時      分

4) AED実施                      時間      時      分

5) 応援者処置開始              時間      時      分

6) 移送                      有・無                      有の場合移送先： \_\_\_\_\_

時間      時      分

6. コード99                      要請 有・無      有の場合の時間      時      分

応援要請に応じた応援者所属： \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※書ききれない場合は裏面に記入

7. その他

意識回復 有・無      呼吸回復 有・無      脈拍回復 有・無

回復有の場合は以下に時間を記入して下さい。気づいた点、問題点があれば以下に記入して下さい。

報告書管理No. (                      )

※AED 実施報告書は、掲示板内—安全管理—フォーマット【28】より出力する

## 10-6 AED 日常の管理

### 1. 日常の管理

1) 日常点検を実施する人 (AED 管理者)

病棟配備 AED の管理者は看護師長とする。それ以外の AED については臨床工学部が協力して管理を行う。

2) 日常点検時の確認項目

ステータスインジケータのランプが緑色になっていることを確認する。ランプが赤色に転倒している (×マーク表示) の時には、臨床工学部へ連絡する。



### 2. AED ケースのアラームの止め方

1) AED ケースは院内統一ではないが、どのタイプも、扉を閉めると警報ブザーが止まる。

<タイプ1 (鍵穴付き)>



<タイプ2 (鍵穴なし)>

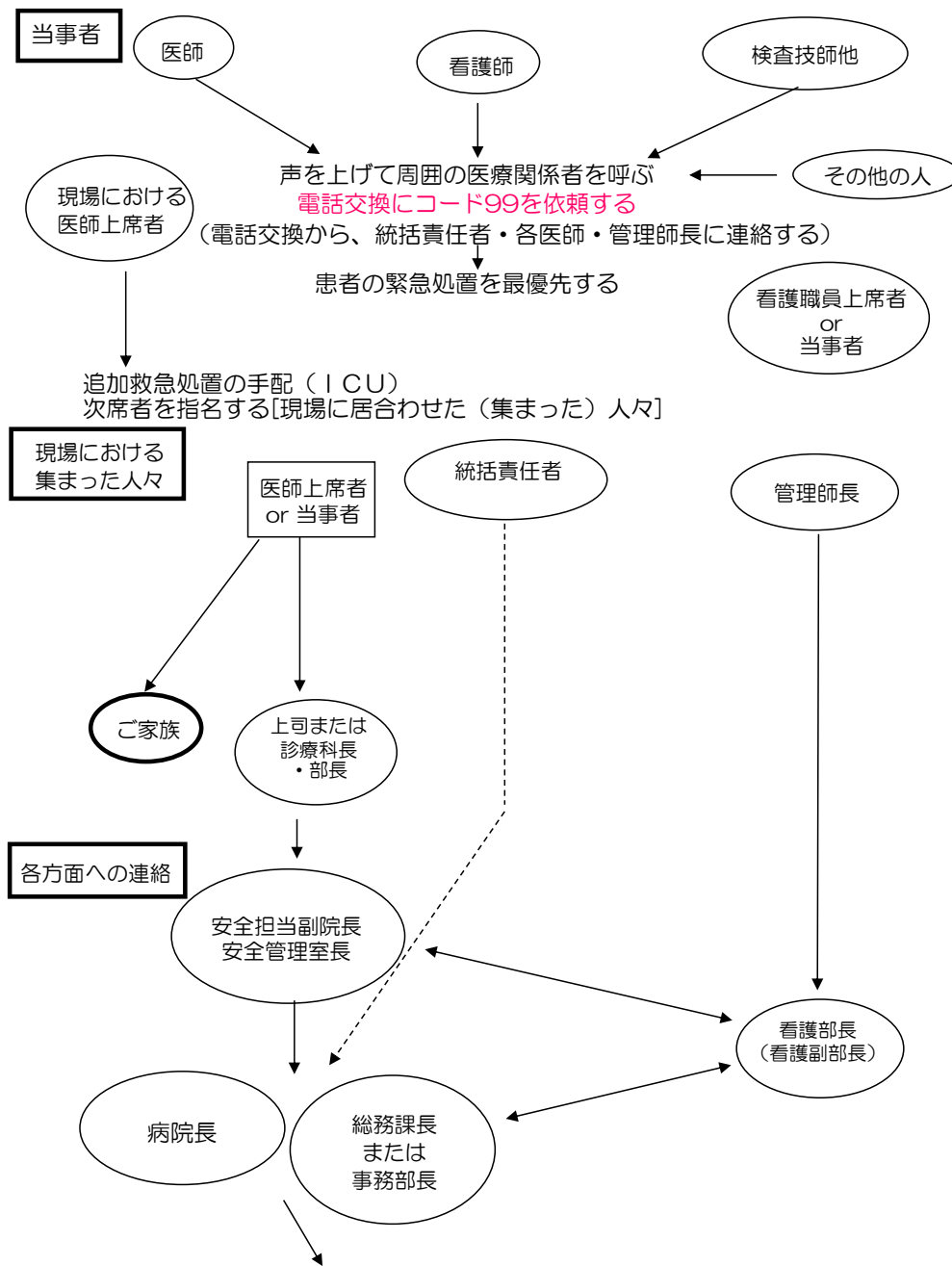




# 11 有害事象発生時の対応（フローチャート）

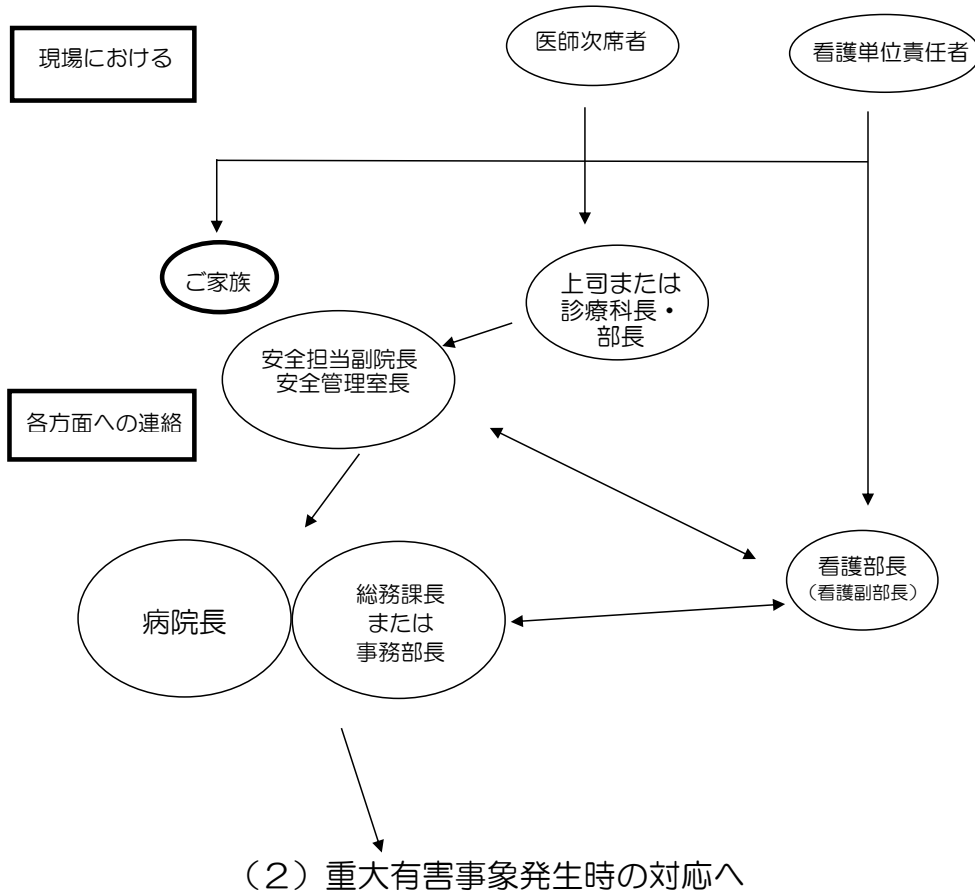
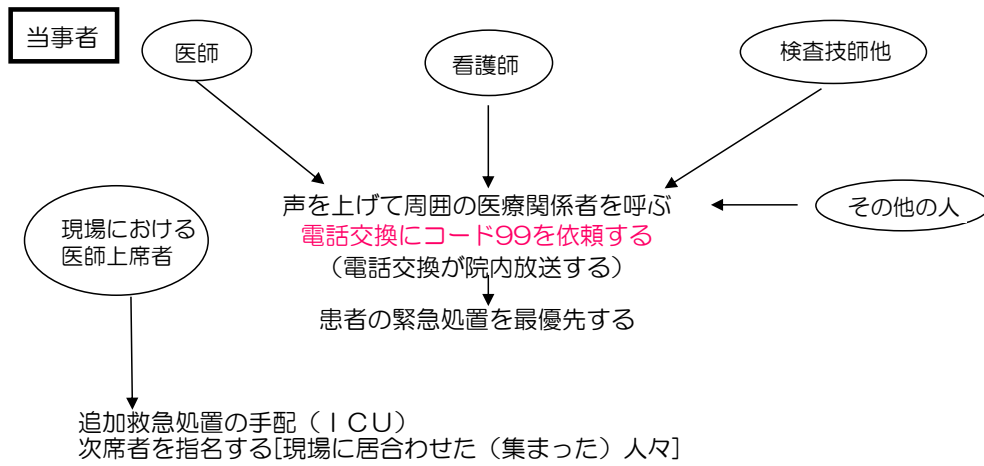
病院として早急な対応が必要であると考えられる有害事象の場合

（時間外）



（2）重大有害事象発生時の対応へ

## (通常勤務帯)



## 12 有害事象・合併症・感染症報告書（速報・続報）

### 1. 有害事象・合併症・感染症報告書（速報）

有害事象や合併症、感染症が起こった時には、病院は、その事象の対象となった患者は勿論、関与した職員を守るために、素早い対応・対策の構築が必要となる。そのためには、紙ベースで安全管理室への報告が重要。

当事者の方は、電話で安全管理室まで一報して頂いた上で、速報の提出をお願いします。所属長が不在の場合、コメントは後日で良いので所属長に連絡の上、可能な限り早く安全管理室への提出のこと。

また速報には、『医療費個人負担分請求不可の手続要請』の欄が存在する。紛争になりそうな事案でご本人やご家族と医療者の関係が良好でない場合に、突然前触れなく医療費の請求が患者・家族宛に届くことを避ける意味がある。このような場合も、速報を安全管理室まで提出のこと。

#### 【提出が求められる有害事象・合併症・感染症の種類】

- 0) 患者が死亡若しくは障害が残った事例、濃厚な処置や治療を要した事例
  - 1) 退院後 10 日以内の再入院
  - 2) 入院後 24 時間以内の死亡例
  - 3) ( 輸血・輸液・薬剤・検査・手術・麻酔・その他 ) などの医療行為による予期せぬ合併症
  - 4) あらゆる予期せぬ合併症
  - 5) 予定より長期にわたる入院
  - 6) 再手術
  - 7) 手術後 30 日以内の死亡
  - 8) 手術後 30 日以内に退院できない症例
  - 9) 届出感染症が発生した・発生が疑われた場合
  - 10) その他 警鐘的意義が大きいと考える事例等

### 2. 有害事象・合併症報告書（続報）

続報は、損害保険会社提出用のフォーマットになっている。安全管理室まで速報を提出いただいた後で、その事案が紛争になる可能性が生じた場合、顧問弁護士と対応を協議する際に損害保険会社のコメントが必要となる。この続報は損害保険会社にコメントを求めるための提出書類となるので、安全管理室から依頼があった場合、速やかに作成のこと。



## 13 自殺企図発見時の対応

●病院の敷地内で患者の自殺企図を発見した場合には、以下に従って行動する。

### 1. 救命処置と周囲の安全

- 1) 発見した際には、患者の周囲に異常臭気や危険物がない事を確認するとともに、生命回復のために救急処置に全力を尽くす。
- 2) 首つり、縊首の場合は、使用された紐などの“結び目”保存が重要であるため、結び目を解せず、結び目から離れた位置を切断し、救急処置を行う。
- 3) 医師は速やかに連絡を行うが、発見現場のみで対応が困難、または急を要する場合などは、コード 99 にて応援要請をする。

### 2. 関係者への連絡

- 1) 「有害事象発生時の対応（フロチャート）」に沿って、速やかに報告、連絡する。

### 3. 死亡確認時の対応

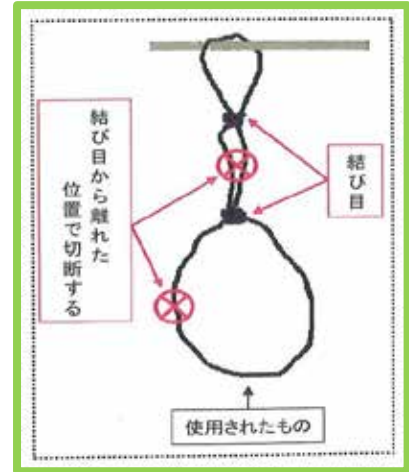
- 1) 現場保存
  - ・特に首つり、縊死の場合は、“結び目の保存”や使用された紐などの物品を保存する。
  - ・他の方法の場合であっても、現場の保存は重要であるため、可能な限り人の出入り制限を行う。また、使用物品などは全て証拠として保管し、要請があれば警察に渡す。
- 2) 警察への異状死の届け出および監察医による検視
  - ・医療法 21 条の異状死の届出対象となるため、「有害事象発生時の対応（フロチャート）」に沿って速やかに報告する。
  - ・警察への届け出は、病院から行う体制であるため、必ず安全管理室に連絡をする。
  - ・総務課は連絡を受けた後、現場確認などの指導を行うと同時に、安全管理室に報告する。安全管理室より病院長に報告する（夜間、休日は当直責任者から病院長に報告する）。その上で、警察に通報を行う（実際の通報は主治医）。
- 3) 現場検証及び検視、事情聴取など
  - ・職員は、警察の事情聴取に協力をする（発見場所、時間、手段、発見後の時系列処置経過など）。
  - ・遺体の移動は、警察の検視が終了した後に行う（または警察の許可後）。
- 4) 記録
  - ・事故前の患者の状態（表情や行動、会話など）について記録する。
  - ・患者の安全を確認した時間と、その時間から発見までの間に状況について記載する。
  - ・事故発見の状況とその後の対応について、正確にかつ時系列に記載する。
- 5) 家族への対応
  - ・誠意ある態度で対応する。
  - ・病状に関することや経過などについては、できるだけ上級医の医師が行うことが望ましい。
  - ・検視の必要性や検視の結果などについては、警察からも説明をして頂く。

# 自殺企図発見時対応フローチャート

倒れている・首をつっている人を発見

## コード99コール 蘇生開始

- \* 救助者の安全確保が優先される。二次被害を防止するため、異常臭気や煙などが発生している場合にはむやみに飛び込まず、応援の到着を待つこと。
- \* 首をつっていた紐などを緩める際、結び目をほどかず、結び目から離れた位置で切断する。
- \* その他、使用された薬剤の包装など、関連する物品は保存しておく。



主治医・担当部署の看護師長（入院・外来）に連絡

主治医は看護師長・診療科長・安全管理室・総務課または警備・家族へ連絡し、状況を説明する

### 蘇生に成功した場合

- 集中治療部または必要診療科で治療する

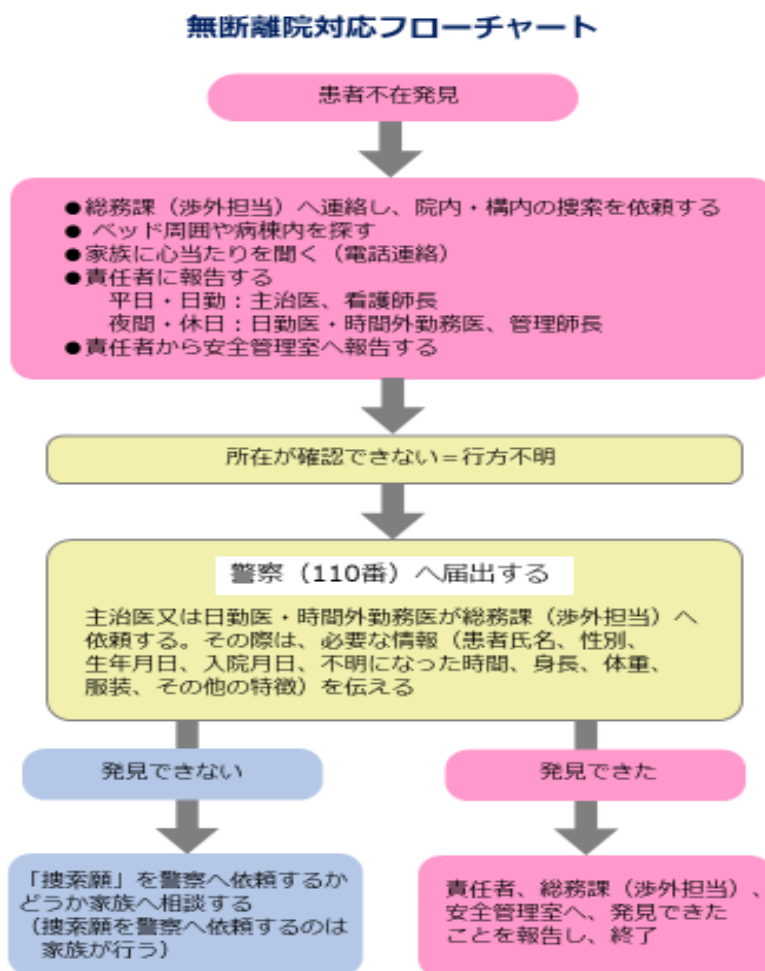
### 蘇生できなかった場合

- 死亡確認
- 家族に下記を説明する
  - ・ 経過と現状
  - ・ 遺体の移動は警察が行うこと
  - ・ 警察による検死が行われること
- 説明内容は診療録に記載する

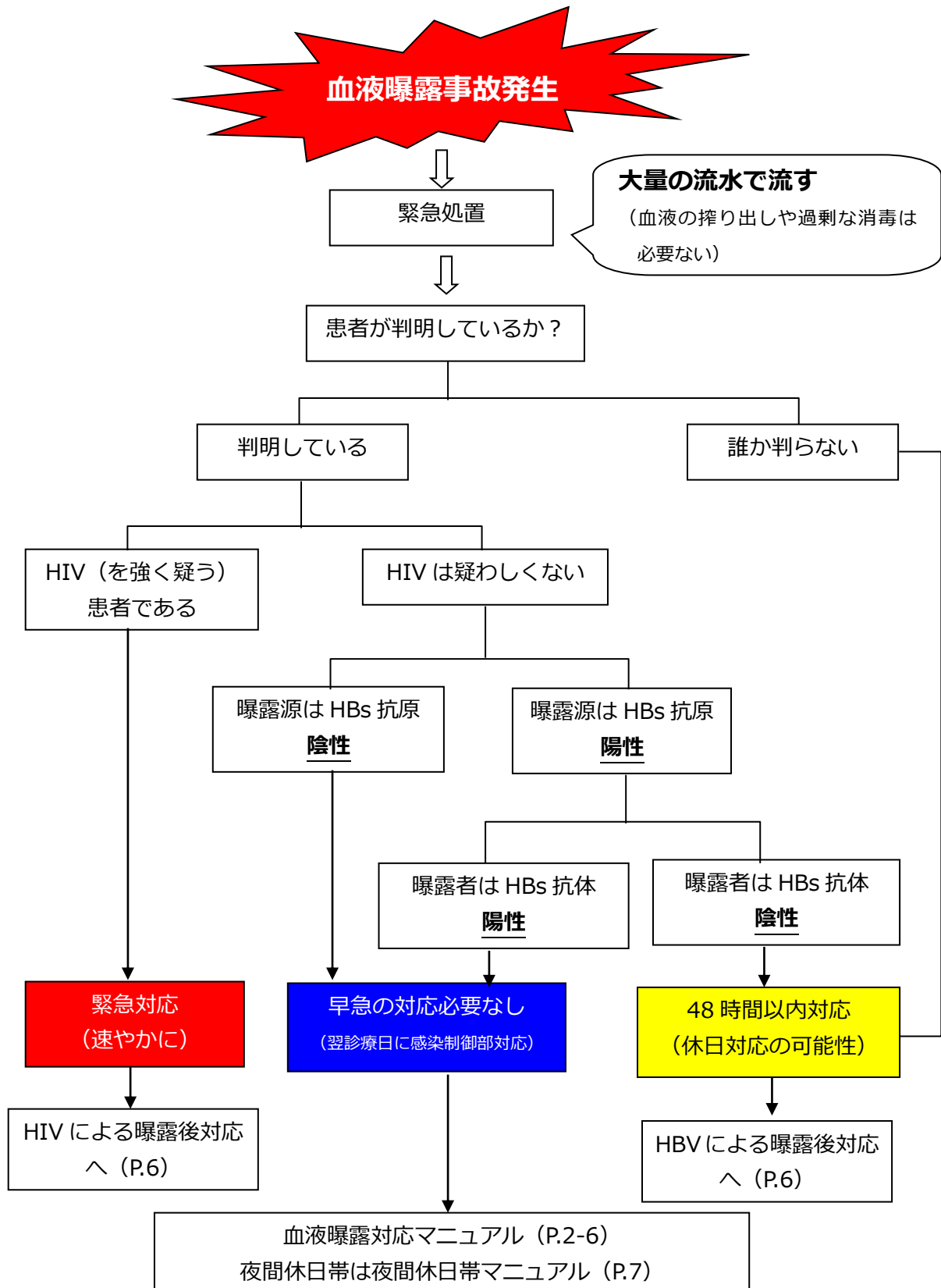
## 14 無断離院対応フローチャート

### 対応手順

1. 患者の所在が確認できなかった場合は、速やかに病棟及び院内を搜索する。
2. 院内搜索で 30 分以上確認できなかった場合は、下記フローチャートに従って対応する（但し、報告する程度はその時の状況に応じ対応する）。
3. 総務課・事務当直・警備に連絡(病棟名・患者名・性別・年齢・特徴・衣類等・患者最終確認時間)し、搜索の協力を得る。
4. 監視カメラ映像（場所：中央監視室）を確認し、院内外の所在の有無を把握する。  
※ 通常勤務帯は総務課渉外担当または安全管理室スタッフと、当該部署のスタッフで確認
5. 家族・知人に連絡し、搜索の協力を得る。発見した場合は病院へ連絡を依頼する。
6. 記録は前後の状況を詳細に記録する。
7. 主治医・当直医は必要時、診療科長に連絡する。
8. 患者を発見できなかった場合は主治医(時間外勤務医)の判断により、警察署へ届出を行なう。



## 15 血液体液曝露後対応フロー



※ 血液・体液曝露の手続き

勤務時間内：感染制御部（PHS：7637、7340）へ連絡を取りその指示に従って行動する。

夜間・休日：管理師長または統括責任者へ報告し、指示に従う。（夜間休日でも感染制御部オンコールでの相談対応は可能である。

※ 詳細については、『感染対策マニュアル集 5.血液体液曝露対応マニュアル』を参照



## 16 抗がん剤投与時の副作用対策

### 1. 血管外漏出予防対策（詳細は化学療法マニュアル参照）

- 1) 抗癌剤投与前には、必ず血液の逆流を確認する。
- 2) 投与前に患者へ十分説明を行い、抗がん剤点滴中の刺入部位の疼痛・腫脹・発赤といった症状を認めた際に速やかに報告するよう理解と協力を得る。
- 3) 刺入部の選択について
  - (1) 事前の温罨法にて血管を拡張させ、関節周囲はできるだけ使用しない。
  - (2) 採血等、穿刺後30分以内は、同一血管から下の穿刺は避ける。
  - (3) 末梢血管確保が困難な場合は、CVポートも考慮する。

### 2. 血管外漏出時の対応

- 1) 抗がん剤が漏出した際は、直ちに投与を中止し、ライン内の薬剤をできるだけ回収するために血液（約5ml）を抜き取る。その際、抗がん剤曝露防止に留意し、施行すること。
- 2) 起壊死性・炎症性の抗がん剤は、漏出量にかかわらず炎症予防のために発症直後にステロイド軟膏（デルモベート等のストロンゲスト軟膏）塗布。状況に応じて、ステロイドの局注を行う。（詳細は化学療法マニュアル参照）

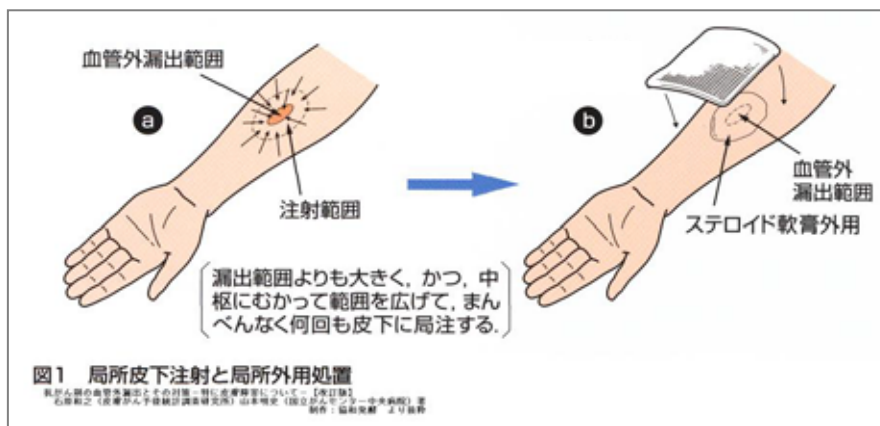
※漏出部位は圧迫せず、消炎と抗がん剤拡散防止のために冷罨法を実施する。但し、エグザールを除くビンカルカロイド系抗がん剤の場合は、冷罨法にて組織障害が増悪することもあり温罨法とする。

エルプラット®は寒冷刺激により、血管痛が増強するため、冷罨法は控えることが望ましい。

- 3) 遅発性の組織障害を呈する場合もあり、最低1週間は漏出部位を観察する。
- 4) 状況により、早期に皮膚科へ対診依頼を行う。
- 5) 血管外漏出時の処置例

例1) リンデロン 4~8mg またはデカドロン 4~8mg または水溶性プレドニン 50~100mg 生食  
または1%キシロカインで総量 4~8mL に調整

例2) ソル・コーテフ 100~200mg またはリンデロン 4~8mg 生食（適当量）+1~2%塩酸プロ  
カインまたは塩酸リドカインで総量 5~10mL に調整



- 6) 組織侵襲に基づく抗がん剤の分類の詳細は化学療法マニュアル参照。

### 3. 過敏反応時の対応 (前投薬やVS 測定時間に関しては化学療法マニュアル参照)

過敏症のリスクが高い薬剤もあるため、必須の前投薬が投与されているかを医師・看護師・薬剤師で確認しなければならない。また、過敏症発症時は速やかな対応がとれるように患者指導の必要と救急医薬品の準備が必要となる。

(ア) 過敏症のリスクが高い薬剤

- ・ タキサン系薬剤：初回の5～10分以内のリスクが高い
  - ・ プラチナ系薬剤：投与6～8回目のリスクが高い
  - ・ 分子標的治療薬・免疫チェックポイント阻害薬：投与開始後24時間以内が起こりやすく、多くの薬剤は投与後1時間～2時間のリスクが高い。
- インフュージョンリアクションのリスク高い

} アナフィラキシーのリスク高い

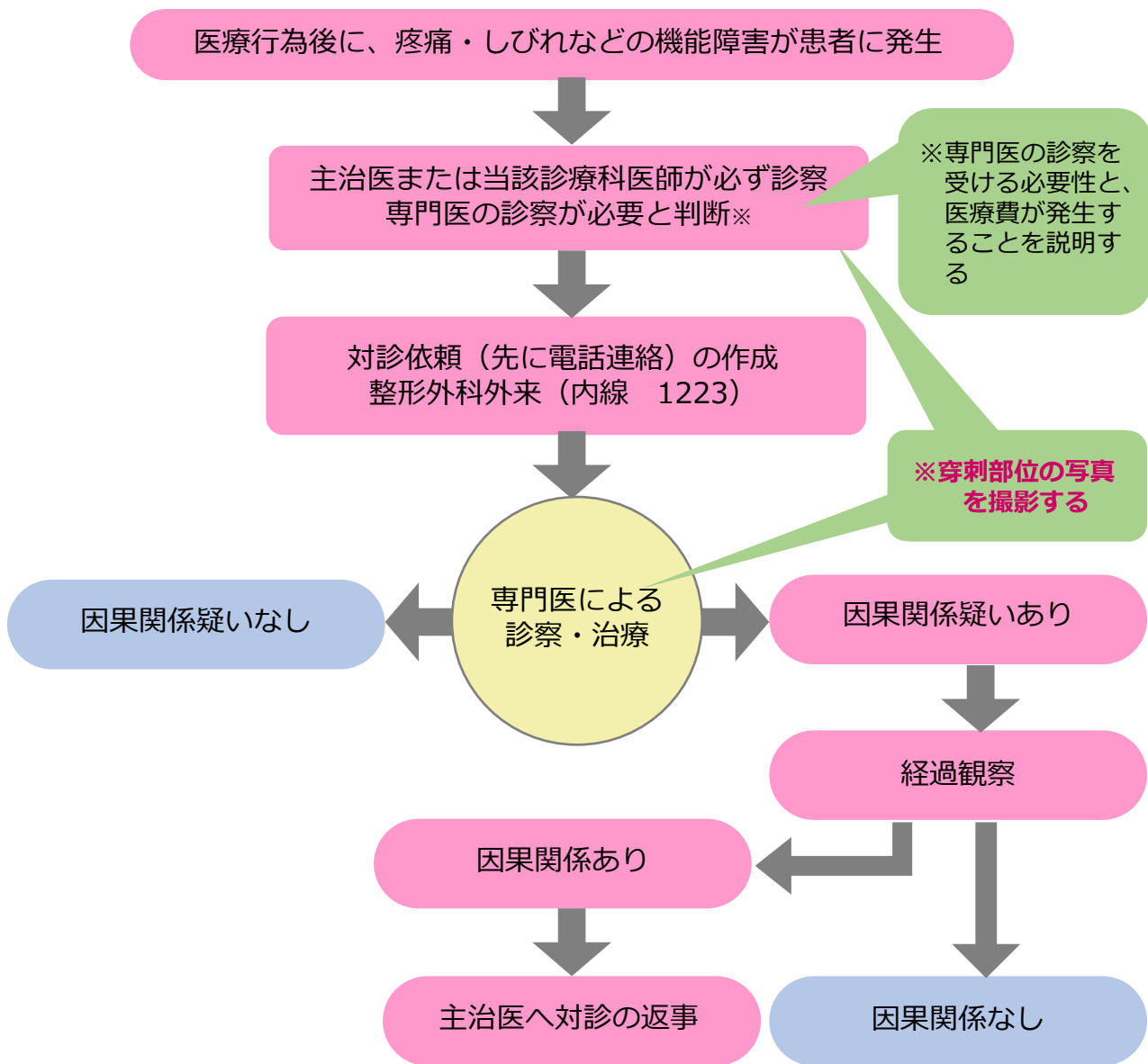
※ 薬剤の投与時間が変則のものもあり、詳細は化学療法マニュアル参照

※ アナフィラキシーの第一選択：アドレナリン0.1%を0.01mg/kg 筋注 (大人：0.3mg を筋注)  
注射後10分で血中濃度最高になり、40分で半減する

(日本アレルギー学会アナフィラキシーガイドラインより)

令和元年9月2日改正  
令和元年11月1日改正  
令和3年6月1日改正

## 17 採血・注射・点滴行為における末梢神経損傷の対応



主治医は、院内掲示板 → 安全管理室 → フォーマット【98】から、「速報」を作成し、安全管理室へ提出する。

### 【治療費・会計について】

1. 採血、注射、点滴などの行為と因果関係が明らかな場合には、医療費免除対象となるが、その判断は病院長が行う。
2. 外来患者は、病院負担となる場合でも、当日の医療費は請求される。
3. 処方がある場合は、主治医または当該科医師が院内処方切り替え、その旨を患者に説明する。
4. 入院患者で病院負担になる場合は、担当者（医師、看護師長等）が、当該病棟の医事課担当者へ連絡する。

## 18 暴力・暴言への対応

### 1. 定義

**院内暴力**：患者あるいは患者家族・見舞い客などの来訪者から「セクシャルハラスメント」「暴言（言葉の暴力・精神的暴力）」「暴力（身体的暴力）」などを受けたり、あるいは、「悪質（理不尽）なクレームや脅迫など何らかの威力」などによって診療が停滞したり、労働意欲が低下する様な状態をいう（私立大学病院医療安全推進会議東京ブロック 11 校の共同研究による定義）。

\*セクシャルハラスメントについての詳細は、「セクシャルハラスメントの防止に関するガイドライン」も参照。

### 2. 注意点

- ・被害者たる職員を守ることが第一であり、同様の犯罪行為を抑制することが重要である。
- ・個人の問題として放置せず、組織としての対策を講じるため、所属長や病院へ報告する。
- ・放置すると潜在化、悪質化する傾向がある。
- ・抑止するには、暴力行為を受けた当事者及び発見者が声を出し、周囲に事実を知らせる。  
対応に人手を要する場合は、電話交換に『コード 2』と連絡をする。
- ※ 全館放送を聞き、手の空いているスタッフ、警備員は、応援が必要なことを認識し、至急現場に行きその対応にあたる。
- ・セクシャルハラスメントは、その行為そのものが犯罪（猥褻行為）である。
- ・警察への届け出については、被害者の意思を尊重する。
- ・事を大きくしたくない、隠したいなどと被害者が思っている場合、本人の意思は最大限尊重するものの、犯罪性が高い、度が過ぎるなどの場合には、勇気をもって告発するように説得し、警察に告訴する。
- ・加害者が患者や家族の場合、被害者は治療現場や院内に人間関係を心配し秘密裏にしたり、または諦めの気持ちで泣き寝入りしたりしてしまうこともある。このような場合には、主治医と職場の上司が話し合い、患者自身、または家族に“犯罪”であることをしっかり伝える必要がある。
- ・状況によっては、警察に通報、家族への通知をする。



## 19 院内保安について（院内出入りに関する取決め）

近年、病院における職員への暴力事件や盗難、機器損壊が多発するなど、安全であるはずの病院の中で職員や患者の生命・健康に危害が及びリスクが高まっている。このマニュアルは、患者が安心して医療の提供を受けられる、そして職員が良い医療を患者に提供するために安心して働ける環境を確保することを目標に作成された。その方法として、病院で働く者はすべて顔写真入り名札を付け身分を明らかにし、家族や付添、面会者にも面会者専用シールをお願いし、それらを持たない来院者との差別化をはかることとした。

### 1. 院内出入口の制限

安全管理の一環として、院内出入口に制限を設ける。

夜間・休日の院内出入りのチェックを徹底することにより、不審者等の進入を阻止し、同時に入院患者の無許可外出を未然に防ぐ。また、トラブルの多い酒気を帯びた面会者及び不審者等を排除するにも役立つ。

#### 1) 入院患者の出入

- ・病院敷地外に出るときは、主治医から外出・外泊許可を提出し許可を受けるものとする。
- ・院内敷地や入院病棟外へ出るときは、病棟看護師に行き先・戻り時間を告げ許可を受けるものとする。
- ・原則的に、19時～翌朝6時までの間は外出禁止とする

#### 2) 面会

- ・平日の8時30分～13時の間に面会を希望するものは、主治医又は病棟責任者に確認し許可を得て、入退院ラウンジで面会申込書に必要な事項を記入のうえ、面会者専用シール（面会許可書は白、シールはオレンジ）を胸に貼り、院内に立ち入るものとする。
- ・面会時間帯（平日（家族）13時～19時、（家族以外一般）15時～19時、土日休日は13時～19時）に面会を希望するものは、警備室へ申し出、面会申込書に必要な事項を記入のうえ面会者専用シール（面会許可書は白、シールは青）を胸に貼り院内に立ち入るものとする。
- ・19時以降に面会を希望するものは、警備室へ申し出、面会申込書に必要な事項を記入のうえ、面会者専用シール（面会許可書はピンク、シールは青）を胸に貼り院内に立ち入るものとする。
- ・面会者が複数の場合は、代表者1名が面会申込書を記載し、中学生以上の方は面会者専用シールを胸に貼り院内に立ち入るものとする。
- ・面会者は、面会終了後速やかに院外へ出るものとする。
- ・職員は病棟において、面会者専用シールを貼っていないものを見かけた際は声をかけ、面会者であるか確認をする。面会者であれば面会手続きを行うように説明をする。
- ・19時以降に病棟から家族等を呼び出した場合は、病棟スタッフは必ず警備室に連絡をする。

#### 3) 付添・待機

- ・主治医、担当医又は病棟責任者が付添許可を与えた患者家族等に対し『家族付添許可申請書』を渡し必要事項を記入後病棟ナースステーションまで提出してもらう。看護師は申請書を病棟に保管し、申請書より「家族付添許可証」（青枠の部分）を切り取りストラップにいれて付添者に渡す。その時に返却時の説明も行う。付添者はそのストラップを首からさげて院内に立ち入るものとする。

#### 4) 透析患者(夜間帯)

- ・夜間帯の透析患者様は、病院が指定した出入口より出入りするものとする。

#### 5) 職員(夜間帯)

- ・19時～翌6時までの夜間帯は、指定された通用口(4箇所)よりICカードを使用して出入りするものとする。

#### 6) 施設共同利用の医療関係者

- ・施設共同利用の医療関係者は院内立入許可願を総合相談支援センター（医療連携）に提出し、許可を受けるまではむやみに出入りすることは出来ない。
- ・病院より許可を受けた者は、身分が明らかになる名札を付けるものとする。
- ・必要があつて夜間帯(19時～翌6時)に出入りする者は、ICカードを申請し発行を受けものとする。

#### 7) 他の業者等

- ・病院内に出入りする業者等は、院内立入許可願を担当の事務部署に提出し、許可を受けるまではむやみに出入りすることは出来ない。
- ・病院より許可を受けた者は、身分を明らかにする名札を付けるものとする。
- ・必要があつて夜間帯(19時～翌6時)に出入りする者は、ICカードを申請し発行を受けるか職員等が同行して院内に立ち入るものとする。

## 2. 防犯設備 (防犯用監視カメラ・緊急通報システム等)

### 1) 防犯カメラ

- ・院内数か所に防犯カメラを設置し、警備室で監視するとともに、映像を記録に残す。映像は約1週間保管される。
- ・来院及び入院患者へ、防犯カメラの設置並びに監視、映像の保存について院内に掲示する。

### 2) 緊急通報システム

- ・救急外来には、茨城県警察への直通ホットラインが設置されているので、緊急時には使用する。

救急外来に警察直通の電話とボタンがあります。



### 3. 院内からの退去（警察への通報）

患者並びに職員等の安全が脅かされる状況が発生した場合、その原因となる方に院内からの退去をお願いし、この場合警察への通報も速やかに考慮する。

下記のような状況が発生した場合、警備員が駆け付け対応すると共に警察へ通報する旨を院内に掲示する。

- 1) 職員および当院を利用されている方への直接的な暴力行為、恫喝、威嚇、脅迫または大声を出すなどの周囲に迷惑を及ぼす行為
- 2) 院内の機器類の無断使用、持ち出しまたは器物破損行為
- 3) 泥酔での来院または院内での飲酒行為
- 4) 病院敷地内での喫煙行為
- 5) 理由のない長時間の在院
- 6) その他、明らかな診療妨害・迷惑または危険と思われる行為

(付き添い許可証)

(面会者専用シール)



附則

平成 19 年 8 月 1 日より施行  
平成 23 年 6 月 1 日一部改正  
平成 26 年 12 月 12 日一部改正  
令和 2 年 9 月 18 日一部改正  
令和 5 年 9 月 17 日一部改正



## 20 電子カルテシステム障害時対応について

### 1. 初診患者への対応

- ・ 医事課が事前に用意した 8 番台からの ID（システムオフライン時用 ID）を使用する。
- ・ 『システム障害時患者ラベル』（A 4 に 20 カット）を、スタンドアローンシステムを利用して 1 患者に必ず 1 枚印刷し、病名表、外来基本カード/病名連絡票（以上受付事務）、2 号用紙、検査等伝票、採血スピッツ、院外処方箋等（以上、医師・看護師）すべての必要書類に貼付し利用する。
- ・ 受付事務は患者ラベルカードにラベルを貼り、診察終了後に患者に渡し次回来院時に持参してもらう。

### 2. 再診患者への対応

- ・ 診察カードの有無に関わらず、患者検索システムから ID を抽出し『システム障害時患者ラベル』をその情報で作成し 1 患者に必ず 1 枚印刷する。患者検索システムに該当しない場合は、初診患者と同様にシステムオフライン時用 ID を使用する。
- ・ 診察カードがあればそのカードを利用し、ない場合は、病名表、外来基本カード/病名連絡票（以上受付事務）、2 号用紙、検査等伝票、採血スピッツ、院外処方箋(裏側)等（以上、医師・看護師）すべての必要書類に貼付し利用する。
- ・ 受付事務は患者ラベルカードにラベルを貼り、診察終了後に患者に渡し次回来院時に持参してもらう。

### 3. 検査・処方等の伝票運用

#### ○ システム障害時に必要な伝票は以下のとおり

- 1) 病名表、外来基本カード/病名連絡票、患者ラベルカード（以上救外受付事務）  
2 号用紙 3 番引出
- 2) 中検関係 41 番引出  
中検システムダウン時依頼票-4【時間外・休日・年末年始】  
※依頼表にない項目は「備考」欄に手書き、生理機能等は「オフライン時専用指示カード」を使用する
- 3) オフライン時専用指示カード 放射線関係、その他 2 番引出
- 4) 放射線関係 41 番引出  
オフライン用 ヨード造影剤に関する説明書  
ヨード造影検査のチェックリスト  
同意書(CT/IP/Angio)  
オフライン用 MRI 造影検査（ガドリニウム製剤）に関する説明書  
MRI 造影検査（ガドリニウム製剤）のチェックリスト  
同意書（MRI）  
MRI 検査金属チェック
- 5) 処方箋関係  
院外処方箋 薬剤（内服、外用等） 外来端末プリンタ  
院内臨時処方箋 薬剤（内服、外用等） 39 番引出
- 6) オフライン時専用臨時注射カード 薬剤（注射） 2 番引出
- 7) 食事箋・時間外 41 番引出

8) 血液ガス酸塩基平衡検査依頼書	(通常も伝票運用)	33 番引出
9) オフライン用診療情報提供書		6 番引出
10) オフライン用ご紹介患者報告書		76 番引出

- ※ 院外処方箋を発行する場合は、医師は処方内容と保険医指名を院外処方箋に記載し、裏面にシステム障害時患者ラベルを貼付する。患者氏名やその他の必要事項は、会計前に事務が記載する。
- ※ オフライン診療情報提供書、オフラインご紹介患者報告書は記載後、コピーをして患者ファイルにファイリングする。

#### 4. 復旧後の対応

- ・復旧後、通常時間帯は医事課外来受付で、時間外は救急受付にて氏名・住所等を確認。
- ・新患者の場合、その ID がそのまま患者 ID になる。再診患者の場合、既存の ID が正規 ID であり 8 番台からの ID は破棄される。
- ・電子カルテの病名登録、記事記載は医師が事後入力する。
- ・伝票にて対応したものに関しては、後日医事課外来会計で入力する。
- ・システム障害時に利用した病名表、2 号用紙、伝票のうち必要な伝票は、医事課クラークが（退院後は病歴センターが）患者ファイルにファイリングする。
- ・患者ラベルカードを外来患者が持参した場合、診察カードを再発行する。

#### 5. システム障害前後の対応

- ・障害発生時、情報システム室は電話交換に連絡し全館放送を行う。夜間時間外（19:00～8:00）、院内放送はできるが行わないため、情報システム室が、診察室、病棟、放射線部、検査部、薬局に連絡する。

##### A 【障害発生時の放送】

全部門に影響する障害と判明した場合、速やかに次の通り院内放送にてお知らせする。

『お知らせ致します。ただいま電子カルテシステムに障害が発生しております。ご来院の患者様には大変ご迷惑をおかけしておりますが、今しばらくお待ちください』

2回繰り返し

※ 5分後、再度放送

##### B 【障害回復見込みの放送】

『お知らせ致します。電子カルテシステムは、    時     分ごろ復旧の見込みです。今しばらくお待ちください』

2回繰り返し

※ 5分後、再度放送

##### C 【伝票切り替えの放送】

障害発生後、20分が経過し原因が不明な場合、または原因が判明しても20分以内に回復見込みがない場合は、伝票運用に切替えます。

最終決定を【時間内】事務部長、不在の場合・・・医事課長、総務課長

【時間外】統括責任者

『職員にお知らせ致します。電子カルテシステム障害の復旧見込みが無いため、伝票での診療を実施願います』

2回繰り返し

D 【障害回復時の放送】

『お知らせ致します。電子カルテシステムが、      時       分に復旧いたしました。ご来院の患者様には、ご迷惑をおかけし申し訳ございませんでした』

2回繰り返し

○ 電子カルテシステム障害時に必要な伝票は以下のとおり

	項目	内容	引出番号	備考
1	医事関係	病名表 外来基本カード 患者ラベルカード (以上救急外来受付事務) 2号用紙	3	
2	中央検査関係	中検システムダウン時会計票-1	41	時間外・休日・年末年始
3	専用指示関係	オフライン時専用指示カード 放射線関係 その他	2	
4	放射線関係	オフライン用 ヨード造影剤に関する説明書 ヨード造影検査のチェックリスト 同意書 (CT / IP /Angio)	41	
		オフライン用 MRI 造影検査(ガドリニウム製剤)に関する説明書 MRI 造影検査 (ガドリニウム製剤) のチェックリスト 同意書(MRI) MRI 検査 金属チェック	41	
5	処方箋関係	院外処方箋 薬剤(内服、外用等) 院内臨時処方箋 薬剤(内服、外用等)	39	外来端末プリンター
6	注射箋関係	オフライン時専用臨時注射カード 薬剤(注射)	2	
7	栄養科関係	食事箋・時間外	41	
8	血液ガス	血液ガス酸塩基平衡検査依頼書	33	血液ガスに関しては、通常も伝票運用
9	情報提供書	オフライン用診療情報提供書	6	
10	紹介患者関係	オフライン用ご紹介患者報告書	76	

2013年12月26日  
2023年9月17日一部改正  
情報システム室、安全管理室

## 21 マルチラベル運用規程

### 1. マルチラベルとは

マルチラベルは、A4 サイズのシート 1 枚を 1 患者用とする（資料 1）。シールは大小あわせて 38 枚あり、すべてに同じ ID があらかじめ印刷してある。この ID は事前に医事課で登録済。マルチラベルによって、氏名等がわからなくても、オーダーリングがストップしていたとしても、医事コンによる ID 決定に時間がかかるような場合にも、ID を即座に入手でき、伝票類、検体類等も同一の ID として処理することが可能になる。

### 2. マルチラベルの使用基準

マルチラベルは、患者氏名がわからないときや ID をきめることができない場合に、患者検体等の誤認防止のために利用するものである。具体的には、以下の場合にマルチラベルを運用することとする。

- ① 救急外来で、氏名等患者情報が不明の場合
- ② 地震等の大規模災害時に救急外来患者が一度に多数来院した場合
- ③ 停電時等、医事システムが使用不可の場合で、初診患者並びに診察カードを持参していない患者

### 3. マルチラベル使用開始の決定

上記①、②の場合：日勤帯は救急医療部責任者が医事課受付と相談の上、夜間・休日帯は当直責任者、医事課受付、管理師長が相談の上マルチラベル使用開始を決定する。

上記③の場合：日勤帯は事務部長または医事課長が、医療情報室と相談の上、夜間・休日帯は当直責任者、医事課受付、管理師長が相談の上マルチラベル使用開始を決定する。

### 4. 使用方法

シートの中で一番大きなシールを患者本人に貼り付け（資料 2）、他のシールは必要なものすべてに貼付する。各種伝票類 [X 線依頼のための黄伝、血液ガス酸塩基平衡検査会計表（資料 3）、処方せん（救命室用外来処方箋院外用）（資料 4）、外来基本カード（資料 5）、輸血申込書（資料 6）]、複写があるものはすべてのものに、検体にもそのまま貼付する（資料 7）。

②の緊急災害時には、トリアージタグにも貼付する（資料 8）。

### 5. マルチラベル ID の使用終了

氏名等患者情報が判明してから、あるいはシステムの復旧後、最初の平日 13:00 まで、年末年始等で休日が続く場合は医事課にて日程等を調整し定めた日の 13:00 まではマルチラベル ID を利用することとする。

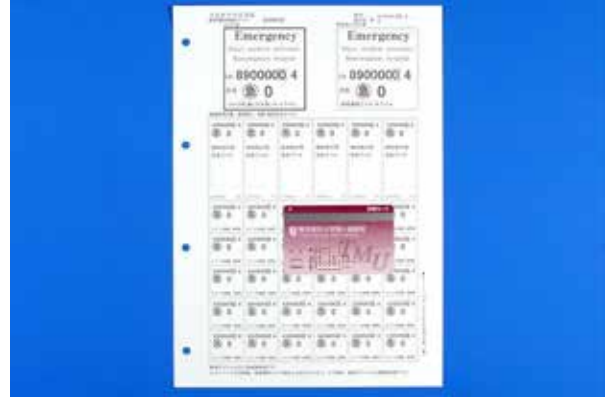
### 患者情報の確認と ID 登録

患者情報の確認と ID の登録は医事課が行う。

初診患者の場合：マルチラベル ID がそのまま患者 ID になる。医事課が氏名・住所等を入力しカルテ 1 号用紙を発行し差し替える。伝票にて対応したものは後日医事課が入力する。

再診の場合：既存の ID が正規 ID であり、マルチラベル ID は破棄される。医事課が各担当部署に連絡し各部署がマルチラベルの ID を破棄しすべての書類、カルテ等の情報を修復する。

《 資料 1 》 マルチラベル・・・医事課でID/カードは登録済



《 資料 2 》 患者本人に貼り付け

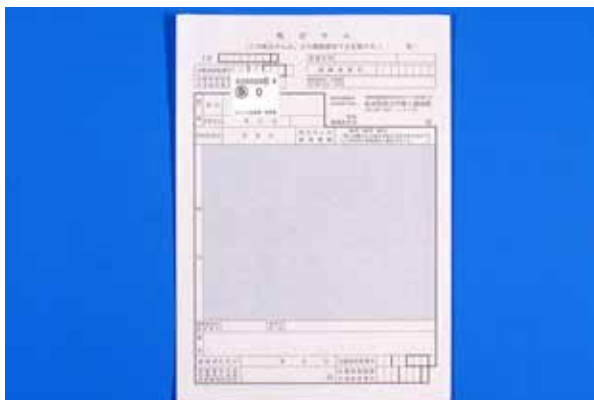


《 資料 3 》 血液ガス酸塩基平衡検査会計表



※ 複写の伝表には2・3枚目にも貼る

《 資料 4 》 救命室用外来処方箋院外用



《 資料 5 》 外来基本カード



《 資料 6 》 輸血申込書



《 資料 7 》 検体



《 資料 8 》 トレージタッグ

※ 使用開始よりマルチラベルはカルテと一緒に保管



## 22 医療事故に関与した職員への支援

1. 事故の当事者は、自責の念にかられまた周囲の反応による影響もあり、精神的に混乱状態に陥る可能性が大きい為、所属部署及び当センターとして十分な配慮を行なう。
2. 事故当事者へのサポート
  - \* 安全管理室及び所属長が中心となり下記のサポートを行う
  - ・ 病院幹部（病院長・副院長・看護部長・技師局長・事務部長）によるサポート：  
状況を把握し、センターとしての方針・対策を決める。また、当事者への勤務配置を検討し決定する
  - ・ 弁護士によるサポート：  
顧問弁護士との対応を設定する。顧問弁護士と対応することで今後の見通しが持てる。  
また、法的なアドバイスを受けることができる。
  - ・ 事故の共有：  
体験を受け止め、チームとして対応・サポートができる。
  - ・ カウンセリング：  
精神科医等の専門家によるカウンセリングの機会を作り、不安の軽減を図る。
  - ・ 勤務配置：  
心身の緊張を緩和できる勤務配慮をする。事故直後は現場から離すことも考慮する。  
(1人にはしないこと)
  - ・ 家族への連絡：  
当事者の家族へ状況を伝えサポート面での協力を得る。センター職員と家族との情報共有を密にすることで、当事者及び家族へのサポートにもつながる。
- \* サポートを充分に行ない、退職に至る事態を避ける。
3. 裁判時の支援を行う ⇒ 病院幹部と安全管理室
  - ・ 顧問弁護士によるアドバイス（弁護士の選任に対しても）
  - ・ 常に事実が述べられるよう記録を管理者と共に確認する
  - ・ 必要時は、身分保障の交渉を病院長に行なう
4. 当該部署へのサポート ⇒ 病院幹部と安全管理室  
当該部署が落ち着いて業務が行なえるように組織として対応する。
  - ・ 当該部署への応援体制：再発防止と業務停滞防止を図る為、応援体制により業務支援を行なう
  - ・ 提出書類の作成支援
  - ・ 現場検証、事情聴取対応への支援