

平成18年度診療報酬改定『Q&A』

2006/3/6 日本医師会

《医療費の内容の分かる領収証の交付の義務化》

Q 1. 「医療費の内容の分かる領収証の交付について」（平成18年3月6日保発第0306005号 厚生労働省保険局長通知）において、医療費の内容の分かる領収証は「点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの」とされ、別紙様式1では「初・再診料」等の項目は点数を記載することになっているが、金額を表記することでも差し支えないか？

A 1. 点数、金額のいずれかで表記することによい、単位を表記すること。

Q 2. 医療費の内容の分かる領収証の様式について、医療機関によっては、算定することがほとんどない項目（部）がある。そのような項目（部）は当該医療機関で使用する領収証の様式からあらかじめ除外してもよいか？

A 2. 差し支えない。（改定診療報酬点数表参考資料 p.514「内科無床診療所の一例」参照）

Q 3. 患者に対して医療費の内容の分かる領収証を交付することが義務付けられたが、あらかじめ患者が「領収証の交付は不要である」旨の意思表示をした場合は交付しなくてもよいか？

A 3. 「領収証の交付は不要である」旨、あらかじめ患者が署名を付した文書等により明確に意思表示している場合には、正当な理由として交付する必要はない。なお、その場合、患者の意思表示を記した署名入りの文書等を残すことが望ましい。

Q 4. 患者が年末に医療費控除のために一括して交付を求める場合が多々ある。後日まとめて合計金額を記した領収証を交付すれば、その都度の交付は不要と考えてよいか？

A 4. 「一回ごとの領収証の交付は不要であり、年末に医療費控除のために合計金額を記載した領収証を交付してくれればよい」旨、あらかじめ患者が署名を付した文書等により明確に意思表示している場合には、その都度交付する必要はない。なお、その場合、患者の意思表示を記した署名入り文書等を残すことが望ましい。

Q 5. 一部負担金を徴収する際に、患者から「領収証は不要である」旨の意思表示があったため、領収証を交付しなかった。当該患者が後日、診療当日の領収証の交付を求めた場合、交付しなければならないのか？

A 5. 領収証は一部負担金を受領したことを証明するために交付するものであり、本来、領収証の交付は一部負担金の徴収と同時に履行されるべきものである。

したがって、後日、領収証の交付を求められた場合に交付する義務はない。一部負担金を徴収する際に患者にその旨を説明することが必要である。

Q 6. 医療費の内容の分かる領収証について、紛失など患者の都合により領収証の再交付を求められた場合、領収証を再交付しなければならないのか？

A 6. 医療機関はすでに領収証を交付しており、領収証交付の義務を果たしている。したがって、再交付の義務はない。

Q 7. 「領収証は再発行しない」旨を明記（領収証や院内掲示等）しても差し支えないか？

A 7. 差し支えない。

《処方せんの様式変更》

Q 1. 「備考」欄に新たに「後発医薬品への変更可」の「保険医署名」欄を設定した様式が作られたが、従来の処方せんはそのまま使えるのか？それとも取り繕わないと使えないのか？

A 1. 新しい様式を使うことが原則であるが、既にある従前の様式をそのまま使うことは差し支えない。また、「備考」欄を取り繕って使用することもできる。

Q 2. 今回の改定での対応は以下のような理解でよいか？

(1) 医師が「すべての先発医薬品を後発医薬品に変更しても可」と判断した場合

【新様式の場合】

後発医薬品への変更を可とする「保険医署名」欄に署名あるいは姓名を記載し、押印する

【旧様式の場合】

その旨が分かるように記せばよい

(2) 医師が「一部の先発医薬品については後発医薬品に変更することは不可」と判断した場合

【新様式の場合】

後発医薬品への変更を可とする「保険医署名」欄に署名あるいは姓名を記載し、押印する。なおかつ、「処方」欄の変更不可と判断した先発医薬品名の後に「後発医薬品への変更は不可」である旨明記する

【旧様式の場合】

その旨が分かるように記せばよい

(3) 医師が「すべての先発医薬品について後発医薬品に変更することは不可」と判断

【新様式の場合】

後発医薬品への変更を可とする「保険医署名」欄には何も記載しない

【旧様式の場合】

すべて銘柄名で記載する

A 2. よい。

Q 3. 先発医薬品の銘柄名のみを記載した処方せんにおいて「後発医薬品への変更可」の欄に署名した場合に、処方せん料の「後発医薬品を含む場合」の点数を算定できるか？

A 3. 算定できる。

Q 4. 「後発医薬品への変更可」の欄に署名し、処方せん料の「後発医薬品を含む場合」の点数を算定したが、調剤薬局では先発医薬品しかなく、結果的に、後発医薬品が調剤されなかった場合、処方せん料の変更が必要になるのか？

A 4. 処方せん料の変更は必要ない。

Q 5. 後発医薬品への変更可とした場合、具体的にどのような後発医薬品が選ばれたのか、調剤薬局から連絡されるのか？

A 5. 調剤報酬点数表に関する通知で「後発医薬品を調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供すること。」と新たに規定された。

《有床診療所(入院基本料、施設要件)》

〔1. 有床診療所入院基本料〕

Q 1. 今回の改定により、有床診療所入院基本料が「1」と「2」に整理され、その施設基準において、「1」は当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数5以上、「2」は当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数1以上5未満であることとされたが、看護職員の数「0」の場合は、有床診療所入院基本料の算定ができなくなったのか？

A 1. そのとおり。ただし、有床診療所入院基本料2（看護職員の数1以上5未満）については、以下の経過措置がある。

(1) 看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められている保険医療機関については、平成18年6月30日までの間は適用しない。

(2) 看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、離島など（厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法の別表第三の各号に規定する地域）に所在し、かつ、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められている保険医療機関については、平成19年3月31日までの間は適用しない。

〔2. 入院基本料の要件となった入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策について〕

【全体】

Q 2. 院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策では、委員会やチームの設置が要件となっており、各々の構成メンバーは次のように規定されているが、医師や看護師等は各々の委員会やチームのメンバーを兼務することはできると考えてよいのか？

①院内感染防止対策委員会：各部門の責任者を兼務した者

②安全管理のための委員会：医療安全の管理者等

③褥瘡対策チーム：医師および看護職員

A 2. そのとおり。兼務できる。

【入院診療計画の基準】

Q 3. 入院診療計画未実施減算が廃止になり、入院基本料の算定要件となったが、一泊入院などで入院診療計画を未実施の場合、入院基本料そのものが算定できないのか？

A 3. そのとおり。算定できない。

【院内感染防止対策の基準】

Q 4. 現行の院内感染防止対策未実施減算の施設基準の通知（3）では「検査部」「各病棟」などの記載があり、診療所にも適用されるのか曖昧であった。

A 4. 今回の改正では、次のように明確化された。

「当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有するすべての病床）の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用されている体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種菌種の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院または有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。」

【医療安全管理体制の基準】

Q 5. 安全管理のための委員会のメンバー構成は規定があるのか？

A 5. 安全管理の責任者等で構成されればよい。診療所では、例えば医師、看護職員、事務員等で構成すればよい。

Q 6. 院長は、必ず安全管理のための委員会のメンバーにならないといけないか？

A 6. 安全管理のための委員会は、安全管理の責任者等で構成されていれば足りるものであり、院長が安全管理のための委員会の委員になっていなければならないというものではない。

Q 7. 医療安全管理体制未整備減算が平成14年10月1日から施行されることを踏まえ、日医は『医療安全管理指針のモデルについて』（平成14年8月）を作成・配布したが、この指針に示されるモデルは高度な安全管理を行っていると考えるが、この「指針」に従う必要があるのか？

A 7. あくまでもモデルであり、参考にされたい。（別添参照）

なお、『医療安全管理指針のモデルについて』は日医雑誌 第128巻・第4号／平成14年8月15日号に掲載済みである。また、日医ホームページからダウンロードできるので活用していただきたい。

(<http://www.med.or.jp/nichikara/anzen.pdf>)

Q 8. 院内で発生した医療事故、インシデント等はどのように報告すればよいか？

A 8. 特に規定されていない。例えば『医療安全管理指針のモデルについて』の報告書式（1）、（2）を参考にされたい。

Q 9. 安全管理のための委員会ではどのようなことを行うべきか？

A 9. 月1回程度開催し、開催記録や議事録を作成しておけばよい。例えば、報告された医療事故、インシデント等の事例の検討や再発防止策の策定、職員への周知、院内の医療事故防止活動・医療安全管理研修の企画立案などその分析を通じた改善策の企画立案などが考えられる。

Q 10. 職員研修の内容は具体的にどのようなものか？

A 10. 各医療機関で安全管理のための基本的考え方および具体的方策について、職員に周知徹底を図ることを目的とする研修が年2回程度開催されていることが要件となる。

【褥瘡対策の基準】

◎危険因子の評価

Q 11. 通常、褥瘡があり得ない眼科や産婦人科診療所でも対策を講じなければ入院基本料が算定できないのか？

A 11. そのとおり。褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される「褥瘡対策チーム」の設置が必要であり、なおかつ日常生活の自立度が低い入院患者についてのみ危険因子の評価を行うこと。（各患者について日常生活の自立度のランクを確認することが必要）

◎褥瘡対策チーム

Q12. 施設基準には「褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること」とあるが、「看護職員」とは看護師、准看護師であり、看護補助者は該当しないと考えてよいか？

A12. そのとおり。医師及び看護師または准看護師で構成される必要がある。

Q13. 「専任の医師及び専任の看護職員」は褥瘡対策だけに従事するのではなく、他の業務を兼任することができるかと考えてよいか？

A13. そのとおり。

Q14. 「褥瘡対策チーム」の専任の看護職員は非常勤でもよいか？

A14. よい。常勤規定は設けていない。

〔別 添〕

医療安全管理指針のモデルについて

平成14年8月

日本医師会

医療安全管理指針のモデルについて

平成14年 8 月

日 本 医 師 会

日本医師会は、会内に設置されている「患者の安全確保対策室」（室長 糸氏英吉 副会長）が中心となり、患者の安全確保を重点課題とした医療安全に関する諸対策を講じてきました。

このたび、病院、診療所の各施設において医療安全対策を推進するうえで参考となるよう「医療安全管理指針」として、次に示す病院向けと診療所向けの二つのモデルを作成いたしました。各施設が「指針」を作成する際に、この二つのモデルを参考にされ、患者の安全確保を積極的に展開していただきたいと考えます。

医療安全管理の「指針」は、各医療施設が当該施設に合った「指針」を独自に作成すべきものです。施設の関係者が英知を結集し、患者の安全確保を考える過程が大切であり、その過程を経てできた「指針」こそが医療事故防止につながるものと考えます。各施設の全従事者が、患者の安全確保に対して心を一つにして取り組まれることを願ってやみません。

なお、末尾に、いくつかの医療施設が院内で自主的に作成し用いている報告書式の参考例と、来る10月1日施行（9月1日から届出書受付）の医療安全管理体制未整備減算に関する告示（抜粋）、通知（抜粋）、および届出書添付書類（様式1）等を参考までに添付いたしました。

(モデル 1)

〇〇〇病院 医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

医療の場では医療従事者の不注意が、単独であるいは重複したことによって医療上望ましくない事態を引き起こし、患者の安全を損なう結果となりかねない。患者の安全を確保するためには、まず、われわれ医療従事者の不断の努力が求められる。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独の過ちが即ち医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故を無くし、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目標とする。本院においては病院長のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員の積極的な取組みを要請する。

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

- (1) 医療事故・・・医療の過程において患者に発生した望ましくない事象。また、医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。
- (2) 本院・・・・・・・・〇〇〇病院
- (3) 職員・・・・・・・・本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む
- (4) 上席者・・・・・・・・当該職員の直上で管理的立場にある者
- (5) 医療安全推進者・・医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長の指名により、本院全体の医療安全管理を中心的に担当する者

1-3 組織および体制

本院における医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき本院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全推進者
- (2) 医療安全管理委員会
- (3) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (4) 医療に係る安全管理のための研修

2 医療安全管理委員会

2-1 医療安全管理委員会の設置

本院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

2-2 委員の構成

(1) 医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとする。

- ① 副院長(委員会の委員長を務めるものとする)
 - ② 医療安全推進者(兼任を可とする)
 - ③ 各診療科部長
 - ④ 看護部長
 - ⑤ 薬剤部長
 - ⑥ 検査部長
 - ⑦ 事務長
 - ⑧ 医事課長
- } (※ 必要に応じて、適宜変更可)

(2) 委員会の会議には、必要に応じて病院長が同席する。

(3) 委員の氏名および役職は(院内掲示等の方法により)、公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。

(4) 委員長に事故あるときは、〇〇がその職務を代行する。

2-3 任務

医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理委員会の開催および運営
- (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討および職員への周知
- (3) 院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項

2-4 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回、定例会を開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。
- (2) 委員長は、委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保管する。
- (3) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて病院長に報告する。

3 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

3-1 報告とその目的

この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・研修の資料とすることのみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、①本院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、すべての職員は次項以下に定める要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

3-2 報告にもとづく情報収集

(1) 報告すべき事項

すべての職員は、本院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、概ねそれぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

① 医療事故

— 医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合は、発生後直ちに上席者へ。上席者からは直ちに医療安全推進者→院長へと報告する。

② 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

— 速やかに上席者または医療安全推進者へ

③ その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

— 適宜、上席者または医療安全推進者へ

(2) 報告の方法

① 前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う。ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。

② 報告は、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿類に基づき作成する。

③ 自発的報告がなされるよう上席者は報告者名を省略して報告することができる。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は、前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、医療の安全管理上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、本院の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は、すでに策定した改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを常に点検・評価し、必要に応じて

見直しを図るものとする。

3-4 その他

- (1) 院長、医療安全推進者および医療安全管理委員会の委員は、報告された事例について職務上知りえた内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本項の定めにしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

4 安全管理のためのマニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル

安全管理のため、本院において以下のマニュアルを整備する。

- (1) 輸血マニュアル
- (2) 感染予防マニュアル
- (3) 褥瘡対策マニュアル
- (4) その他

4-2 安全管理マニュアルの作成と見直し

- (1) 上記のマニュアルは、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアルは、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアルは、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告する。

4-3 安全管理マニュアル作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理マニュアルの作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて、職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。すべての職員はこの趣旨をよく理解し、安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
- (2) 安全管理マニュアルの作成、その他、医療の安全、患者の安全確保に関する議論

においては、すべての職員はその職種、資格、職位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くてはならない。

5 医療安全管理のための研修

5-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、概ね6カ月に1回、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長は、本指針[5-1](1)号の定めにかかわらず、本院内で重大事故が発生した後など、必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、その概要を記録し、2年間保管する。

5-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

6 事故発生時の対応

6-1 救命措置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、可能な限り、まず、本院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また、本院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

6-2 院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、上席者を通じてあるいは直接に病院長等へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 病院長は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実および報告の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

6-3 患者・家族・遺族への説明

- (1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。

- (2) 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

7 その他

7-1 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。
- (2) 本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

7-2 本指針の閲覧

本指針は、患者およびその家族等から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者が対応する。

(モデル2)

〇〇診療所 医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

本診療所は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

この目的を達成するため、〇〇診療所の院長のリーダーシップのもとに、全職員が一丸となって、医療安全に対する意識を高めるとともに、個人と組織の両面から事故を未然に回避しうる能力を強固なものにすることが必要である。これらの取り組みを明確なものとし、本診療所における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、ここに〇〇診療所 医療安全管理指針を定める。

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

- (1) 医療事故・・・医療の過程において患者に発生した望ましくない事象。また、医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。
- (2) 職員・・・・・・・・本診療所に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員等あらゆる職種を含む
- (3) 医療安全推進者・・医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、院長の指名により、本診療所全体の医療安全管理を中心的に担当する者

2 医療安全管理委員会

(1) 医療安全管理委員会の設置

本診療所内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

(2) 委員の構成

医療安全管理委員会の構成は、以下のとおりとし、氏名および役職を院内に掲示する。

- ① 院長(委員会の委員長を務めるものとする)
- ② 医局の代表
- ③ 看護部門の代表
- ④ 事務部門の代表
- ⑤ 医療安全推進者(ただし、診療所に置いている場合。また、兼任を可とする)
- ⑥ その他

(3) 委員会の任務

医療安全管理委員会の主な任務は、下記のとおりとする。

- ① 医療安全管理委員会の開催(月に1回以上)
- ② 医療に係る安全管理のための報告制度等で得られた事例の検討、再発防止策の策定およびその職員への周知
- ③ 院内の医療事故防止活動および医療安全管理研修の企画立案
- ④ その他、安全管理のために必要な事項

(4) 委員会の運営

医療安全管理委員会の運営は、以下のとおりとする。

- ① 委員会は毎月1回および必要に応じて開催する。
- ② 本委員会は、定例とする他の委員会等とあわせて開催することができる。
- ③ 委員会開催後、速やかに議事の概要を作成し、2年間これを保管する。

3 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

(1) 報告にもとづく情報収集

医療事故および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と、事故の未然防止・再発防止に資する対策を策定するのに必要な情報を収集するために、すべての職員は以下の要領にしたがい、医療事故等の報告をおこなうものとする。

① 職員からの報告等

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする。報告は、診療録、看護記録等に基づき作成する。

(ア) 医療事故

— 医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が発生した場合は、発生後直ちに、医療安全管理委員会の委員長(院長)へ

(イ) 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

— 速やかに、医療安全管理委員会の委員長(院長)へ

(ウ) その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

— 適宜、医療安全管理委員会の委員長(院長)へ

② 報告された情報の取扱い

院長、その他の管理的地位にある者は、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

(2) 報告内容に基づく改善策の検討

医療安全管理委員会は、前項にもとづいて収集された情報を、本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

① すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること

② 上記①で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果を上げているかを評価すること

4 安全管理のためのマニュアルの作成

院長は本指針の運用後、必要に応じて、多くの職員の積極的な参加を得て、輸血マニュアル等の具体的なマニュアルを作成し、絶えず見直しを図るように努める。

マニュアルは、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告し、全ての職員に周知する。

5 医療安全管理のための研修

(1) 医療安全管理のための研修の実施

院長は、予め医療安全管理委員会において作成した研修計画にしたがい、概ね6カ月に1回、および必要に応じて、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を実

施する。職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。

研修を実施した際は、その概要を記録し、2年間保管する。

(2) 研修の趣旨

研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等をすべての職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本診療所全体の医療安全を向上させることを目的とする。

(3) 研修の方法

研修は、院長等の講義、診療所内での報告会、事例分析、外部講師を招聘しての講習、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献等の抄読などの方法によって行う。

6 事故発生時の対応

(1) 救命措置の最優先

- ① 医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、まず、院長またはそれに代わる医師に報告するとともに、可能な限り、本診療所の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。
- ② 緊急時に円滑に周辺医療機関の協力を得られるよう、連携体制を日頃から確認しておく。

(2) 本診療所としての対応方針の決定

報告を受けた院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて医療安全管理委員会を緊急招集し、関係者の意見を聴くことができる。

(3) 患者・家族・遺族への説明

院長は、事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

患者が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。また、この説明の事実・内容等を診療記録等に記入する。

7 その他

(1) 本指針の見直し、改正

医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ、検討するものとする。また、本指針の改正は、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、患者およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

医療に係る安全管理のための 事例報告書

《診療録、看護記録等にもとづき客観的な事実を記載すること》

報告日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 報告者名 _____
(支障のある場合は無記名も可)

発生日時 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時頃 発生場所 _____

事例発生時におこなっていた医療行為

- 報告事例の態様 ①手技上の不手際 ②患者の転落・転倒 ③機器の故障
(該当するものを○で囲む) ④記憶違い ⑤認識違い ⑥連絡漏れ
 ⑦その他(_____)

上記④～⑥の場合、その内容 患者・治療部位・薬剤名・投与量・(_____)

患者への実際の影響 なかった あった(_____)

発見、対応が遅れた場合に予想された結果 死亡・重篤な後遺症・要治療・軽微・不明

現在の患者の状態 _____

患者・家族への説明 _____

事例の具体的内容

インシデント・アクシデント・レポート

年 月 日 報告

報告者 氏名 (省略可)

担当者(上席者) 氏名 役職

発生日時	年 月 日 () AM・PM 時 分
発生場所	<input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 外階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 待合室 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 健診室 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 更衣室 <input type="checkbox"/> CT室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> デイルーム <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> その他 ()
薬物	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 皮下注 <input type="checkbox"/> 皮内注 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
内容	<input type="checkbox"/> 処方・指示ミス <input type="checkbox"/> カルテ記入ミス <input type="checkbox"/> 誤調剤 <input type="checkbox"/> 投与量 <input type="checkbox"/> 投与薬 <input type="checkbox"/> 投与時間 <input type="checkbox"/> 投与方法 <input type="checkbox"/> 投与忘れ <input type="checkbox"/> 人違い <input type="checkbox"/> 飲み忘れ・飲み違い <input type="checkbox"/> 点滴もれ <input type="checkbox"/> 点滴忘れ <input type="checkbox"/> 点滴速度 <input type="checkbox"/> 点滴順番 <input type="checkbox"/> 神経損傷 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 機器の操作ミス <input type="checkbox"/> その他 ()
検査	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 採血・採尿 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他 ()
内容	<input type="checkbox"/> 人違い <input type="checkbox"/> 部位違い <input type="checkbox"/> 操作ミス <input type="checkbox"/> 実施忘れ <input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> 器具・設備不具合 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 事故抜去	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()

