

厚生労働大臣が定める掲示事項

2026 年 7 月 1 日更新

当院は、厚生労働大臣の定める基準に基づいて診療を行っている保険医療機関です。

【概要】

施設名	医療法人芥川会 芥川病院
所在地	〒544-0021 大阪市生野区勝山南4丁目4番18号
開設者	理事長 芥川 寛一
管理者	院長 芥川 寛

【標榜時間】

診療時間	9：00～12：00 / 14：00～16：00 ※火曜・水曜・土曜は午前のみ診療
受付時間	8：45～11：30 / 13：30～15：30 ※火曜・水曜・土曜は午前のみ診療
診療日	月曜日～土曜日

【入院基本料について】

療養病棟入院基本料 1（看護職員配置 20 対 1）の届出を行っております。

（1）療養病棟入院基本料 1は、1 日に 12 名以上の看護職員、12 名以上の看護補助者を配置しています。なお、時間帯、休日などで看護職員の配置が異なりますので、実際の看護配置につきましては、病棟の掲示をご参照ください。

【個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の発行について】

医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成 3 0 年 4 月 1 日より、領収書の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することといたしました。また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、平成 3 0 年 4 月 1 日より、明細書を無料で発行することといたしました。

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点を御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨、お申し出ください。

【入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について】

入院の際に医師をはじめとする関係職員が共同して、患者さんに関する診療計画を策定し、7 日以内に文書によりお渡ししております。また、厚生労働大臣が定める院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準を満たしております。

【入院食事療養費について】

入院時食事療養費（Ⅰ）の届出を行っており、医師の発行する食事せんに基づいて、ご入院中は管理栄養士によって管理された食事を適時（朝食7時45分・昼食11時45分・夕食18時）適温で提供しています。

当院の食事提供体制

- ・管理栄養士による栄養管理を実施しています
- ・医師の指示に基づき、患者様の病状に応じた食事を提供しています
- ・適温・適時での食事提供に努めています
- ・必要に応じて、治療食や嚥下機能に配慮した食事にも対応しています

【食事療養標準負担額及び生活療養負担額について】

食事療養費標準負担額および生活療養
負担額

食費	所得区分	70 歳以上	現役Ⅲ	現役Ⅱ	現役Ⅰ	一般	区分Ⅱ	区分Ⅰ	区分Ⅰ（境界暦）
		70 歳未満	ア	イ	ウ	エ	オ		
	費用	1 食	550 円				270 円	130 円	130 円
		30 日	49,500 円				24,300 円	11,700 円	11,700 円
	指定難病患者	1 食	330 円				220 円	130 円	
		30 日	29,700 円				19,800 円	11,700 円	
居住費	所得区分	65 歳以上	現役Ⅲ	現役Ⅱ	現役Ⅰ	一般	区分Ⅱ	区分Ⅰ	区分Ⅰ（境界暦）
			ア	イ	ウ	エ	オ		
	1 日		430 円					0 円	
	30 日		12,900 円						

【当院は近畿厚生局長に下記の届出を行っております。】

■ 基本診療料

- ・ 機能強化加算（初診料）
- ・ 療養病棟入院基本料 1
在宅復帰機能強化加算
- ・ 継続的に賃上げに係る取組を実施して
いる保険医療機関の基準
- ・ 診療録管理体制加算 2
- ・ 感染対策向上加算 3
連携強化加算
- ・ 口腔管理連携加算
- ・ 喘息治療管理料
- ・ 入院時食事療養（Ⅰ）/生活療養（Ⅰ）

■ 特掲診療料

- ・ ニコチン依存症管理料
- ・ 別添 1 の「第14の 2」の 1 の（3）に規定する在宅療養支援病院
- ・ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料
- ・ 在宅がん医療総合診療料
- ・ がん治療連携指導料
- ・ 二次性骨折予防継続管理料 3
- ・ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
- ・ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）
- ・ 胃瘻造設術
- ・ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）注
- ・ 入院ベースアップ評価料（49）

【保険外併用療養費・保険外負担について】

保険外併用療養費及び保険外負担に係る費用は以下の通りです。

■室料差額

部屋人数	部屋番号	1日当たりの料金
1人	301号室 401号室	3,300円

【保険外併用療養費・保険外負担について】

■文書料金

種類	料金
普通診断書	3,300円
カルテ開示	5,500円
生命保険用診断書	3,300円
死亡診断書(1通目)	5,500円
その他証明書	1,100円

■その他

項 目	単位	料 金
おむつ代 Aセット（常時使用の方）	1日	900円(税別)
おむつ代 Bセット（少量使用の方）	1日	600円(税別)
おむつ代 Cセット（リハビリパンツを使用の方）	1日	400円(税別)
入院セットA（タオル類、日用品）	1日	250円(税別)
入院セットB（タオル類、日用品、病衣）	1日	325円(税別)
入院セットB（タオル類、日用品、病衣、室内着）	1日	430円(税別)
死後処置料		10,000円
医師面談料		5,400円

【機能強化加算について】

「かかりつけ医」機能を有する病院として、機能強化加算を初診時に算定しております。必要に応じて、専門医・専門医療機関を紹介いたします。他院処方を把握・管理し、診療録に記載いたします。健康診断の結果等の健康管理について相談に応じます。

保健・福祉サービスについて相談に応じます。時間外や緊急時の対応方法について相談に応じます。

【口腔管理連携加算について】

当院は入院患者様の口腔状態の評価を行い、必要に応じて歯科医療機関と連携した口腔管理を実施する体制を整えています。

【感染対策向上加算について】

病院感染を予防することにより、質の高い医療を提供することができます。当院では、医師・看護師をはじめ、各職種が協力して病院感染、職業感染の防止に努めるための組織・体制を構築しています。また、研修会を実施し、個々の職員が病院感染防止のための努力を誠実に遂行致します。

【一般名処方加算について】

後発医薬品のある医薬品について、特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤の成分をもとにした一般処方（※一般的な名称により処方箋を発行すること）を行う場合があります。

令和6年10月から医療上の必要性がないにもかかわらず、患者様が長期収載品を選択した場合には、後発品との差額4分の1を患者様が負担する仕組みが導入されます。

※一般処方名とは

お薬の「商品名」ではなく、「有効成分」を処方箋に記載することです。

そうすることで供給不足のお薬であっても有効成分が同じ複数のお薬が選択でき、患者様に必要なお薬が提供しやすくなります。

【生活習慣病管理料について】

2024年6月の診療報酬改定により、高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療で通院中の患者様は、これまでの「特定疾患療養管理料」から、より専門的・総合的な治療管理を行う「生活習慣病管理料」へ移行することになりました。

この改定に伴い、患者様には個々に応じた目標設定、血圧や体重、食事、運動に関する具体的な指導内容、検査結果を記載した「療養計画書」に署名していただくこととなりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

窓口負担額は診療内容により変わりますので、検査を行った日などは窓口負担額が上がる場合があります。また、当院では患者さんの状態に応じ、28日以上 of 長期の処方を行うこと、リフィル処方箋を発行することのいずれの対応も可能です。長期処方やリフィル処方箋の交付が対応可能かは病状に応じて担当医が判断させていただきます。ご理解のほどよろしくお願いいたします。

【外来・在宅ベースアップ評価料（I）および入院ベースアップ評価料（49）について】

当院は、質の高い医療を持続的に提供するため、医療従事者の処遇改善（賃上げ）に積極的にとりくんでいます。診療報酬改定に基づき、外来・在宅ベースアップ評価料1注および入院ベースアップ評価料（49）の届出を行っています。

【別添1の「第14の2」の1の（3）に規定する在宅療養支援病院について】

当院は在宅療養支援病院として、訪問診療・往診に対応しています。

身体的拘束を最小化するための指針

入院料の通則(令和6年度診療報酬改定)に基づき、組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備し、その取り組みを公表しています。

1. 基本的な考え方

身体的拘束は患者様の自由な行動を制限し、尊厳を損なうおそれのある行為です。当院は患者様の尊厳と主体性を尊重し、患者様または他の患者様等の生命・身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。職員一人ひとりが身体的・精神的・社会的弊害を理解し、組織全体で最小化に取り組みます。

2. 対象となる行為

- ・ ひも等で体幹・四肢をベッドや車椅子に固定する
- ・ ミトン型の手袋等により手指の機能を制限する
- ・ ベッド柵(サイドレール)で自分で降りられないよう囲む
- ・ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないよう身体を拘束する
- ・ その他、患者様の自由な行動を制限する物理的・化学的・心理的な行為

3. やむを得ず身体的拘束を行う場合の要件

「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件をすべて満たすと医師・看護師が判断した場合に限り、必要最小限の範囲で実施します。実施にあたっては患者様・ご家族へ理由と方法を説明し、同意を得たうえで開始し、経過を診療記録に記載します。状態を継続的に観察し、要件を満たさなくなった時点で速やかに解除します。

4. 身体的拘束最小化のための体制

院内に身体的拘束最小化チームを設置し、医師・看護師・薬剤師・リハビリテーション職・医療ソーシャルワーカー等で構成します。チームは実施状況を定期的に把握し、管理者を含む職員へ周知するとともに、最小化に向けた具体的な方策を継続的に検討します。

5. 職員研修

入院患者様に関わる全職員を対象に、身体的拘束最小化に関する研修(代替手段を含む)を年2回程度実施します。新規採用時にも別途実施します。

6. 指針の見直し

本指針は定期的に見直しを行い、必要に応じて改訂します。

本指針は院内への掲示に加え、当ホームページにて公開しています。

制定日: 【2024.6.1】

芥川病院 医療安全管理指針

1. 総則

1-1 基本理念

医療現場では医療従事者のちょっとした不注意等が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。我々医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程にいくつかのチェックポイント設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故という形で患者に実害がないような仕組みを院内に構築することも重要である。本方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策の二つの対策を推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、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り組みを要請する。

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通りとする

- 1.医療事故：診療の過程において患者に発生した望ましくない事象・医療提供者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：医療法人芥川会 芥川病院
- 3.職員：本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、看護補助、事務職員などを含む
- 4.上席者：当該職員の直情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及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。（医療安全管理者と同義、以下同じ）であって、専任・兼任の別を問わない。診療報酬の「医療安全加算」の施設基準に規定する「医肇安全管運看」とは限らない

1-3 組織及び体制

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、本方針に基づき本院に以下の役職及び組織などを設置する。

1. 医療安全推進者
2. 医療安全管理委員会
3. 医療にかか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 医療安全委員会の設置

本院内における医療安全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通りとする

- ① 理事長
- ② 医療安全推進者
- ③ 看護師長
- ④ 薬剤部長
- ⑤ 事務長
- ⑥ 医事課長
- ⑦ 管理栄養士

(2) 委員の会議には必要に応じて病院長が同席する

(3) 委員の指名及び役職は院内掲示などの方法により公表し、本院の職員及び、来院者に告知する

(4) 委員長に事故がある際は理事長が職務を代行する

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及び運営
- (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、及び職員への周知
- (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 委員会の開催及び活動記録

- (1)委員会は原則として、月一回程度定期的に開催する他、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)委員長と、委員会における議事の内容および活動の状況において、必要に応じて病院長に報告する。

3. 報告等に基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これらの対象の実施状況や効果の評価・点検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行うものとする。

3-2 報告に基づく情報収集

3-2-1 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、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。

3-2-1-1 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発生した場合は、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より院長へと報告する。

3-2-1-2 医療事故にはいたらなかったが発見、対応が遅れ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報告する。

3-2-1-3 その他、日常診療の中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報告する。

3-3 報告内容の検討等

3-3-1 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、本院の組織として改善に必要な防止対策を作成するものとする。

3-3-2 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は既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はかるものとする。

3-4 その他

- (1)院長、医療安全推進者及び、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得たないようを、正当な理由なく第三者に告げてはならない
- (2)本稿の定めに従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り扱いをしてはならない。

4. 安全管理のための指針 マニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、本院において以下の指針・マニュアル等（以下「マニュアル等」とする）を整備する。

- (1)院内感染対策指針
- (2)医薬品安全使用マニュアル
- (3)輸血マニュアル
- (4)褥瘡対策マニュアル
- (5)その他

4-2 安全管理マニュアル等の作成と見直し

- (1)上記のマニュアルなどは、関係部署共通のものとする。
- (2)マニュアル等は、関係職員に周知し、また必要に応じて見直す。
- (3)マニュアル等は作成、改変の都度、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等作成の基本的な考え方

- (1)安全管理マニュアル等の作成は、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、自己を未然に防ぐ意識等を高め、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等の作成、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、すべての職印員はその職種、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従い、年に二回程度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に実施する。
- (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、受講するように努めなくてはならない。
- (4)病院長は本方針 5-1 の定めに関わらず、本院内で重大事故が発生した後等、必要があると認める時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（開催日時、出席者、研修項目）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、外部講師を招致しての講習、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発生した場合には、可能な限りまず本院内での総力を主決して、患者の被害の拡散防止に全力を尽くす。また、本院内のみでの対応が不可能であると判断された場合には、遅延なく他の医療機関の応援を求め、必要ならあらゆる情報・資材・人材を提供する。

6-2 院長への報告等

- (1)前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状況などを、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)病院長は必至に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急召集開催させ、対応させることができる。
- (3)報告を行った職員は、その事実及び報告の内容を、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、家族等に誠意を持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)報告を行った職員は、その事実及び、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。

7. その他

7-1 本方針の周知

本方針の内容については、院長、医療安全推進者、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本方針の見直し、改正

- (1)医療安全管理委員会は少なくとも毎年一回以上、本方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)本方針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

7-3 本方針の閲覧

本方針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに患者及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。また本方針についての照会には医療安全推進者が対応する。

7-4 患者からの相談への対応

病状や治療方針等に関する患者からの相談に関しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師へ内容を報告する。

《リスクマネジメント》

1. リスクマネジメントとは

リスクマネジメントとは、医療事故を未然に防止するために各部門レベルの体制を整備するとともに病院全体として組織的な体制を構築し、リスクの把握、分析、対処及び評価を継続的に行うことである。インシデントやアクシデントの報告に基づいて原因の分析を行い、事故発生の防止策と対応策を講じるとともに、リスクマネジメントに関する教育や啓蒙を行い、職員がインシデントやアクシデントを安心して報告できるような環境を作る。

2. リスクマネジャーの任命

各部門において医療現場での事故防止や安全問題について中心的な役割を担うリスクマネジャーを院長が任命する。

3. リスクマネジャーの任務

- ① 安全確保のために関係者に対する指導 助言を行うこと。
- ② 常に所掌業務及び医療機器等の安全点検を行い、問題点等がある場合には、速やかに是正措置を講ずること。
- ③ 医療事故等が発生した場合には、リスクマネジメント委員会において、原因を分析して対応策を講じ、医療事故の防止に努めること。
- ④ 質の高い患者ケアを行うために、患者の意見等を十分聴取し、医療従事者と患者との良好なコミュニケーションの形成に努め、患者の療養環境の向上を図ること。
- ⑤ 各部門間の緊密な連携体制を確保するために、リスクマネジメント委員会を適宜開催すること。
- ⑥ その他、医療事故等の防止に関すること。

《インフォームドコンセント》

1. インフォームドコンセントの実施

インフォームドコンセント（説明と同意）の実施は、患者との良好なコミュニケーションのもとに主治医が患者に対して十分な説明（情報の開示）を行い、患者から自発的に意志を決定した同意を得ることである。

(1)主治医の説明

主治医は診断、症状、予後及び行おうとする治療の内容、期待できる効果、それに伴う危険性、治療を行わなかった場合の予後などについて患者が理解できる言葉でわかりやすく説明する。

(2)患者の同意

主治医が行おうとしている医療について患者が理解するとともに納得して承諾することである。

(3)患者が意志決定できない場合

患者が未成年であったり、承諾能力がない場合、或いは心身障害のために署名不能の場合は家族又は後見人や扶養義務者に説明を行い、承諾を得る。

2. 説明書及び承諾書

手術、麻酔、検査、処置、治療法などの身体に侵襲を与える行為を行う場合は、説明書及び承諾書を必ず作成し、診療録に貼付する。

《一般的事項》

1. 主治医の役割と責任

(1)主治医は自分が担当する患者に対する医療行為の全ての責任者である。従って看護職員やその他のスタッフが実施した医療行為についても最終的な責任を負っている心構えが求められる。主治医が共観制をとっている場合でも患者毎に主治医（責任者）は1名とする。

(2)主治医は患者の人格を尊重し、お互いにコミュニケーションを十分に図って信頼を得るように努めることにより患者の誤解や誤認が防止できる。

(3)医療事故防止のためには日頃より医療スタッフ間の良好な人間関係のもとにマニュアルに従ったチェック事項を共同で確認する。

(4)主治医が看護職員などに指示を出す際は、口頭のみを指示を避けて筆記などで正確に伝える。

(5)医療事故が起きた場合には、患者や家族に対して十分な説明を行い、医療上の適切な対処及び患者と家族への精神的な支援を行う。

2. 看護師の役割と責任

- (1)看護師の基本的責任は、人々の健康増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の軽減である。
- (2)患者の「安全、安楽」を保障し、常に質の高い看護を提供できるよう個人の責任において継続的に学習に努める。
- (3)患者・家族を中心に、医療チームメンバーの相互の情報交換、カンファレンスを行い、信頼関係を深める。
- (4)正確な知識、技術に基づいた適切な判断により看護行為を展開する。

3. 医薬品添付文書内容の遵守

- (1)医薬品を処方又は投薬する際には、必ず添付文書を参照の上、使用方法に留意する。
- (2)副作用に留意し、患者に対して一般的注意やその他注意すべき点は必ず伝達する。また、薬剤師による患者への説明を求める場合は、必ずその旨指示する。

4. 診療録の明確な記載

- (1)診療内容（入院時所見、治療経過、検査結果、手術記録など）を明確に記載する。
- (2)読みやすい文字で、誰でも理解できるように記載する。
- (3)内容は客観的に記載する。
- (4)日付（場合によっては何時何分まで）は明確に整合性をもって記載する。

5. 主治医の指示のあり方

- (1)口頭指示は極力避ける。
- (2)口頭指示を行った場合は速やかに所定の用紙に記載する。
- (3)読みやすい文字で書く。
- (4)誰にでも理解できる内容で書く。
- (5)類似名の薬剤の指示に注意する。
- (6)薬剤の単位、濃度、投与方法について指示に注意する。

6. 電話相談と医師の責任

- (1)電話による医療行為は可能な限り避ける。避けられない場合、特に夜間は慎重な対応が必要である
- (2)なるべく主治医の診察を受けるように指導する。
- (3)電話の対応は記録（可能な限り診療録）として残しておく。

7. 患者や患者家族からの投書

- (1)毎月月末に開け、事務・看護部で受理し、院長に報告する。
- (2)投書の内容により、リスクマネジメント委員会 業務改善委員会にも報告し、対応を検討する。

8. 宗教と医療行為との関係

宗教上の理由で下記の医療行為に対して拒否を表明する場合があるので、事前に十分患者及びその家族と話し合いを持ち、その内容を診療録に記載する。

- (1)輸血、血液製剤、ワクチンの使用
- (2)アルコール、麻薬、鎮痛薬の使用
- (3)延命行為
- (4)解剖及び検死
- (5)臓器提供と移植
- (6)妊娠中絶
- (7)宗教上禁止されている食物の摂取

9. 診療録の開示

当院では、医療提供者と患者とが診療情報を共有することによって、診療についての理解を深めるとともに両者の良好な関係を築き、より質の高い開かれた医療を目指すことを目的として、患者を原則とした診療録の開示を行う体制をとっている。

10. 給食関係

- | | |
|------------|---------|
| (1)食中毒防止 | 栄養科文書参照 |
| (2)誤配膳等の防止 | 栄養科文書参照 |

11. 医療の安全管理に関する教育 研修

- (1)各部署で定期的に話し合いを持ち、医療の安全管理に関する点検事項を確認する。
- (2)新入職者に対しては各部署で具体的に安全管理に対する指導を行う。
- (3)他施設の医療事故に関する情報はその都度掲示し、事故防止に役立てる。
- (4)医療事故発生時には医療事故発生時の連絡体制に基づいて、大小にかかわらず報告するように徹底する。

12. 医療事故発生時の対応

12-1 報告書作成及び提出（インシデントリポート、アクシデントリポート）

12-2 医療事故の原因調査

12-2-1 医療事故調査委員会の設置

12-2-1-1 院長は必要がある場合は、医療事故について事故原因、診療業務上の問題点、医療行為上の責任、再発防止策について調査 検討するため、医療事故調査委員会を設置するとともに、医療事故調査報告書を作成する。

12-2-1-2 万一、訴訟に発展した場合は、総合責任者は院長、次席はリスクマネジメント委員長、事務及び外部との折衝責任者は事務長とし、病院として一本化した対応を行う。

12-2-1-3 医療事故対策委員会の構成は、院長の判断による。

12-2-1-4 院長は、医療事故の原因調査の結果については、速やかに院内に周知する。

12-2-2 医療事故対策委員会からの報告後の対応

12-2-2-1 院長は医療事故調査委員会からの報告を踏まえ、診療管理体制等の改善等を検討し、再発防止の徹底を図る。

12-2-2-2 院長は、主治医、診療科部長及び当該職員への指導を行う。