

地方独立行政法人神奈川県立病院機構における
報告・公表の取扱い

令和3年7月

地方独立行政法人神奈川県立病院機構における報告・公表の取扱い

I	報告・公表における基本的考え方	1
1	病院から機構本部への報告について	1
2	公表の基準・内容について	1
II	各種事案別の対応について	
1	院内感染	3
2	医療安全	9
3	大規模災害	16
4	施設設備事故	19
5	個人情報漏洩	22
6	システム障害	25
7	その他積極的な情報発信	28

I 報告・公表における基本的考え方

神奈川県立病院機構（以下「機構」という。）では、各病院において、院内感染や医療事故等が発生した場合に、病院と機構本部とが速やかに情報を共有し、リスクへの対処を始め、必要な対応を図ることが大変重要である。

同時に、できるだけ早く正確な情報を患者・家族はもとより、県民の方々に提供することも、県立病院の責務であり、こうした対応によって、安全・安心な医療の提供という県立病院の役割を果たし、もって県民の期待に応えていく必要がある。

併せて、県立病院が広く県民の方々に対して医療提供や各種サービスを提供する場合においても、積極的に情報を発信することは、県民の健康維持・増進に大いに寄与するものと考えられる。

これらのことを踏まえ、機構において報告・公表を行う際の「基本的考え方」を定める（懲戒処分を除く。）。

1 病院から機構本部への報告について

(1) 報告の基準・内容

病院において発生する各種事案に対しては、機構本部にて一元的に情報収集・分析を行うことにより早期にリスクを把握し、機構本部と病院との情報共有のもとで、適切な対応を図るとともに再発防止等に努める必要がある。

このため、各種事案が発生した場合において、病院から機構本部に報告する基準を明確にするとともに、当該基準に該当する場合には、総長等(病院管理者)は、速やかに理事長に報告するものとする。

(2) 報告方法

病院は、各種事案発生時には、事案別に定める様式により、速やかに機構本部に報告を行う。

機構本部は、病院との情報共有のもとに、病院運営に与える影響などのリスクの分析と評価を行い、病院と協働し、リスクに対する適切な対応を図るとともに、再発防止等を講じるものとする。

(3) 機構本部から県への報告

機構本部は、患者や診療への影響や病院運営上のリスク等、事案の状況を勘案の上、神奈川県との連携のもとに対応を図る必要があると認めた場合は、速やかに県(健康医療局)に報告するものとする。

2 公表の基準・内容について

(1) 公表の基準・内容

事案の状況によって、広く患者や県民に対して正確な情報を提供し周知する必要があると認めた場合には、公表を行う。

公表の判断(公表の要否、内容、時期)及び公表者及び公表の方法については、機構本部と病院との十分な調整のもとに決定する。

(2) 公表にあたっての留意点

- ア 公表に際しては、神奈川県個人情報保護条例（平成2年神奈川県条例第6号）の趣旨に鑑み、患者・家族等、個人が特定、識別されないよう個人情報の保護に配慮する。
- イ 患者・家族等の心情や社会的状況に十分配慮するとともに、公表にあたり患者情報に関する部分については、原則として患者・家族や遺族から同意を得る。
- ウ 事案に係る関係法令やガイドライン等を遵守するほか、内容により、国や県の公表の方針や考え方との調整を図る必要がある。

(3) 公表の判断

事案が発生した場合は、総長等(病院管理者)は、病院内や機構本部における関係会議等の意見を踏まえ、速やかに対応に係る検討を行うとともに、機構本部と十分に調整した上で、公表の要否、内容、時期を決定する。

(4) 公表者

公表者は原則として総長等(病院管理者)とする。ただし、複数の病院に関わる事案など、機構本部として公表する必要がある場合は、理事長とする。

(5) 公表の方法

公表は、原則として、病院及び機構本部ホームページへの掲載により行う。
記者発表の場合は、原則として、病院又は機構本部が、記者発表資料の提供又は記者会見により行う。

II 各種事案別の対応について

1 院内感染

地方独立行政法人神奈川県立病院機構における院内感染発生時の対応

1 目的

県立病院機構では、第3期中期計画において、「患者や家族、地域から信頼される医療の提供」を掲げており、医療安全対策の推進として、院内感染の発生予防及び発生時の拡大防止のための発生状況の把握とともに感染源及び感染経路に応じた適切な対応を行うこととしている。

このことから、院内感染が発生した場合には、感染対策を徹底し、その事実や対応策を適切に公表することによって、医療の透明性を高め、患者や県民からの信頼向上を図るとともに、他の医療機関における感染対策の徹底及び再発防止にも資することが重要である。公表にあたっては、感染症が社会に与える影響を踏まえ、医療の透明性の向上と、患者や家族の個人情報や人権の保護との両立に特に留意しなければならない。

このような趣旨及び留意事項を踏まえ、院内感染発生時の対応について、病院から病院機構への報告及び公表に係る基準を下記のとおり定める。

2 病院から機構本部への報告

病院において院内感染事例が発生した場合は、総長等(病院管理者)は、以下により、速やかに機構本部に報告する。

(1) 報告の対象

ア アウトブレイクを疑う事例

アウトブレイクとは、一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態(「医療機関における院内感染対策について」平成26年12月19日付け医政地発1219第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)をいう。報告対象とする感染事例は、多剤耐性菌、季節性インフルエンザ、感染性胃腸炎(ノロウイルス等)とする。

(7) 多剤耐性菌※

- ・1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病事例が計3例以上特定された場合
- ・1例目の発見から4週間以内に、同一機関内で同一菌株と思われる発病例(抗菌薬感受性パターンが類似した症例等)が計3例以上特定された場合
- ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

※ただし、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属(MDRAB)の5種類の多剤耐性菌については、院内感染事例が一例目に発見特定された場合、保菌または感染にかかわらず、報告対象とする。保菌か感染かの判断は、各種情報を総合的に判断して決定する。

なお、院内由来ではなく持ち込みであることが検査結果により確認された事例を除く。

(イ) 季節性インフルエンザ

- ・院内感染を疑うインフルエンザ様症状を呈した患者(医療従事者含む)が 10 名以上になった場合
- ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が 1 名以上確認された場合

(ウ) 感染性胃腸炎(ノロウイルス等)

- ・院内感染を疑う感染性胃腸炎症状を呈した患者(医療従事者含む)が 10 名以上になった場合
- ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が 1 名以上確認された場合

イ 次の院内感染症例が一例でも特定された場合(院内由来のものに限定)

- (ア) 1 類～5 類感染症(5 類は全数届出対象疾患のみ)
- (イ) 指定感染症
- (ウ) その他、病院機構感染制御推進会議座長が指示する症例

ウ 環境を媒介する院内感染の原因菌が検出された場合

水質検査などにより、レジオネラ菌など、環境を媒介する院内感染の原因菌が検出された場合など、環境管理を含めた感染防止の対策が必要と考えられる場合

エ その他

上記のほか、保健所への連絡・報告事例など、機構本部との情報共有が必要な場合

(2) 報告の内容及び方法

(1)に定める報告事案が発生した場合は、下記について別紙様式により報告する。

ア 院内感染発生時

- (ア) 起因となった菌又はウイルス
- (イ) アウトブレイク(疑い含む)又は院内感染の一例目を特定した年月日
- (ウ) 発生状況

院内由来(感染)の事例のみを報告する。

原則として、入院後 2 歴日以上経過した検体から検出された場合は院内感染とし、入院前あるいは前回入院時に保菌が確認されている場合は除外する。

- (エ) 推定される感染源・経路
- (オ) 院内感染対策の実施状況
- (カ) 保健所対応、指導内容
- (キ) 現在の状況・特記事項
 - 発症日から報告時までの状況、報告時点での重症患者、死亡者の有無
- (ク) 個別患者に関する情報

多剤耐性菌の事例またはそれによるアウトブレイク、院内感染(疑い含む)との因果関係が否定できない重症患者(死亡者含む)の事例、その他、情報共有の必要性が高い場合に報告す

る。

- ・年齢、性別、入院年月日、検体採取年月日、診断日・特定日
感染の状況(保菌・感染)、原疾患名、感染症の治療経過

イ 院内感染事例への対応終了時

- (ア) 院内に病原体が持ち込まれた原因(推定含む)
- (イ) 院内で感染が拡大した原因(推定含む)
- (ウ) 院内感染発生時の対応に係るア(オ)に追加した対策
- (エ) 対策を実施した中で効果があったと考えられる対策(再発防止策含む)
- (オ) 院内の感染対策会議等の評価、今後の課題

ウ 環境を媒介する院内感染の原因菌が検出された場合(任意様式)

- ・検出状況、保健所への報告内容及び指導事項、改善報告書など

(3) 機構本部から県への報告

機構本部は、上記(2)で報告を受けたもののうち、病院から保健所への連絡・報告を要する場合など、その内容から見て神奈川県との情報共有が必要であると認めた場合は、県に報告する。

2 公表の基準・内容について

(1) 公表の目的

- ア 感染拡大を防止するため、病院の利用者や関係する医療機関等に対し、必要な情報を提供すること。
- イ 正確な情報提供により、医療の透明性を高めるとともに病院への信頼性の向上を図ること。
- ウ 他の医療機関における感染対策の徹底や院内感染の再発防止に資すること。

(2) 公表の基準

- ア 保健所に連絡を要するアウトブレイクが発生した場合
 - (ア) 院内感染対策を実施した後、同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含むプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発病症例(CRE等5種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。)が多数に上る場合(目安として1事例につき10名以上となった場合)
 - (「医療機関における院内感染対策について」平成26年12月19日付け医政地発1219第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知による)
 - (イ) 上記のほか、感染症の種類や状況等により保健所に連絡を要する場合は、原則としてその人数を目安とする。
- イ 院内感染との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合
- ウ 院内感染の拡大防止のため、診療等に制限が必要な場合
- エ 環境を媒介する院内感染の拡大防止のため、環境管理が必要な場合
- オ 上記にかかわらず、病原体の種類や感染力、感染の規模等や、社会的影響の大きさから、公表が必要と判断した場合

(3) 公表の内容及び時期

公表の目的に照らし、原則として下記の内容の情報を公表する。

ア 内容

- (ア) 感染症・病原体の種類、発生年月日、場所
- (イ) 発生状況、発症者数(多剤耐性菌の場合は保菌者を含む。)
- (ウ) 患者の性別、年代
- (エ) 入院・外来診療、面会制限等の有無や具体的状況
- (オ) 推定発生事由
- (カ) 感染拡大防止対策の状況
- (キ) その他、公表の目的に照らし必要な事項

イ 時期

- (ア) 院内感染の発生時
 - ・公表の基準を満たした時
 - なお、感染の状況や感染拡大防止対策の状況、環境管理対策の実施状況に応じ、適宜、更新情報等を公表(続報)する。
- (イ) 院内感染終息時
 - ・病院の感染対策会議等でアウトブレイクの終息を判断した時

(4) 公表にあたっての留意点

- ア 公表に際しては、神奈川県個人情報保護条例(平成2年神奈川県条例第6号)の趣旨に鑑み、患者・家族等、個人が特定、識別されないよう個人情報の保護に配慮する。
- イ 患者・家族等の心情や社会的状況に十分配慮するものとし、公表にあたり患者情報に関する部分については、原則として、患者・家族や遺族から同意を得る。
- ウ 公表の内容や時期等については、感染症の特徴や状況、社会的影響に応じ、国や県の公表の方針や考え方との調整を図る必要がある。

(5) 公表の判断

院内感染の発生状況が、公表の基準に該当すると考えられる場合には、病院管理者は、院内の感染対策会議や必要に応じ病院機構感染制御推進会議の意見を踏まえ、病院機構本部と十分に調整した上で、公表の内容や時期、方法を決定する。

(6) 公表者

公表者は原則として総長等(病院管理者)とする。

(7) 公表の方法

公表は、原則として、病院及び機構本部ホームページへの掲載により行う。

記者発表の場合は、原則として、病院又は機構本部が、記者発表資料の提供又は記者会見により行う。

院内感染発生に係る報告書

病院名：

報告日：__年__月__日

第 報：(第1報 __月 __日)

【発生時の報告】

病院名						
報告区分	<input type="checkbox"/> アウトブレイク <input type="checkbox"/> 院内由来の感染症 <input type="checkbox"/> その他					
疾病・菌の名称						
特定年月日	年 月 日					
発生状況	主な経過					
	病棟名等					計
	罹患(保菌)数					
	うち職員					
推定される感染源・経路						
感染対策実施状況	<input type="checkbox"/> 個室管理 <input type="checkbox"/> コホート管理 <input type="checkbox"/> スタンダードプリコーションの徹底 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 新規入院制限 <input type="checkbox"/> 予防投与 <input type="checkbox"/> 研修会の実施 <input type="checkbox"/> 手指消毒の徹底 <input type="checkbox"/> スタッフコホーティング <input type="checkbox"/> 患者・家族への教育 <input type="checkbox"/> 患者培養検査 <input type="checkbox"/> 環境培養検査 <input type="checkbox"/> 職員培養検査 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 専任清掃スタッフ配置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 連携病院等への相談 <input type="checkbox"/> その他 ()					
保健所対応	<input type="checkbox"/> 届出 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> なし					
保健所の指導						
現在の状況	重症者の有無： 死亡者の有無：					
患者情報 (1人目)	年齢	性別	入院年月日	検体採取日	診断日・特定日	
	感染状況		原疾患名		感染症の治療経過	
	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 保菌					
患者情報 (2人目)	年齢	性別	入院年月日	検体採取日	診断日・特定日	
	感染状況		原疾患名		感染症の治療経過	
	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 保菌					
患者情報 (3人目)	年齢	性別	入院年月日	検体採取日	診断日・特定日	
	感染状況		原疾患名		感染症の治療経過	
	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 保菌					

【終息時の報告】

報告日	年 月 日						
最終発生日	年 月 日						
終息確定日	年 月 日						
発生の総括	主な経過						
	病棟名等						計
	罹患(保菌)数						
	うち職員						
死者・重症者	死者： 名 重症者： 名						
感染源・経路 (推定含む)							
拡大した要因 (推定含む)							
効果があった と思われる 対策							
院内感染対策 委員会や連携 先からの評価							
その他							

記載上の留意事項

- 1 本報告書は、院内由来のもののみを記載し、持ち込みによるものは含めない。
院内由来とは、原則として確定例、その他院内感染が強く疑われるものをいう。
- 2 報告対象となった際には、その時点で明確になっている項目のみ記載し、できるだけ速やかに報告する。
- 3 既存資料がある項目については、記載に代えて、資料を添付することにより報告することができる。
- 4 初回報告後に感染が拡大した場合は更新報告を行う(報告が何回目かを記載)
- 5 報告区分は、2(1)報告の対象ア、イ、ウの別をチェックする。
- 6 疾病・菌の名称について、多剤耐性菌の場合は、菌種も記載する。
- 7 特定年月日は、初発患者の特定年月日とする。
- 8 発生状況中、罹患(保菌)者数は、院内由来の数とする。
- 9 保健所の指導は、指導内容等、やりとりに関する既存資料を添付する。
- 10 患者情報は全事例ではなく必要に応じて報告する。報告は、多剤耐性菌の場合、またはそれによるアウトブレイク(疑い含む)の事例、院内感染との因果関係が否定できない重症患者又は死亡者が発生した場合、その他、情報共有の必要性が高いと病院管理者が判断した場合とする。
- 11 終息時の報告は、ICTの介入による対策が行われた結果、アウトブレイクが終息した場合に行う。

【報告先】 病院機構本部事務局総務企画課あてにメール(アドレス kpho1595@kanagawa-pho.jp)で行う。

2 医療安全

地方独立行政法人神奈川県立病院機構ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの公表に関する指針

1 目的

病院においては医療における安全管理の徹底を図り、患者本位の安全で質の高い医療を提供するため、様々な医療安全の取組を実施している。

このような取組に加えて、自発的にヒヤリ・ハット事例及び医療事故を公表することが県立病院の責務として求められているとして、平成 15 年に「神奈川県立病院ヒヤリ・ハット事例及び医療事故に関する公表基準」が定められ、公表が行われてきた。

平成 22 年に地方独立行政法人神奈川県立病院機構が設立された。医療安全についても一層自律的な取組みを推進するため、平成 28 年に「地方独立行政法人神奈川県立病院機構 医療安全推進規程」を定めた。

これに伴い、医療法の立法の理念に基づいた法人による自律的な対応を推進し、医療の透明性を高め、県民からの信頼を得るとともに、他の医療機関への情報提供を行い類似事故の発生防止を目的として、ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントを公表することに関する取扱いを整理するものである。

2 用語の定義 及び 分類レベル

「地方独立行政法人神奈川県立病院機構 医療安全推進規程」の定義とする。

(1) 医療事故

医療法における医療事故の定義と同一とする。すなわち「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。なお、医療事故に該当するかどうかの判断に当たっては過誤の有無は問わないから、過誤が無くても医療事故となる場合もあり、過誤があっても医療事故とはならない場合もあることに、特に病院管理者は留意する。

(2) アクシデント

過誤の有無に関わらず、医療の全過程において発生する下記 (5) 表のレベル 3 b 以上の事例のことをいう。

(3) ヒヤリ・ハット事例

ヒヤリ・ハット事例とは、日常診療の場で、患者に医療又は管理を行う上で、「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした事例で、アクシデントに至らなかったものをいう。

(4) 以上の(1)(2)(3)を包括的に「医療事故等」という。

(5) ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントのレベル (表)

区 分		内 容
ヒヤリ・ハット事例	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
	レベル1	間違ったことを実施したが、患者には変化が生じなかった場合
	レベル2	実施された医療又は管理により、患者に予期しなかった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
	レベル3 a	実施された医療又は管理により、患者に予期しなかった軽微な処置・治療の必要性が生じた場合
アクシデント	レベル3 b	実施された医療又は管理により、患者に予期しなかった若しくは予期していたものを上回る何らかの変化が生じ、濃厚な処置・治療の必要性が生じた場合
	レベル4	実施された医療又は管理により、患者の生活に影響する予期しなかった若しくは予期していたものを上回る高度の後遺症が残る可能性が生じた場合
	レベル5	実施された医療又は管理により、予期せず患者が死亡した場合

3 公表

- (1) ヒヤリ・ハット事例およびアクシデントについては、件数、分析結果、および企画実施した防止対策について、当該年度一年分を一括して翌年度の5月を目処に公表するものとする。
- (2) (1)の公表者は理事長とする。
- (3) 特に他の医療機関への情報提供を行い類似事故の発生防止を目的として、上記以外に個別の公表を実施する場合には、個人情報の保護に十分留意した上で、事前に患者本人（患者本人が対応不能な場合には代理人や家族等）と十分に話し合いを行うこととし、原則として、公表内容について文書により同意を得るものとする。

4 その他

この指針に定めるもののほか、ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの公表に関し必要な事項は別途定める。

5 施行日

この指針は、平成29年4月1日から施行する。

病院から機構本部への報告については、「基本的考え方」による。

地方独立行政法人神奈川県立病院機構ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの 一括公表に関する取扱要領

1 目的

この要領は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの公表に関する指針（以下、「公表指針」という）に基づき、ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの一括公表に関し、必要な事項を定めるものである。

2 一括公表方法

(1) 一括公表の実施

機構の各病院で収集されたヒヤリ・ハット事例及びアクシデントについて、公表指針に基づき、当該年度一年分を一括して、翌年度に公表する。

(2) 公表内容

公表内容は、当該年度一年分のヒヤリ・ハット事例及びアクシデントのレベル毎の件数、分析結果、及び各病院における医療安全対策についての説明とする。

また、公表資料は、各病院の医療安全管理者から報告されたヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの件数集計、概要、各病院の医療安全の取組みをもとに作成し、医療安全推進会議を経て公表する。

(3) 公表資料

公表する資料及び参考資料は、公表様式のとおりとする。

(4) 公表者

一括公表の公表者は理事長とする。

(5) 公表方法

ホームページへの掲載とする。

(6) 公表時期

5月下旬とする

附則

この要領は、平成 30 年 3 月 20 日から施行する。

地方独立行政法人神奈川県立病院機構ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの 個別公表に関する取扱要領

1 目的

この要領は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントに関する公表指針に基づき、ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの個別の公表に関し、必要な事項を定めるものである。

2 個別公表方法

(1) 実施の判断

個別公表実施の判断は、病院の管理者が行う。

ア 病院管理者は、判断にあたっては、病院の医療安全管理者や事故調査委員会からの意見聴取を行う。

イ 病院管理者は、上記の他、神奈川県立病院機構医療安全推進会議の意見を求めることができる。

(2) 個別公表を検討する事案

公表を検討する事案は、①ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントのレベルにはこだわらないものの、死亡事例など重大な案件と考えられるもので、かつ、②個別公表を実施することで、再発予防に寄与する対策等の推進につながる事例を対象とする。

(3) 目的

ア 個別公表の目的は医療安全の推進であり、所要の目的を達するような公表内容とすることを心掛ける。

イ 医療安全管理者は、個別公表の実施が、医療事故調査や医療安全対策の推進を阻害する懸念がある場合には、その旨を病院管理者に答申する。

(4) 内容

個人情報の保護に十分留意した上で、事前に患者本人（患者本人が対応不能場合には代理人）と十分に話し合いを行うこととし、公表内容について文書により同意を得るものとする。

ア 患者の年齢性別等の個人情報や、事故発生場所や年月日など個人の特定に繋がる可能性のある内容については、事前の同意なく公表しない。

イ 事故原因や再発防止策については、病院側関係者と事前に十分に話し合いを行い検討した内容とすること。

(5) 公表者

個別公表の公表者は病院管理者とする。

(6) 公表方法

ア 記者発表やホームページへの掲載とする。

イ 記者発表の際の公表場所は原則として機構本部または県庁記者クラブとする。

(7) 公表時期

病院管理者は、医療事故の原因や再発防止策をふまえ、類似事故の発生防止を目的として個別の公表を行うと決定してから、遅滞無く公表することを心がける。

附則

この要領は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

アクシデントの概要

病院名 _____

- 1 件名
- 2 概要
 - (1) 患者情報（年齢・性別）
 - (2) 病名
 - (3) 発生日、発生場所、該当診療科
- 3 経過（患者対応含む）
- 4 対応
 - (1) 原因
 - (2) 再発防止
- 5 その他

【記載例】

アクシデントの概要

病院名 _____

- 1 件名 〇〇手術における術式誤り
- 2 概要
 - (1) 患者情報（年齢・性別） 80歳・男性
 - (2) 病名 〇〇
 - (3) 発生日、場所、該当診療科 〇年〇月〇日、手術室〇、〇〇外科
- 3 経過（患者対応含む）

〇月〇日〇時 全身麻酔下にてA手術開始

〇時 執刀医がB手術を実施し手術終了
バイタルサイン等、異常なし

〇時 術後、執刀医が術式の誤りに気付く

〇時 患者家族に術式誤りについて説明及び謝罪

〇月〇日〇時 患者本人に、術式誤りについて説明及び謝罪
- 4 対応
 - (1) 原因
 - ・ 術前及び術中の確認不足
 - (2) 再発防止
 - ・ 術前に予定術式の確認を徹底する
- 5 その他
レベル〇

3 大規模災害

(1) 病院から機構本部への報告の基準

ア 報告の対象

- (ア) 震度5弱以上の地震により病院に被害が発生したとき。
- (イ) 暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、津波、崖崩れ等により病院に被害が発生したとき
- (ウ) その他、総長等が報告の必要性を認めたとき

イ 報告の内容

- (ア) インフラの状況（例 停電、断水）
- (イ) 患者の状況
- (ウ) 診療の提供状況（診療制限を含む）

(2) 公表の基準

ア 公表の対象

- (ア) 当該大規模災害の発生により病院利用者（職員等含む）に被害があったとき。
- (イ) 当該大規模災害の発生により診療制限が必要なとき。
- (ウ) その他、公表が必要と判断したとき。

イ 公表の内容

- (ア) 病院利用者（職員等含む）の被害状況（例 被害者数、傷病名 等）
- (イ) 診療の提供状況、診療制限の内容（例 受入の状況、救急受入の制限、予定手術の延期等）
- (ウ) 公表時に判明している復旧見込み等（随時更新）

報告方法、公表の判断、公表者、公表の方法については「基本的考え方」による。

上記に掲げるほか、大規模災害発生時の対応については、「地方独立行政法人神奈川県立病院機構本部 業務継続計画」によるものとする。

病院被災等状況報告書

次のとおり報告します。(該当箇所に○印等)

病 院 名					
報 告 者	所 属	氏 名			
	電 話 ()	FAX	()		
報 告 日 時	令 和	年	月	日	午前・午後 時 分

項 目		被 災 状 況	詳 細
建 物 ・ 設 備 等		①影響なし ②被害あり ③使用不能	
人 的 被 害	患 者	①被害なし ②被害あり (名)	
	病 院 職 員	①被害なし ②被害あり (名)	
診 療 継 続		①可能 ②一部不可 ③不可	
そ の 他			

【記載例】

第 報

病院被災等状況報告書

次のとおり報告します。(該当箇所には○印等)

病院名	○○						
報告者	所属	○○課	氏名	○○ ○○			
	電話	()	FAX	()			
報告日時	令和	○年	○月	○日	<input checked="" type="radio"/> 午前・午後	9時	30分

項目		被災状況	詳細
建物・設備等		<input type="radio"/> 影響なし <input checked="" type="radio"/> 被害あり <input type="radio"/> 使用不能	<ul style="list-style-type: none"> 正面玄関付近2階の外壁落下 瞬停によりCT立ち上げ不能 配膳用エレベーター故障
人的被害	患者	<input type="radio"/> 被害なし <input checked="" type="radio"/> 被害あり (1名)	<ul style="list-style-type: none"> 地震発生時に転倒し下腿打撲
	病院職員	<input checked="" type="radio"/> 被害なし <input type="radio"/> 被害あり (名)	
診療継続		<input type="radio"/> 可能 <input checked="" type="radio"/> 一部不可 <input type="radio"/> 不可	<ul style="list-style-type: none"> CT撮影を必要とする救急患者の受け入れ停止
その他		<ul style="list-style-type: none"> 配膳用エレベーター使用不可のため、人力にて搬送している。 	

※大規模災害により機構本部に災害対策本部が設置された場合

機構本部 ⇒ 各病院 ⇒ 機構本部
 (当該様式を送信) (当該様式により報告)

※上記以外の場合は、当該様式により、各病院から機構本部へ報告

4 施設設備事故

(1) 病院から機構本部への報告の基準

ア 報告の対象

- (ア) 施設設備を原因とする事故により、病院利用者（職員等含む）が負傷するなどの人的被害・物的被害が発生したとき
- (イ) 施設設備を原因とする事故により、診療制限を必要としたとき
- (ウ) 施設設備を原因とする事故により、診療制限は必要ないものの、施設利用に一定の制限が必要なとき
- (エ) 施設設備を原因とする事故により、人的被害はないものの、大規模な修繕（改修）工事が必要なとき
- (オ) その他、総長等が報告の必要性を認めたとき

※施設設備を原因とする事故とは、施設設備の老朽化等に伴うものをいう。（例 外壁落下、配管からの水漏れ 等）

イ 報告の内容

- (ア) 被害の発生場所及び被害の具体的内容
- (イ) 診療制限の内容
- (ウ) 施設の利用制限の内容
- (エ) 当面の対応状況及び今後の対応方針

(2) 公表の基準

ア 公表の対象

- (ア) (1)のア(ア)に該当するとき
- (イ) (1)のア(イ)～(ウ)に該当しその影響が長期に及ぶとき
- (ウ) その他、公表が必要と判断したとき

イ 公表の内容

- (ア) 施設設備を原因とする人的被害の状況（負傷者数、傷病名 等）
- (イ) 診療制限の内容（例 救急受入の制限、予定手術の延期 等）
- (ウ) 公表時に判明している復旧見込み等（随時更新）

報告の方法、公表の判断、公表者、公表の方法については「基本的考え方」による。

施設設備に係る人的・物的な被害発生時に係る病院状況

病院名 _____

被害の発生場所	
被害の具体的内容	(人的被害) (物的被害)
当面の対応状況	(人的被害) (物的被害)
今後の対応予定	(人的被害) (物的被害)
その他	

【記載例】

施設設備に係る人的・物的な被害発生時に係る病院状況

病院名 _____

被害の発生場所	<ul style="list-style-type: none"> ・本館正面玄関付近
被害の具体的内容	<p>(人的被害)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者が落下物を避けようとして転倒。足関節捻挫、下腿挫傷 <p>(物的被害)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本館外壁剥離・落下（10cm×10cm程）
当面の対応状況	<p>(人的被害)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・負傷者については、救急外来にて応急処置し経過観察とした <p>(物的被害)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カラーコーンで仮囲いし、患者等の通行を禁止している。
今後の対応予定	<p>(人的被害)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3日後再診し、問題なければ終診とする。 <p>(物的被害)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇株式会社に見積もりを依頼し、修繕工事を実施予定。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・近日中に施設内の被害状況を確認する。

5 個人情報漏洩

(1) 病院から機構本部への報告の基準

ア 報告の対象

- (ア) 機構が保有する個人情報の漏洩（疑い含む）が発生したとき、又は確認したとき。
- (イ) 機構が保有する個人情報を紛失（疑い含む）したとき。
- (ウ) 外部から病院が保有する情報システムへの不正アクセス（疑い含む）が確認されたとき。
- (エ) その他、総長等が報告の必要性を認めたとき。

イ 報告の内容

- (ア) 情報漏洩した情報の種類・内容・件数
- (イ) 情報漏洩の発生日時
- (ウ) 情報漏洩の当事者
- (エ) 情報漏洩発生 の概要・発生場所・経緯

(2) 公表の基準

ア 公表の対象

- (ア) (1)ア (ア)～(ウ)に該当し患者や関係医療機関に周知する必要があるとき。
- (イ) その他、公表が必要と判断したとき。

イ 公表の内容

- (ア) 情報漏洩（疑い含む）した経緯と対応状況
- (イ) 情報漏洩した、または情報漏洩が疑われる情報の種類
- (ウ) 情報漏洩した、または情報漏洩が疑われる情報の内容及び件数
- (エ) 不正アクセスの概要と影響範囲

報告の方法、公表の判断、公表者、公表の方法については「基本的考え方」による。

個人情報漏洩の概要

病院名 _____

- 1 漏洩した情報の種類

- 2 漏洩した情報の内容、件数

- 3 漏洩の発生日時

- 4 漏洩の当事者

- 5 漏洩発生の概要

- 6 漏洩の発生場所

- 7 経緯
 - ・
 - ・
 - ・
 - ・
 - ・
 - ・
 - ・
 - ・
 - ・
 - ・
- 8 その他

【記載例】

別紙様式

令和〇年〇月〇日

第 報

個人情報漏洩の概要

病院名 _____ 〇〇病院 _____

1 漏洩の対象となる情報の種類

パソコンに入力された入院患者の情報

2 漏洩の対象となる情報の内容、件数

ID 番号、生年月日、病名を含んだ過去〇年分の入院患者約〇人分のデータ

3 漏洩の発生日時

〇月〇日（〇曜日） 〇時から〇時の間

4 漏洩の当事者

〇〇科医師〇〇

5 漏洩発生の概要

医局内にある自身の机に置いてあったノート型パソコンを紛失した

6 漏洩の発生場所

医局内

7 経緯

・〇月〇日〇時頃

〇〇医師が、自分の机にあるパソコンを確認

・〇月〇日〇時頃

〇〇医師が、パソコンがないことに気付き、〇〇科部長及び事務局に報告

・〇月〇日〇時頃

事務局にて、〇〇が当事者及び関係者から事情を聴取

・〇月〇日〇時頃

院内等を再度捜査するが発見できず、盗難の可能性があると判断

・〇月〇日〇時頃

緊急会議を開催（議事録は作成後に報告予定）

・〇月〇日〇時頃

警察へ盗難の届出

8 その他

患者氏名は入力されていないので、個人を特定することはできないが、漏洩する可能性はある。

※個人情報漏洩時に、法人の他の規程に基づき報告がなされた場合には、当該報告をもって、この取扱いによる報告がなされたものとみなします。（例 人事事務取扱規程に基づく事故報告（速報）により本様式の項目を満たした報告がされた場合）

6 システム障害

(1) 病院から機構本部への報告の基準

ア 報告の対象

- (ア) システム障害により、復旧に長時間を要する又は復旧が見込めないとき。
- (イ) システム障害により、診療制限が発生したとき。
- (ウ) その他、総長等が報告の必要性を認めたとき。

※システム障害とは、医療情報システムや検査システム等の不具合をいう

イ 報告の内容

- (ア) システム障害の発生日時及び障害の内容
- (イ) システム障害に係る影響範囲
- (ウ) 診療制限の内容
- (エ) システム障害の原因及び復旧見込み

(2) 公表の基準

ア 公表の対象

- (ア) (1)ア(ア)及び(イ)に該当するとき。
- (イ) その他、公表が必要と判断したとき。

イ 公表の内容

- (ア) システム障害の概要(電子カルテシステムのシステムダウン等)
- (イ) システム障害による診療制限の内容(新患受付の停止等)
- (ウ) 公表時に判明(想定)している復旧時期(復旧した場合はその時間等)

報告の方法、公表の判断、公表者、公表の方法については「基本的考え方」による。

システム障害発生の概要

病院名 _____

- 1 システム障害の発生日時
- 2 システム障害の内容
- 3 当該障害に係る影響範囲
- 4 当該障害による診療制限の有無 (有 ・ 無)
- 5 4で「有」の場合の制限内容
- 6 当該障害の原因及び復旧見込み

【記載例】

別紙様式

令和○年○月○日

第 報

システム障害発生の概要

病院名 _____ ○○病院 _____

1 システム障害の発生日時

○年○月○日（○曜日） 9：50 頃

2 システム障害の内容

電子カルテのシステムダウン

3 当該障害に係る影響範囲

電子カルテのみ（各部門システムは正常稼働している）

4 当該障害による診療制限の有無

（ 有 ・ 無 ）

5 4で「有」の場合の制限内容

電子カルテ自体が利用不可のため、診察不能となっている。

6 当該障害の原因及び復旧見込み

原因は業者にて調査中であるが、現時点では復旧の見込みが立っていない。

7 その他積極的な情報発信

(1) 情報発信の基準

- ア 事業の実施により、県民の疾患や予防等に関する理解の向上に資するとき。
- イ 機構の職員や病院が外部から表彰されるなど、県民との信頼関係の向上に資するとき。
- ウ 国や県が行う政策・施策と連携、協力して事業を実施するとき。
- エ 臨床研究の成果が認められたとき。
- オ 社会貢献活動を行ったとき。
- カ 人材の確保や育成につながる取り組みを行うとき。
- キ その他、情報発信することが必要と認められるとき。

(2) 情報発信の内容

- ア 事業等の具体的な内容及び実施時期等
- イ 機構の職員や機構施設等が外部から表彰された具体的な内容
- ウ 国や県が行う政策・施策の具体的な内容及び実施時期
- エ 臨床研究の成果の具体的な内容
- オ 社会貢献活動の具体的な内容
- カ 人材の確保、育成につながる具体的な内容
- キ その他、情報発信することが必要と認めた具体的な内容

(3) 情報発信にあたっての留意点

- ア 情報発信に際しては、神奈川県個人情報保護条例(平成2年神奈川県条例第6号)の趣旨に鑑み、個人が特定、識別されないよう個人情報の保護に配慮する。ただし、機構の職員の表彰に係る事案であって、本人の同意を得ている場合はこの限りではない。
- イ 情報発信に際しては、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)等について(平成30年5月8日付け医政発0508第1号厚生労働省医政局長通知)」を遵守する。

(4) 情報発信に係る病院の対応

- ア 病院が行う情報発信については、「ホームページによる情報発信に関する要領(平成25年2月1日施行)に基づき、機構本部と調整の上、適切に行う。
- イ 病院における広報活動に係る報告については、「神奈川県立病院機構における広報活動の報告について(令和3年7月20日付け本部第182号本部事務局長通知)により機構本部へ報告を行う。

情報発信の判断、発信者、発信の方法については、「基本的考え方」2(3)～(5)に準じる。

事 案 発 生

総長等（病院管理者）



理 事 長 へ 報 告

【時間内・平日】

- ・提出先：総務企画部総務企画課
- ・方 法：様式をメールにて送信
- ・アドレス：kpho1595@kanagawa-pho.jp

(電話：045-651-1229 FAX：045-651-1235)

【時間外、休日、夜間】

- ・報告順位 ①総務企画課長 ②総務企画部長
③本部事務局長
- ・方 法：概要をメールにて送信又は電話連絡
- ・アドレス：緊急連絡用メールアドレス
- ・その他：翌勤務時間内に様式をメール送信

【留意事項】

- 1 報告は、事案の発生後、できるだけ速やかに行うものとするが、調査確認に時間を要する場合は、その時点で判明していることのみ、簡潔に一報し、状況に応じて追加報告を行うこと。
- 2 報告書記載にあたっては、個人が特定されないように留意するとともに、必要に応じ、パスワードをかけて送信すること。
- 3 報告は所定の様式により行うが、事案発生に際し、法人の他の規程に基づき報告がなされた場合には、当該報告をもって、この「報告・公表の取扱い」による報告がなされたものとみなす。

【その他】

大規模災害の場合で機構本部に災害対策本部が設置されたときは、下記連絡体制による。

「機構本部 業務継続計画」及び「機構本部令和3年度災害時対応マニュアル」により、機構本部が各病院の連絡担当者へ所定の様式を送信し病院より報告、若しくは機構本部より電話等により状況確認を行う。



県との情報共有が
必要な場合



県へ報告



公表の基準・内容に該当する場合



公表の判断(公表の要否、内容、時期)及び
公表者及び公表の方法の決定



公 表

- ・病院及び機構ホームページへの掲載
- ・記者発表の場合は病院又は機構本部が
記者発表資料の提供又は記者会見