



独立行政法人
地域医療機能推進機構
さいたま北部医療センター
医療安全管理指針

2025年 7月
改定版

目次

さいたま北部医療センター医療安全管理指針	2
第1 趣旨	2
第2 医療安全管理のための基本的考え方	2
第3 用語の定義	2
第4 医療安全管理体制の整備	4
I 医療安全管理責任者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、医療安全推進担当者の配置	4
II 医療安全管理室の設置	5
III 医療安全対策委員会	6
IV 報告体制の整備	7
V 全死亡症例の把握	8
第5 医療安全管理のための職員研修	9
第6 重大なアクシデント等発生時の具体的対応	9
第7 公表	9
第8 患者相談窓口の設置・連携	9
第9 医療安全管理指針の閲覧	9
第10 各種委員会規定	10
リスクマネジメント部会規程	10
さいたま北部医療センター 患者サポート委員会規定	12
患者相談窓口の具体的運用	14
患者相談窓口に関する活動指針	15
インシデント・アクシデントの患者影響度分類	16
(別紙2) インシデント・アクシデント発生時報告フローチャート	17
(別紙3) 医療安全管理に関する組織体制	18

さいたま北部医療センター医療安全管理指針

第1 趣旨

本指針は、さいたま北部医療センターにおける医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び事故発生時の対応方法等についての基本方針を示すものである。これに基づき適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

さいたま北部医療センターは、JCHOの基本理念に基づき、患者の尊厳と安全を確保し、質の高い医療を提供する。安全な医療の提供は、個人レベルのみならず組織レベルでの事故防止対策の実施により達成される。このため、さいたま北部医療センターは本指針に基づき医療安全管理体制を確立するための医療安全管理指針及び医療安全管理マニュアル（以下「マニュアル」という。）を作成し、医療安全管理の強化充実を図る。

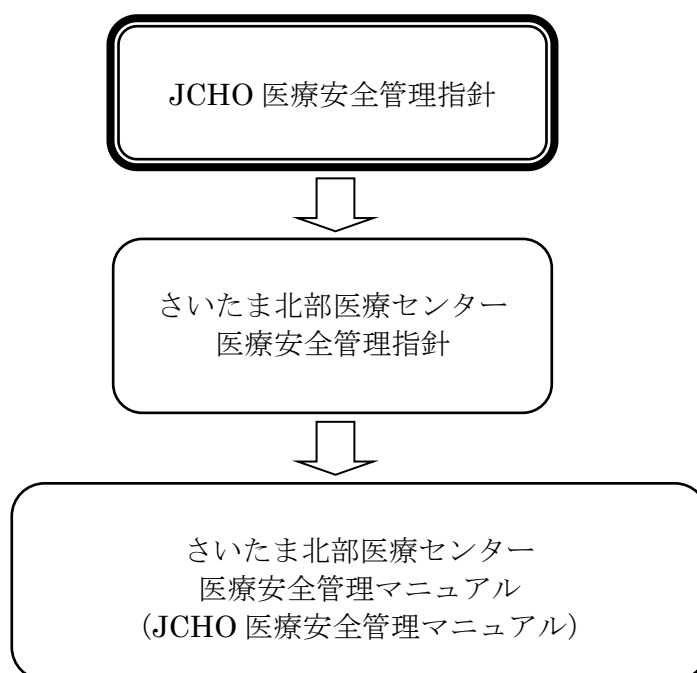
医療現場では、医療従事者のちょっとした不注意等が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起し、患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための絶え間ない努力が求められている。さらに、日常診療の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築し、患者の安全を確保した医療を提供していく。医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、全職員がそれぞれの立場からの問題に積極的に取り組むことを目指す。

第3 用語の定義

I 医療安全に係る指針・マニュアル

1. さいたま北部医療センター医療安全管理指針（以下「医療安全管理指針」という）院内における医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修及び医療有害事象対応等の医療安全管理のための基本方針を示したものである。医療安全管理指針は、院内の医療安全対策委員会において策定及び改定されるものとする。
2. さいたま北部医療センター医療安全管理マニュアル（以下「マニュアル」という）は、院内における医療安全管理のための未然防止策、発生時の対応等を具体的に記載したものである。マニュアルは、病院内の関係者の協議のもとに作成され医療安全管理委員会で承認を受け、概ね1回/年の点検、見直しを行うものとする。

JCHO 医療安全管理指針、さいたま北部医療センター医療安全管理指針
JCHO 医療安全管理マニュアル、さいたま北部医療センター医療安全管理マニュアルの位置付け



Ⅱ 事象の定義及び概念

1. インシデント（ヒヤリハット）

インシデントとは、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり“ハッ”としたりした経験を有する事例を指し、実際には患者へ傷害を及ぼすことはほとんどなかったが、医療有害事象へ発展する可能性を有していた潜在的事例をいう。

具体的には、ある医療行為が、（１）患者へは実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの傷害が予測された事象、（２）患者へは実施されたが、結果として患者へ傷害を及ぼすには至らなかった不適切な事象、又は（３）結果として比較的軽微な傷害を及ぼした事象を指す。なお、患者だけでなく、訪問者や職員に、傷害の発生又はその可能性があったと考えられる事象も含む。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、0～3 a 対象となる。

2. アクシデント（医療有害事象、医療事故）

アクシデントとは、防止可能なものか、過失によるものかにかかわらず、医療に関わる場所で、医療の過程において、不適切な医療行為（必要な医療行為がなされなかった場合を含む。）が、結果として患者へ意図しない傷害を生じ、その経過が一定以上の影響を与えた事象をいう。

医療に直接関係のない場合も含まれ、また患者ばかりでなく、医療従事者が被害者である場合も含まれる。また、これらには過失が存在するものと、不可抗力によるもの（合併症、偶発症など）両方が含まれる。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、3 b～5 が対象となる。

※医療事故調査制度における医療事故の定義は、本定義とは異なることに留意のこと。

参考）医療事故調査制度における医療事故の定義（医療法第6条の10）

当該病院に勤務する職員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つて、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

3. 医療過誤

過失によって発生したインシデント・アクシデントをいう。

過失とは、結果が予見できていたにもかかわらず、それを回避する義務（予見性と回避可能性）をはたさなかったことをいう。

※別紙1) インシデント・アクシデントの患者影響度分類 参照

第4 医療安全管理体制の整備

組織図上で示される通り、医療安全管理室は院長直下の組織である。それに伴い、医療安全管理室は、院内の医療安全管理体制の確立・推進のための提言を行う権限を持つ。以下の事項を基本として、医療安全管理体制の確立に努める。

I 医療安全管理責任者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、医療安全推進担当者の配置

医療安全管理推進のため、院長は、医療安全管理責任者（主として副院長）を任命するとともに、医療安全管理責任者の下に、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者を置き、さらに部門においては、医療安全推進担当者を配置するものとする。

1. 医療安全管理責任者の配置

医療安全管理責任者は、院内における医療安全の総括的な責任を担う者とし、原則として副院長とする。

2. 医療安全管理者の配置

医療安全管理者は、院内における医療安全管理に係る実務を担当し、医療安全を推進する者とする。

- (1) 医療安全管理者は、所定の医療安全管理者養成の研修を終了した医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療安全管理者は、医療安全管理責任者の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携、協同し、医療安全管理室の業務を行う。
- (3) 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下の業務について主要な役割とそれに伴う提言の権限を持つ。
 - 1) 医療安全管理部門の業務に関する企画、立案及び評価
 - 2) 定期的な院内巡回による各部門における医療安全対策の実施状況の把握と分析、及び医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策の推進
 - 3) 各部門における医療安全推進担当者への支援
 - 4) 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整
 - 5) 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の年2回以上の実施
 - 6) 相談窓口等の担当者との密接な連携のうえで、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制の支援

3. 医薬品安全管理責任者の配置

医薬品安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とする。

- (1) 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び見直し
- (2) 職員に対して、医薬品の安全使用のための研修の実施

- (3) 医薬品の業務手順に基づく業務の実施の管理
- (4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報を収集し、医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施

4. 医療機器安全管理責任者の配置

医療機器安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とする。

- (1) 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- (2) 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
- (3) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、及びその他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

5. 医療放射線安全管理責任者の配置

医療放射線安全管理責任者は、次に掲げる業務を行う者とし、以下の業務について主要な役割を担う。

- (1) 診療用放射線の安全利用のための指針の策定
- (2) 放射線診療に従事する職員に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施
- (3) 放射線診療に用いる医療機器・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素・診療用放射性同位元素を用いた放射線診療を受ける者の放射線による被ばく線量の管理及び記録、診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施

6. 医療安全推進担当者（リスクマネージャー）の配置

各部門の医療安全管理の推進に資するため医療安全推進担当者を置く。

- (1) 医療安全推進担当者は、各部門、診療科及び各看護単位にそれぞれ1名以上を置くものとし、医療安全管理責任者が指名する。
- (2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。
 - 1) 各部門におけるインシデント・アクシデントの原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - 2) 各部門における医療安全管理に関する意識の向上
 - 3) インシデント・アクシデント報告の内容分析及び報告書の作成
 - 4) 医療安全対策委員会において決定した再発防止策及び安全対策に関する事項の各部門への周知徹底、その他医療安全対策委員会及び医療安全管理室との連絡、調整
 - 5) 職員に対するインシデント・アクシデント報告の積極的な提出の励行
 - 6) その他、医療安全管理に関する事項の実施

II 医療安全管理室の設置

- 1. 医療安全対策委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理室を設置する。
- 2. 医療安全管理室は、医療安全管理者及びその他必要な職員で構成される。
- 3. 医療安全管理室の所掌業務は以下のとおりとする。
 - (1) 各部門における医療安全対策に関すること
 - 1) 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づく医療安全確保のための業務改善計画書の作成
 - 2) 1) に基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録
 - (2) 医療安全に係る以下の活動の記録に関すること

- 1) 医療安全対策委員会との連携状況
- 2) 院内研修の実績
- 3) 患者等の相談件数及び相談内容
- 4) 相談後の取扱い
- 5) その他の医療安全管理者の活動実績
- (3) 医療安全対策に係る取組の評価等に関すること
医療安全対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全推進担当者等が参加する医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスの週1回程度の開催
- (4) 医療安全に関する日常活動に関すること
 - 1) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）
 - 2) マニュアルの作成、点検及び見直しの提言等
 - 3) インシデント・アクシデント報告書の収集、保管、分析結果等の現場へのフィードバックと集計結果の管理、及び具体的な改善策の提案、推進とその評価
 - 4) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における警鐘事例の把握等）
 - 5) 医療安全に関する職員への啓発、広報
 - 6) 医療安全に関する教育研修の企画、運営
 - 7) 地区事務所及び本部への報告、連携
 - 8) 医療安全管理に係る連絡調整
- (5) アクシデント発生時の支援等に関すること
 - 1) 診療録や看護記録等の記載、インシデント・アクシデント報告書の作成について、職場責任者に対する必要な支援
 - 2) 患者や家族への説明など、重大なアクシデント等発生時の対応状況についての確認と必要な支援（患者及びその家族、弁護士、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長、事務部長のほか、それぞれの部門の管理責任者が主として行う）
 - 3) 医療安全対策委員会委員長の招集指示を受け、事案の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会の開催
 - 4) 原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
 - 5) インシデント・アクシデント報告書の保管
 - 6) 秘匿性に関する指導と支援
- (6) 医療安全対策委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、並びにその他委員会の庶務に関すること
- (7) その他、医療安全の推進に関すること
4. 医療安全管理室は、その下に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

Ⅲ 医療安全対策委員会

1. 院内に、医療安全対策委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
2. 委員会は、副院長、医療安全管理室室長、副薬剤部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、各部門の安全管理のための責任者等をもって構成することを原則とする。
3. 委員会の委員長は、原則として医療安全管理責任者を担う副院長とする。
4. 委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者とする。

5. 委員長がその任務を遂行できない場合は、他の副院長又は副委員長がその職務を代行する。
6. 委員会は、以下の業務を行うものとする。
 - (1) 医療安全管理指針の策定及び改定
 - 1) 医療機関における医療安全管理
 - 2) 委員会その他の当該病院等の組織
 - 3) 職員に対する医療に係る安全管理のための研修
 - 4) 当該病院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策
 - 5) 重大なアクシデント等発生時の対応
 - 6) 職員と患者との間の情報の共有（患者等に対する当該指針の閲覧を含む。）
 - 7) 患者からの相談への対応
 - 8) その他医療安全推進のために必要な事項
 - (2) 院内等において重大な問題その他委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における当該事例の発生原因の分析、再発防止策の検討、立案、実施及び職員への周知
 - (3) 院内のインシデント・アクシデント防止活動及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
7. 委員会の開催及び活動の記録
 - (1) 委員会の開催は、概ね月1回とするが、必要に応じて委員長が招集する。
 - (2) 委員会の検討結果は、定期的に院長に報告するとともに、医療安全管理室が医療安全推進担当者を通じて、各職場へ周知する。
8. 委員会の議事は、記録し医療安全管理室が管理する。
9. 医療事故防止対策を実効あるものにするため、委員会にリスクマネジメント部会を設置し、医療安全の推進に関する活動を行う。運用規定は別途に作成する。

IV 報告体制の整備

1. 報告に係る基本的な考え方

医療安全に係る報告体制は、WHO のドラフトガイドラインにおける「学習を目的としたシステム」に準じたもので、責任追及をするのではなく、原因究明と再発防止を図ることにより、医療安全の推進を目的としたものである。したがって、報告書は病院における医療安全推進のために用いられ、報告することによる個人への懲罰等は伴わないものとする。
2. 報告の手順と対応

インシデント・アクシデントが発生した場合、当事者又は関係者は、可及的速やかに所属長に報告することとする。報告を受けた所属長又は部門長は、医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告する。医療安全管理責任者又は医療安全管理者は、事態の重大性を勘案して、速やかに院長に報告する必要があると認めた事案は直ちに報告する。

*) 別紙2 インシデント・アクシデント発生時報告フローチャート
3. 報告の方法

報告は、院内で指定した報告書により行う。

ただし、緊急を要する場合は直ちに口頭で報告し、その後、速やかに文書による報告を行う。なお、インシデント・アクシデント報告書の記載は、原則として発生の直接の原因となった当事者又は発見者が行うが、不可能な場合には関係者が代わって行う。さらに、院長は、当該病院における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保する。報告書は再発防止に役立てるものであり、これをもって懲罰の対象

や理由となるものではない。

4. 地区事務所・本部への報告

地区事務所・本部への報告は、原則として医療安全管理者が行う。

5. インシデント・アクシデント報告書の保管

インシデント報告書については、原則として報告日の翌年4月1日を起点に1年以上、アクシデント報告書については5年以上保存するものとする。

V 全死亡症例の把握

1. 目的

予期せぬ死亡事例の把握および診療行為に起因したもしくは起因すると疑われる症例をタイムリーに把握する

2. 方法

①死亡事例発生後

- ・急変事例発生時は医療安全管理室へ病棟・外来から連絡をする。医療安全管理者は死亡症例情報をもとに入院カルテおよび担当者からヒアリングを行う。
- ・医療秘書室では前日の退院患者を電子カルテで抽出し、転記を確認する。転記が死亡になっている患者について、カルテを確認して死亡診断書などで死亡確認する。医療安全管理室に患者死亡情報を提供する。
- ・医療秘書室では電子カルテ上で、キーワード検索し、「死亡診断書」を確認し、外来などの死亡患者も2日の1回確認を行う。月末に再度キーワード検索を行い、報告患者漏れがないか確認を行う。
- ・医療安全管理者はカルテ等の内容確認する（病状説明記録等、DNR用紙の有無）

②院長カルテ確認の流れ

- ・医療安全管理者は、医療秘書室事務にカルテ準備を依頼（入院カルテ・外来カルテ・死亡診断書）
- ・カルテチェックリストは医療安全管理者が準備
- ・院長室へ提出
- ・死亡事例に関して必要であると判断した場合は合議を開催する。

③月別死亡者リスト作成と管理

- ・医療秘書室で医事情報と死亡診断書を照らし合わせ作成。
作成後、医療安全管理室に提出される。
- ・死亡者リスト・カルテチェックリストの管理は医療安全管理室で行う。

第5 医療安全管理のための職員研修

I 目的

医療安全管理の基本的な考え方、事例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。

II 方法と責務

1. 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年2回以上開催する。加えて、必要に応じ臨時に開催する。研修の企画、立案、実施は医療安全管理室と医療安全対策委員会が共同で行う。
2. 全職員は、年2回以上研修会に参加することを責務とし、常に自己啓発に努める。
3. 医療安全対策委員会は、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年間保存する。

第6 重大なアクシデント等発生時の具体的対応

重大なアクシデント等とは、別紙の患者影響度分類におけるレベル4、5及びそれに準ずる重篤度・危険度が高いと判断された事例をいい、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす必要がある。詳細は医療安全マニュアルP4【2. 重大なアクシデント等発生直後の対応（初動体制）】を参照。

第7 公表

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他医療機関での同様の事故防止に役立てることを目的として、必要と判断した場合、事案等を患者及び家族等の同意を得て社会に公表する。

第8 患者相談窓口の設置・連携

院内に、患者及び家族並びに利用者からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等の様々な相談に対する窓口を設置する。

第9 医療安全管理指針の閲覧

医療安全管理指針については、病院のホームページへ掲載し、患者及び家族並びに利用者が容易に閲覧できるようにする。

第10 各種委員会規定
リスクマネジメント部会規程

(目的)

第1条 リスクマネジメント部会（以下、「部会」という。）は、JCHOさいたま北部医療センターの医療安全対策委員会の下部組織として医療安全に関する活動をするを目的とする。

(部会の構成)

第2条 部会は、次に掲げる職員をもって構成する。部会長を含む構成員はリスクマネジャーとする。

- ① 医療安全管理責任者もしくは医療安全管理室長
- ② 医療安全管理者
- ③ 看護師
- ④ 事務職
- ⑤ 放射線技師
- ⑥ 薬剤師
- ⑦ 臨床検査技師
- ⑧ 臨床工学技士
- ⑨ 理学療法士
- ⑩ 管理栄養士もしくは栄養士
- ⑪ 病院長が指名する職員

2 部会は、病院長が任命する。

(部会の運営)

第3条 本部会に部会長を置く。

2 部会長は、医療安全管理責任者もしくは医療安全管理室長がこれを行う。

3 部会長に事故等があるときは、病院長が指名した委員がその職務を代行する。

4 部会長は、会務を総括し、委員会を代表する。

5 部会長が必要と認める場合には、部会以外の関係職員を部会に出席させることができる。

(部会の任期)

第4条 部会の任期は1年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 部会の再任はこれを妨げない。

3 リスクマネジャーの任期が満了したときは、新部員が任命されるまでの間、引き続きその職務を行う。

(部会の招集、開催)

第5条 部会の開催は、定例会と臨時会とする。

2 部会は、部会長が招集する。

3 定例会は、原則として毎月1回開催する。

4 部会長が必要と認めたときに、臨時会を開催することができる。

(審議事項)

第6条 部会は、前条の目的を達成するために必要な次の事項を審議する。

(1) 医療安全に関すること

(2) 《以下、審議内容を箇条書きで記載》

- ・ ヒヤリハット事例の原因の分析，事故予防策の検討・開発。
- ・ 医療事故の原因の分析，再発防止策の検討・開発。
- ・ 医療事故に関する諸記録の点検及び保全。
- ・ 医療安全管理のための啓発，教育，及び広報の検討。
- ・ 他の委員会に対する勧告案の検討。
- ・ その他医療安全管理に関する事項。

(部会の成立)

第7条 部会は、原則としてリスクマネジャーの2分の1以上の出席をもって成立する。ただし、欠席の事由を明確にして欠席したリスクマネジャーについては、議決権を部会長に委任したものとみなす。

(報告)

第8条 部会において審議した事項については、部会長は、速やかに文書をもって病院長に報告するものとする。

(細則)

第9条 部会は、この規則に定めるものの他、必要な事項について部会に諮り、細則などを別に定めることができるものとする。

(部会の庶務)

第10条 部会の庶務は、各部署持ち回りで行う。

(規則の改廃)

第11条 本規則の改廃は、部会の議決を経て病院長の承認を得なければならない。

附則

この規則は、令和5年10月31日から施行する。

さいたま北部医療センター 患者サポート委員会規定

(趣旨)

第1条 この規定は、さいたま北部医療センター（以下「病院」という。）の患者サポート委員会の組織及び運営に関し、必要な事項を定める。

(目的)

第2条 医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等に対する支援体制を充実する。

- (1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助
- (2) 退院援助
- (3) 社会復帰援助
- (4) 受診・受療援助
- (5) 経済的問題の解決、調整援助
- (6) 地域活動

(委員会所掌事項)

第3条 委員会は次の事項を所掌する。

- (1) 患者・家族等からの相談に関すること。
- (2) 患者・家族等への支援に関すること。
- (3) 各部門での情報共有に関すること。
- (4) 患者・家族等からの意見・苦情に関すること。
- (5) 患者サポート体制に関わる教育、啓蒙、研修会に関すること。
- (6) その他、患者サポート体制に関すること。

(委員会の組織・委員長の任期)

第4条 委員会の組織は次に掲げるもので構成する。

- (1) 委員は院長が任命し、その中で委員長を病院長が選任し、看護部、総務企画課、医事課、健康管理センター、医療ソーシャルワーカーで構成する。必要に応じ薬剤部、臨床検査科、放射線科、栄養管理室、リハビリテーション科、臨床工学室を臨時召集する。また委員長が職務に当たれない時に病院長が指名する委員がその職務を代行できる
- (2) 委員長の任期は、任命された日から2年間とする。ただし、後任の委員長が任命されるまでの間は、引き続き委員長が職務を遂行する。尚、再任は妨げない。
- (3) 委員の任期は、任命された日から2年間とする。ただし、後任の委員が任命されるまでの間は、引き続き委員が職務を遂行する。尚、再任は妨げない。

(委員会の招集)

第5条

- (1) 委員会は随時開催する。ただし、委員長が必要と認める場合、臨時に開催することができる。
- (2) 相談内容が重大な場合には緊急に委員会を開催することができる。
- (3) 委員会は、原則として委員の2分の1以上の出席をもって成立する。ただし、欠席の事由を明確にして欠席した委員については、議決権を委員長に委任したものとみなす。

(コンプライアンス)

第6条

- (1) 患者の個人情報第三者に漏えいしないように十分に配慮する。
- (2) 個人情報はこの委員会で定められた以外の目的には使用しない。
- (3) 委員は委員会で知り得た情報を口外してはならない。

(委員会の庶務・議事録の作成)

第7条

- (1) 医療ソーシャルワーカーが庶務を担当する。
- (2) 議事録は委員の持ち回りで作成し報告する。
- (3) 委員会にて審議した事項については、委員長は、速やかに文書をもって病院長へ報告するものとする。

附則

- (1) 本規程は、平成25年9月29日から施行する。
- (2) 本規程は委員会で討議の上、院長の承認をもって改正することができる。

平成25年9月29日制定
平成26年6月12日改正
令和元年9月12日改正
令和7年4月21日改正

患者相談窓口の具体的運用

1. 設置
さいたま北部医療センター（以下「病院」という）に、患者や家族からの苦情・相談に対応し、患者等の支援に資するため、「患者相談窓口」を置く。
2. 目的
患者相談窓口は、患者家族が抱える身体的・心理的・社会的・経済的な問題、また、虐待発見時の対応、苦情、開示、患者支援等に対応することを目的とする。
3. 場所
1階「患者相談室」とする
4. 体制
 - ・医療安全相談：医療安全管理者 看護師 山本蘭子
 - ・治療・療養相談：看護師 山口富士子
 - ・医療福祉相談：社会福祉士 佐久間尚子
 - ・ご意見・苦情相談・個人情報相談：医事課 町田睦実
 - ・診療記録の開示：医事課 町田睦実 高野典子
 - 患者サポート充実体制加算専任者：佐久間（社会福祉士）、町田（医事課）、山口（看護部）
5. 業務
 - ① 患者の苦情や各種医療相談に関すること（苦情マニュアル参照）
 - ② 診療情報の開示請求に関すること（診療情報開示マニュアル参照）
 - ③ 患者支援体制に関すること（患者サポートマニュアル参照）
 - ④ その他
6. 受付時間
患者相談窓口の受付時間は、平日（月～金）の午前8時30分から午後5時00分まで
7. 報告
苦情、医療相談、開示、患者支援体制、その他、対応を行った場合は、管理者へ文書にて報告する
8. 秘密の保持
患者から知りえた秘密は如何なる場合であっても漏らしてはならない
9. 庶務
患者からの、苦情、相談の事項については、記録簿を作成し総務企画課で保管する
10. 雑則
この内規に定めるもの、その他、窓口業務の運営に関して必要な事項は別に定める

附則

この規程は、平成25年9月1日より施行する

平成26年4月1日 一部改訂
令和元年9月12日 一部改訂
令和7年4月 一部改訂

患者相談窓口に関する活動指針

少子・高齢化の進展、国民の医療ニーズの高度化、多様化、また、医療技術の高度化、専門化等、このような医療をめぐる環境の変化を踏まえ、健康管理や健康増進から疾病予防、治療、リハビリテーションに至る包括的、継続的医療の必要性が指摘されるとともに、高度化し専門化する医療の中で患者や家族の不安感を除去する等心理的問題の解決を援助するサービスが求められている。

高齢者の自立支援をその理念とした介護保険制度の定着・普及が進められ、在宅医療・訪問看護のサービス、医療法改正による病床区分の見直し、病院施設の機能分化も行われた。高齢者や精神障害者、難病患者等が、疾病をもちながらもできる限り地域や家庭において自立した生活を送るために、医療・保健・福祉のそれぞれのサービスが十分な連携の下に、総合的に提供されることが重要となってきた。また、児童虐待や配偶者からの暴力が社会問題となる中で、保健医療機関がこうしたケースに関わることも決してまれではなくなっている。

当院では患者相談窓口を設置することで生活上、入院上の不安をかかえている患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることを目指し、その設置意義としていく。

地域医療の推進を進める当院は、患者やその家族が安心した生活を送るための保健医療福祉を提供することを活動方針とする。高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けるためには、病院や介護施設だけでなく、在宅医療や訪問看護といった地域密着型の支援が不可欠である。また、家族が介護の負担を一人で抱え込むことのないよう、支援体制を整備していく。

さらに、医療や介護の現場では、患者が抱える病気以外の経済的問題や家族問題等にも対応する必要がある。当院では医師・看護師・事務職・医療ソーシャルワーカー等の職員がそれぞれの専門性を活かしながら、患者一人ひとりに合った包括的な支援を提供していく。

令和6年10月1日施行

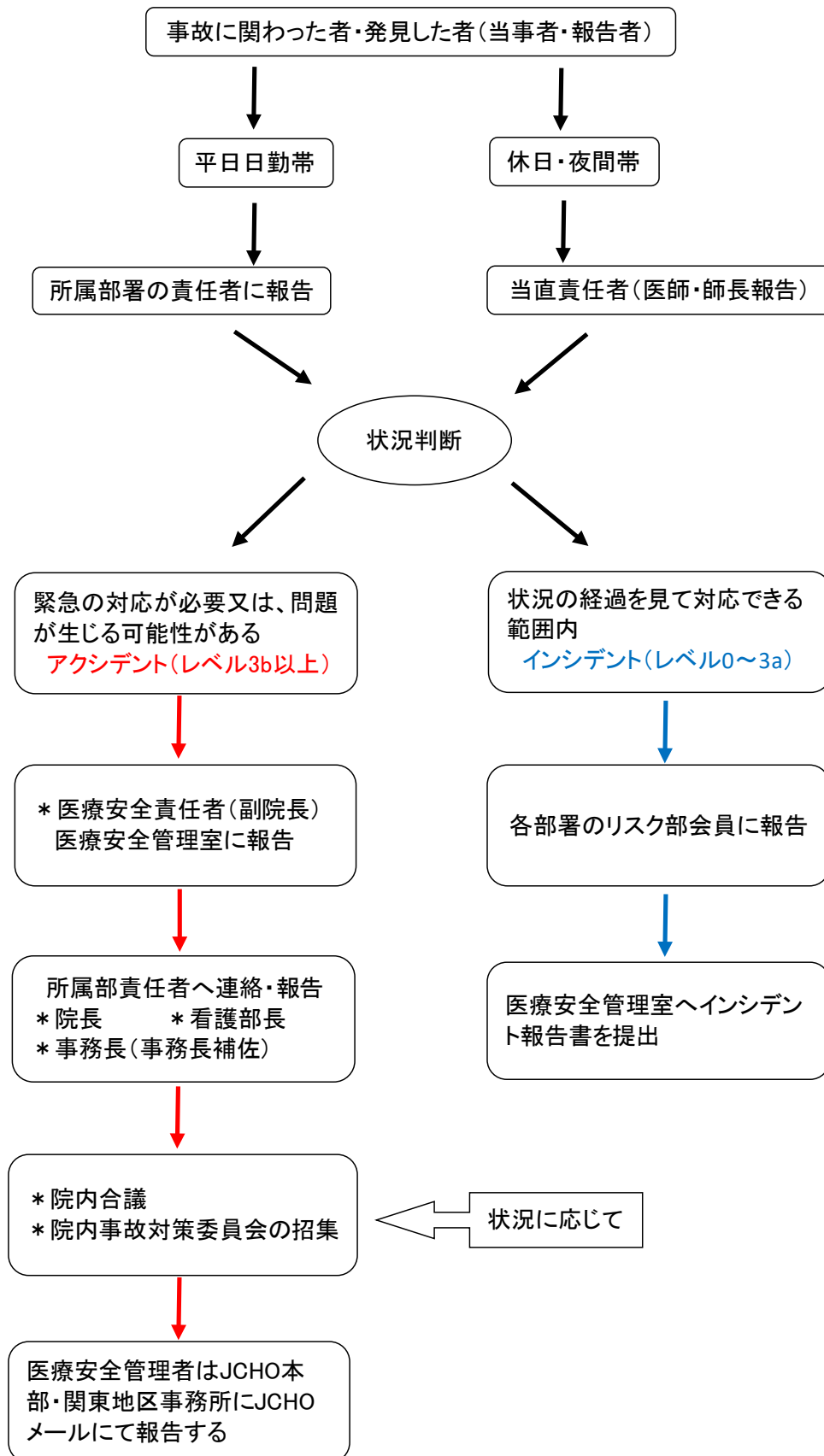
令和7年1月20日一部改正

JCHO さいたま北部医療センター

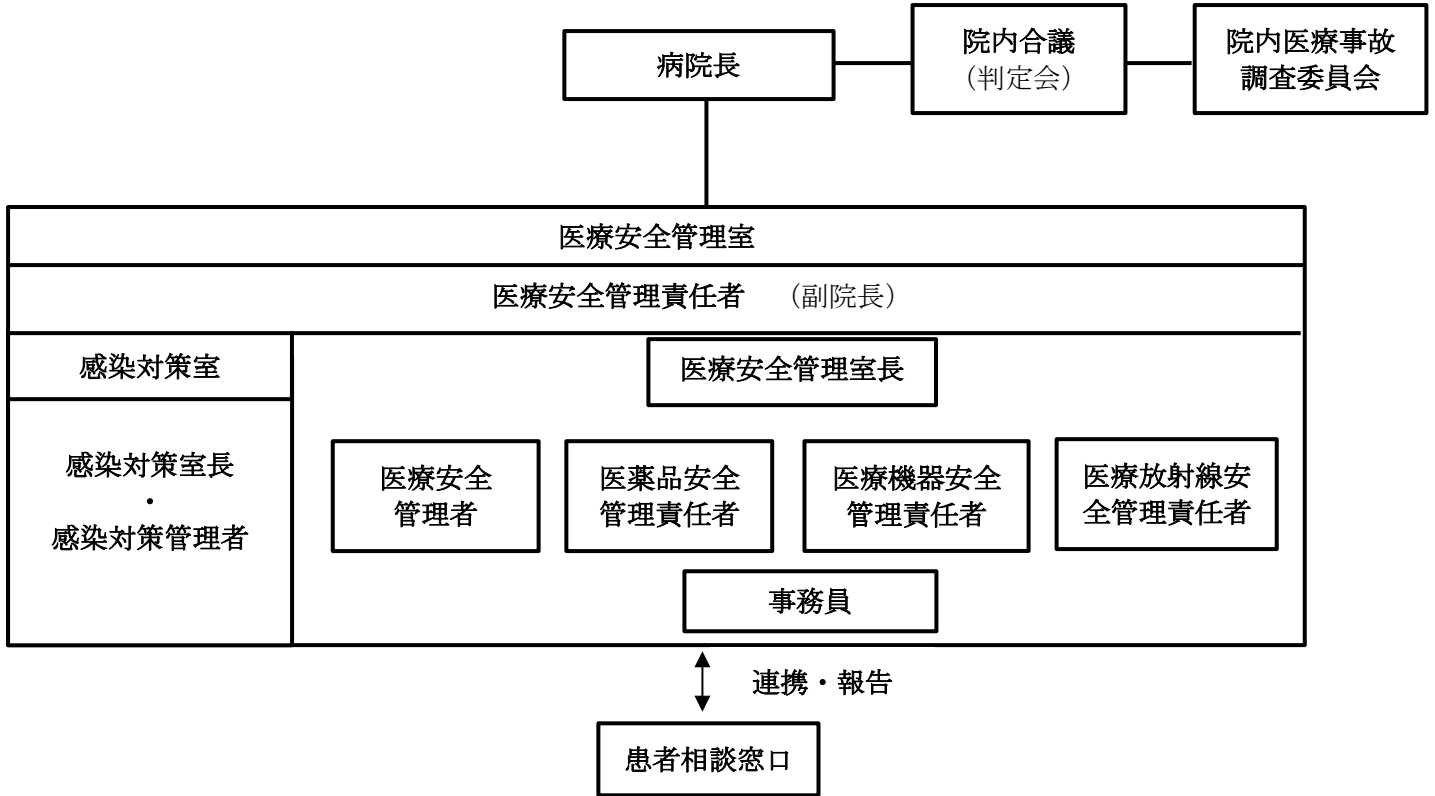
インシデント・アクシデントの患者影響度分類

	影響 レベル	傷害の 継続性	傷害の 程度	内容
インシデント	0			エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
	1	なし	実害なし	何らかの影響を及ぼした可能性はあるが、実害はなかった
	2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（バイタルサインの軽度変化、観察の強化、安全確認の検査などの必要性は生じた）
	3	3 a	一過性	中程度
3 b		一過性	高度	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）
アクシデント	4	永続的	軽度 ～高度	永続的な障害や後遺症が残存（有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合、伴う場合の両者を含む）
	5	死亡		死亡（現疾患の自然経過によるものを除く）

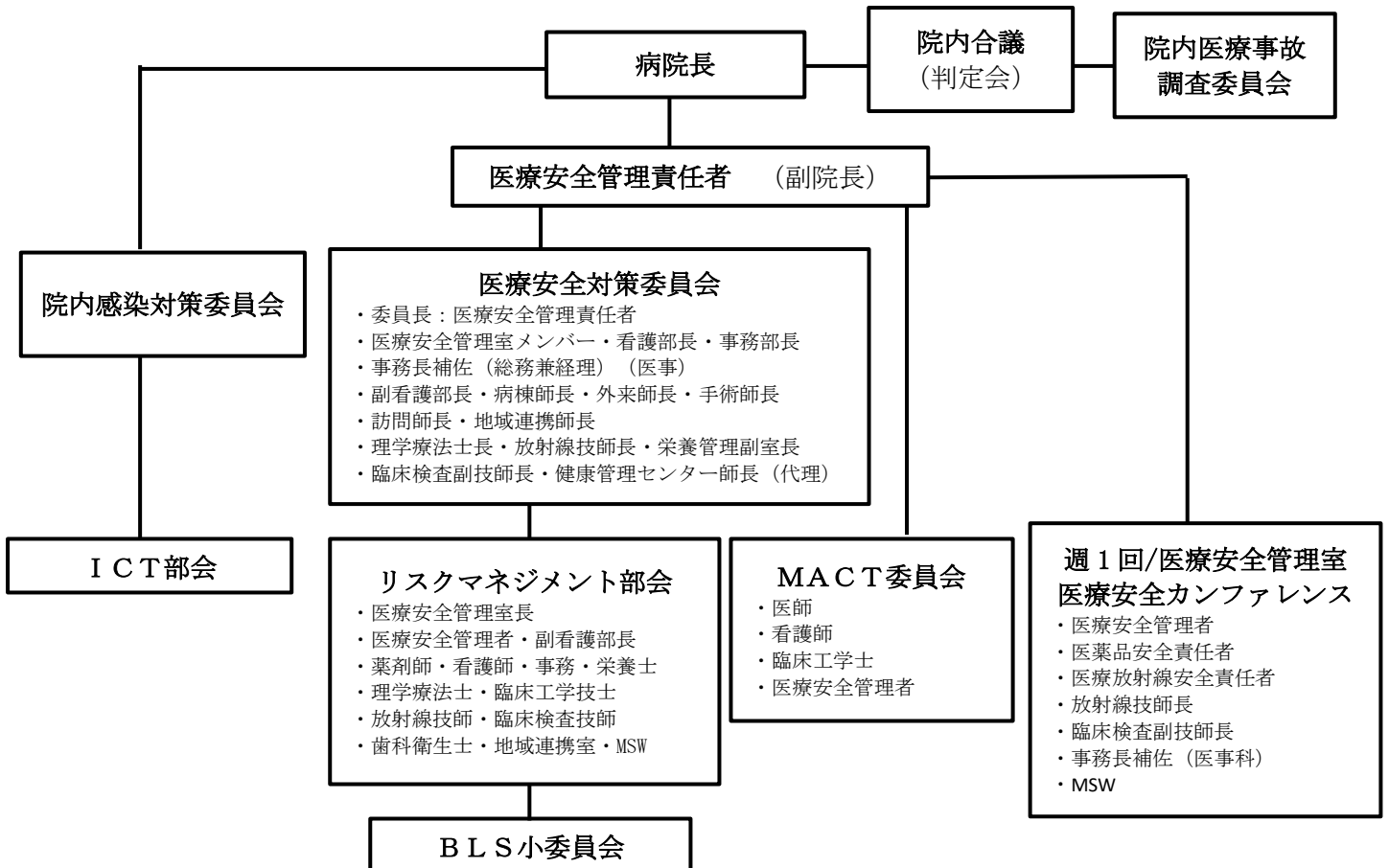
インシデント・アクシデント発生時報告フローチャート



医療安全管理に関する組織体制



医療安全管理に関する委員会の関係図



2014年	4月	作成
2016年	4月	一部改訂
2017年	12月	見直し
2019年	4月	一部改訂
2019年	8月	一部改訂
2020年	4月	一部改訂
2021年	4月	一部改訂
2022年	5月	一部改訂
2023年	4月	一部改訂
2024年	9月	一部改訂
2025年	1月	一部改訂
2025年	4月	一部改訂
2025年	7月	一部改訂