いりょうあんぜんかんりししん

医療安全管理指針

京都鞍馬口医療センター

2026 年 10 月改訂

目次

第１　総則　・・・Ｐ．４
　Ⅰ　基本理念

第２　用語の定義　・・・Ｐ．４

第３　医療安全管理体制の整備　・・・Ｐ．６
　Ⅰ　医療安全に係る管理責任者・担当者の配置
　　１．医療安全管理責任者の配置
　　２．医療安全管理者の配置
　　３．医薬品安全管理責任者の配置
　　４．医療機器安全管理責任者の配置
　　５．医療放射線安全管理責任者の配置
　　６．医療安全推進担当者の配置
　Ⅱ　医療安全管理室の設置　・・・Ｐ．９
　Ⅲ　医療に係る安全管理のための委員会　・・・Ｐ．１１
　Ⅳ　報告体制の整備　・・・Ｐ．１２
　　１．報告に関わる基本的な考え方
　　２．報告の手順と対応
　　３．報告の方法
　　４．地区事務所・本部への報告
　　５．インシデント・アクシデント・オカレンス基準に該当する報告書の保管
　　６．その他

第４　重大なアクシデント等発生時の対応　・・・Ｐ．１４
　　１．救急処置の最優先
　　２．院長への報告など
　　３．患者・家族への説明
　　４．当事者及び関係者（職員）への対応
　　５．関係機関への報告・連絡・相談

第５　公表　・・・Ｐ．１５

第６　院内事故調査　・・・Ｐ．１５
　１．院内事故調査の決定
　２．院内事故調査委員会
　３．院内死亡報告書

第７　患者相談窓口の設置　・・・Ｐ．１６

第８　安全管理のための指針・マニュアルの整備　・・・Ｐ．１６

第９　医療安全管理のための職員研修　・・・Ｐ．１７

第１０医療安全管理指針の閲覧　・・・Ｐ．１８

京都鞍馬口医療センター　医療安全管理指針

第１　総則

Ⅰ　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。

われわれ医療従事者には、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。

第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。

Ⅰ　医療安全に係る指針等

１．　医療安全管理指針

JCHO 医療安全管理指針の内容を踏まえ、本院における医療安全管理のための基本方針を示したもの。医療安全管理委員会は、他の委員会などと連携し、医療安全に係る分析結果等を踏まえ、概ね年１回点検し、見直しや策定の提言をおこなう。

指針は、以下の基本的考え方や方針を含むものとする。

１）医療機関における医療安全管理の考え方、医療安全文化
２）委員会、その他の医療安全管理組織体制
３）職員に対する研修方針
４）報告体制、改善活動
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．医療安全管理マニュアル

医療安全管理のための未然防止策、発生時の対応などを具体的に記載したもの。医療安全管理委員会は他の委員会等と連携し、医療安全に係る分析結果等を踏まえ、概ね年１回点検し、見直しや策定の提言を行うものとする。

３．診療日：土・日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）を除く
8時30分～17時15分

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、0～3a が対象となる。

２．アクシデント（医療有害事象）

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、その経過が一定程度以上の影響を与えた事象をいう。

インシデント・アクシデントの患者影響度分類では、3b～5 が対象となる。

重大なアクシデント等とは、インシデント・アクシデントの患者影響度分類の影響度レベルにおいて、レベル4又は5に該当する事案及び、社会的影響を考慮し本部への報告が必要と院長が判断した事案をいう

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）を果たさなかったことをいう。

４.オカレンス（発生）報告

過失の有無や行った医療に起因するか否かは問わず、医療の質改善のために報告対象として、別に定める事案が発生した場合に報告するものをいう。

JCHO が定めた項目

１）院内急変事例

２）想定外の再手術（1 か月以内）や追加手術および予定手術時間を 2 倍以上もしくは 4 時間以上超過した事例

３）中心静脈穿刺に関連した合併症（動脈穿刺、気胸など）

４）重大疾患について後方視的に見た場合、標準的には確認できた（見落とし）事例

５）同定に係る誤認の事例（手術、検査、処置、診察、検体、記録等の患者や部位の間違い）

６）異型輸血

７）準備した輸血量を超えた輸血を要した事例

８）転倒、転落事例

５．医療事故（医療事故調査制度における定義）

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。（医療法第6条の10）

６．本院

京都鞍馬口医療センター

７．職員

本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、管理栄養士、事務職員等あらゆる職種を含む（委託・派遣職員も含む）

８．上席者

当該職員の直上で管理的立場にある者

第３　医療安全管理体制の整備

Ⅰ 医療安全に係る管理責任者・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を任命すると共に、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、さらに各部門等においては、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、本院における医療安全の統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、院長の指名により選任され、本院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。医療安全管理者には、院長より権限が委譲され、医療安全に関する計画・実施・評価を組織横断的に実施する。

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を担う。

（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）医療安全管理の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

（７）医療事故調査支援センターからの依頼の対応

（８）院内死亡報告書の確認および死因検討会の開催

（９）医療事故調査支援センターへの報告事案の発生時、JCHO 本部及び地区事務所への報告。関係機関との連絡調整

（１０）JCHO 医療安全相互支援体制への参画

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、病院等の管理者の指示の下に、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設置

医療機器安全管理責任者は、病院等の管理者の指示の下に、次の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）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

４）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、病院等の管理者の指示の下に、診療用放射線の安全利用のため、次に掲げる業務を行う者とする。

医療放射線安全管理責任者には、放射線科部長が就く

医療放射線安全管理責任者の基、放射線技師長が以下の活動を実施する。

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者に対する診療用放射線安全利用のための研修を実施

３）次に掲げるものを用いた放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録

４）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

（１）据え置き方デジタル式循環器用 X 線透視装置台

（２）全身用 X 線 CT 診断装置

（３）その他、医療放射線安全管理責任者が定める放射線診療機器等

（４）放射線の過剰被爆その他の放射線診療に関する事例発生時の対応

６．医療安全推進担当者の配置

各部門の医療安全管理に資するための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、各診療科及び各看護単位にそれぞれ１名（若しくは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。

＊場合に因っては、部門長が指名する

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

（必要に応じて症例検討会を診療部長や所属長と協力し開催）

（２）各部門における医療安全管理に関する意識の向上

（研修会、注意喚起など）

（３）インシデント・アクシデント報告の内容の分析及び報告書の作成

（４）医療安全管理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、その他医療安全管理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報告の励行
（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．医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に本院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）医療安全管理委員会における報告・審議内容

（2）院内研修の実績

（3）患者等の相談件数及び、相談内容及び相談後の取り扱い

（4）その他医療安全管理者の活動実績

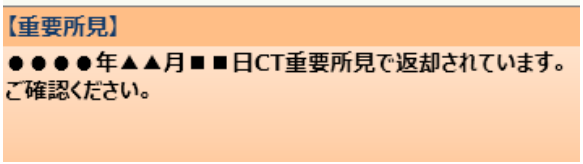
3）医療安全対策に係る取組の評価等に関すること。

（1）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。医療安全カンファレンスを週１回程度の開催。
医療安全カンファレンス参加者：医療安全管理室員
医療安全管理責任者（室長）・医療安全管理者・副看護部長
内科系医師（診療統括部長　診療放射線安全管理責任者）
放射線技師長（代行）・薬剤部長（医薬品管理責任者）・検査技師長
主任臨床工学士（医療機器安全管理責任者）・総務企画課長
看護師（医療安全管理室）

（2）放射線画像所見の見落とし防止対応：

ア　①ドクターネット（遠隔読影）から「重要フラグ」が付いて返却された所見に関して、既読後、対応がされているか診療記録より確認。カンファレンス内で確認した旨をカルテに記載。
未読や対応がされていない場合は、検査を依頼した医師へ医療安全管理室より対応の依頼を実施する。

②重要フラグが付いている所見結果に関して、放射線技師より、依頼医師へ連絡。その旨を部門記録に記載する。



オレンジ色の付箋でも重要所見がある旨を表示。
オレンジ色の付箋でも重要所見がある旨を表示。

③医療安全カンファレンス内で「既読済み」と「対応済み」を確認すれば、付箋を削除する。

※重要フラグ：1 週間以内に何らかの対応が必要な所見に対してフラグが付く。

イ　重要所見の連絡・報告

①ドクターネット（遠隔読影）から重要所見で報告があれば、原則、依頼医師へその旨を報告する。

②依頼医師が不在の時間帯の場合、日直または宿直医師へ報告する。
依頼医師が非常勤の場合、営業日に医療安全管理室長へ報告。
医療安全管理室長が不在の場合、医療安全管理室員の医師へ報告する。
放射線技師が緊急を要すると判断した重要所見であれば、次勤務の日直または、宿直医師へ報告する。

ウ　院内読影で重要所見と診断した場合

① 依頼医師へその旨を連絡する。

② 依頼医師へ重要所見を伝えた旨を診療記録に記載する。

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）医療安全に関するマニュアルの作成、点検及び見直しの提言等

（3）インシデント・アクシデント・オカレンス基準に該当する報告書の収集、保管、分析、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）医療安全管理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・オカレンス基準に該当する報告書の保管

（６）秘匿性に関する指導と支援

６）医療安全管理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）医療安全対策に関する医療機関の連携体制に係る取り組みに関すること。

（１）医療安全対策加算１を取得している医療機関に対し、年１回以上相互訪問を実施し、互いに医療安全に対する取り組みについて評価する

（２）医療安全対策加算２を取得している医療機関に対し、年１回以上訪問し、医療安全に対する取り組みについて評価する

８）JCHO 医療安全相互支援体制への参画

９）その他、医療安全の推進に関すること。

４．医療安全管理室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　医療に係る安全管理のための委員会

１．医療安全管理委員会（以下「委員会」という）を設置する。

２．委員会は、院長、医療安全管理責任者（副院長）、副院長、統括診療部長（医療放射線安全管理責任者）、看護部長、事務部長、医療安全管理者、薬剤部長（医薬品安全管理責任者）、主任臨床工学技士（医療機器安全管理責任者）、検査技師長、放射線科技師長、理学療法士長、主任栄養管理士、総務企画課長、医事課長、医療安全管理室看護師をもって構成する。

３．委員会の委員長は、原則、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、他の副院長また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

医療安全管理指針には、以下の基本的考え方や方針を含む。

（１）医療機関における医療安全管理

（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）（２）の改善のための方策の実施状況の調査及び必要に応じた当該再発防止策の見直し

（４）院内のインシデント・アクシデント防止活動及び職員研修に関すること

（５）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回とするほか、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。

２）委員会の検討結果については、医療安全推進担当者を通じて各職場に周知する。

８．委員会の議事は、記録し医療安全管理室が管理する

９．幹事は、医療安全管理室 室員看護師が担当する

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、可及的速やかに医療安全管理室へ報告するとともに、所属長へ相談・報告する。

報告を受けた医療安全管理者は、事態の重大性を勘案して、速やかに医療安全管理責任者、院長に報告する。

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管理者→院長へ報告する

（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管理者へ報告する

（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管理者へ報告する

３．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電子媒体（インシデント管理システム）をもって行う。ただし、緊急を要する場合には直ちに口頭で報告し、患者の救命処置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なくインシデント管理システムによる報告を行う

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。

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。

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。

医療安全管理者は、インシデント・アクシデン報告を取りまとめて、地区事務所・本部に報告を行う。

患者影響度分類の影響度レベルにおいてレベル４又は５に該当する事案及び、社会的影響を考慮し本部への報告が必要と院長が判断した場合は、速やかに報告を行う。

５．インシデント・アクシデント・オカレンス基準に該当する報告書の保管

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。

６．その他

１）院長、医療安全管理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得た内容を、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

第４　重大なアクシデント等発生時の対応

患者影響度分類におけるレベル４、５及び社会的影響を考慮し本部への報告を行う重大なアクシデント等が発生した際には、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。

１．救急処置の最優先

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、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、遅延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。

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、患者の現在の状況等を、原則「緊急連絡体制」に基づき迅速かつ正確に報告する。

２）院長は、必要に応じて医療安全調査委員会を緊急招集・開催し、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。

３．患者及び家族への説明

患者に対しては、誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、その経緯について、明らかになっている事実を丁寧に逐次説明する。

１）事故発生後、救急措置の遂行に支障を来た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。

４．当事者及び関係者（職員）への対応

１）個人の責任を追及することなく組織としての問題点を確認する。

２）当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。

５．関係機関への報告・連絡・相談

重大なアクシデント等が発生した場合は、可及的速やかに関係機関へ報告する。

１）地区事務所、本部への報告

管轄の地区事務所へ電話又はメールで報告、連絡、相談する。

２）医療事故調査・支援センターへの報告

医療事故調査制度の対象事案と判断した場合、遺族へ説明した上で、医療事故調査・支援センターへ報告する。

＊詳細は別冊「ＪＣＨＯ医療安全管理マニュアル　第５版」に準じる

第５　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６　院内事故調査

１．院内事故調査の決定

本院において、重大な事故および医療事故調査制度に該当すると思われる死亡事例が発生した場合、医療安全調査委員会または死因検討会において協議を行い、必要と認める事例に対し院内事故調査を行う。

２．院内事故調査委員会

院長は、院内事故調査が必要と認めた事例に対し、速やかに院内事故調査委員会を招集する。

３．院内死亡報告書

院内で死亡した全例（死亡診断書を作成した症例）に「院内死亡報告書（様式１）」、必要に応じて「院内死亡報告書（様式２）」を提出する。様式２の提出があった場合は、院内で検証を行い、院長が必要と認めた事例について院内事故調査を行う。

＊院内死亡報告書運用マニュアル参照

第７　患者相談窓口の設置

患者の立場と権利を尊重するために、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。

１．病状や治療方針などに関する患者及び家族並びに利用者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応する。担当者は必要に応じて主治医（担当医）・関連部門・部署の所属長へ内容を報告する。

２．相談窓口対応者は、医療安全管理者と密な連携を図り、医療安全に係る患者及びその家族等の相談に適切に応じる体制を整備する。

＊患者相談窓口運用マニュアル参照

第８　安全管理のための指針・マニュアルの整備

１．　安全管理指針を整備する。

１）医療安全管理指針

２．安全管理マニュアルなどを整備する。

１）医療有害事象・対応指針
２）医療安全対策マニュアル
３）医薬品の安全使用のための業務手順書
４）医療機器安全管理手順書　　※医療機器点検・修理対応手順書含む
５）診療用放射線の安全利用のための指針　※死亡時画像診断（Ai）マニュアル含む
６）院内暴力・ハラスメント対応マニュアル
７）虐待防止マニュアル
８）院内死亡報告書運用マニュアル
９）患者相談窓口運用マニュアル
１０）血管穿刺に因る末梢神経損傷の予防・対応マニュアル
１１）インシデント管理システム
※救急カート・院内放送基準・録音基準　ほか

３．安全管理マニュアル等の作成と見直し

１）上記のマニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備する。
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、改変のつど、医療安全管理委員会で承認を得る。年１回以上の点検を実施する。また、点検した旨も医療安全管理委員会で承認を得る。

４．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、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。

第９　医療安全管理のための職員研修

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沿って１年に２回以上、全職員（委託・派遣職員を含む）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、受講するよう努めなくてはならない。

４）院長は、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）医療安全管理室は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者（職種別参加率）、研修項目、評価と課題）を記録し保管する。

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、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。

集合形式の研修ではなく、e-ラーニングを活用する方法も実施。

必須研修は、勤務時間内での受講ができるように、各部署長に働きかける。

第１０　医療安全管理指針の閲覧

１．本指針については、本院のホームページへ掲載し、その他に患者及び家族並びに利用者が容易に閲覧できるように配慮する。
２．患者相談窓口に冊子を設置。希望者には閲覧が可能。
３．１階正面玄関（風除室）・各フロアに医療安全管理体制の基本理念を掲示。

＜附則＞　この指針は 2002 年 11 月 1 日から施行する
2026 年 10 月 29 日改訂