

1. 久留米大学医療センター理念

私たちの理念

心が通い、信頼される医療

私たちのめざす医療

- 1 皆さまの権利とプライバシーを尊重します。
- 2 十分な説明と同意のもとに、最新かつ安全なチーム医療を行います。
- 3 地域に開かれた病院として、健康と福祉の向上に努めます。
- 4 確かな医療技術と豊かな人間性を備えた医療人を育てます。

久留米大学医療センター 2006.11

久留米大学医療センター 2013.10

2.患者の権利と病院からのお願い

患者の権利

1. すべての人に良質の医療を、差別されることなく、継続して受ける権利があります。
2. 医師、病院、保健サービス機関を自由に選択または変更する権利があり、あらゆる治療の段階において他の医師（医療機関）の意見を求める権利があります。
3. 自分自身について自由に決定を下す権利と同時に、それに必要とされる情報を得る権利があります。
4. 自分の診療に関し記載された自分自身の情報の開示を求める権利、また自分に理解可能な手段で十分な情報を得る権利があります。
5. 自らの健康状態、症状、診断、予後および治療に関し、その機密を保持される権利があります。
6. 尊厳とプライバシーに関する権利は医療、医学教育のあらゆる場面で尊重されます。

患者さんへのお願い

1. 自分自身の健康状態や病状等について、可能な限り詳しく正確に医療者に伝えてください。
2. 自分自身に関する医療行為について十分に理解し、積極的に医療へ参加し協力してください。
3. 適切な治療環境・療養環境確保のため、定められたルールや医療者の指示を守ってください。

3.医療人としての倫理

私たち医療人は、人間尊重の理念に基づき、患者様に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

基本姿勢

1. 診療における十分なインフォームドコンセント(説明と同意)の実施

医師は患者に、患者自身で意思決定できるよう必要な情報を提供し、十分な説明を行い、患者はその説明を理解、納得した上で同意する。

2. 患者との信頼関係を構築

よりよい医療の実践のために患者との信頼関係を構築するために十分な努力を行う。

3. 専門職として専門知識・技術を不断に向上させるための努力

常に質の高い医療を提供するために継続的学習、自己啓発に努める。

4. 守秘義務の遵守

患者について知り得たすべての情報については、守秘義務を守らなければならない。

4. 医療に係る安全管理のための指針

1 安全管理に関する基本的考え方

医療の全ての領域における安全の確保、安全管理体制の確立、指導体制の確立、情報の共有及び伝達の円滑化、医療教育の充実を図り、医療事故の発生防止に努めるとともに、医療の基本理念である患者の生命の尊厳と権利の尊重及び患者との信頼関係のもとに安全な医療の確立と医療の質の向上に努める。

2 安全管理のための委員会その他医療機関内の組織に関する基本的事項

久留米大学医療センター医療安全管理規程第3条に基づき、病院長のもとに、医療の事故防止に関する必要な事項を審議し、対策を講じるために医療安全管理対策委員会を置く。

医療安全管理対策委員会は次の各委員会、医療ガス安全管理委員会、感染対策委員会、輸血管理委員会、放射線障害防止委員会、医療放射線安全管理委員会、薬事委員会、医療機器管理委員会、リスクマネジメント部会と連携し、医療の全ての領域における質の向上と安全の確保を図り医療事故の防止に努める。

3 安全管理のための職員研修に関する基本方針

医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体策等について、職員へ周知徹底を図ることを目的に、医療法に基づき「医療に係る安全管理のための研修」として全職員参加の研修会を定期的に年2回程度開催し、必要に応じて適宜開催する。また、研修の実施内容について記録する。

4 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に関する基本方針

久留米大学医療センター医療安全管理規程及び久留米大学医療センター医療安全管理対策委員会内規に基づき、医療事故等の調査及び原因分析、再発防止対策を策定する。

なお、医療事故報告書は、診療録・看護記録に基づき作成する。

また、立案された再発防止対策等の実施状況の調査及び見直しを行い、医療に係る安全の確保に努める。

5 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

診療に関して患者、家族または代理人からの苦情があった場合、または紛争が事件となった場合には、医療事故処理マニュアルに基づき適切に処理を行うものとする。

6 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

患者等からの当該指針の閲覧に関しては、事務室管理課にて適切に処理を行うものとする。

7 患者からの相談への対応に関する基本方針

医療行為等に関する患者等からの相談に対しては、担当者及びその責任者などを決め、誠実に対応すると共に相談により患者が不利益を受けないように適切に配慮する。

8 その他医療安全の推進のために必要な基本方針

久留米大学医療センター医療安全管理規程及びその他の安全管理規程等に基づき、総合的に医療の全ての領域における安全の確保及び推進に努める。

附則 この指針は平成14年7月17日から施行する

附則 この指針は平成21年11月10日から施行する。

附則 この指針は平成25年10月1日から施行する。

附則 この指針は令和2年5月12日から施行し、同年4月1日から適用する。

5. 久留米大学医療センター医療安全管理規程

(目的)

第1条 この規程は、久留米大学医療センターにおける医療の全ての領域での安全の確保、安全管理体制の確立、指導体制の確立、情報の共有及び伝達の円滑化並びに医療教育の充実を図り、医療事故の発生防止に努めるとともに、医療の基本理念である患者の生命の尊厳と権利の尊重及び患者との信頼関係のもとに安全な医療の確立と医療の質の向上を目指すことを目的とする。

(組織)

第2条 医療事故防止のための安全管理体制は、別表のとおりとする。

(医療安全管理対策委員会)

第3条 医療の全ての領域における質の向上と安全の確保を図り医療事故の防止に努めるとともに医療事故の問題発生時の適切な対処及び対策を講じるため、病院長のもとに医療安全管理対策委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会の細則については、別に定める。

3 委員会は必要に応じ第8条に規定する医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者及び医療放射線安全管理責任者、第4条に規定する個別委員会と協力のうえ、医療の事故防止について教育、対策を講じることとする。

(各委員会との協議)

第4条 医療に関して特に重要な個別の必要事項を審議し対策を講じるために、次の各号に掲げる個別委員会と協議を行うこととする。

(1) 医療ガス安全管理委員会

(2) 感染対策委員会

(3) 輸血管理委員会

(4) 放射線障害防止委員会

(5) 医療放射線安全管理委員会

(6) 薬事委員会

(7) 医療機器管理委員会

2 各委員会の細則については、別に定める。

(医療安全管理部門及び感染対策部門)

第5条 組織横断的に医療の安全管理および感染対策に取り組むため、医療安全管理部門及び感染対策部門として医療安全・感染対策室を置く。

2 医療安全管理部門及び感染対策部門の規約は別に定める。

(リスクマネージャー)

第6条 病院長は医療の事故防止について、各部署の総括的安全管理の監督を行わせるためそれぞれにリスクマネージャーを置く。

2 リスクマネージャーは、各診療科・病棟においては診療科長又は診療責任者・看護師長、各診療部門においては部長又は副部長及び管理部門においては各課長等をもって充てることとし、年度初めにリスクマネージャー任命書を受ける。

(リスクマネージャーの職務)

第7条 リスクマネージャーは、医療安全管理マニュアルを遵守し、医療の事故防止に係る次の各号に掲げる職務を行う。

2 各部署を総括し、医療の安全管理を図るために医療スタッフへ指導教育を行う。

3 各部署の安全対策マニュアル及び緊急連絡網を作成する。

4 医療事故・インシデントが発生した場合は情報を速やかに収集のうえ、状況を把握し事故の経緯を遅滞なく病院長、看護部長に報告する。

5 患者側との信頼関係を確立のうえ、状況説明等について患者側との対応に当たるとともに関

連部署との調整を行う。

- 6 医療安全管理対策委員会の指示により、必要時ワーキンググループを編成し医療事故防止対策を検討する。
- 7 インシデント報告の分析及び評価、事故防止対策の提言
- 8 各部署におけるインシデント報告書、事故報告書の提出の促進
- 9 部署の日常業務を通して医療安全管理に関する問題を提起し、解決を図る。
- 10 部署で解決した問題を報告し、全院的な問題への関連として提案をする。
- 11 医療安全管理に関する職員研修及び啓発を推進する

(医薬品、医療機器、診療用放射線の安全管理)

第8条 病院長は安全管理のため医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者及び医療放射線安全管理責任者を置く。

- 2 医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する常勤の薬剤師をもって充てることとする。
- 3 医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する常勤の医師、臨床工学士又は診療放射線技師をもって充てることとする。
- 4 医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する常勤の医師をもって充てることとする。
- 5 医薬品安全管理責任者は、医療安全管理対策委員会との連携の下、実施体制を確保する。
 - (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
 - (2) 職員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
 - (3) 医薬品の業務手順書に基づく業務の実施
 - (4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の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
- 6 医療機器安全管理責任者は、医療安全管理対策委員会との連携の下、実施体制を確保する。
 - (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、その他の医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策の実施
- 7 医療放射線安全管理責任者は、医療安全管理対策委員会との連携の下、実施体制を確保する。
 - (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の安全利用のための研修の実施
 - (3) 「診療用放射線の安全利用のための指針第3条」に掲げる「管理・記録対象医療機器等」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その他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
 - (4) 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応

附 則

この規程は平成14年9月13日から施行し、同年7月17日から適用する。

附 則

この規程は、平成19年9月1日から施行し、同年7月1日から適用する。

附 則

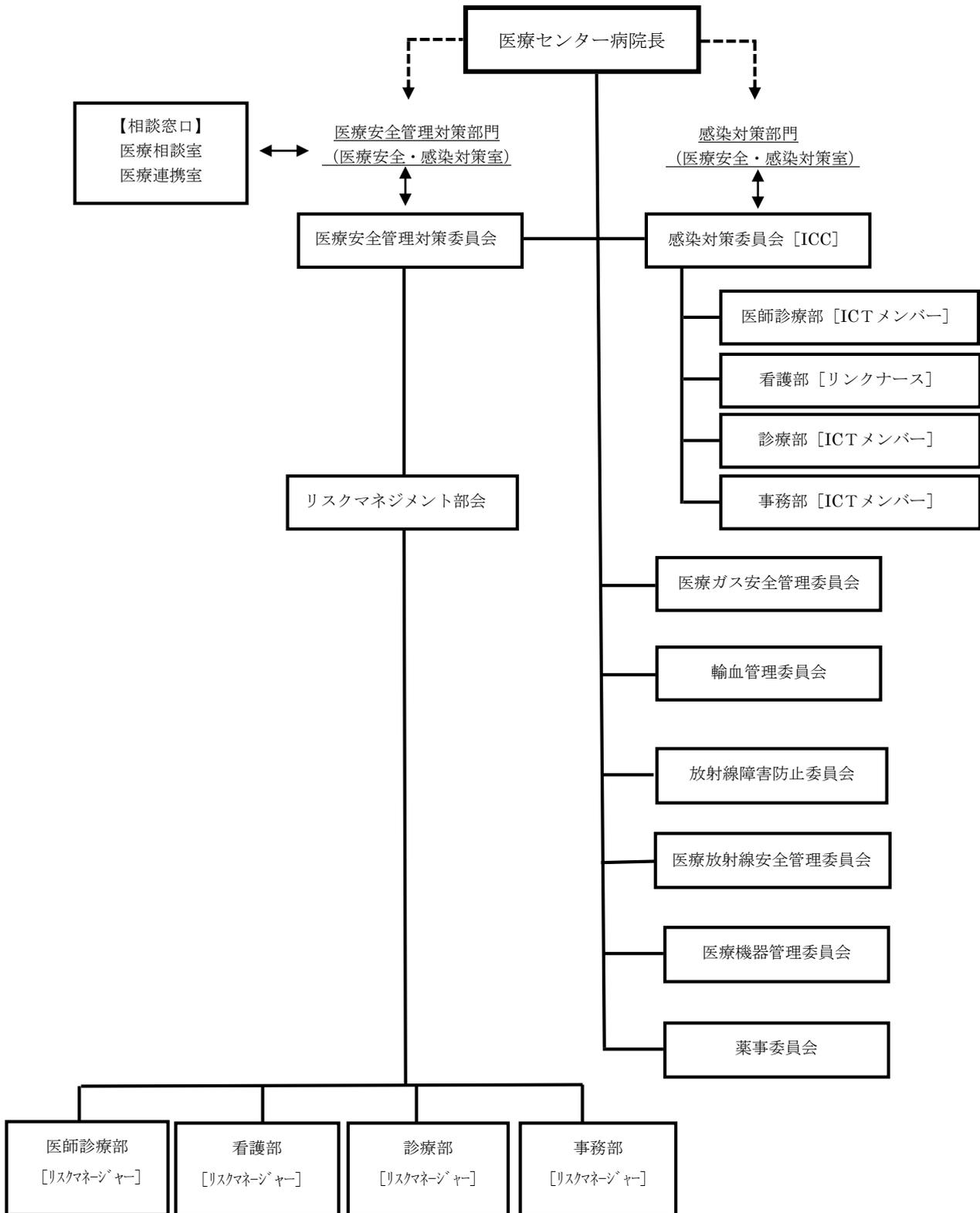
この規程は平成25年10月1日から施行する。

附 則

この指針は令和2年5月12日から施行し、同年4月1日から適用する。

別 表

医療安全管理体制



6. 久留米大学医療センター 医療安全管理対策委員会内規

(目的)

第1条 久留米大学医療センター医療安全管理規程第3条に基づき、病院長のもとに医療センター医療安全管理対策委員会（以下「委員会」という。）を設置し、医療のすべての領域における質の向上と安全の確保を図ることを目的とする。

2 この目的を達成するためには、日常の診療行為において患者の心身の痛みや不安に耳を傾け、いたわりの気持ちを持って十分な説明を行い納得を得ることで、確かな信頼関係を築いておくとともに、チーム医療体制と自己責任の在り方を確立しておくことが重要である。

(組織)

第2条 委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 病院長
- (2) 副院長（医療安全管理対策委員長）
- (3) リスクマネジメント部会長
- (4) 委員長が指名した内科系及び外科系医師 各1名
- (5) 看護部長・副看護部長
- (6) 事務部長
- (7) 医局長
- (8) 医薬品安全管理責任者
- (9) 医療機器安全管理責任者
- (10) 医療放射線安全管理責任者
- (11) 入院棟医長
- (12) 看護師長
- (13) 専従医療安全管理者
- (14) その他委員長が必要と認める者

(委員会)

第3条 委員会に委員長を置き、その議長となる。

- 1 委員長は、医療安全・感染対策室長をもってあてる。
- 2 委員長は、委員会を毎月1回開催するほか、必要と認めるときは臨時に開催することができる。
- 3 委員会は、委員の過半数の出席がなければ開くことができない。
- 4 委員長が必要と認めるときは、委員以外の者を委員会に出席させることができる。

(審議事項)

第4条 委員会は、次の事項について審議する。

- 1 リスクマネジメント部会で問題となったインシデントの原因分析及び再発防止策の検討に関すること
- 2 医療事故等の事実調査、原因究明、対応、再発防止策に関すること
- 3 診療情報開示に関する諮問及び相談の対応
- 4 安全管理・医療事故防止に係る啓発、実施及びその評価に関すること
- 5 医療安全に関する研修・教育の企画、実施に関すること
- 6 医療安全管理対策マニュアルの策定及び変更に関すること
- 7 患者相談内容及び処理状況に係る職員への周知や再発防止対策に関すること
- 8 その他委員長が必要と認める事項

(報告)

第5条 委員会は、病院長からの諮問に基づき審議した事項について、病院長に報告するものとする。

(リスクマネジメント部会)

第6条 医療事故とインシデントの内容を具体的に分析・検討を行い、事故防止対策の提言を行うため、医療安全管理対策委員会のもとにリスクマネジメント部会を置く。

2. リスクマネジメント部会は毎月1回開催する。医療安全管理対策委員長が指定した部署のリスクマネージャーは、自部署からリスクマネジメント部会委員を選出する。
3. リスクマネジメント部会は、次の事項について審議する。
 - (1) インシデント、医療事故の原因分析及び再発防止対策の検討
 - (2) 必要と判断した事例について部署をラウンドし、再発防止対策の実施状況を確認・評価する。
 - (3) 医療安全対策に関する情報交換を行う
 - (4) 委員会からの諮問事項の検討

(事務の処理)

第7条 委員会の事務は、医療センター事務室管理課において処理する。

附 則

- 1 この内規は、平成14年9月13日から施行し、同年7月17日から適用する。
- 2 久留米大学医療センター医療事故防止委員会内規(内規第6-3号)は廃止する。

附 則

この内規は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この内規は、平成19年7月1日から施行し、同年4月1日から適用する。

附 則

この内規は、平成19年9月1日から施行し、同年7月1日から適用する。

附 則

この内規は平成25年10月1日から施行する。

附 則

この内規は平成29年4月1日から施行する。

附 則

この内規は令和2年5月12日から施行し、同年4月1日から適用する。

7.久留米大学医療センター医療安全管理部門内規

(設置)

第1条 久留米大学医療センター医療安全管理規程の第5条に基づき、久留米大学医療センター医療安全管理部門を設置する。

(組織)

第2条 医療安全管理部門は、次に掲げる者をもって組織する。

- (1) 医療安全管理対策委員長
- (2) リスクマネジメント部会長
- (3) 看護部長
- (4) 副看護部長
- (5) 事務部長
- (6) 専従医療安全管理者
- (7) 医薬品安全管理者
- (8) 臨床工学技士
- (9) 事務職員
- (10) その他委員会が必要と認める者

(業務)

第3条 医療安全管理部門の行う業務に関する事項

- (1) 各部における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録する。
- (2) 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録する。
- (3) 医療安全管理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管理の担当者等が参加し、医療安全対策に係る取組の評価等を行いカンファレンスを週1回程度開催する。

(医療安全管理者)

第4条 医療安全管理部門に、専従の医療安全管理者を置く。

- (1) 医療安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行う。
- (2) 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、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を推進する。
- (3) 各部門における医療事故防止担当者への支援を行う。
- (4) 安全対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
- (5) 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する。
- (6) 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、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を支援する。
- (7) その他医療安全に関すること。

附 則

この内規は平成25年10月1日から施行する。

附 則

この内規は平成29年4月1日から施行する。

8. 医療安全管理対策のための基本的姿勢

1. 常に患者の気持ちになって考える。

患者は、何らかの身体的、精神的問題があつて病院にきて救いを求めている。常に患者の立場に立って考え行動する事が大切である。病院の都合や自分の都合で行動すると医療不信を招き信頼を損ねることとなる。

2. 当たり前のことをきちんとする。

何事も「初心忘れるべからず」である。基本を忘れ慣れが出てくるとそこには大きな危険が待ち構えている。ルールに従った適切な対応が大切である。

1) 記録

- (1) 誤字や読みにくい字を書かない。
- (2) 数字や単位は正確、明瞭に記載する。
- (3) 不明な字は相手に確認する。
- (4) 省略して書く場合は、特に略語は誤判断のおそれがあるので気をつける。
- (5) 書いた後は、もう一度読んで確認する。
書き放しの場合は、勘違いや思い込みがあるので復唱によりある程度防止できる。

2) 電子カルテ

- (1) 省略して書く場合は、特に略語は誤判断のおそれがあるので気をつける。
- (2) 書いた入力後は、もう一度読んで確認する。
書き放しの途中入力の場合は、勘違いや思い込みがあるので復唱によりある程度防止できる。
- (3) 電子カルテをログインしたまま離席しない。電子カルテを使用後は、必ずログアウトをする。
- (4) 始業前には電子カルテ上のデジタル時計と業務で使用する時計、アンドロイドの時刻を合わせる。
- (5) コピー&ペーストは原則してはいけない。

3) 確認

- (1) 患者の名前を常に確認し、患者にも名乗っていただく。
名札や記録を信用すると間違いが起きる。確認は口頭で行うことが大切である。
- (2) 確認は自分で行う。
相手が確認したといっても、何処まで確認したのかははっきりしていない場合が多い。
大切な事は自分自身で確認する事が必要である。
- (3) 指差し声だし確認を徹底する。
- (4) 何のために確認を行っているのか、目的を意識する。
- (5) 患者の情報を常に把握しておく。
- (6) 手術、処置等に当たっては、臓器や部位、左右を必ず再確認する。
- (7) 器械や器具は常に正常に作動するか確認しておく。
- (8) 大事な事は複数の者で確認する。
- (9) 薬剤（注射や内服薬、外用薬など）は6R確認を行う。
- (10) 業務は余裕をもって行う。
- (11) 1日1回は、時刻表示のあるモニター類の時刻を電子カルテ上のデジタル時計と合わせる。



3. 患者との信頼関係をつくる。

患者との良い信頼関係があれば、より情報も沢山得られ治療効果も上がる。

これは事故防止にもつながり、万が一事故が起きても医療紛争に発展する危険性を最小限におさえ
てくれる。

1) 患者が意見や希望を気軽に言える雰囲気づくりを心がける。

2) 患者の意見は謙虚に十分に聞く。

患者は、症状や不満を話すことにより精神的安定を得る。謙虚に聞いて誠実に対応する事が大切
である。

3) 患者からの意見については、速やかに対応する。

即答できない事柄、協議を要する事項は関係者との速やかな検討が必要である。

4) 患者や家族のプライバシーを尊重する。

失礼な言葉づかいや人格を傷つける言葉づかいには気をつける事が必要である。

患者は弱い立場なので治療中はあまり不満を漏らさないが、事故が起きるとそれが一気に吹き出
す。話をするにも場所とか周囲の者に気をつける事が必要である。

5) 秘密を守る。

当然医療従事者には患者の秘密を守る義務があるが、当人は漏らしたつもりはなくても場所を選ん
で話をしないと漏れることがある。十分気をつけなければならない。

6) 私語は慎む。

7) 患者さんには嘘は言わない。

医学的にどうしても必要な事以外の嘘は言わない。事実を言えない場合は家族の了解を得る。

8) 患者さんには、常に声を掛けるように心掛ける。

黙っていては情報を得られない。声を掛ければ親しみも湧いて信頼関係もできてくる。

9) 身だしなみに気をつける。

清潔感は、信頼を高める一助になる。

4. 基本的知識や技術を身につける。

1) 機器の操作方法を十分熟知する。

医療が進歩すれば機器も多くなる。操作方法のみならず、故障時の対応も心得ておく。

2) 投薬、注射、輸血等の知識を身につける。

(1) 適量はどれだけか。

(2) 経口投与、貼付、点滴、皮下注等その薬の使用 방법이間違っていないか。

(3) 副作用や禁忌は大丈夫か。

(4) 患者を取り違えていないか。

(5) そのような病状で通常使用する薬か。

(6) 中身とラベルが違っていないか。

(7) 副作用や危険性の高い薬は、注射後の観察に異常がないか。

- 3) 新しい知識や技術や情報は敏感にキャッチする。
 - 4) 新しい事を行う時は、経験者の指導を受けたり立ち会いを受ける。

 - 5) 消毒や院内感染の防止など清潔の確保に努める。
感染防止のマニュアル等を読んで理解しておく。

 - 6) 転落や転倒など安全の基本的な確認を行う。
5. 事故の起き難いシステムをつくる。
- 1) 正確な指示・伝達は、チーム医療の基本である。
伝達経路は短くする。伝達経路が長ければ伝わる間に間違える可能性が高くなる。
疑問点があった場合は、確認する（ツーチャレンジルール）。
伝えられた内容を復唱し、お互いに確認する。

 - 2) 健康管理を十分行う。

 - 3) 転記をなくすシステムを作る

 - 4) 重要な事柄はダブルチェックするシステムを作る。
ダブルチェックは、相互に依存すること無く、2重の照合・確認作業を責任持って行う。
・ダブルチェックには、2名が同時に確認する方法、2名が時間差で確認する方法、1名が時間差で確認する方法がある。
特に輸血、抗がん剤等、生命に直結する薬剤や処置は、二人で同時にダブルチェックを行い、安全確認の精度を上げる。

 - 5) 業務の範囲を明確にしておく。
明確になっていないと相手がやっただろうとなってしまう。

 - 6) 間違い易いもの、違う用途の物は、一緒に置かず別々に保管し、分かりやすく表記する。

 - 7) 5Sは安全確保の基本である（患者療養環境・職員の作業環境）。
整理：必要なものと不要なものを区別し、不要なものをなくす。
整頓：必要なものがすぐ取り出せるように置く。誰にでも分かるよう表示する。
清掃：ゴミ、ホコリ、汚れがない状態にすると同時に、細部の点検を行う。
清潔：整理・整頓・清掃（3S）を維持する。
躰：決められたことを守り、実行する習慣づけ。

9. 久留米大学医療センター相談窓口規程

(設置)

第1条 久留米大学医療センター（以下「病院」という。）に医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第9条の23第3号の規定に基づき、患者相談窓口（以下「窓口」という。）を置く。

(目的)

第2条 窓口は、患者等からの苦情・相談等に適切に対応することを目的とする。

(窓口責任者、窓口担当者及び担当者)

第3条 窓口責任者は医療連携室室長、総括責任者は医療安全管理対策委員長とする。

1. 窓口担当者は医療連携推進室の看護師及び医療ソーシャルワーカー等とする。
2. 担当者は、各部門の所属長及び医療安全管理者とする。

※患者相談窓口担当者および患者支援部門担当者の名簿は別添に表記する。

(設置場所)

第4条 窓口の設置場所は、外来棟1階医療相談室とする。

(相談時間)

第5条 窓口での相談時間は平日（月曜日から金曜日）の午前8時30分から17時までとする。ただし、次に掲げる日は除く。

- ・国民の祝日等に関する法律に規定する休日
- ・8月15日
- ・年未年始（12月29日から翌年1月3日まで）

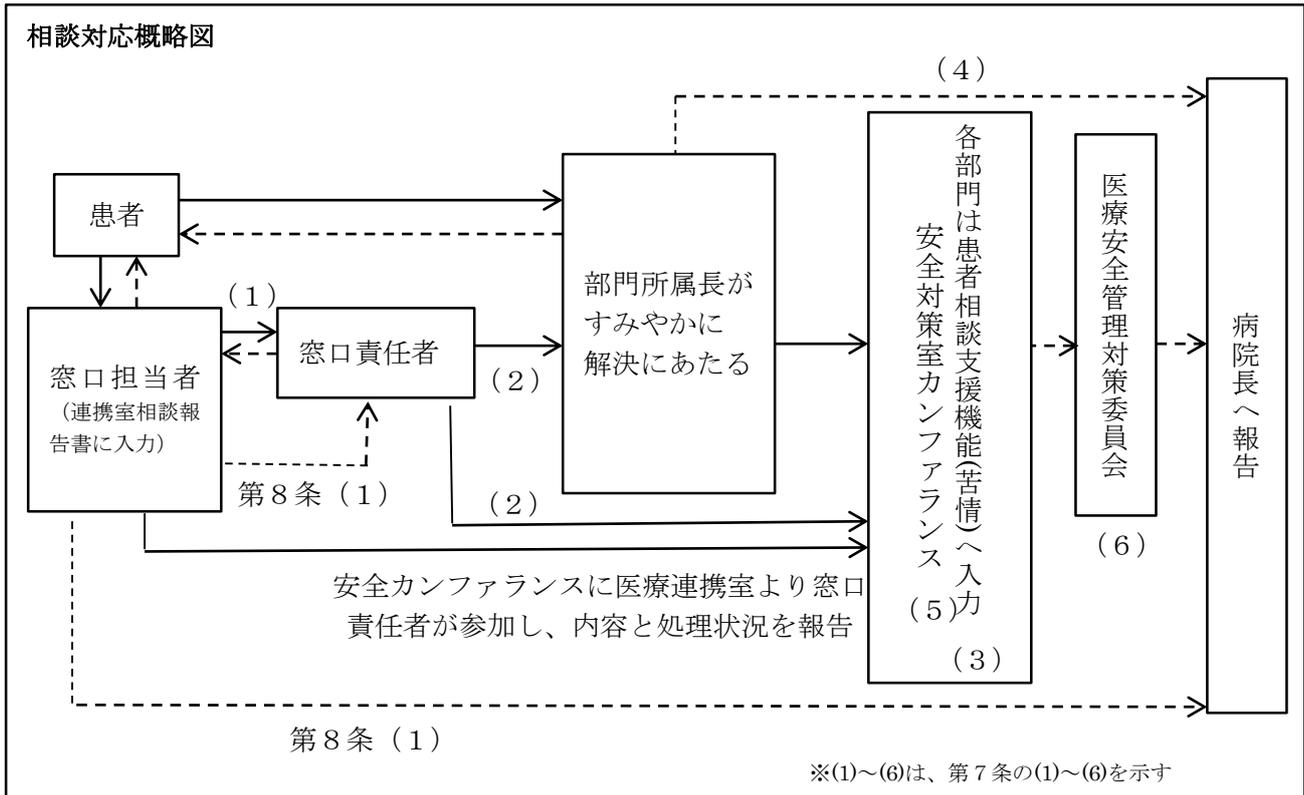
(相談方法)

第6条 相談方法は、原則として対面相談又は電話相談等とする。

(相談対応手順)

第7条 患者等からの苦情・相談後の取り扱いについては、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 窓口担当者は「医療連携室相談報告書」に相談内容を記載し、窓口責任者に報告する。
- (2) 窓口責任者は、報告を受けた内容を精査して、医療安全管理者又は各部門の所属長にその処理を依頼する。
- (3) 依頼を受けた担当者は、速やかにその解決にあたるものとし、その処理状況を「患者相談支援機能（苦情）」へ入力する。
- (4) 部門にて対応できない場合は、病院長に相談のうえ、その解決にあたるものとする。
- (5) 安全対策室カンファレンスに、窓口責任者又は窓口担当者が参加し、内容とその処理状況を報告する。
- (6) 総括責任者医療安全管理対策委員長は、相談内容及び処理状況等について、医療安全管理対策委員会に報告し、必要に応じて再発防止対策や職員への周知等を行い、医療の安全に積極的に活用するものとする。



(相談情報の秘密保護)

第8条 患者等からの苦情・相談に関わった職員は、職務上知りえた情報については関係者以外の者に漏らしてはならない。

- (1) 患者が院内職員への情報漏えい防止を希望する場合、病院長、窓口責任者、総括責者、担当で記録等の対応を検討する。

(不利益を受けない配慮)

第9条 患者等からの苦情・相談に関わった職員は、相談した患者等が不利益を受けないように適切に配慮しなければならない。

附則

この規程は、平成25年2月1日から施行する。

この規程は、平成25年10月1日から施行する。

この規程は、平成27年8月1日から施行する。

患者相談窓口のご案内

久留米大学医療センターでは、患者さんからのご相談に応じる体制があります。患者さん、ご家族の皆様は、ご遠慮なくご相談ください。

設置場所 : 外来棟 1 階医療相談室

相談時間 : 午前 8 時 30 分から 17 時
月曜日～金曜日（祝祭日等を除く）

相談担当者 : 医療連携室（ソーシャルワーカー・看護師）
安全・感染対策室医療安全管理者
医事課担当者、管理課担当者
関係部署医師、関係部署看護師
※ ご相談いただいた内容に沿った担当者が対応させていただく場合がございますのでご了承下さい。

担当責任者 : 医療連携室室長

例えば・・・こんな時にご利用ください。

- ・在宅での介護、療養に不安がある
- ・介護保険について
- ・在宅医療等について
- ・公費負担医療の社会福祉制度等について
- ・転院、退院に関するご相談
- ・医療費について
- ・難病（特定疾患）に対する支援制度について
- ・がんに関するよろず相談
- ・認知症に関するよろず相談
- ・セカンドオピニオンについて

- ・外来受診や入院生活の中で気にかかる安全管理等のご相談
- ・職員の接遇、対応について
- ・診察、治療に関する心配、悩みについて
- ・診療情報開示請求について



その他についても、お気軽にご相談ください。