

文書番号	18-01
版	11
発効日	2026/09/24

医療安全管理指針

独立行政法人
地域医療機能推進機構相模野病院

作成	署名: 林 京子	日付: 2026/09/24
承認	署名: 今崎 貴生	日付: 2026/09/24

目次

第1 趣旨	・・・P. 2
第2 基本理念 基本方針	
第3 用語の定義	
I. 医療安全に係わる指針・マニュアル	
II. 事象の定義及び概念	
第4 医療安全管理体制の整備	・・・P. 4
I. 医療安全に関わる管理責任者・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(リスクマネージャー)の配置	
II. 医療安全管理部門	
1. 医療安全管理室の設置	
2. 医療安全対策委員会	
3. 医療安全管理室カンファレンス	
4. 医療安全予防委員会	
5. 有害事象・事故調査委員会	
III. 報告体制の整備	
第5 医療安全管理のための職員研修	・・・P. 10
第6 重大なアクシデント発生時の具体的対応	・・・P. 10
I. 初動体制	
II. 患者及び家族への対応	
III. 事実経過の記録	
IV. 現状保持	
V. 医療安全対策委員会の招集	
VI. 当事者および関係者(職員)への対応	
VII. 関係機関への報告	
第7 公表	・・・P. 11
第8 患者相談窓口の設置	・・・P. 11
第9 病院医療安全管理指針の閲覧	・・・P. 11

第1 趣旨

医療安全文化とは「医療に従事する全ての職員が、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方、およびそれを可能にする組織のあり方」とされている。安全文化を醸成すると、医療チームの能力が高まり、コミュニケーションエラーが減り、医療の質が高まることなどが報告されている。本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）相模野病院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アクシデント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り、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 基本理念

地域住民が安心できる安全で質の高い医療の提供は、私たち職員に課せられた責務である。「人はだれもが間違える」という前提に基づき安全な医療を提供するためには、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を推し進めることが重要となる。JCHO 相模野病院（以下「当院」という。）においては病院長のリーダーシップのもと、医療安全管理室を中心に全職員がそれぞれの立場から問題に取り組み、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する。

基本方針：相模野病院は、「真実を語る」を基本方針に患者説明を行う。

「真実説明」

1. 診療にかかわる全ての行為に、正確な情報公開を行います。
2. 事故防止体制の確立に常に努力します。
3. 事故が起きた場合は、事態収拾と共に必ず事実を説明します。
4. 事故の原因を正確に究明し、事実と対策を速やかに公表します。

第3 用語の定義

I 医療安全に係る指針・マニュアル

1. JCHO 相模野病院医療安全管理指針

JCHO 医療安全管理指針の内容を踏まえ、当院の医療安全管理のための基本方針を示したもの。医療安全対策委員会は、他の委員会等と連携し医療安全に関わる分析結果等を踏まえ、概ね年1回内容を点検し、見直しや策定の提言を行うものとする。指針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共有(患者等に対する当該指針の閲覧等を含む)

- 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. JCHO 相模野病院医療安全管理マニュアル

当院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。病院内で協議し作成され、医療安全対策委員会は、他の委員会等と連携し、医療安全に関わる分析結果等を踏まえ、概ね年 1 回内容を点検し、見直しや策定の提言を行うものとする。

II 事象の定義及び概念

1. インシデント（ヒヤリハット）患者影響度分類 0～3a

インシデントとは、日常の診療現場で“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、実際には患者へ実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言う。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、何らかの実害が予測された事象 (2) 患者へは実施されたが、結果として比較的軽微な実害を及ぼした事象を指す。なお、患者だけでなく訪問者や医療従事者に、実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。

2. アクシデント（医療有害事象）患者影響度分類 3b～5

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実害を生じ、その経過が一定以上の影響を与えた事象をいう。重大なアクシデント等とは、患者影響度分類レベル 4 又は 5 に該当する事案で、社会的影響を考慮し本部への報告が必要と病院長が判断した事案をいう。

3. 医療過誤

医療過誤とは、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（JCHO が設定した 8 項目を基準とする）

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。

※オカレンスレポートは、最終的に医療安全対策委員会内で患者影響度に応じ事象レベルに分類する。

5. 医療事故（医療事故調査制度における定義）（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また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。

第4 医療安全管理体制の整備

I 医療安全に関わる管理責任者・担当者の配置

医療安全管理推進のため、病院長は、医療安全管理責任者を任免すると共に、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、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、病院長の指名により選任され、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、病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) 患者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) 医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと

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し以下の業務を遂行するための権限を有する。

- 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の収集し、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し以下の業務を遂行するための権限を有する。

- 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
- 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、次に掲げる業務を行う者とし以下の業務を遂行するための権限を有する。

- 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) 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
- 5) 放射線の過剰被ばく、その他の放射線診療に関するインシデント又はアクシデント発生時の対応

6. 医療安全推進担当者（当院での呼称：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、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名置くものとし、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遂行するための権限を有する。
 - (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に向けた活動(研修会、注意喚起等)
 - (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、その他の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
 - (7) 院内を巡回しインシデント対策実施状況の評価等を行う

II 医療安全管理部門

1. 医療安全管理室の設置

医療安全対策委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当院の安全管理を担うため、病院内に医療安全管理室を設置する。

- 1) 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。医療安全管理室の所掌業務は以下のとおりとする。
- 2) 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
- 3) 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における連携状況 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) その他の医療安全管理者の活動実績
- 4) 医療安全対策に係る取り組みの評価等に関すること
医療安全管理室の構成員等が参加する医療安全対策に係る取り組みの評価等を行うカンファレンスの週1回程度の開催
- 5) 医療安全に係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・アクシデント報告書の収集、集積して発生の傾向を把握、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。必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備
 - (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) 医療安全管理に係る連絡調整
 - (8) JCHO 医療安全支援体制リーダー病院への相談、連携
 - (9) 東日本地区事務所および本部への報告・連携
- 6) 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、医療安全推進担当者(現場責任者)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、病院長、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) 病院長または、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事故委員会の開催

- (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
- 7) 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
- 8) 医療安全対策地域連携加算 1 の取得に伴い以下の活動に関すること
 - (1) 医療安全管理責任者の指示のもと、医療安全対策地域連携加算 1 及び医療安全地域連携加算 2 の届け出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年 1 回程度赴き医療安全対策に関する評価を行いその内容を報告する。
 - (2) 医療安全対策加算 1 の保険医療機関より評価を受け改善していく。
- 9) その他、医療安全の推進に関すること

2. 医療安全対策委員会

当院における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全対策委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

- 1) 委員会は、病院長、医療安全管理責任者、事務部長、薬剤部長、看護部長、医療安全管理者及び医療安全管理室メンバー、各部門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。
- 2) 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。
- 3) 委員会の副委員長は、診療部長又は医療安全管理者とする。
- 4) 委員長が任務を遂行できない場合は、ほかの副院長又は副委員長がその職務を代行する。
- 5) 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
 - (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医療安全に関する職員研修の企画
 - (5) その他、医療安全の確保に関する事項
- 6) 委員会の開催は、概ね(原則)月 1 回として開催する。重大な問題が発生した場合は適時開催する。委員会の検討結果については、議事録を通じて病院長に報告する。また、委員会構成員を通じて各職場に周知する。
- 7) 委員会の議事は開催時に記録し、医療安全管理室に保管される。翌年 4 月 1 日を起点とし 5 年間保管する。

3. 医療安全管理室カンファレンス

- 1) 医療安全対策委員会の一部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わる取り組みの評価等を行うカンファレンスを週 1 回程度開催する。

- 2) 基本対面式のカンファレンスとするが、業務に支障があり書面でのカンファレンスとする場合は、医療安全管理者は議事録を配布し閲覧者は内容を確認後押印する。

4. 医療安全予防委員会

各部門の医療安全管理の推進に資するため安全予防委員会を設置する

- 1) 医療安全推進担当者は各部門に1名置くものとし、医療安全管理責任者が指名する。
- 2) 委員会は、第4金曜日を定例会とする。また必要に応じて臨時に本会を開催することが出来る
- 3) 各部門における医療安全推進担当者の業務活動や院内の巡回結果を共有し、医療安全管理に関する意識の向上を図る

5. 有害事象・事故調査委員会

医療事故委員会は、極めて重大なアクシデント等であると判断した場合に病院長または医療安全管理責任者の招集指示を受け、緊急招集され開催される。

- 1) 有害事象・事故調査委員会は、病院長、副院長、医療安全管理責任者、事務部長、看護部長、医療安全管理者等をもって構成することを原則とする。外部委員が必要と判断された事案については、医師、医療メディエーター等適宜要請し参加を求める。
- 2) 委員会の委員長は、原則として病院長とする
- 3) 委員長が任務を遂行できないときは、医療安全管理責任者がその任務を代行する
- 4) 有害事象・事故調査委員会は以下の業務を行うものとする
 - (1) 医療事故の状況把握、原因分析、医療過誤の客観的評価
 - (2) 現在行われている回復措置、その後の見通しなどの検討
 - (3) 患者本人・家族などに対する説明内容の把握、説明内容の検討
 - (4) 異常死の場合、医師法21条に係る24時間以内の警察への届け出の判断
 - (5) 医療事故調査制度の届け出の判断
 - (6) 公表の判断
 - (7) 医療事故防止のため、今後の対応策の検討
- 5) 有害事象・事故調査委員会の議事は、医療安全管理者が作成し翌年4月1日を拠点として5年間、医療安全管理室で保管する。

Ⅲ 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。報告された事例についての対応を以下に示す。

- 1) 当院内における有害事象の事例等を検討し、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) これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等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。これらを実行するため、全ての職員は次項以下に定める要領手順に従い、医療事故等の報告を行なうものとする。

2. 報告の手順と対応

1) 報告すべき事項と時期

全ての職員は、当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、速やかに口頭または、指定した文書（レポート作成システム：ファントルくん）により報告を行う。

原則として発生直後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。再発防止の観点から、関連した多職種も報告する。

- (1) インシデント（影響レベル 0～3a）夜間休日は、状況に応じて上位者から日当直医、管理日当直看護師へ報告する。

- ・ 報告時期：速やかに職場長へ口頭で報告し、指定した文書で報告する。

職場長から医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告する。

- (2) アクシデント（影響レベル 3b～5）夜間休日は状況に応じて上位者から日当直医、管理日当直看護師へ報告する。

- ・ 報告時期：発生後直ちに各部門の上司・職場長へ口頭で報告する。職場長は、看護部長・事務部長へ報告、主治医・担当医は診療科部長へ報告し、病院長に報告する。

医療安全管理者は、医療安全管理責任者に報告し、その後病院長へと報告する。

報告ルートは、医療安全マニュアル参照

- (3) その他、日常診療のなかで危険と思われる状況

- ・ 報告時期：適宜、職場長へ報告する。職場長又はリスクマネージャーから医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告する。

3. その他

- 1) 病院長および安全管理室構成員・医療安全対策委員会構成員は、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。但し、重大な問題においては、事故発生時に医療事故・調査防止対策委員会を発足して第三者の参加を得て中立的な判断を求め、問題解決に取り組むことも考慮するべきである。
- 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行ってはならない。
- 3) インシデント・アクシデント報告及び分析結果については、原則として報告日の翌年4月1日を起点に5年以上保存するものとする。

4. 地区事務所・本部への報告

JCHO 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。

第5 医療安全管理のための職員研修

医療安全管理の推進のための基本的な考え方及び具体的な方策について理解し、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、当院全体の医療安全を向上させることを目標に、院内研修を定期的に年2回実施する。当院内で重大事故が発生した場合等、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。

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、「第3-II-5. インシデント・アクシデント患者影響度分類」における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う。医療側の過失の有無に関わらず当事者は、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。

I 初動体制

1. 救命措置の最優先

救命を第一とし、被害の拡大防止に医療チームで連携し全力を尽くす。また、当院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞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. 夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告する。

II 患者及び家族への対応

1. 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。

2. 患者及び家族に対する事故の説明は、原則として病院幹部職員が対応する。

III 事実経過の記録

1. 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容、患者家族の反応等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。記録にあたっては、事実を正確に客観的に経時的に記載し、想像や憶測による記載はしない。

2. 事故当事者は、事故概要をファントルくんに簡潔かつ明確に記載する。

IV 現状保持

事故発生前後に当該患者に使用した薬剤、医療機器、医療機器設定、検体等は現状を保持する。

V 医療安全対策委員会の招集

重大アクシデント発生した場合には、直ちに臨時に委員会を招集し内容を審議する。

VI 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検討する。
2. 当事者に対しては、発生直後から継続的な支援を行う。

VII 関係機関への報告

1. 地区事務所、本部への報告
管轄の地区事務所又は本部へ3営業日以内に様式2を使用しメールで報告、連絡、相談をする。
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。(文書番号 18-20 参照)
3. 警察署への届出
医師法 21 条に係る異状死、病死と判断不能の死、事故死と記入した場合の死については警察へ届ける。予期しない死亡(思いがけない窒息等)においては、報告を検討する。明らかに医療事故が原因で患者が死亡するなど重大な事態が発生した場合には、病院長及び JCHO 本部と相談のうえ速やかに所轄の警察署に届出を行う。過失がはっきりしないような事例では安全管理室と連携を取り届出の必要性の有無を検討する。
4. 保健所、関係行政機関への報告
所轄の保健所など関係行政機関に対しても速やかに報告を行う。

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

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。

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。

患者相談窓口の活動趣旨、設置場所、担当者及び責任者、対応時間等について明示する。

第9 病院医療安全管理指針の閲覧

医療安全管理指針は、ホームページに掲載し、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。

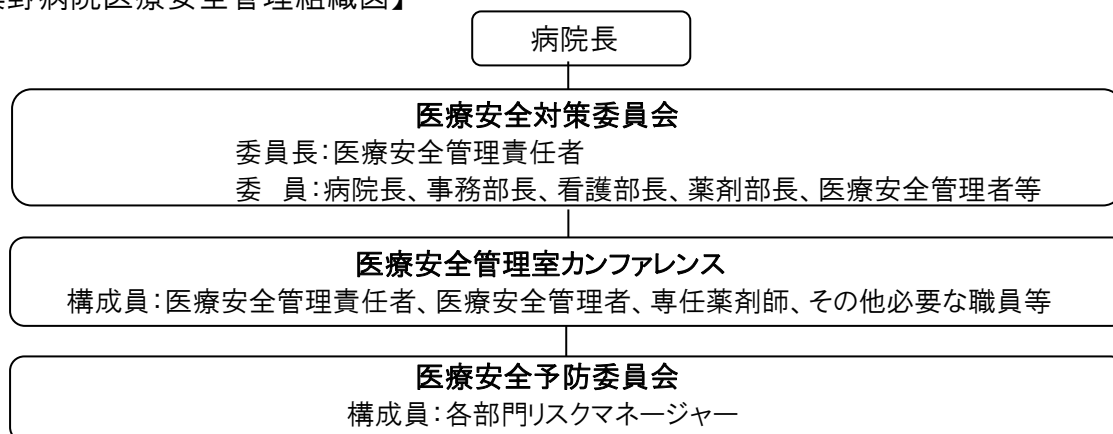
第 3-II インシデント・アクシデント患者影響度分類

	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）
	3a	一過性	中程度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
アクシデント	3b	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）
	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）
オカレンス		過失の有無や、行った医療に起因するか否かは問わず、該当する事例が発生した場合に報告		

<JCHO が定めたオカレンス項目>

- 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

【相模野病院医療安全管理組織図】



【改訂履歴】

改訂日	版	改定箇所	改定理由
2007/02/21	初	制 定	
2013/03/01	2	IOS 文書化	有害事象調査検討委員会設置
2014/07/01	3	病院名変更	
2016/08/12	4	全体を修正	JCHO 本部指針と照合
2017/09/01	5	文書通し番号修正	
2018/04/02	6	安全管理室会議及びリスクマネージャー	名称の変更
2020/04/01	7	5. 医療放射線安全管理責任者の配置を追記	医療放射線安全管理責任者の配置が制定
2020/12/01	8	全体の見直し	全体の見直し・JCHO 本部指針と照合 文書の通し番号修正
2021/04/01	9	第 3-Ⅱ-5. インシデント・アクシデント患者影響度分類	JCHO 本部指針と照合
2025/2/1	10	第 3-Ⅱ-3. オカレンス、第 3-Ⅱ-5. インシデント・アクシデント患者影響度分類、その他全体の見直し 第 3 医療安全体制の整備 第 6 重大なアクシデント等発生時の具体的対応等全体を修正	事象の定義にオカレンス項目追加修正 令和 4 年 3 月改定「JCHO 医療安全管理指針」に則って修正 第 3 第 6 文面内追記修正
2026/09/24	11	全体の見直し	JCHO 本部指針と照合