



独立行政法人
地域医療機能推進機構
宇和島病院

医療安全管理指針

2025 年 11 月

改訂

目次

第 1	趣旨	・・・ P. 2
第 2	医療安全管理のための基本的考え方	・・・ P. 2
第 3	用語の定義	・・・ P. 2
I	医療安全に係る指針・マニュアル	
II	事象の定義及び概念	・・・ P. 3
第 4	医療安全管理体制の整備	・・・ P. 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	
II	医療安全管理室の設置	・・・ P. 6
III	医療に係る安全管理のための委員会	・・・ P. 7
IV	報告体制の整備	・・・ P. 9
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等発生時の具体的対応	・・・ P. 10
I	初動体制	
II	患者家族への対応	
III	事実経過の記録	
IV	医療安全管理委員会の招集	
V	当事者及び関係者（職員）への対応	・・・ P. 11
VI	関係機関への報告	・・・ P. 11
第 7	死亡症例の報告体制	・・・ P. 11
第 8	公表	・・・ P. 11
第 9	患者相談窓口の設置	・・・ P. 11
第 10	病院医療安全管理指針の閲覧	・・・ P. 12
別紙	インシデント・アクシデントの患者影響度分類	・・・ P. 13

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構宇和島病院、介護老人保健施設、健康管理センター、訪問看護ステーション、居宅支援事業所（以下「当施設」という）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。病院は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

当施設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ことが求められる。

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、当施設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必要がある。

第3 用語の定義

I 医療安全に係る指針・マニュアル

1. 独立行政法人医療機能推進機構 医療安全管理指針（以下「JCHO医療安全管理指針」という。）

JCHOの各病院において、医療安全を推進していくための基本的な考え方を示したもの。

2. JCHO宇和島病院医療安全管理指針（以下「当施設医療安全管理指針」という。）

当施設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、JCHO医療安全管理指針に基づき作成する。当施設医療安全管理指針は、JCHO宇和島病院の医療安全管理委員会において策定及び改定されるものとする。

3. 独立行政法人地域医療機能推進機構医療安全管理マニュアル（以下「JCHO医療安全管理マニュアル」という。）

JCHOの各病院に共通する医療安全のための未然防止策、医療安全対応等について標準的な内容を記載したもの。JCHO医療安全管理マニュアルは、本部にて作成され概ね年1回の点検、見直しを行うものとする。

4. JCHO宇和島病院医療安全管理マニュアル（以下「当施設医療安全管理マニュアル」という。）

当施設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。当施設医療安全管理マニュアルは、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、概ね年1回の点検、見直しを行うものとする。

II 事象の定義及び概念

1. インシデント（ヒヤリハット）

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 が対象となる。

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。

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）インシデント・アクシデントの患者影響度分類

第4 医療安全管理体制の整備

JCHO宇和島病院においては、以下の事項を基本として、病院内における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、JCHO宇和島病院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、病院長から委託された権限に基づき、当施設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）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

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、医療安全管理責任者の指示により、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、医療安全管理責任者の指示により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) 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、医療安全管理責任者の指示により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の配置

JCHO宇和島病院は、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. 医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当施設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、事務長、看護部長、地域連携室看護師長（患者相談窓口担当者）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

医療安全管理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・オカレンス基準に該当する報告書の収集、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) 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 医療に係る安全管理のための委員会

1. 当施設は、医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
- (1) 委員会は、医療安全管理責任者（副院長）、医療安全管理者（看護師長）、医薬品安全管理責任者（薬剤部長）、医療機器安全管理責任者（主任臨床工学技士）、医療放射線安全管理責任者（診療放射線技師長）、看護部長、事務長、地域連携室看護師長、臨床検査技師長、理学療法士長、副栄養管理室長、副看護部長、事務長補佐（総務企画課）、算定病歴係長(医事課)、健康管理センター看護師、外来看護師長、手術室看護師長、東2階看護師長、東3階看護師長、西2階看護

師長、西3階看護師長、訪問看護ステーション看護師長、介護老人保健施設看護師長をもって構成する。

- (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、原則として医療安全管理者とする。
- (4) 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。
- (5) 委員会は、以下の業務を行うものとする。

1) 病院医療安全管理指針の策定及び改定

病院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当施設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) 当施設内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) 当施設内のインシデント・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、運営

- 5) その他、医療安全の確保に関する事項

(6) 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（第3水曜16時～）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、定期的に院長に報告するとともに、各部門の医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。

- (7) 委員会の議事は、記録し医療安全管理室が管理する。また Comedix の委員会・WG 一覧に掲載する。

2. 当施設は、医療安全管理部会（以下「部会」という）を設置し、概ね月1

回（第4火曜17時15分～）開催する。

- （1）部会は病院長、医療安全管理責任者（副院長）、看護部長、事務長、医療安全管理者をもって構成される。
- （2）前月の死亡患者の経過について「問題あり・問題なし」の検討、患者影響レベル3b以上や解決困難な事例の検討・医師の放射線画像検査（CT・MRI）の確認率の共有を行う。

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. 当施設における報告の手順と対応

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、可及的速やかに上司に報告することとする。報告を受けた上司は、医療安全管理責任者又は医療安全管理者へ報告し、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し、それ以外の事案については定期的に報告する。

3. 当施設における報告の方法

報告は、電子カルテ内「医療の質・安全管理システム」の入力で行う。

ただし、緊急を要する場合は直ちに口頭で報告し、その後、速やかに入力を行う。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。また、患者影響0レベルのインシデントについては、0レベルカードに記載し各部門に提出しても良い。0レベルカードでの報告については、各部門の医療安全推進担当者及び医療安全管理者が「医療の質・安全管理システム」の代行入力を行う。

さらに、院長は、当院における死亡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 J C H O 宇和島病院の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。

第5 医療安全管理のための職員研修

医療機関全体に共通する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、職員に対し周知徹底を図るため、医療安全管理のための院内研修を定期的に年2回以上開催する。加えて、必要に応じて臨時に開催されることが望まれる。研修の企画、立案、実施は医療安全管理委員会及び医療安全管理室が行う。

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。

I 初動体制

1. 救命を第一とし、傷害の進行防止に最大限の努力を払える体制を整えておく。
2. 夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告する体制を整えておく。

II 患者及び家族への対応

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。

III 事実経過の記録

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等を診療録、看護記録等に詳細に記載する。

IV 医療安全管理委員会の招集

重大なアクシデント等が発生した場合には、直ちに臨時医療安全管理委員会を招集し内容を審議する。

1. 重大な医療事故の報告を受けた病院長は、直ちに臨時医療安全管理委員会を招集し内容を審議する。
2. 病院長・医療安全管理責任者（副院長）・事務長・看護部長・医療安全管理者・その他医療安全管理責任者が必要と判断した者を招集する。

V 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。

VI 関係機関への報告

重大なアクシデント等が発生した場合には、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

JCHO宇和島病院は、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。

第7 死亡症例の報告体制

院内で死亡した全例に「死亡報告書」を記載し、医療安全管理室へ提出する。医療安全管理者は死亡報告書の内容を確認し、診療録から死亡に至る経過の確認を行う。症例によっては主治医・所属長へ経過の確認をする。確認後に死亡に至る経過として「問題あり・問題なし」を判断する。判断した結果を速報死亡報告書を用いて院長へ報告し、死亡報告集計表に入力をする。問題ありと判断した事例については、院内での検証を行い、院長が必要と認めた事例について院内事故調査を行う。死亡報告集計表をもとに、医療安全管理部会で死亡した全患者の死亡に至る経過について報告する。

第8 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9 患者相談窓口の設置

1. 院内地域連携室に、患者及び家族等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。
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。
3. 相談により患者及び家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。

第10 病院医療安全管理指針の閲覧

当施設医療安全管理指針については、JCHO宇和島病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。

平成 28 年 6 月作成

平成 29 年 7 月改定

2022 年 3 月改定

2023 年 3 月点検

2024 年 3 月点検

2024 年 9 月改訂

2025 年 7 月改訂

2025 年 11 月改訂

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	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）
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）	
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）	