

岩井病院医療安全管理指針

0. 安全管理指針の目的

岩井病院は安全でかつ良質な医療を提供するために、医療安全の体制の構築および医療の質の向上をめざして以下の指針を定める。

1. 安全管理のための基本的な考え方

「人は誰でも間違える」という人間の本質を基に、院内で発生するさまざまな出来事を個人の責任追及ではなく、事故を発生させた安全管理のシステムの不備や不十分な点について、その根本原因に重点を置き改善・対策を講じていくことを基本とする。

2. 安全管理に係る体制確保のための組織等

当院の安全管理体制確保および推進のために次の組織を設置する。

1. 安全委員会

医療安全管理担当（主として病院長）を中心として以下のものが委員となる。院内感染防止対策委員会代表者、褥瘡対策委員会代表者、看護部代表者、その他、必要と思われる部署の代表。原則として月に1回委員会を開催し、日々の安全管理に役立てる。

2. 安全特別委員会

主に下記の場合に院長の招集により開催される。

(1) 新たな深刻な治療が必要と推定される場合。(2) 重い障害を残す可能性や、生命の危険性がある場合。(3) 手術や侵襲的検査の患者取り違い。(4) 強いクレームがある場合。(5) 当事者などが重要と考えた事例。

●安全特別委員会の構成員●

病院長、副院長、看護師長、事務長、当事者（職員）など。

3. 安全管理に係る職員の教育・研修

個々の職員の安全に対する意識・安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上を図るために、医療安全管理の基本的な考え方および具体的方策について年2回以上の研修を行う。

4. 事故報告等の報告および改善策の立案

安全管理確保のため、患者に実害のなかった報告(ヒヤリハット)を含め、広く収集を行う。改善策については、委員会で検討・改善策を策定し、委員会で承認を得て実行に移す。報告の流れや書式等は別に定める。

5. 医療事故発生への対応について

事故が発生したときは患者に対して医療上最善の処置を尽くす。また患者家族には誠実かつ速やかに事実の説明を行う。重大事故には病院組織として対応する。また、再発防止のため、早期に検討し、職員への周知を行う。

6. 当該指針の閲覧

本指針は患者および家族等に対して閲覧に供することを原則とし、閲覧の求めがあった場合はこれに応じる。

7. 医療相談に関する基本的指針

患者やその家族からの苦情および相談については、目安箱などを設置し、医療内容に関するもの、その他の苦情・相談するものについてそれぞれ体制を整備し、適切に対応する

近年、病院への暴力行為等のハラスメントも増えてきており、入院患者の安全、スタッフの安全に対するマニュアルによる対応を行う。

院内のビデオシステムを必要に応じて活用し、不審者等の対応に当たる。

8. その他

この指針は医療情勢の変化に対応するため年一回程度の見直しを行ない、必要な改定を行う。

18時以降は安全、感染の対応のため原則施錠を行う。

グローバル化が進み、外国人の患者さまなども受診される機会が多いため指針等などの英語表記を検討していく。

平成 30 年 8 月 改訂

令和 03 年 4 月 改訂

令和 08 年 04 月改訂

院内感染対策に関する取り組みについて

院内感染対策に関する基本的考え方

感染防止対策は、安心・安全な医療提供の基盤となるものです。当院は、感染防止対策を病院として取り組み、病院に関わるすべての人々を対象として、院内感染発症の予防と発生時の速やかな対応を行うことを務めます。

院内感染対策のための委員会に関する基本的事項

当院における感染防止対策に関する意志決定機関として、院内感染防止対策委員会を設置し、毎月 1 回会議を行い感染防止対策に関する事項を検討します。

院内感染対策に関する職員研修についての事項

職員の感染防止対策に対する意識・知識・技術向上を図るため、全職員対象とした研修会を年2回以上行っています。

感染症の発生状況の報告に関する事項

法令に定められた感染症届出の他、院内における耐性菌等に関する感染情報レポートを作成し、感染防止対策委員会での検討及び現場へのフィードバックを実施しています。また抗菌薬の使用においては、使用状況を把握し感染情報レポートを参考にして行っています。

院内感染発生時の対応に関する事項

感染症患者が発生または疑われる場合は、感染防止対策委員会が感染対策に速やかに対応します。また必要に応じ、通常時から協力関係にある地域他医療機関（福井県立病院など）や保健所と速やかに連携し対応します。

その他の当院における院内感染対策の推進のための必要な事項

院内感染防止対策の推進のため「院内感染対策マニュアル」「抗菌薬適正使用マニュアル」を作成し、病院職員への周知徹底を図るとともに、マニュアルの見直し、改訂を行います。

岩井病院 院内感染防止対策委員会

院内感染防止対策指針

医療法人 成蹊会 岩井病院(以下「病院」という。)は、病院の理念に基づき、患者の皆様および病院従業員(以下「病院職員」という。)に安全で快適な医療環境を提供するため、感染防止および感染制御の対策に取り組むための基本的な考え方等を以下のとおり定める。

1 院内感染防止対策に関する基本的な考え方

院内感染の防止に留意し、感染症発生の際には拡大防止のためその原因の速やかな特定、制圧、終息を図る。このため院内感染防止対策を全病院職員が把握し、病院の理念に則った医療が提供できるよう、本指針を作成する。

2 院内感染防止対策委員会の設置

(1)院内感染防止対策の周知および実施を迅速に行うため、病院内の各部門からの代表者で構成する組織横断的な委員会を次のとおり設置する。

・ 院内感染防止対策委員会(以下「委員会」という。)

なお委員会のメンバーは総長:岩井法彦 院長:岩井晃男 医師:岩井佳世子 病棟師長:清水律子 副師長:笠松昌美、看護師、薬剤部長、理学療法士、管理栄養士、看護補助者、放射線技師、事務員で構成する。

3 職員研修

(1)院内感染防止対策の基本的考え方および具体的方策について、病院職員へ周知徹底を図るために研修会を開催し、併せて病院職員の感染対策に対する意識向上を図る。

(2)職員研修として、全病院職員を対象に年 1～2 回講習会を開催する。また、必要に応じて随時開催する。

4 院内感染発生状況の報告

耐性菌、市中感染症等の院内発生に伴う院内感染拡大を防止するため、感染症の発生状況を委員会または病院長を通じて全病院職員に速やかに周知する。

5 院内感染発生時の対応

(1)院内感染発生時は、院内感染の発生した部署(以下「発生部署」という。)の病院職員が直ちに委員会の委員に連絡し、委員はその状況および患者への対応等を病院長ならびに委員会に報告する。

(2)発生部署の病院職員は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施する。

(3)院内感染に対する改善策の実施結果は、委員会を通じて速やかに全病院職員へ周知する。

6 患者への情報提供と説明

(1)本指針は、患者または家族が閲覧できるものとする。

(2)疾病の説明とともに、感染防止の意義および基本手技(手洗い、マスク使用等)についても説明し、理解を得た上で協力を求める。

7 病院における院内感染防止対策の推進

(1)病院職員は、自らが院内感染源とならないため、定期健康診断を年1回以上受診し、健康管理に留意する。

(2)院内感染防止のため、病院職員は各職場共通の別紙「院内感染対策マニュアル」(以下「マニュアル」という。)を遵守する。

(3)マニュアルは、必要に応じて見直し、改訂結果は病院職員に周知徹底する。

(4)医療従事者は常に感染の危険に直面しており必要なワクチンなどの感染対策は各自が自主的に行っていく必要がある。

8 抗菌薬使用に関して

(1)バンコマイシン(VCM)等使用時は、なるべく使用開始後3日目以降の早期に朝投与前に血中濃度を確認し安全使用を行っていく。

終末期の「看取り」指針

1. 目的

超高齢化社会を迎え、人生の最終段階における医療の在り方が重要視されている。そのため入院患者様及びご家族が希望される場合には、病気や老衰により回復不可能など、入院患者様容体が悪化された場合に、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで安らかな日々を過ごしていただくための緩和ケアを中心とした医療についての指針をしめす。

2. 「看取り」状態の定義

慢性疾患と老化が進んで心身が衰弱し、**医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師に診断された状態。**

3. 基本姿勢

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供および説明がなされたうえで、医療ケアを受ける本人が医師、看護師などの多職種からなる医療ケアチーム（以下チーム）と十分な話し合いを行い、本人における意思決定を基本とする。
- ② 医療・ケアについては、開始・不開始・変更・中止等はチームによって医学的妥当性により判断を行う。
- ③ チームは、可能な限り疼痛やその他不快な症状に対応し十分な緩和を行い、また本人、家人等の精神的なケアを含めた対応も行う。
- ④ 生命を短縮させる意図をもった**積極的安楽死は、認められない。**
- ⑤ 他院にて看取りの確認を行っている場合でも当院入院時に再度確認を行う。

4. 医療ケア方針の決定手続き

- ・ 意思は、時間的変化、心身状態の変化、環境の変化により変化するものであり、都度確認を行う
- ・ このプロセスにおける話し合いの内容は、都度文章にまとめておき、職員が周知できる状態としておく。
- ・ 意思確認は（付1）の文章をもって行う。

（1）本人の意思確認ができる場合

- ① 本人と主治医を含めた医療ケアチーム（以後チーム）が、十分な話し合いを行い合意のもと最善の方針を行う

（2）本人の意思確認ができない場合

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合は、推定意思を尊重して合意のもとチームが最善の方針をとることを基本とする。
- ② 本人の意思を推定できない場合は、本人にとって何が最善であるかについて、家族等と十分な話し合いを行い合意のもとチームが最善の方針をとることを基本とする
- ③ 家族等がない場合や家族等が判断をチームに委ねる場合は、本人にとって最善の方法をとることを基本とする。

5. その他

この指針は、医療情勢に応じて都度改訂を行う。

この指針は H30 年 0 4 年 01 日より施行する。

2 0 2 5 年 1 2 月改訂

終末期の「看取り」について

厚生労働省の方針により看取りに対する医療への意思表示が必要となりました。

そのためすべての入院患者さまに意思確認を行っております。

1. 目的

当院では、入院患者様及びご家族が希望される場合には、病気や老衰により回復不可能など、入院患者様容体が悪化された場合に、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで安らかな日々を過ごしていただくための緩和ケアを中心とした医療を実施します。

2. 「看取り」状態の定義

慢性疾患と老化が進んで心身が衰弱し、医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師に診断された状態をいいます。

3. 基本姿勢

- ① 看取りに対する対応は主治医、看護師を中心とした医療ケアチームが対応します。
- ② 基本的には病状・状態の十分な説明、話し合いを行い同意のもと、ご本人の意思を尊重し医療ケアチームがご本人にとって適切で最善の処置を実施します。
- ③ ご本人とご家族の意思が違う場合には、ご本人の意思を優先します。（ただしご本人が認知症等病気で、医師の診断により自己判断が不能な場合を除きます）
- ④ ご家族等がいらっしゃらない場合で、ご本人の意思確認が取れない場合は、医療ケアチームが本人にとって最善の方針をとることを基本とします。
- ⑤ 「看取り」とは苦痛の除去、安楽で安心を感じる医療を目指します。（ただし積極的な安楽死は法律上認められておりませんのでそのような処置はできません。）
- ⑥ 当病棟入院時に、ご本人ご家族の意思の確認を文章で行います。
- ⑦ 決定された意思に関しては、時間的変化、心身状態変化、環境変化により変化するものであるためその都度確認を行っていきます。

4. 「看取り」についての制約

「看取り」を希望される場合には、制約があることをご理解ください。

- ① 「看取り」中であっても、予測できない症状が現れたり、治療により症状の改善が見込める場合には、症状に対して治療を行うことがあります。

- ② 医療処置は、主治医等の指示に基づいた点滴や酸素吸入等を必要に応じて行いますが、入院患者さまの状態により事後報告となることもあります。

看取り医療施行の希望

希望する ・ **希望しない** ・ **現時点ではわからない**

質問事項等

記載日 年 月 日 説明医師 _____

本人署名 _____ 印

家族署名

印