

旭川赤十字病院 医療安全指針

基本理念

旭川赤十字病院は、赤十字の基本理念に基づき患者の尊厳と安全を確保し、高度医療を担う医療機関として安全管理体制の強化を図り、質の高い医療を提供する。

本指針は当病院における医療安全管理に関する基本方針を定めるとともに、院内の医療安全管理の責任体制や、それぞれ個人レベルでの事故防止対策と病院全体の組織的な事故防止対策を押し進めることによって、医療事故を未然に防止し、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。

基本方針

第1章 患者の安全確保を最優先とする

1. 医療事故防止の原則

医療事故はいつでも起こりえるものとして対応していく必要がある。応対や診療に際して、当事者に意識がなくても相手側にとって非常に不快や不信に感じることがある。医療事故が予測される原因は予め拾い上げ、それについての対策を考え、工夫することが医療事故を減らし、最小限に食い止めることに繋がる。このことが医療の質の向上にも反映され、医療を受容する側にとっても、提供する側にとっても有益となる。そのような観点から、常日頃、医療に携わる者としては患者の安全確保を最優先とした心構えが重要である。

- 1) 患者の利益を最優先に考えて行動する。
- 2) 患者・家族とは対等な立場で、良い信頼関係を築く努力をする。
- 3) 患者や家族の問いかけには、十分に耳を傾け、誠意をもって応答する。
- 4) 患者・家族に対する言動には細心の注意を払う。
- 5) 患者や家族のプライドとプライバシーを尊重する。
- 6) 患者に的確なインフォームド・コンセントを書面で実施する。
- 7) 医療行為はきめられた確認作業（復唱確認、ダブルチェック）を怠らないようにする。
- 8) 医療行為はすべてわかり易く、診療録に記載する。
- 9) 患者の診療情報は常に確認する。
- 10) 指示は判り易い字で正確に出す。指示は解りやすく入力する。
- 11) 自分自身の健康管理に注意し、不調時は早目に上司に伝える。
- 12) 職員間および職能間の正確かつ十分な連絡・連携を常に保つ。

2. 安全確保のための組織体制

(1) 組織構成

医療に係る安全管理のためにリスクマネジメント委員会を設置し、各部門の安全管理を担う責任者で構成する。さらに医療安全推進室を設置し、医療安全推進統括責任者、医療安全推進室長、専従医療安全管理者、各部門の選任者で構成される。これらの組織は医療事故防止を目的とし、インシデントを含む医療事故の報告を受け、事故の初期対応及び調査を行うと同時に事故再発防止に向けた取り組みを主な目的とする。

一方、医療事故後の対応及び医事紛争対応として、医事紛争責任者及び医療事故調査委員会を設置する。これらの組織は医療事故の中でも重大事故で医療従事者に過失がある可能性がある事例、医事紛争に発展しそうな（もしくは発展した）事例に関して報告を受け、調査し、必要な措置を行うことを目的とする。

(2) 医療安全に係る委員会・会議体

* リスクマネジメント委員会

旭川赤十字病院における医療事故、紛争の予防対策等の推進を図るために設置され、毎月委員会を開催し議事録を残す。

* 医療事故調査会議

旭川赤十字病院における医療事故調査及び医療事故対策について必要事項を検討するために設置される。

* 医療安全推進会議・拡大医療安全推進会議

旭川赤十字病院における医療安全の最前線の活動組織として医療安全推進会議を設置する。医療安全推進会議は事例分析から医療安全の対応を検討するとともに事故レベル 3b 以上の重大事故においては医療過誤の評価を行う。週 1 回開催し議事録を残す。また、重大事故の調査・分析を行う際に必要に応じて拡大医療安全推進会議を開催し議事録を残す。

* リスクマネージャー会議

旭川赤十字病院における医療安全を各部署に浸透させるためにリスクマネージャー会議を開催する。

3. 安全確保のためのシステム改革を実行する

『人間は誰でも過ちを犯すものである。小さな失敗を恥ずかしいと隠すのではなく、貴重な経験として病院全体で共有し、病院の財産として蓄積していく。インシデント・アクシデントレポートは背景要因を検討し、病院のシステムに問題がある場合は直ちにそれを修正することにより、患者様に安全で質の高い医療を提供するための病院全体の共通の財産として生かしていく』 —インシデント・アクシデントレポートコンセプト—

安全な医療を提供するためには、個々の努力だけではなく、各部門・多職種の連携が必要であり、チーム医療の推進が基本となる。さらに、コミュニケーションエラー防止のためにメンタルモデルを共有し、職種や年代の垣根を越えて良好なチームワークによる安全な病院を目指して一丸となって取り組んでいく。

—全ての職員は積極的に以下の報告を行う—

●インシデントレポート（事故レベル 0）

事故に至る以前の未然防止事例を収集分析し、適切な対応を行うことにより事故発生を防止しようとする取り組みである。インシデントレポートは数多くの事故に至る可能性のあった事例を収集するという観点から報告者は当事者に限定しない。事故が起きそうだと感じた人が報告する。当然、報告者の責任はいっさい問われない。

●アクシデントレポート（事故レベル 1 以上）

実際に事故に至った場合にその報告として行うものである。事例を収集分析し再発防止対策を検討実施する事を目的としている。報告者は当事者もしくはその部署の責任者となる。

●オカレンスレポート

治療経過上で発生した出来事（医療事故のみならず合併症を含む有害事象）を報告するもので、報告基準を定めている。この制度は個人の責任追及ではなくその出来事に影響を及ぼしたシステム的な背景要因を洗い出し、改善を目指すことを目的としている。

●医療事故報告書（事故レベル 3 b 以上）

事故レベル 3b 以上の医療事故で、規定に定める基準に沿って報告するものである。この報告

書に基づき病院として行うべき事故後対応を検討するとともに今後の事故防止にも役立てることを目的とする。

4. ドクターコール（緊急招集）

ドクターコール（緊急招集）は、患者の急変、呼吸停止、心停止などが発生し、救命救急処置が必要な際に発令する。

【手順】

- ① 救命救急処置が必要な場面に遭遇した職員は、直ちにドクターコールを発令する。同時に主治医や担当医へも患者の急変を報告する。
- ② ドクターコールが発令されたら、近くに居る医師は直ちにその場所へ向かう。
- ③ 救急外来看護師は、救急バッグを持ってその場所へ駆けつける。
- ④ ドクターコール発令は、以下の手順に則って行なう。

*8:20～17:00（3333番）電話交換内線

- 依頼部署**：(例) 「〇〇病棟です。(小児) ドクターコールをお願いします」
(例) 「2F中央エスカレーター前です。(小児) ドクターコールをお願いします」
などと 発令場所を明確に伝える。
- 電話交換**：(例) 「(小児) ドクターコール、(小児) ドクターコール、
〇〇病棟で(小児) ドクターコールです」
(例) 「(小児) ドクターコール、(小児) ドクターコール、
2F中央エスカレーター前で(小児) ドクターコールです」
などと発令場所を明確に言い、緊急全館放送を2回繰り返す。

*17:00～8:20（救急外来内線 7110番）

- 依頼部署**：「(小児) ドクターコールです。〇病棟の〇〇号室の患者が呼吸停止の状態です」などと伝える。
- 救急外来**：看護師は、以下の順で医師へ伝える。

第1 コール	センター当直 医師
第2 コール	SCU 当直 脳外科待機医師

*駆け付けた医師より、麻酔科医師への応援が必要な場合は、医師間で連絡する
ただし、医師が処置中で手が離せない時は、看護師が代行し、その旨を麻酔科医師へ伝える

5. 医療事故発生時の対応

(1) 医療上の処置

- ① 医療事故が発生した場合は、患者の生命および安全を最優先に考え、最善の処置を行うことに全力を尽くすとともに、直ちに主治医・当該事故が発生した診療科の部長や看護師長等上司に連絡し、医療上の指示と応援を仰ぐ。また、事故レベルや医療者の過失の有無に関わらず、患者並びにご家族には誠実に対応する。
- ② 救命救急処置が必要な際にはドクターコールを行う。
- ③ 夜間休日において医師が事故発生部署にいない時には、ただちに当該診療科の待機医師に連絡を取る。
- ④ 夜間休日において診療科の部長に連絡が取れないときには副部長、どちらにも連絡が取れないときには当該診療科で最も経験のある連絡可能な医師に連絡を行い、指示と応援

を仰ぐ。また、看護部門に関しては当直（日直）師長および当該部門の師長に連絡を行い、他部門は部署責任者に連絡し指示と応援を仰ぐ。

(2) 医療事故報告

【報告事例の範囲】

- ① 重大な医療過誤があることが明らかなもの、及び医療行為や管理上の問題が関与した（過誤の有無は問わない）と考えられる事故レベル 3b 以上の事故
- ② 医療過誤の有無を問わず、患者側から補償を含む事故対応を病院が求められる可能性がある事案
- ③ 医療機関が管理上の責任を問われると判断される事案

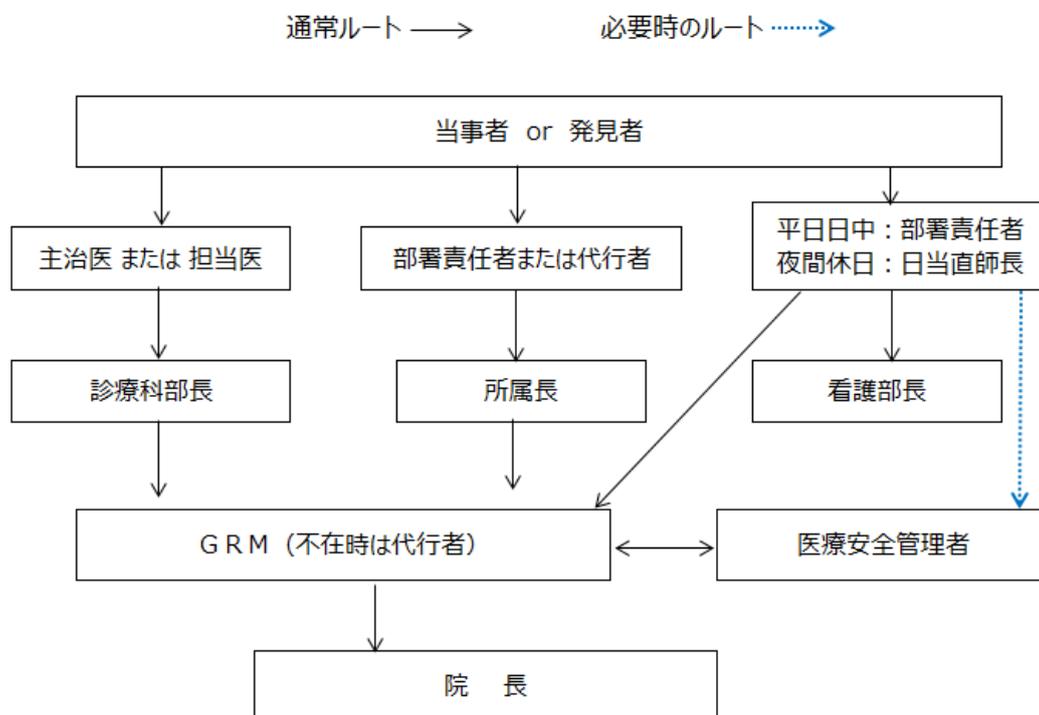
【報告手順】

- ① 医療事故報告は「医療事故発生時の報告フローチャート」に従い、医療事故発生の事実を報告する。
- ② 重大事故が発生した場合はGRMへ報告し、GRM不在時は代行者もしくは院長に報告する。
- ③ 重大事故（事故レベル 3b 以上）であると判断した場合は、拡大医療安全推進会議を開催し、さらに医療事故調査制度に該当する事案に関しては速やかに医療事故調査会議を開催する。
- ④ 緊急の報告を要しない事故に関しては、医療安全推進室に“インシデント・アクシデントレポート”と、必要に応じて“医療事故報告書”も提出する。
- ⑤ 重大な問題、その他繰り返される事故やマニュアル等の変更を必要とする問題が発生した場合は、速やかな原因究明のため調査及び分析を行いリスクマネジメント委員会に報告し対策を決定する。

(3) 緊急時の対応

- ① 患者の生命および安全を最優先に考え行動し、最善の処置を行うことに全力を尽くす。
 - ② 麻酔科医は、中心となって蘇生を行うと共に現場を統括する。
 - ③ 患者の容態に応じて救命救急センターや集中治療室等の収容する相談や検討も行なう。
 - ④ 事故レベルや医療者の過失の有無に関わらず、患者並びにご家族には誠実に対応する。
- ◆ 重大な事例が発生した時は、速やかに情報収集・原因を分析・改善策を検討する。職員への発生事象とその改善策の周知は、リスクマネジメント委員会通信にて行ない各部署で共有し実施する。

医療事故(3b以上)発生時の報告フローチャート



(4) 当事者への対処

医療事故により重大な結果を招いた（又は、招く恐れがある）場合、医療事故の当事者を現場から離す等の配慮をする。その際は必ず誰か付き添い当事者を一人にしないこと。

(5) 証拠保全

- ① 医療事故に関係した可能性がある医療機器、医療器材、薬剤等は、医療事故発生当時の状態を保持し、他に使用しないで保管する。また、使用済みの容器、アンプル・バイアル、輸液や輸液セット類（薬液が入ったまま）衛生材料などはビニール袋に入れて保存する。
- ② 生体情報は、患者退床後モニターを退床にせず印刷して記録を残し、さらに臨床工学課へ連絡してデータを取り出して保管する。
- ③ 医療に起因する予期せぬ死亡の場合
 - 医療機器等は事故発生時の状態で保存する。
 - 事故発生直前から発生後の処置に使用した材料等のゴミ類の保存等を行う。

(6) 患者・家族等への対応

① 家族等への連絡

- 医療上の処置を行った後、主治医または現場にいる医師、若しくは看護師などの医療従事者のうち、できるだけ上席者が行う。
- 連絡は、至急来院していただくことを主眼に伝え、医療事故の細かい内容の伝達は医師または部署責任者が行う。
- 連絡がつかなかった場合には、連絡した時間や状況を診療記録や看護記録等に記録するとともに、連絡が取れるまで繰り返し連絡する。

② 患者・家族等への説明

- 患者・家族等に対する説明は、医療事故が発生した診療科の部長及び施設の幹部職員が複数人同席のもと、原則として主治医が行い、場合によっては、医療事故が発生した診療科の部長又は副院長が行う。
- 患者・家族等の心情及び身体状態に十分配慮し、速やかに誠意をもって、その時点までに判明した医療事故発生の事実経過を、診療記録等に基づき分かりやすく、正確に説明する。
- 説明にあたっては、以下の事項に留意する。
 - i. 重要な事実や因果関係は省かない。
 - ii. 専門用語や分かりにくい表現は避け、図解や参考文献などを用いるなど患者・家族等に理解していただくよう心掛ける。
 - iii. 多少とも不明な点があることについては、断定的な言い方はしない。憶測は厳に慎む。
 - iv. 施設側の過失が明らかな場合は施設全体の意思を決定した後、患者・家族等に対し誠意を持って謝罪し、患者の健康回復に全力を尽くす旨を説明する。
 - v. 施設側に責任がないと考えられる場合には、その理由を患者・家族等が分かるように説明し、理解を求める。
 - vi. 施設側に責任がないと考えられるにも拘らず、納得していただけない場合は、施設としては第三者機関の判断を仰ぐのが適切と考える旨を説明する。
 - vii. 謝罪文書の提示を求められた場合は、紛争となり訴訟に発展するケースもあることを考慮して、本社及び顧問弁護士等と事前に協議する。なお、謝罪文書は診療記録等と共に保存する。
 - viii. 過失と医療事故との因果関係が明らかでない場合は、十分な調査検討を行った上でできるだけ早い時期に説明することを約束し、理解を得るよう努力する。
 - ix. 司法解剖又は行政解剖となった場合、施設へ結果連絡があるまで説明ができない

いことを家族等に伝える。

- その後の患者・家族等への説明は、必要に応じ出来るだけ頻回に行う。

参照：医療安全に係る対応（謝罪や説明含む）・報告に関しての対応表

(7) 事実経過の記録

- ① 医療事故の当事者を含む医療事故に関わった職員は、患者の状況、処置の方法、患者・家族等への説明内容等を診療記録等に逐次詳細に記録する。
- ② 記載にあたっては、以下の事項に留意する。
 - i. 初期対応が終了次第、速やかに記録する。記録は時間記載を含め経時的に記録する。
 - ii. 事実を客観的且つ正確に記載し、想像や憶測に基づく記載は行わない。
 - iii. 説明を行った時は、日時、内容、説明を受けた人、質問、回答等や、説明者、同席者も必ず記載する。
 - iv. 記録を修正する時には、記載者自身が電子カルテに Log-in して必要項目を修正する。
 - v. 経時記録の時間は、電子カルテの時間で統一する。

6. 病院職員・委託職員等に対する医療安全研修

医療安全に関する知識の普及を目的に研修を企画し実施する。

職員に対する研修は入職時研修、中途採用者研修、研修医研修、医療安全講習会等を行うほか、必要に応じて部署別研修、テーマ別研修等を行う。

医療安全講習会は全職員が2回は受講できるように、年間計画を企画し参加率を記録する。

また、リスクマネージャー養成研修を企画し（年1回）、リスクマネージャー及び中堅職員の知識、態度、資質の向上を図る。

7. 患者・家族と一緒に事故防止に取り組む（パートナーシップ）

対話と患者参加

患者と職員の対話によって、医療内容に対する患者様の理解が進むとともに相互信頼は深まっていく。一方的な説明ではなく、患者との対話に心がける。さらに「投書箱」の意見も取り入れていく。

患者とのパートナーシップを意識し、様々な場面での、**説明—納得—同意**のプロセスを大事にする。

8. 患者相談対応について

入院患者の相談窓口は、1階「患者相談窓口」にて医療ソーシャルワーカー（MSW）が相談に応じる。心配なこと、分からないこと、困っていることなどがある場合は「患者相談窓口」を紹介する。

※詳細は掲示板の院内文書「患者相談窓口内部規約」参照

第2章 患者・家族の皆様へ

医療安全への患者・家族の参加について

旭川赤十字病院では、患者・家族の皆様は医療安全に参加していただき、パートナーシップの強化に努めたいと考えております。

患者・家族の皆様の医療安全への参加について、“患者・家族の安全対策 10 ヶ条”を掲載いたしました。お読みいただきご協力下さいますようお願いいたします。

当院は以下の 3 点を指針として医療安全に取り組んでいます。

1. 患者の安全確保を最優先とする。
2. 安全確保のためにシステム改革を実行する。
3. 患者・家族の方と一緒に事故防止に努める。

患者・家族の安全対策 10 ヶ条

1 条 医師から病状や治療などの説明を受けるとき（説明－納得－同意）

- ・医師から説明を受ける場合は、できれば患者さん一人ではなく家族の方も一緒にお聞き下さい。説明を希望される日時は主治医もしくは看護師にご連絡下さい。説明の日時の予約を調整させていただきます。
- ・医師の説明で不十分なことや納得できないことがある時は職員へお申し出下さい。補足説明または再度ご説明する機会を設けます。
- ・十分に理解・納得した上で治療や検査を選択していただき、ともに医療と取り組みましょう。

2 条 回診時間とその利用方法について

- ・回診時間は診療科により異なりますので入院の際にご案内いたします。科によってこの時間を利用し検査、手術、退院などの簡単な打ち合わせをすることも可能です。

3 条 入院中に他の科の受診を希望される場合について

- ・基本的には、主治医の判断で他の専門科と連携し診療いたしますが、自ら希望される場合は主治医または看護師にお話ください。主治医が当該科に受診依頼を行います。

4 条 面会について

- ・面会される前に、まずナースステーションへお寄り下さい。
- ・面会制限や注意事項などがある時は、ご説明させていただきますのでご協力をお願い致します。
- ・インフルエンザや流行性感冒 風疹などで治療中の方や、腹痛や下痢、吐き気やおう吐（ノロウイルス感染症症状）のある方の面会はお断り致します。
- ・病室へ入られる時は、アルコールジェルを両手にまんべんなく擦り込んでからお入り下さい。またお帰りになる時もアルコールジェルをご使用下さい。

5 条 誤認・誤薬・輸血間違い防止について

- ・小児を除く全ての入院患者さんに、リストバンドを着用していただきます。
- ・注射や採血、検査、薬等を受け取る時は、お名前をフルネームで名乗って下さいようお願い致します。
- ・必要に応じて「生年月日」もお聞きします。同姓同名は良くある事なので、患者間違い防止のためにご協力をお願いします。
- ・点滴や注射器のラベルに書かれた患者氏名を看護師と一緒にご確認ください。
- ・採血の時は、検体容器ラベルの患者氏名を看護師と一緒にご確認ください。
- ・輸血の際は血液型の確認をお願いしています。血液型をご存じの場合はお答え下さい。
- ・名前を確認されない事がございましたら、名前を確認するように職員へお伝え下さいませようお願い致します。

6条 転倒・転落などの危険防止について

- ・入院による環境の変化によって、特に高齢の方は転倒・転落の危険性が高まります。
- ・スリッパやサンダルのご使用は転倒の危険性が高くなります。履きなれた靴や介護靴などの使用をお願い致します。
- ・入院後、患者さん並びにご家族の方は床頭台テレビで「転倒転落予防ビデオ」をご視聴いただき、転倒しやすい履物や動作の確認などのご理解をお願い致します。
- ・転倒転落の危険度は、アセスメント用紙の質問項目の点数の合計により算出しています。危険度は転倒転落しやすい状況を信号機に見立てた3色に色分けして、ベッドサイドのインフォメーションボードに表示しています。

赤＝転倒転落を起こしやすい
黄＝転倒転落を起こす危険性がある
青＝転倒転落を起こす危険性は少ない

- ・転倒転落防止案内「転倒転落を防ぎ安全で快適な入院生活を過ごしていただくために」も是非お読み下さい。

7条 薬について

- ・普段から服用されている薬や、薬のアレルギーなどがあれば教えてください。
- ・薬をお渡しする時、薬剤師や看護師はお名前を確認しますのでご協力下さい。

8条 意思表示は明確に

- ・救命医療が最優先されます。患者自身の意思表示が明確かつ有効な場合はその意志を尊重いたします。本人の意思表示が不明な時は、ご家族の希望をお聞きします。
- ・輸血に関する希望、宗教的なこと、ドナーカード、人工呼吸器使用の可否など意思表示がある場合は明確に表示してください。

9条 感染対策について

- ・医療従事者は院内の感染防止マニュアルにしたがって医療行為をしています。自然環境内にはいろいろな病原菌が存在しています。病院内も同じ事がいえます。また、重症患者様や抵抗力の弱い患者さんは、感染しやすい状態になっていますので、以下ご協力をお願い致します。
- ①感染防止は手洗いが重要です。食事の前には手洗いをお願い致します。洗面所での石鹸手洗いができない場合は、各ベッドテーブルに備えてある「アルコールジェル」をご使用下さい。
 - ②トイレ使用後は、石鹸と流水で両手全体をしっかりと洗ってください。
 - ③面会等で病室へ出入りする時は、洗面所にてまず石鹸手洗いをしてからお入り下さい。ご家族やご友人を守るためにもご協力をお願い致します。また、お帰りになる際も手洗いまたは、アルコールジェルを両手にまんべんなく擦り込んでからお帰り下さい。
 - ④感染防止のために、大勢での面会や小さなお子様連れ、ペット同伴での面会はお断り致します。
 - ⑤感染症（例：インフルエンザや流行性感冒、風疹など）で治療中の方や、腹痛や下痢、激しい吐き気やおう吐（ノロウイルス感染症症状）のある方の面会はお断り致します。

10条 その他

- ・病室に貴重品はなるべく持ち込まないようお願い致します。
- ・病状やその他にも疑問に思ったことは、遠慮なくお尋ねください。
- ・治療や投薬を始めたあとに、体に何か変化がありましたら医療者へ詳細にお伝え下さい。
- ・入院中になにかご心配なことやお分かりにならないこと、お困りのことがございま

したら、1階「患者相談窓口」で医療ソーシャルワーカー（MSW）がご相談に応じます。お気軽にご相談下さい。

- ・医療安全指針は、旭川赤十字病院ホームページからも閲覧できます。

平成20年 6月30日作成

平成26年 9月30日改訂

平成27年 2月9日改訂

平成27年11月12日改訂

平成28年 1月12日改訂

平成29年 4月12日改訂

平成30年 4月30日改訂

2019年11月27日改訂

2020年10月26日改訂

2021年5月11日改訂