

佐賀リハビリテーション病院

医療安全マニュアル

文書番号（版）：佐賀リハ ー医療安全ー

◆目次◆

① 医療安全管理のための指針

- ・趣旨
- ・医療安全管理のための基本的考え方
- ・用語の定義
- ・医療安全管理体制の整備
- ・医療安全管理のための具体的方策の推進
- ・医療事故発生時の具体的な対応
- ・医療事故の評価と医療安全管理への反映

② 医療安全委員会管理規定

③ インシデント・アクシデント報告管理規定

- ・各担当役割および活動
- ・医療事故報告の手順
- ・インシデント・アクシデント報告書の手順
- ・事例区分
- ・対策の立案
- ・原因分析・対策立案方法の教育

④ 事故対応マニュアル

- ・事故発生時のフローチャート
- ・重大事故発生時対応
- ・転倒・転落事故発生から対策まで
- ・誤嚥・異食時の事故発生から対策まで
- ・入浴時の事故発生から対策まで
- ・徘徊・離院時の事故発生から対策まで
- ・送迎時の事故発生から対策まで
- ・送迎車事故対応マニュアル
- ・在宅訪問・家屋調査等の外出時の事故
- ・医療事故公表手順
- ・その他(クレーム・トラブル等)発生から対策まで
- ・誤薬について
- ・肝炎ウイルス針刺し事故フローチャート
- ・急変患者の処置
- ・緊急処置基準
- ・救急カート
- ・事故当事者への対応
- ・医療に起因する死亡事故が発生した場合の対応

⑤ 事故対策マニュアル

- ・転倒・転落
- ・入浴介助中の安全管理
- ・内服薬の安全管理
- ・チューブ類の管理
- ・輸血の安全管理
- ・輸液ポンプの安全管理
- ・人工呼吸器の安全管理
- ・人工呼吸器取扱い(調節・管理)
- ・酸素吸入の安全管理
- ・医療ガス関連
- ・食事(誤嚥・異食)
- ・経鼻栄養チューブの誤挿入・誤注入事故を防ぐ
- ・無断外泊・離院
- ・盗難
- ・自殺
- ・暴力行為
- ・リハビリ部事故防止・対策マニュアル
- ・通所リハ事故対策マニュアル
- ・患者間のトラブル
- ・セクハラ防止等の規定
- ・情報伝達収集マニュアル

⑥ 身体拘束マニュアル

- ・身体拘束適正化のための指針
- ・身体拘束解除基準
- ・身体拘束フローチャート

⑦ 誤認防止に関すること

- ・誤認防止について
- ・患者の安全確保手順
- ・事故リスクの把握と事前対策の手順
- ・与薬誤認防止マニュアル
- ・検査事故防止マニュアル

⑧ 医療事故防止マニュアル

- ・安全についての一般的考え
- ・施設で行う安全対策の概要
- ・看護事故の未然防止対策
- ・杖・車椅子の転倒での考えられること
- ・ベッドからの転落で考えられること
- ・眠剤使用時の転倒・転落で考えられること
- ・その他転倒で考えられること
- ・利用者の名前確認ミスで考えられること
- ・誤嚥・誤飲で考えられること
- ・誤薬で考えられること
- ・患者プライバシーの侵害で考えられること
- ・盗難事故で考えられること
- ・無断離院で考えられること
- ・医療事故への対処
- ・事故・苦情およびインシデント報告

⑨ 「医療事故調査制度」厚生労働省改正省令

⑩ 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制についての指針

⑪ 医薬品業務手順

- ・医薬品の採用
- ・医薬品の購入
- ・調剤室における医薬品の管理
- ・病棟・各部音への供給
- ・外来患者への使用
- ・在宅患者への使用
- ・病棟における医薬品管理
- ・入院患者への使用
- ・情報収集・管理・提供
- ・他施設との連携
- ・事故発生時の対応
- ・教育・研修
- ・巻末資料(要注意薬)

⑫ 防犯管理体制に関すること

- ・防犯管理マニュアル
- ・全日警備 警備計画書

⑬ パワーハラスメントに関する事項

- ・パワーハラスメントについて

⑭ セクシャルハラスメントに関する事項

- ・セクシャルハラスメント防止規定
- ・患者からのセクハラについて

⑮ 院内暴力対策マニュアル

- ・基礎知識
- ・予防
- ・発生時の対応
- ・発生後の中期的対応
- ・教育と研修

医療安全管理のための指針

文書番号(版):佐賀リハー医療安全—1(4)

発行日:H16. 12. 1

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

医療安全委員会

作成	高森 真須美	日付:H19. 4. 1
承認	吉原 正博	日付:H19. 4. 1

改定履歴

版	発効日	改 定 内 容	改 定 理 由	作 成	承 認
1	2005.8. 1	新規制定	新規制定	笹尾 和代	吉原 正博
2	2006.12.1	改正	内容見直し	高森 真須美	吉原 正博
3	2007. 4. 1	改定	医薬品・医療安全 機器・防犯などに ついての内容追記	高森 真須美	吉原 正博
4	2012. 8. 1	改定	内容見直し	笹尾 和代	吉原 正博
5	2024. 4. 17	改定	身体拘束最小化チーム 設置 マニュアル改定	坂本 宏子	吉原 正博
6	2026.04.01	改定	内容見直し	原 孝一朗 2026.4.1	吉原 正博 2026.4.1
0					

— 目次 —

第1 趣旨

第2 医療安全管理のための基本的考え方

第3 用語の定義

第4 医療安全管理体制の整備

第5 医療安全管理のための具体的方策の推進

第6 医療事故発生時の具体的な対応

第7 医療事故の評価と医療安全管理への反映

マニュアル

医療安全委員会規程

事故対策マニュアル

身体拘束マニュアル

医療事故対応マニュアル

医療事故報告管理規定

医薬品安全使用マニュアル

医療機器取り扱いマニュアル

その他

添付資料 「介護保険指定事業所などにおける事故発生時の報告取り扱い要領」

医療安全管理のための指針

第1 目的

本指針は、佐賀リハビリテーション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医療事故発生時の対応方法等について、指針を示すことにより、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 医療安全管理のための基本的考え方

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、当院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を自らの課題として認識し、医療安全体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。このため、当院内に医療安全委員会を設置し、医療安全管理体制を確立するとともに、施設内関係者の協議のもとに、医療安全管理のためのマニュアルを作成する。また、医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直しを行い、医療安全管理の強化充実を図る。

また、当院では、身体拘束はしないことを原則とし、職員全体が患者の基本的人権を十分尊重したうえでケアを行う。ただし、安全管理上やむを得ず、身体拘束を行う場合は、患者・家族へ拘束の必要性について十分に説明し、同意を得たうえで実施する。身体拘束を行う期間や時間については、**身体拘束最小化チームにおいて検討し、最小限に行うよう努める。最小化チームは身体拘束に関する報告書を医療安全委員会に提出し、委員会での検討を行う。検討事項は職員への周知を徹底する。**

第3 用語の定義

(1) 医療安全委員会規程

医療安全管理体制、医療安全対策のための職員研修、医療事故対応のための基本方針を文書化したもので、策定及び改定を行う場合においては、事前に医療安全委員会に諮るものとする。

(2) 医療事故

医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含する。また、療提供者側の過失の有無は問わず不可抗力と思われる事象又は医療従事者が被害者である場合も含む。

(3) 医療過誤

医療過誤とは、医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠ったため、発生した望ましくない事象（過失の発生の原因が、医療機関又は医療従事者に過失があるものをいう。）。

(4) 当院

医療法人智仁会が経営する佐賀リハビリテーション病院及び各事業所をいう。

(5) 職員

当院に勤務する医師・看護師・放射線技師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士・薬剤師・MSW・栄養士・調理師・事務職員・介護職員・ケアマネージャー・運転手などすべての職員をいう。

(6) 安全対策委員長

医療安全管理に必要な知識及び技能を有する職員であって、理事長の指名により当院全体の医療安全管理を中心的に担当する者をいう。必要に応じて医療安全委員を招集し、臨時開催する

ことができる。

(7)医療安全推進者

医療安全管理に必要な知識及び技能を有する職員であって、理事長の指名をうけた者をいう。

医療安全管理に関する情報分析や統計をし、医療事故の原因・防止方法に関する検討、提言や委員会との連絡調整を行う。

(8)インシデント事例

インシデントは、日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの

(9)アクシデント事例

医療事故を意味するが、医療行為中で患者に障害が、又は既に障害が発生しているものをいう。

当院では経管栄養チューブ自己抜去、点滴自己抜去、離院等を含む。

(10)リスクマネージャー

理事長の指名により選任され、医療安全推進者を指導し、連携・協同の上、特定の部門だけではなく施設全般に係る医療安全対策の立案、実行及び評価を含め、医療安全管理のための組織かつ横断的な活動を行う者をいう。

(11)医薬品安全管理責任者

当院における医薬品の安全管理について必要な事項を定め、医薬品の適切な使用及び保管管理を行う者をいう。

(12)医療機器安全管理責任者

当院における医療機器の安全管理について必要な事項を定め、適切な医療機器安全管理を推進し、安全な医療機器の提供に資する者をいう。

第4 医療安全管理体制の整備

当院は、以下の事項を基本として、施設内における医療安全管理体制の確立に努める。

1. 医療安全委員会規程について

(1)当院は、施設内関係者の協議に基づき、医療安全委員会において「医療安全委員会規程」の策定及び改正の検討をする。

(2)医療安全委員会規程には、次の事項を規定する。

(ア)医療安全委員会規程の改廃

(イ)医療安全委員会の設置及び所掌事務

(ウ)医療事故報告体制

(エ)医療事故発生時の対応

(オ)その他、医療事故防止に関する事項

(カ)身体拘束廃止に関する方針と体制

(キ)医療機器の安全使用管理に関する事項

(ク)医薬品安全使用に関する事項

(ケ)防犯管理体制に関する事項

(コ)パワーハラスメント・セクシャルハラスメントに関する事項

(3)医療安全委員会規程の患者等に対する閲覧について

医療安全委員会規程については、患者及び家族からの要望があれば、いつでも閲覧できるように

配慮する。

2. 医療安全委員会の設置

- (1) 当院に、医療安全委員会(以下「委員会」という。)を設置する。
- (2) 委員会の所掌事務は、次のとおりである。
 - (ア) 医療事故防止対策の検討及び研究に関すること
 - (イ) 医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること
 - (ウ) 医療事故防止のために行う職員に対する指示に関すること
 - (エ) 医療事故防止のために行う理事長、委員長等に対する提言に関すること
 - (オ) 医療事故防止のための啓発、教育、広報、及び出版に関すること
 - (カ) 医療訴訟に関すること
 - (キ) 身体拘束に関すること
 - (ク) 防犯、暴力に関すること
 - (ケ) その他医療事故防止に関すること
- (3) 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。

重大な医療事故が発生した場合には、臨時委員会を開催し、速やかに問題の解決を図り、発生の原因を分析し、改善策を職員へ周知する。

重大な医療事故とは、次の場合を含む。

- ①事故により、死亡又は外傷などにより他院での加療が必要となった場合
- ②送迎中に交通事故を起こした場合
- ③患者、家族との訴訟を含むトラブルを生じた場合
- ④針刺し事故により感染症が発生した場合
- ⑤誤薬により、重症な合併症が起こった場合

3. リスクマネジメント部会の設置

- (1) 医療事故防止対策を実効あるものとするため、委員会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、委員長、医療安全管理者、リスクマネージャー、その他必要な職員で構成される。医療安全管理者は、部会の長とする。
- (3) リスクマネジメント部会の所掌事務は、次のとおりである。
 - (ア) インシデント報告の収集、保管、分析及び分析結果などを現場へフィードバックするとともに、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
 - (イ) 医療事故の分析並びに再発防止策の検討及び提言に関すること
 - (ウ) 医療事故防止のための啓発、広報に関すること
 - (エ) 他の委員会に対する勧告案の検討に関すること
 - (オ) 身体拘束に関すること
 - (カ) その他医療事故防止に関すること

4. リスクマネージャーの配置

当院に、各部門の医療事故防止対策の推進に資するため、リスクマネージャーを置く。

- (1) リスクマネージャーは、看護部、リハ部から各3名を置くものとし、理事長、委員長が

任命する。

(2) リスクマネージャーは、医療安全委員会委員長の指示により、次の業務を行う。

- (ア) 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言
- (イ) 医療事故報告の内容の分析及び報告書への必要事項の入力
- (ウ) 委員会において決定した事故防止策及び安全対策に関する事項の所属職員への周知徹底、その他の委員会及び部会との連絡調整
- (エ) 職員に対する医療事故報告の積極的な提出の励行
- (オ) その他医療事故防止に関する必要事項

5. 身体拘束最小化チームの配置

身体拘束の適正化、且つ最小化を目指す体制を推進するため、身体拘束最小化チームを置く。

- (1) 各病棟に、専任の医師、専任の看護師を置くものとし、理事長、委員長が任命する。
- (2) 身体拘束最小化チームは、医療安全委員長の指示により、次の業務を行う。
 - (ア) 専任の医師、看護師のほか、各病棟の患者受持ち看護師、ケアスタッフ、セラピストにおいて、適時検討会を行い、身体拘束の適正化・最小化に努める。
 - (イ) 身体拘束に関する報告書を作成し、医療安全委員会への報告を行う。
 - (ウ) 医療安全委員会において、適正化に関し審議された事項の、職員への周知徹底
 - (エ) 職員に対する、身体拘束を適正化するための、教育・指導・研修を行う。

第5 医療安全管理のための具体的方策の推進

当院における医療安全管理のための具体的方策は、次のとおりである。

1 医療事故防止・身体拘束廃止のための要点と対策の作成

委員会は、安全な医療を行うために、要点と対策をまとめたマニュアルを作成し、職員に周知させ、事故の発生を予防する。

マニュアルの項目は、転倒・転落、入浴介助、誤薬、与薬、(内服・注射・点滴)、チューブ類の管理、輸血、輸液ポンプ、人工呼吸器、救急時の対応、誤嚥、針刺し事故、無断外出、離院、暴力行為、患者同士のトラブル、自殺、医療用ガス関連、送迎時の事故、通所リハ、リハビリ訓練中の事故とする。また、身体拘束廃止、暴力、セクハラ等についてのマニュアルも作成する。

マニュアルは、各部署の職員や委員会委員を中心に作成し、委員会で承認を得る。また、マニュアルは、当施設の医療事故報告、評価分析、原因分析等に基づいて見直しを図るとともに、関係職員に周知徹底を図り、委員会で承認を得て改定を行うものとする。

2 転倒転落アセスメントの実施

転倒・転落予防のために、入院時又はその後ある一定期間ごとに、転倒・転落アセスメントスコアを入力し、危険度や評価により必要な対策を検討する。家族へも転倒・転落の危険性について説明する。

3 医療事故の報告及び評価分析

(1) 報告

(ア) 理事長、委員長及び所属長は、医療安全管理に資するよう、医療事故の報告を

促進するための体制を整備する。

- (イ) 医療事故については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要を事故報告書に記載し、翌日までに各部署の責任者に報告する。
- (ウ) 各部署の責任者は、事故報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等の必要事項を入力して、委員会に報告する。
- (エ) 事故報告を提出したものに対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

(2) 評価分析

委員会は、医療事故について効果的な分析を行う。医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容などの評価分析を行う。また、事故を未然に防ぐための具体策を立て、全職員に周知させる。

(3) 医療事故の広報活動

委員会は、事故の事例を評価分析し、医療安全管理に資することができるよう、院内誌での広報活動を行う。

4 医療安全対策ネットワーク整備事業への協力

委員会は、医療現場における医療事故の事例等を全国の医療機関から一元的に収集し、この情報を基にガイドラインの策定、製品の基準化、関係団体への製品の改良要請などを行う医療安全ネットワーク事業に対し、情報提供や試行的な安全対策の実施などの協力を行う。

5 医療安全管理のための職員研修

当院は、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等を図るため、医療に係る安全管理の基本的考え方及び具体的方策について、職員に対して次のとおり研修を行う。研修計画は、リスクマネジメント部会で計画し、実行する。

- (1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
- (2) 医療に関わる場所において業務に従事する者を対象とする。
- (3) 年2回、定期的に行い、それ以外にも必要に応じて開催する。
- (4) 実施内容について記録を行う。

第6 医療事故発生時の具体的な対応

当院の医療事故発生時における医療事故報告体制、患者、家族への対応及び警察への届出の具体的な対応は、次のとおりとする。

1. 医療事故発生時の対応

(1) 医療事故発生時の初期対応手順

医療事故が発生した場合は、迅速に救急処置を行い、所属長へ報告する。

主治医又は代医が診察し、重症度を判断する。軽症の場合は経過観察とし、中等度以上の場合は、検査、治療（必要であれば転院）を行う。その際、事故の経過及び検査結果等について主治医又は病院管理者から家族へ説明を行う。

当事者は、事故報告書を提出する。

(2) 重大事故発生時の対応手順

重大事故発生時は、救急処置が終了次第、リスクマネジメント部会を開催し、今後の対応について協議する。また、理事長、委員長は、速やかに臨時の委員会を招集する。

2. 医療事故の報告

(1) 施設内における報告の手順と対応

(ア) 日勤体制

当事者⇒所属長⇒主治医⇒理事長、委員長

(イ) 夜勤(休日)体制

当事者⇒看護管理者(当直)⇒休日(当直)医⇒理事長、委員長

休日医(当直医)は、翌日、主治医へ連絡する。

リハ室での事故は、責任者がリハビリ部長へも連絡する。

※ 速やかに医療安全対策委員会へ報告

(2) 転倒・転落時、誤嚥、窒息、入浴中、徘徊、離院、送迎中、訪問時の事故発生時の対応についてはマニュアルに記載するとおりとする。

(3) 施設内における報告の方法

報告は、「転倒転落事故報告書」(アクシデント報告書)により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。

なお、報告書は、

①事故発生 of 直接の原因になった当事者が明確な場合には、当該本人が行う

②その他の者が事故を発見した場合は、発見者と職場の長が行う。

委員会では、各部署における前月の事故件数、事故発生場所と内容の要約、身体拘束の件数と要約、針刺し事故、誤薬についての報告を行う。

報告書様式・手順については、インシデント・アクシデント報告管理マニュアルに記載するとおりとする。

また、重大事故については、主治医は追跡調査を行い、定期的に治療経過を委員会に報告する。

(4) 保険者への報告(介護保険の場合)

(ア) 各施設、理事長、委員長は、本項イに規定する医療事故が発生した場合は、医療事故報告書を所轄の保険者に報告する。報告の手順は、別紙「介護保険指定事業者などにおける事故発生時の報告取り扱い要領」による。

(イ) 報告を要する医療事故の範囲

①当該行為によって患者を死に至らしめ、又は死に至らしめる可能性があるとき。

②当該医療行為によって患者に重大若しくは不可逆的傷害を与え、又は与える可能性があるとき。

③その他患者等から抗議を受けたケースや医療紛争に発展する可能性がある認められたとき。

(5) 医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、リスクマネジメント部会において、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保管する。

3. 患者・家族への対応

- (1) 患者に対しては誠心誠意をもって治療に専念するとともに、患者及び家族に対して、誠意をもって事故の説明を行う。
- (2) 患者及び家族に対する事故の説明は、原則として、主治医が対応し、主治医が不在の場合は、代医又は病院管理者が対応する。
状況に応じては、部署の責任者も同席して対応する。

4. 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の内容などを電子カルテに入力する。
- (2) 記録に当たっては、具体的に次の事項に留意する。
 - (ア) 初期対応が終了次第、速やかに記載もしくは入力すること。
 - (イ) 事故の種類、患者の状況に応じ、できるだけ経時的に記載を行うこと。
 - (ウ) 事実を客観的かつ正確に記載すること。(憶測や憶測に基づく記載を行わない。)

5. 警察への届出

- (1) 医療過誤によって死亡又は傷害が発生したことが明白な場合には、理事長、委員長は速やかに所轄の警察に届出を行う。
- (2) 届出に当たっては、事前に患者、家族に説明を行う。

6. 関係行政機関等への報告

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おいて、保健所などの関係行政機関の実地調査や立ち入り検査を受けることは、医療事故の発生原因の解明や再発防止に繋がることから、所轄の保健所などの関係行政機関に対しても速やかに報告を行う。

7. 医療事故の公表

理事長、委員長は、医療の透明性を高めることによる、医療事故防止の組織の推進及び他病院等での同種の医療事故の再発防止を目的として、医療事故が発生した場合は、自主的に公表する。

(1) 公表対象とする医療事故

委員会で検討し、理事長、委員長が公表を必要と認めた医療過誤

(2) 公表する事項

医療事故発生までの経緯、発生時の状況、発生後の処置等

(患者、医療従事者等の個人に関する情報であって、特定の個人が識別され得る情報を除く。)

(3) 患者及びその家族への説明等

公表に当たっては、患者及びその家族の意思を最優先に考慮し、事前に患者及びその家族に公表内容を、十分に説明し、原則として了解を得た上で公表する。

プライバシーの確保を厳守する。

(4) 公表責任者

公表の責任者は、理事長とし、理事長が行い、院長、事務長は同席する。

(5) 公表時期

公表は、原則として事故後速やかに行う。

第7 医療事故の評価と医療安全管理への反映

1. 医療事故が発生した場合は、医療安全委員会において、事故の分析など、次の事項について評価及び検討を加え、その後医療安全対策への反映を図るものとする。
 - (1) 医療事故報告に基づく事例の分析
 - (2) 発生した事故について組織としての責任体制の検証
 - (3) これまで行ってきた医療安全対策の効果
 - (4) 同様の医療事故、事例を含めた検討
 - (5) 医薬品への「医薬品、医療用具等安全性情報」への報告及び医療機器メーカーへの機器改善要求
 - (6) その他、医療安全対策の推進に関する事項
2. 医療事故の効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じて、根本的原因分析(SHEL分析表)などを行い、より詳細な評価、分析を行う。
3. 医療事故の原因分析については、医療安全委員会で十分に検討し、立案した対策については、周知徹底するよう努める。

第8 その他

1. 本指針の見直し、改正
 - 1) 医療安全対策委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ、検討するものとする。
 - 2) 本指針の改正は、医療安全対策委員会の決定により行う。
2. 本指針の閲覧
本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者及びその家族等から閲覧の請求があった場合は、これに応じるものとする。また、指針についての照会には、医療安全推進者が対応する。
3. 患者相談窓口
 - 1) 患者等からの相談・苦情等に迅速、かつ、適切に対応するため、院内に医療相談窓口を置き、対応する職員、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規定を整備する(苦情対応委員会規定参照)。
 - 2) 前号の相談等により、患者等が不利益を受けることがないよう配慮を行う。
 - 3) 第1号の内容については、必要に応じ、理事長、委員長へ報告し、当院の安全対策の見直しに活用する。

医療安全委員会規定

文書番号(版):佐賀リハ—医療安全—2(11)

発行日:H17. 1.12

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

医療安全委員会

作成	署名: 原 孝一朗	日付:H17. 1. 11
承認	署名:吉原 正博	日付:H17. 1. 12

改定履歴

版	発効日	改 定 内 容	改 定 理 由	作 成	承 認
1	2001.8.1	新規制定	新規制定	原 孝一朗	吉原 正博
2	2001.10.1	追加	委員追加	原 孝一朗	吉原 正博
3	2002.4.1	変更	委員会開催日変更	原 孝一朗	吉原 正博
4	2002.8.22	追加	委員追加（MSW）	原 孝一朗	吉原 正博
5	2002.7.17	追加制定	身体抑制委員会規定 追加	原 孝一朗	吉原 正博
6	2004.5.1	改定	委員長交代	原 孝一朗	吉原 正博
7	2004.7.1	変更	委員会開催日変更	原 孝一朗	吉原 正博
8	2006.12.27	追加	委員追加	原 孝一朗	吉原 正博
9	2007.1.24	変更	委員会委員の増設 （医療相談員、栄養部 通所リハビリ）	原 孝一朗	吉原 正博
10	2013.11.1	追加	夢館委員追加	原 孝一朗	吉原 正博
11	2015.8.1	追加	ケアサポートみずがえ 委員追加	原 孝一朗	吉原 正博
12	2020.6.11	削除	ケアサポートみずがえ 委員削除	原 孝一朗	吉原 正博
13	2021.4.16	削除	デイサービス吉原委員 削除	原 孝一朗	吉原 正博
14	2024.4.17	一部改定	身体拘束マニュアル改定	坂本 宏子	吉原 正博
15	2026.04.01	改定	内容見直し	原 孝一朗 2026.4.1	吉原 正博 2026.4.1

医療事故の防止体制・身体拘束廃止体制の整備

以下の事項を基本として、施設内における医療事故防止体制・身体拘束廃止の確立に努める。

1 医療安全委員会規程の作成

- (1) 各施設は、施設内関係者の協議に基づき、「医療安全委員会規程」を定める。
- (2) 医療安全委員会規程には、次の事項を規定する。
 - ア 医療事故防止のための施設内体制の整備
 - イ 医療安全委員会の設置及び所掌事務
 - ウ 事故報告体制
 - エ 医療事故発生時の対応
 - オ その他、医療事故の防止に関する事項
 - カ 身体拘束に関する事
 - キ リスクマネジメント部会の設置

医療安全委員会規程

(設置)

第1条 医療事故の防止及び身体拘束の適正化を図るため、佐賀リハビリテーション 病院に、医療安全委員会(以下「委員会」という)を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) この規程の改正及び廃止に関すること。
- (2) 医療事故防止対策の検討及び研究に関すること
- (3) 医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること
- (4) 医療事故防止のために行う職員に対する指示に関すること
- (5) 医療事故防止のために行う理事長、委員長等に対する提言に関すること
- (6) 医療事故防止のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
- (7) 医療訴訟に関すること
- (8) その他医療事故の防止に関すること
- (9) 身体拘束に関すること
- (10) 医療機器の安全使用管理に関すること
- (11) 医薬品安全使用に関すること
- (12) 防犯管理体制に関すること
- (13) パワーハラスメント・セクシュアルハラスメントに関すること

(委員等)

第3条 委員会は、次に掲げるものをもって構成する。

- (1) 医師 理事長(委員長)、副理事長、院長、副院長、医局長 5名

(2) 看護部長、看護副部長、外来看護課長、病棟課長	6 名
(3) リハビリ部長、リハビリ副部長	3 名
(4) 診療技術部長	1 名
(5) 薬剤課長	1 名
(6) 事務長	1 名
(7) 理学療法士課長、作業療法士課長、言語聴覚療法士課長	各 1 名
(8) 車両係	1 名
(9) 居宅介護支援事業所南佐賀 管理者	1 名
(10) 訪問看護ステーションよろこび 管理者	1 名
(11) 訪問リハビリテーション事業所 管理者	1 名
(12) 医療福祉相談課長	1 名
(13) 栄養課長	1 名
(14) 通所リハビリ管理者	1 名
(15) 医事課長、総務課長	各 1 名
(16) 夢館 各管理者	各 1 名

2 委員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。

(委員長等)

第 4 条 委員長は、委員会を総理し、委員会を代表とする。

(会議等)

第 5 条 委員会は、毎月第 3 水曜日において、PM5：00 から会議室にて行う

ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。

- 2 委員会は、会議の開催につき、議事録を作成しなければならない。議事録は、委員長が署名押印する。
- 3 委員会は、必要に応じて、委員以外の者に対し、委員会への出席を求め、又は意見若しくは資料の提出を求めることができる。
- 4 委員長は、委員が職種や職位にかかわらず、自由に意見表明ができるように努めなければならない。
- 5 委員会の庶務は、診療技術部長が行う。

(医療事故)

第 6 条 委員会は、医療事故が発生した場合には、その大小にかかわらず自由に意見表明ができるように努めなければならない

- 2 委員会は、報告、資料に基づき、事故内容を分析して将来の医療事故防止策をまとめ、それを職員に徹底しなければならない。

(インシデント等)

第 7 条 委員会は、インシデント・アクシデント報告書、身体拘束に関する報告書の書式を定め、職員に対して医療事故、身体拘束事案が生じた場合は、報告を行うよう求める。

- 2 委員会は、インシデント・アクシデント報告書、**身体拘束に関する報告書**の内容を検討し、教訓及び事故対策、**身体拘束の適正化**を職員に徹底しなければならない。
- 3 委員会は、職員が事故に関する報告をしたことのみによって不利益な処遇を受けないよう配慮する。
- 4 委員会は、医療事故の予防に役立つ資料・身体拘束に関する資料を収集し、備え置かなければならない。
- 5 委員会は、議事録、前項で収集した書類等を職員が随時閲覧できるようにしなければならない。

(研修及び教育)

- 第8条 委員会は、医療事故防止及び身体拘束廃止を目的として、適宜次の研修会を開催する
- (1) 全職員を対象とするもの
 - (2) 各職場からの代表者を対象とするもの
 - (3) 特定の職場の職員を対象とするもの
- 2 委員会は、各職場での会議に通じて医療事故防止対策が全職員に徹底するようにしなければならない。
 - 3 委員会は、新たに採用された職員や移動した職員に対して**医療事故の防止及び、身体拘束適正化のため**、必要な事項を教育する。

(医療事故防止等マニュアル)

- 第9条 委員会は、医療事故防止マニュアル及び身体拘束マニュアルを作成し、随時見直しを図り、その内容が職員に徹底するように努める。

(情報の取り扱い)

- 第10条 委員会の委員は、その職種に関して知りえた事項のうち一般的医療事故防止策、身体拘束廃止策（他の医療機関等にも参考になる事項があつて、関係する個人が特定可能でないもの。）以外のものは、委員会の承諾なくして院外の第三者に公開してはならない。
- 2 委員会の委員は、患者のプライバシーを尊重しなければならない。

(緊急時の対応)

- 第11条 重大事故発生時には、理事長、委員長、副院長、看護部長、リハビリ部長、事務長など組織管理者を招集し、緊急会議を開き、情報の共有と当面の対応を協議する。
- 2 緊急会議では、事故の影響範囲と起こりうる事態の予測を行なう。
 - 3 組織管理者は、以下のような事項を決定する
 - ①患者・家族への対応
 - ②施設内職員への対応
 - ③他の患者・家族への対応およびクレーム対応
 - ④各関係機関への報告（行政機関・警察・関係団体など）

⑤報道機関への対応

⑥事故当事者及び当該部署への対応

4 組織管理者は、役割分担して指揮に当たり、被害の拡大防止と組織の再生を図る。

(リスクマネジメント部会)

第12条 医療事故防止対策を実効あるものにするため、委員会にリスクマネジメント部会（以下「部会」という。）を設置する。

2 部会は、委員長が指名する者をもって構成する。

3 部会は緊急時等、必要がある時は、部会はいつでも開催できる。

4 部会の所掌事務は、次のとおりとする。

(1) インシデントの原因分析並びに事故予防策の検討及び委員会への提言に関すること

(2) 医療事故の分析並びに再発防止策の検討及び委員会への提言に関すること

(3) 医療事故に関する諸記録の点検に関すること

(4) 医療事故防止のための啓発、広報等に関すること

(5) 他の委員会に対する勧告案の検討に関すること

(6) 委員会から指示を受けた身体拘束廃止に向けた取り組みに関すること

(7) その他医療事故の防止に関すること

5 部会の検討結果は、部会長から委員会に報告する。

6 部会の記録及び庶務は、診療技術部長が行う。

(リスクマネージャー)

第13条 事故報告の事例の詳細な把握、検討等を行い、医療事故の防止に資するため、部会にリスクマネージャーを置く。

2 リスクマネージャーは、委員のうちから委員長が任命する。

(身体拘束適正化に関する取組)

第14条 委員会は、身体拘束最小化チームの報告を受け、身体拘束の適正化に向けて、次の取り組みを実施する。

(1) 身体拘束についての意見交換会

(2) 身体拘束代替案の検討

(3) 身体拘束の勉強会・研修会の参加

(4) 身体拘束のマニュアル作成

2 身体拘束についての指針等については、別に定める。

(補則)

第15条 この要綱に定めるもののほか、医療安全に関し必要な事項は、委員長が定める。

附 則 この規程は、平成21年4月1日から、施行する。

インシデント・アクシデント報告管理規定

文書番号(版):佐賀リハー医療安全―3(8)

発効日:H17. 1. 12

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

医療安全委員会

作成	署名:原 孝一郎	日付:H17. 1. 11
承認	署名:吉原 正博	日付:H17. 1. 12

報告管理規定改定履歴

版	発効日	改 定 内 容	改 定 理 由	作 成	承 認
1	1999. 9.1.	新規制定	新規制定	笹尾 和代 1999. 8.30.	吉原 正博 1999. 8.31
2	2000.4.1	改定	規定改定	笹尾 和代 2000.3.29.	吉原 正博 2000.3.30
	2002. 4.1	改定	報告書のみ改定	笹尾 和代 2002.3.29	吉原 正博 2002.3.30
3	2004.12.1	改定	報告書・規定改定	原 孝一朗 2005.1.11	吉原 正博 2004. 1.12
4	2006.12.27	改定	規定改定	原 孝一朗 2006.12.27	吉原 正博 2006.12.28
5	2008.6.23	改定	誤薬事故報告書	笹尾 和代 2008.6.22	吉原 正博 2008.6.23
6	2008.8.22	改定	ヒヤリハット報告書	笹尾 和代 2008.8.22	吉原 正博 2008.8.23
7	2010.6.1	改定	アクシデント報告書	原 孝一朗 2010.6.1	吉原 正博 2010.6.1
8	2014.12.1	改定	アクシデントレベル	原 孝一朗 2014.12.1	吉原 正博 2014.12.1
9	2018.1.1	改定	アクシデント インシデント	原 孝一朗 2018.1.1	吉原 正博 2018.1.1
10	2026.09.01	改定	アクシデント インシデント	原 孝一朗 2026.9.1	吉原 正博 2026.9.1

I 各担当役割および活動

施設長

施設長は医療安全管理に資するよう、事例の報告を促進するための体制を整備する

委員会

医療安全委員会は事例の報告を促進するための体制を整備する

事例が発生した場合、事故内容を分析して将来の医療事故の分析をして将来の医療事故防止策をまとめ、それを職員に徹底しなければならない

委員会はインシデント・アクシデント報告書の書式を定め、職員に対してニアミス事故報告を行うよう求める

委員会は職員が事故に関するインシデント・アクシデント報告をしたことによって不利益な処遇を受けないよう配慮する

リスクマネージャー

事故報告の内容の分析及び報告書への必要事項の入力

職員に対する医療報告の積極的な提出の励行

担当 各部長

リスクマネジメント部会

インシデント・アクシデント体験報告の収集、保管、分析、分析結果など現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価

各部署責任者

各部署責任者は、事故報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重要性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載してリスクマネジメント部会に提出する

II 医療事故報告の手順

A) 施設内における報告の手順と対応

医療事故発生した場合は、次の通り直ちに上司に報告する

①医師⇒委員長⇒理事長

②薬剤師⇒主治医⇒理事長、委員長

③放射線技師⇒主治医⇒理事長、委員長

④看護師⇒課長⇒主治医⇒理事長、委員長

↳ 看護部長

⑤リハビリ⇒課長⇒リハ部長⇒主治医⇒理事長、委員長

⑥在宅職員⇒課長⇒主治医⇒理事長、委員長

⑦車両係⇒事務長⇒理事長、委員長

↳ 外来課長⇒看護部長

B) 施設内における報告方法

報告は、文書「事故報告書」により行う。ただし緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う

※患者の生死にかかわる医療事故については、早急に理事長、委員長まで報告する

Ⅲ インシデント・アクシデント報告書の手順

インシデント・アクシデント書類は所定の用紙をいる

インシデント・アクシデント報告書（以下報告書）の記入

当事者一人で記載をし遅滞なく提出する事。しかし、重大な事故が発生した場合にはこの限りではない

なお報告書の記載は

- (1) 事故発生の直接の原因になった当事者が明確な場合には当該本人
 - (2) その他の者が事故が発生した場合は、発見者と職場の長が行う
- 報告書の記載は詳細・丁寧な記述で読みやすい事

記載の注意事項

1 客観的に書く

事故の詳細については、客観的な言葉を使い、自分が見たこと聞いた事を正確に記述する。

2 必要な情報だけを書く

起こった正確な時間と場所、および報告した人、対処方法等

3 非難は書かない

同僚や管理者に対し、責任をあげつらったり、非難したりしない。

4 噂や憶測は避ける

起こったことについて知っているスタッフがそれぞれ記入する。

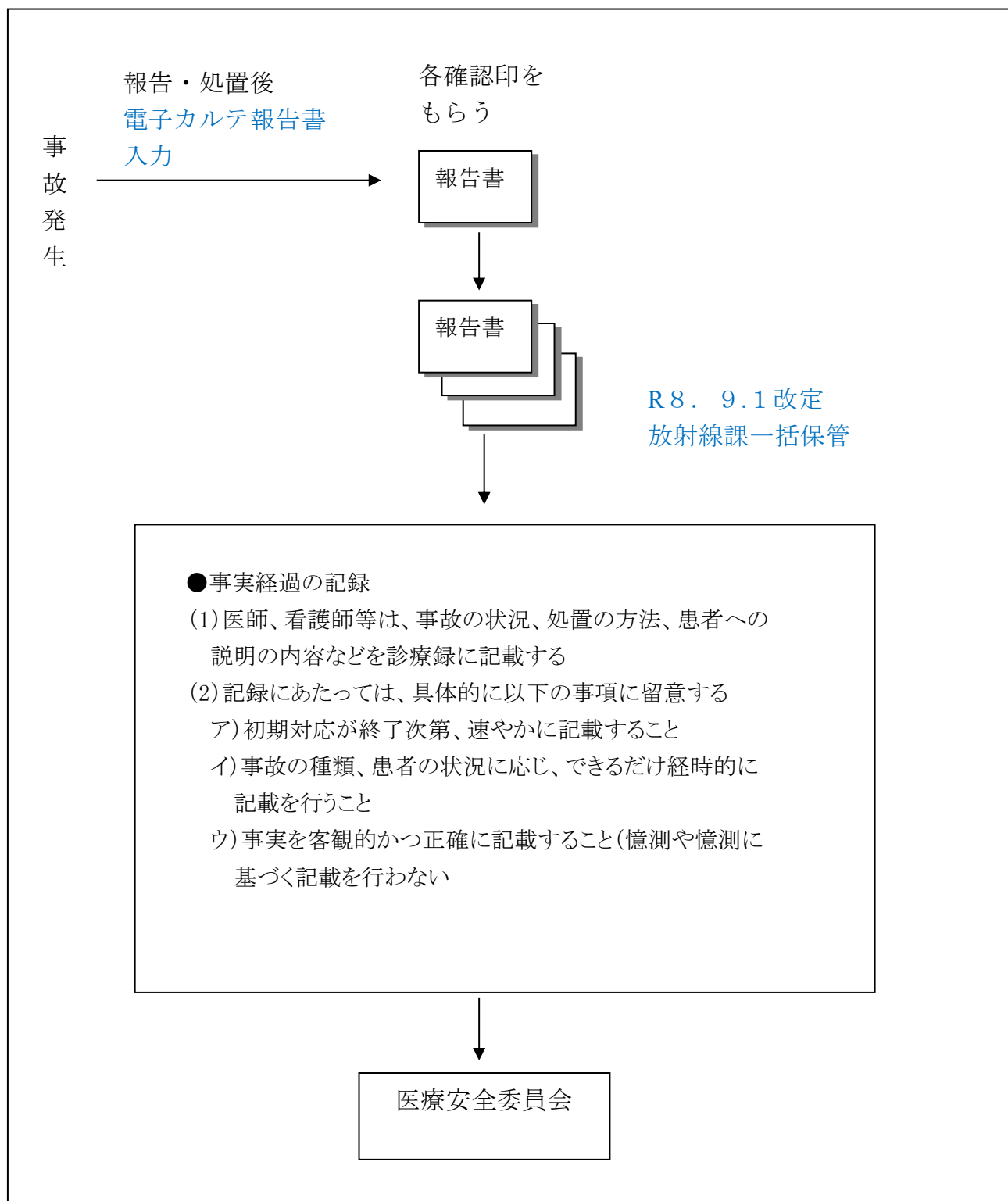
5 記録の適切な保管

報告書は診療録と一緒に保管してはならない。

報告書についてはリスクマネジメント部会において、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保管する

インシデント・アクシデント報告・レポートの流れ

- 1 当該事例を体験した医療従事者が、その概要を報告書に記載し翌日までに各部署責任者に提出する
各部門の責任者が分析集計し、委員会で報告する
- 2 職員は自己の行為で事故を起こした時は、応急処置・手配・拡大防止の処置及び所属長への口頭報告等所要の処置を講じた後速やかに「事故報告書」を提出しなければならない
- 3 所属長、主治医、理事長、委員長、リスクマネージャーに提出し、確認印をもらう
- 4 各部門で保管する



IV事例区分内容

インシデント	レベル 0	間違ったことが患者に実施する前に気づいた場合
	レベル 1	間違ったことが実施されたが、患者には変化がなかった場合
	レベル 2	事故により患者に変化が生じ、一時的な観察、処置等が生じた場合
アクシデント	レベル 3	事故により濃厚な治療を要した場合。入院日数の延長、骨折、転院等
	レベル 4	事故による障害が永続的に残った場合
	レベル 5	事故の結果、患者が死亡した場合。

平成 26 年 12 月 レベル 2、レベル 3 改訂

平成 30 年 1 月 インシデントをレベル 0～2、アクシデントをレベル 3 以上と定義する

V 対策の立案

委員会開催時、前月 1 ヶ月の医療事故の件数・概要を各責任者は委員会で報告する。

報告内容から委員会にて分析・立案を行う。

各分門の委員は事故の内容の要約と行った対策と経過を入力し委員会に提出

VI原因分析や対策立案の方法についての教育

職員に対する研修を年 2 回程度定期的に行い、それ以外にも必要に応じて開催していく。

必要文献や研修に関しては希望者がある場合は所属長に提言し、随時対応していく。

医療事故の効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じて、根本的原因分析（SHELL 分析表）などを行い、より詳細な評価、分析を行う。

VII対策の公開・職員参照、

各部署マニュアル配布新しい対策・分析は院内誌・院内 LAN に公開していく

インシデント・アクシデント報告書

佐賀リハビリテーション病院

	理事長	院長	副院長	医局長	主治医	館長	事務長	部長	責任者	報告者・発見者			
患者情報							主治医			在院日数			
発生(発見)日時	年 月 日 時 分												
種類	☐ 転倒 ☐ 転落 ☐ 既に倒れていた ☐ チューブ類 ☐ 誤薬 ☐ セクハラ ☐ 離院・離棟 ☐ 外傷 ☐ 針刺し ☐ 輸血 ☐ 食事 ☐ 暴力 ☐ その他()												
発生場所	☐ 病室 ☐ 廊下 ☐ トイレ ☐ 浴室 ☐ リハ室 ☐ デイルーム・食堂 ☐ 外出・外泊中 ☐ 家屋調査中 ☐ 屋外 ☐ その他 ()												
内容													
インシデント	☐ レベル0	間違ったことが実施される前に気づいた場合											
	☐ レベル1	間違ったことが実施されたが、患者には変化がなかった場合											
	☐ レベル2	事故により患者に変化が生じ、一時的な観察、処置等が生じた場合											
アクシデント	☐ レベル3	事故により濃厚な治療を要した場合。入院日数の延長、骨折、転院等											
	☐ レベル4	事故による障害が永続的に残った場合											
	☐ レベル5	事故の結果、患者が死亡した場合。											
患者家族説明 (レベル2以上)	最終FIM評価 点 (年 月 日) <table border="1"> <tr> <td> 発生要因 (複数回答可) スタッフ要因 ☐ 判断不足 ☐ 観察不足 ☐ 連絡不足 ☐ 思い込み ☐ 注意不足 ☐ 人員不足 ☐ 忘れた ☐ 技術不足 ☐ 患者指導不足 ☐ その他 () </td><td> 患者要因 ☐ 高次脳 ☐ 思い込み ☐ 認知症 ☐ 忘れた ☐ 不隠 ☐ 排泄 ☐ その他 () </td><td> 環境要因 ☐ 床面の状態 ☐ 障害物 ☐ 物品配置位置 ☐ その他 () </td></tr> </table>										発生要因 (複数回答可) スタッフ要因 ☐ 判断不足 ☐ 観察不足 ☐ 連絡不足 ☐ 思い込み ☐ 注意不足 ☐ 人員不足 ☐ 忘れた ☐ 技術不足 ☐ 患者指導不足 ☐ その他 ()	患者要因 ☐ 高次脳 ☐ 思い込み ☐ 認知症 ☐ 忘れた ☐ 不隠 ☐ 排泄 ☐ その他 ()	環境要因 ☐ 床面の状態 ☐ 障害物 ☐ 物品配置位置 ☐ その他 ()
発生要因 (複数回答可) スタッフ要因 ☐ 判断不足 ☐ 観察不足 ☐ 連絡不足 ☐ 思い込み ☐ 注意不足 ☐ 人員不足 ☐ 忘れた ☐ 技術不足 ☐ 患者指導不足 ☐ その他 ()	患者要因 ☐ 高次脳 ☐ 思い込み ☐ 認知症 ☐ 忘れた ☐ 不隠 ☐ 排泄 ☐ その他 ()	環境要因 ☐ 床面の状態 ☐ 障害物 ☐ 物品配置位置 ☐ その他 ()											
今後の対策													

医療事故対応マニュアル

文書番号(版):佐賀リハ—医療安全—4(5)

発行日:H17.1.12

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

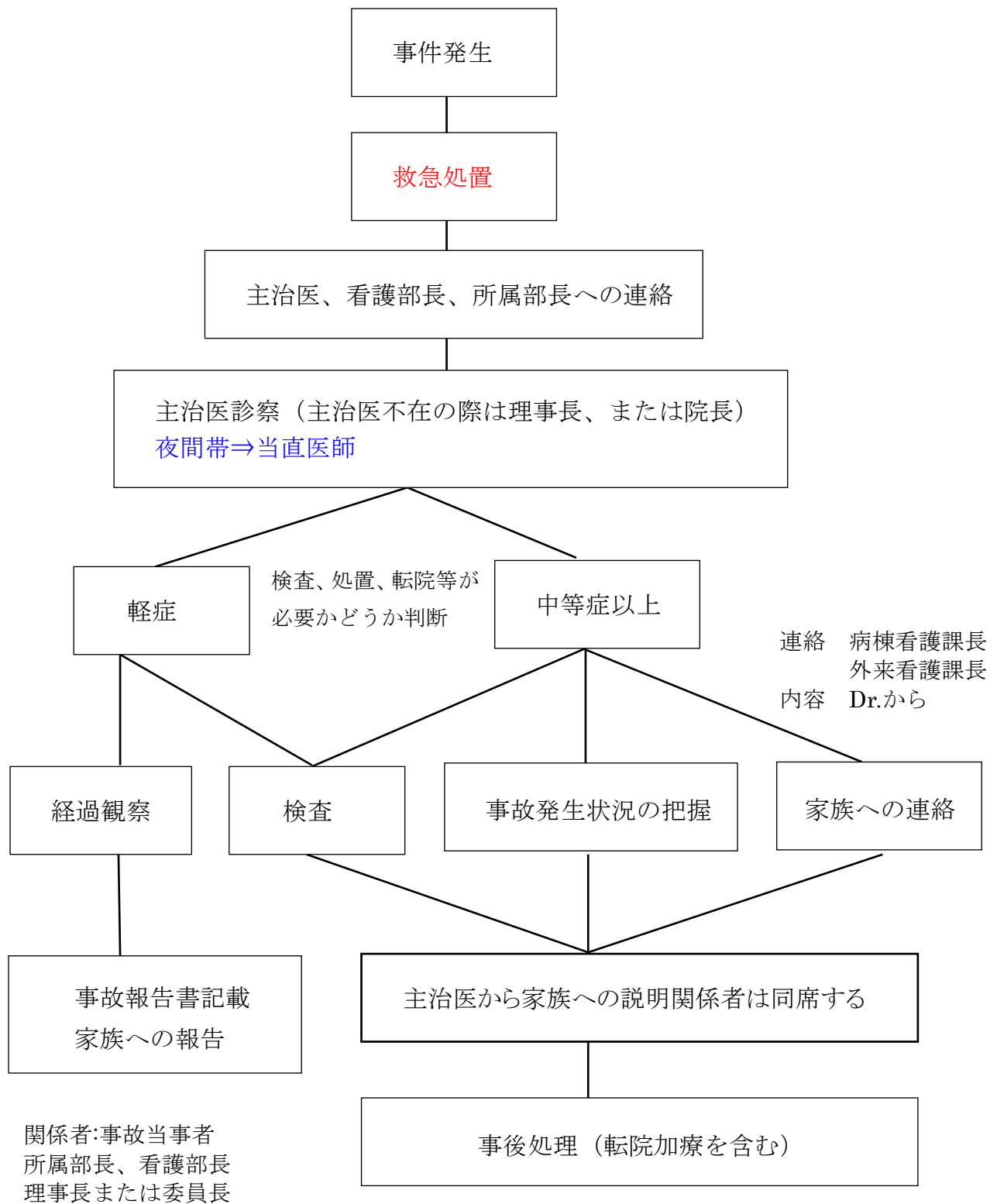
作成	署名:原 孝一朗	日付:H17. 1.11
承認	署名:吉原 正博	日付:H17. 1.12

改定履歷

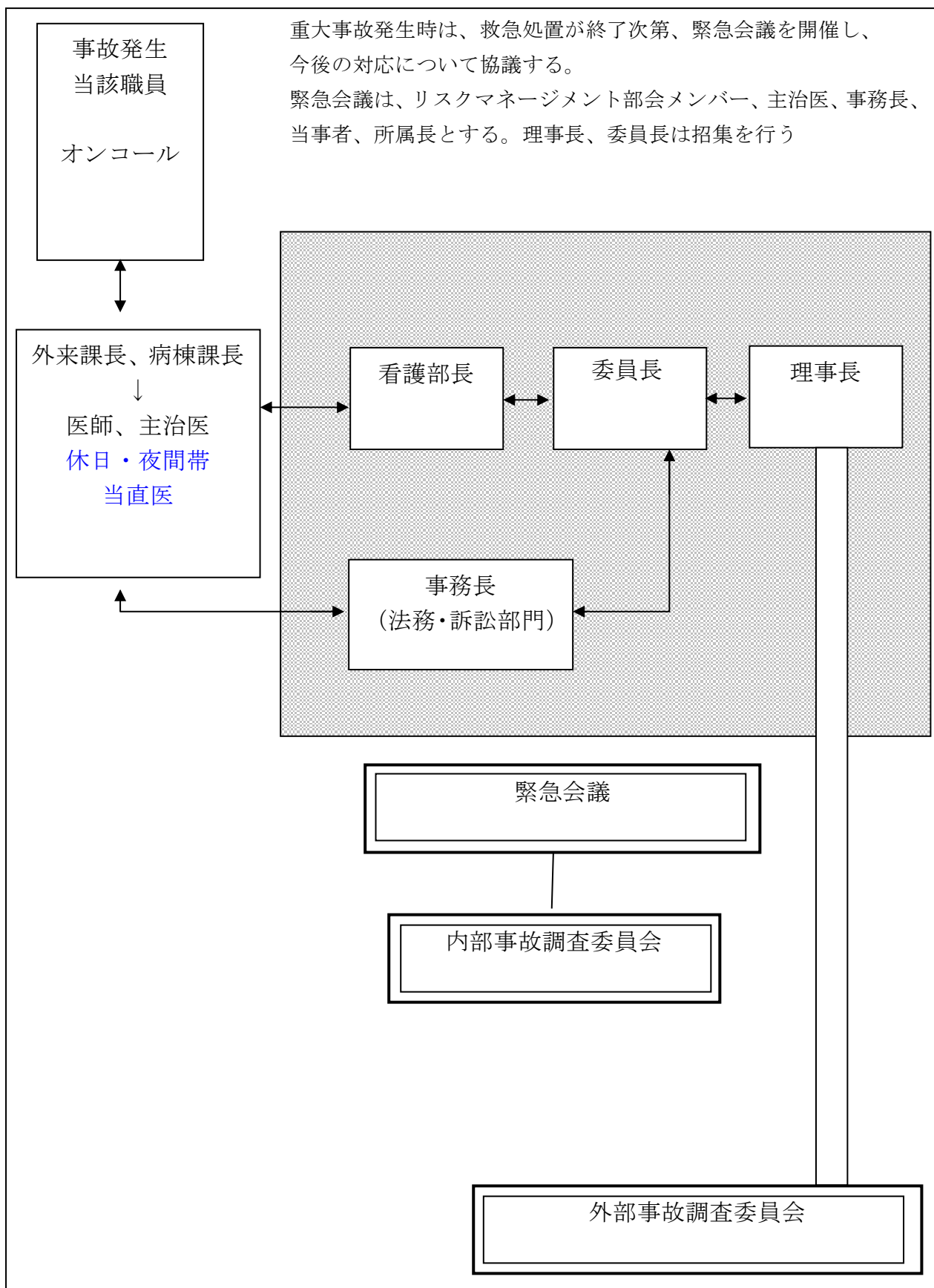
[illegible]

医療事故発生時の対応

医療事故発生時の対応を迅速かつ明確にするためフローチャートを作成

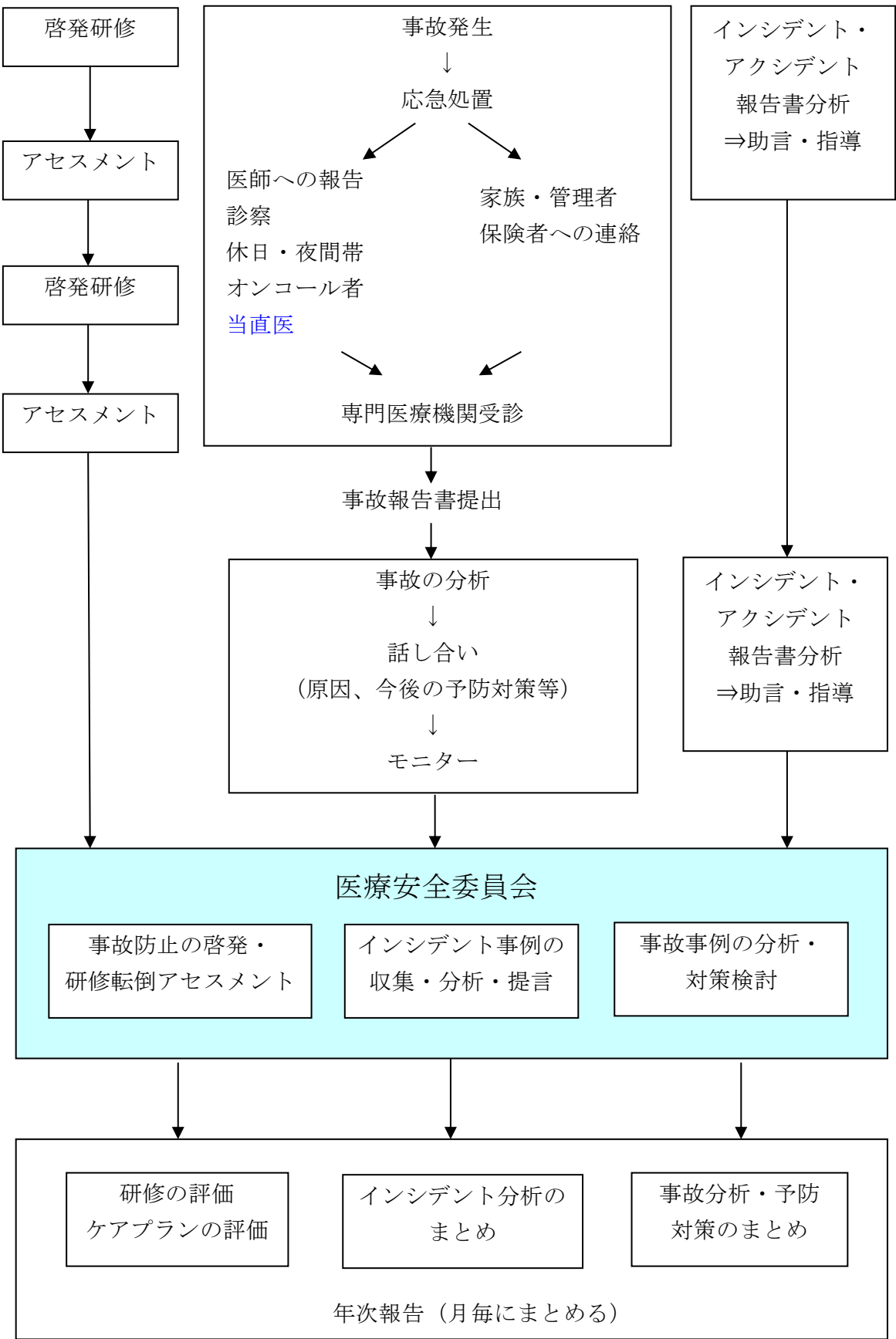


重大事故発生時対応



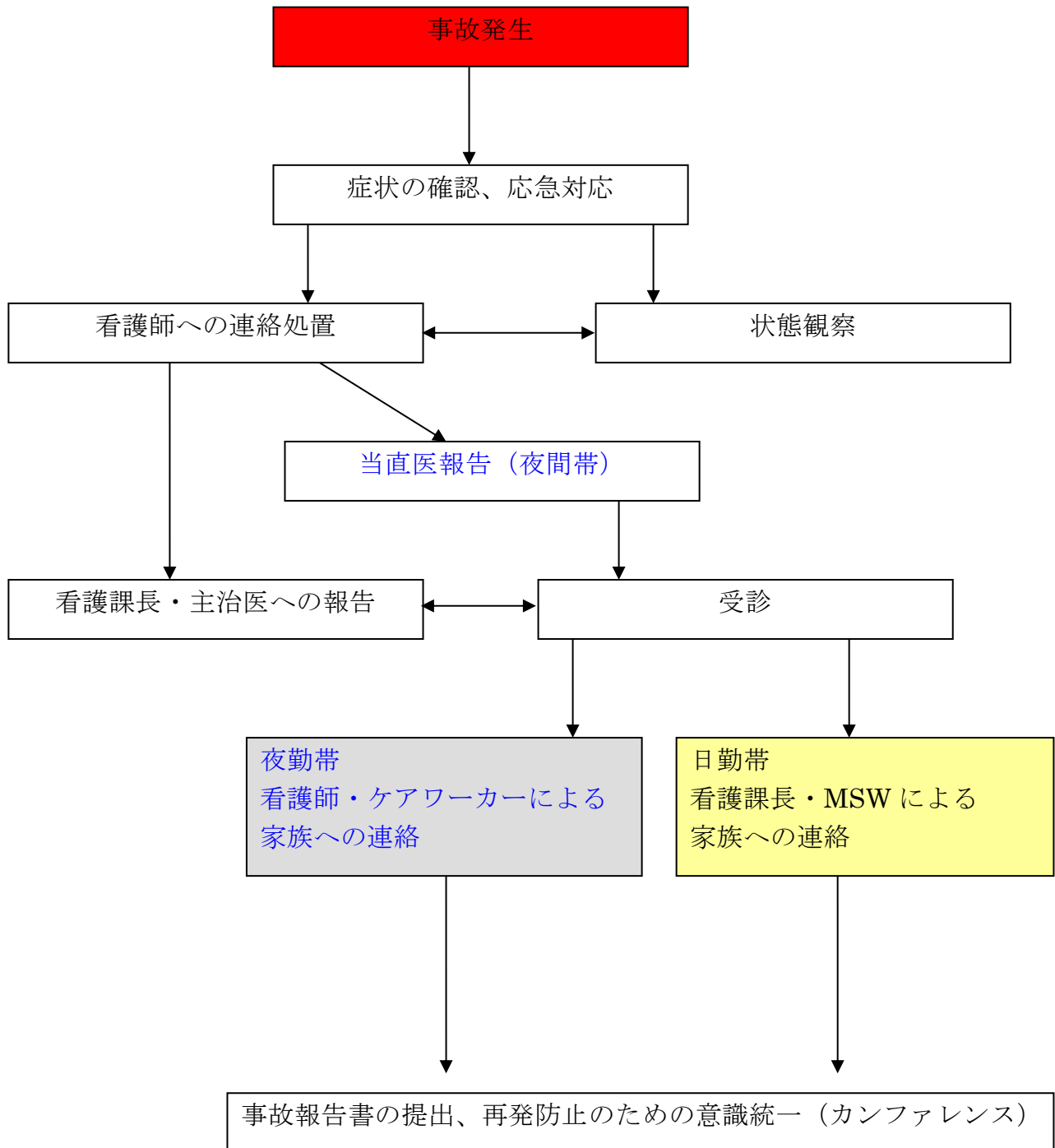
転倒・転落事故発生から対策まで

目配り・気配り・心配りで安全確認



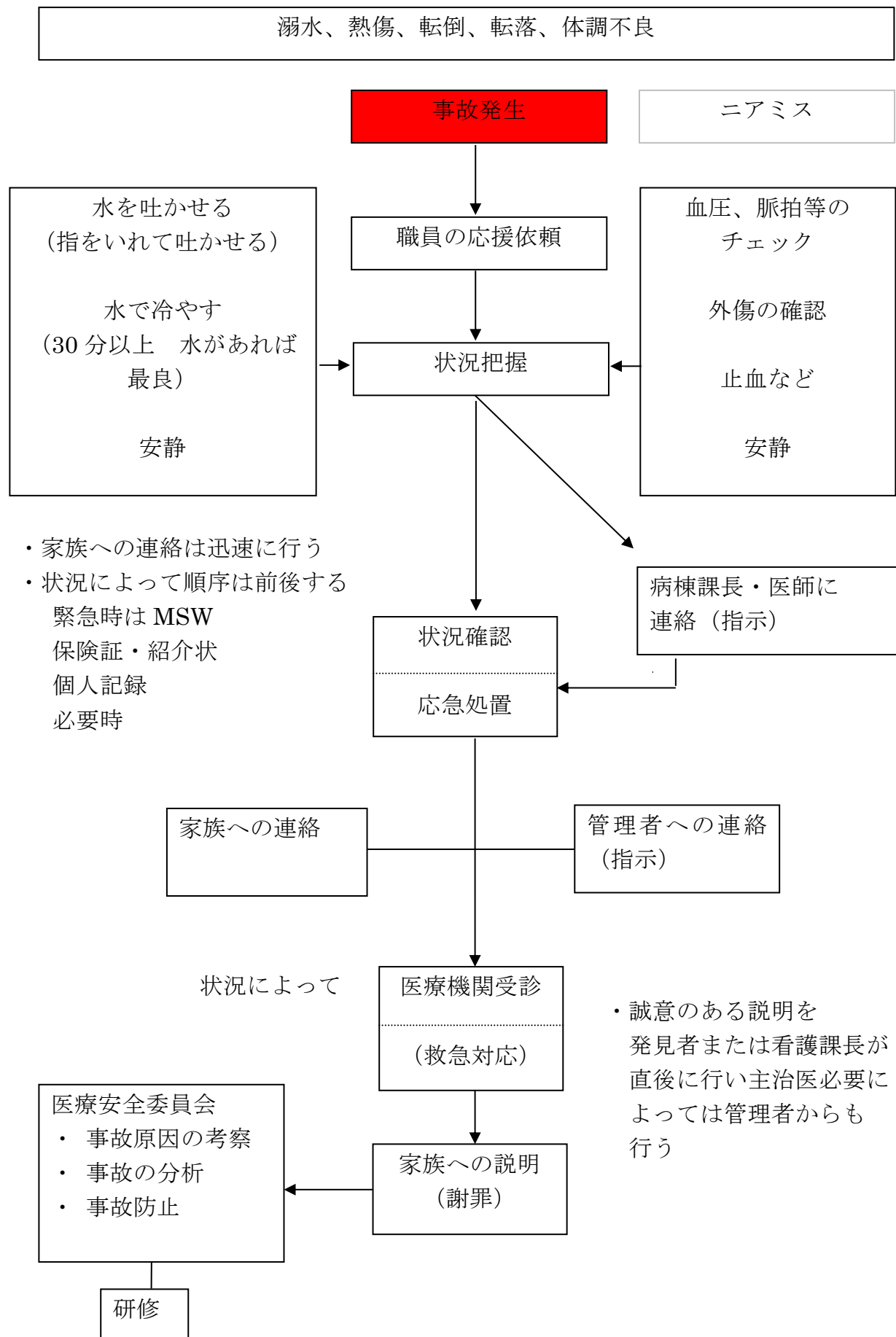
誤嚥・異食時の事故発生から対策まで

体位保持はしっかりと、「ゴクン」のサインを聞いてから



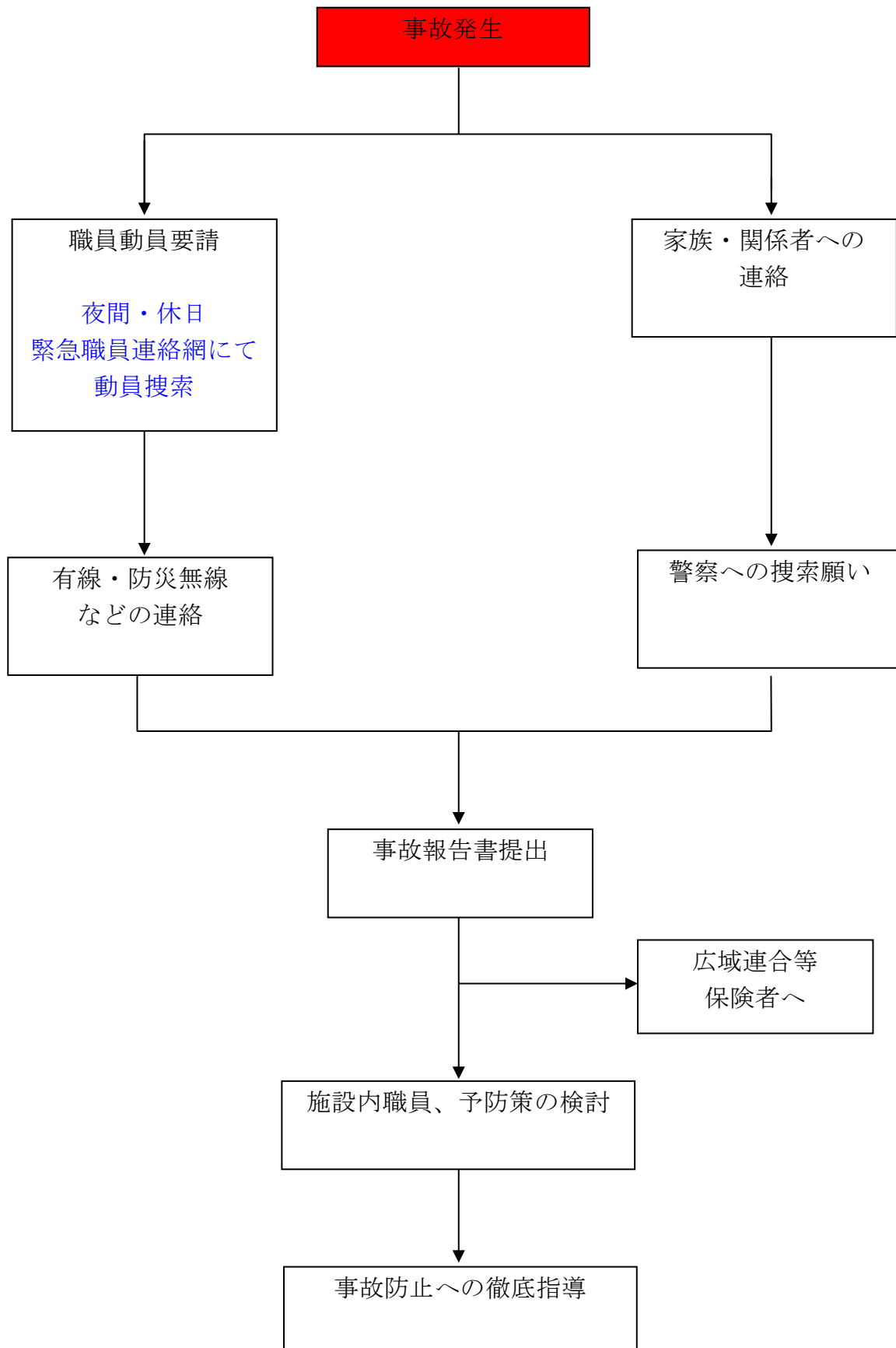
入浴時の事故発生から対策まで

目配り・気配り・言葉配りでゆったりお風呂は安心



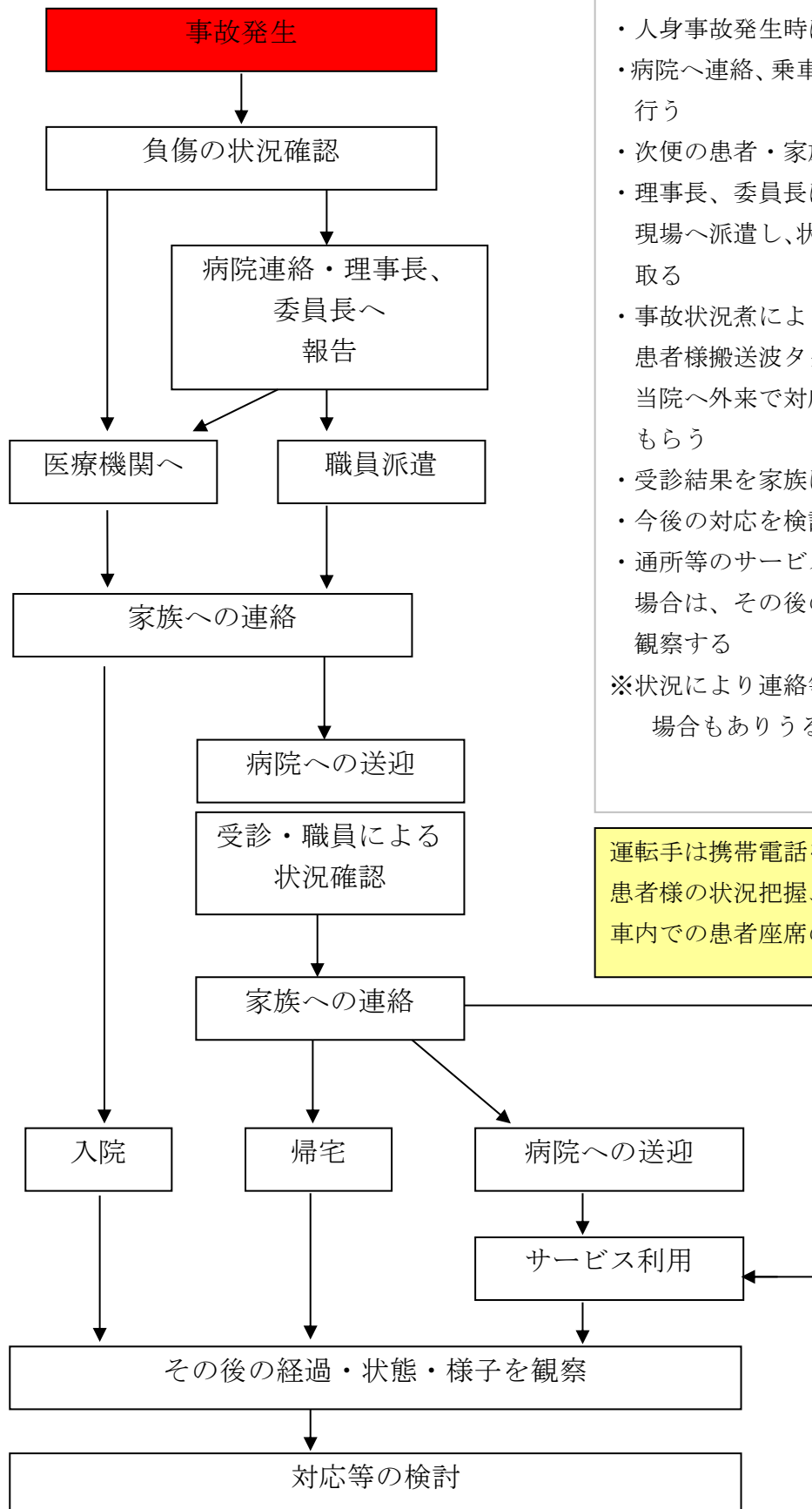
徘徊・離院時の事故発生から対策まで

しっかり見守り・所在確認！



送迎時の事故発生から対策まで

安全第一、患者様の姿勢・体制確認し、連絡手順今一度！



- ・安全な場所へ停車し、患者様の状況確認（負傷者の確認）
警察へ
 - ・人身事故発生時は救急車要請
 - ・病院へ連絡、乗車者の状況報告を行う
 - ・次便の患者・家族へ連絡を取る
 - ・理事長、委員長は職員を現場へ派遣し、状況確認の連絡を取る
 - ・事故状況煮により、乗車中の患者様搬送波タクシーを依頼し、当院へ外来で対応、診察を受けてもらう
 - ・受診結果を家族に報告
 - ・今後の対応を検討する
 - ・通所等のサービス利用になった場合は、その後の経過を充分に観察する
- ※状況により連絡等が前後する場合もありうる

運転手は携帯電話を必ず持つこと
患者様の状況把握、声かけ確認
車内での患者座席の把握

「送迎車」事故対応マニュアル

- 運転手は携帯電話を必ず着用の事
- 患者の状況把握:必ず声掛けをすること
- 車内での患者座席の把握

(追突・衝突)

1 事故発生 ①警察連絡

②救急車以来

③病院へ連絡＝乗車者の安否を報告する。指示を待つ

病院連絡は、事務【田原課長へ】→事務長・理事長、委員長・部長へ報告

→次便の患者:家族へ連絡し時間の調整を行う

④事務長・理事長、委員長・部長は、職員を現場へ派遣し、連絡を取る

事故状況により、病院は

- 乗車中の患者搬送は、タクシーへ依頼する
- 負傷の状況により患者家族へ連絡する

2 人身事故発生 ①救急車依頼

②警察連絡

③病院へ連絡【田原課長へ】

④連絡を受けたら、事務長・理事長、委員長・部長へ報告する

⑤病院は、職員を現場へ派遣させ、次便の患者、家族へ連絡する

患者:負傷者の確認

- 患者優先で行動
- 負傷者以外の患者さんはタクシーで病院へ搬送

助手の役割

- ・患者の座席確認
- ・負傷の有無確認
- ・もし運転手受傷の場合は、警察・救急車・病院へ連絡する

病院は事故の報告受けたら、直ちに前後の指示・連絡を行い現場に行く
事故状況の把握を行い、理事長、委員長へ報告する

在宅訪問・家屋調査等の外出時の事故

外出時の事故

1) 同乗者なし：負傷者なしの場合

- ①所属長へ連絡、状況説明し指示を受ける
- ②病院へ連絡・事務長もしくは部長へ連絡し病院からの指示を受ける
- ③警察へ届ける

2) 同乗者あり：患者さんを乗せている場合

- ①病院へ連絡 担当部署へ患者さんの状況説明。指示を受ける
- ②警察連絡
- ③救急車もしくはタクシー依頼し病院へ搬送

※患者受傷あれば①救急車依頼へ

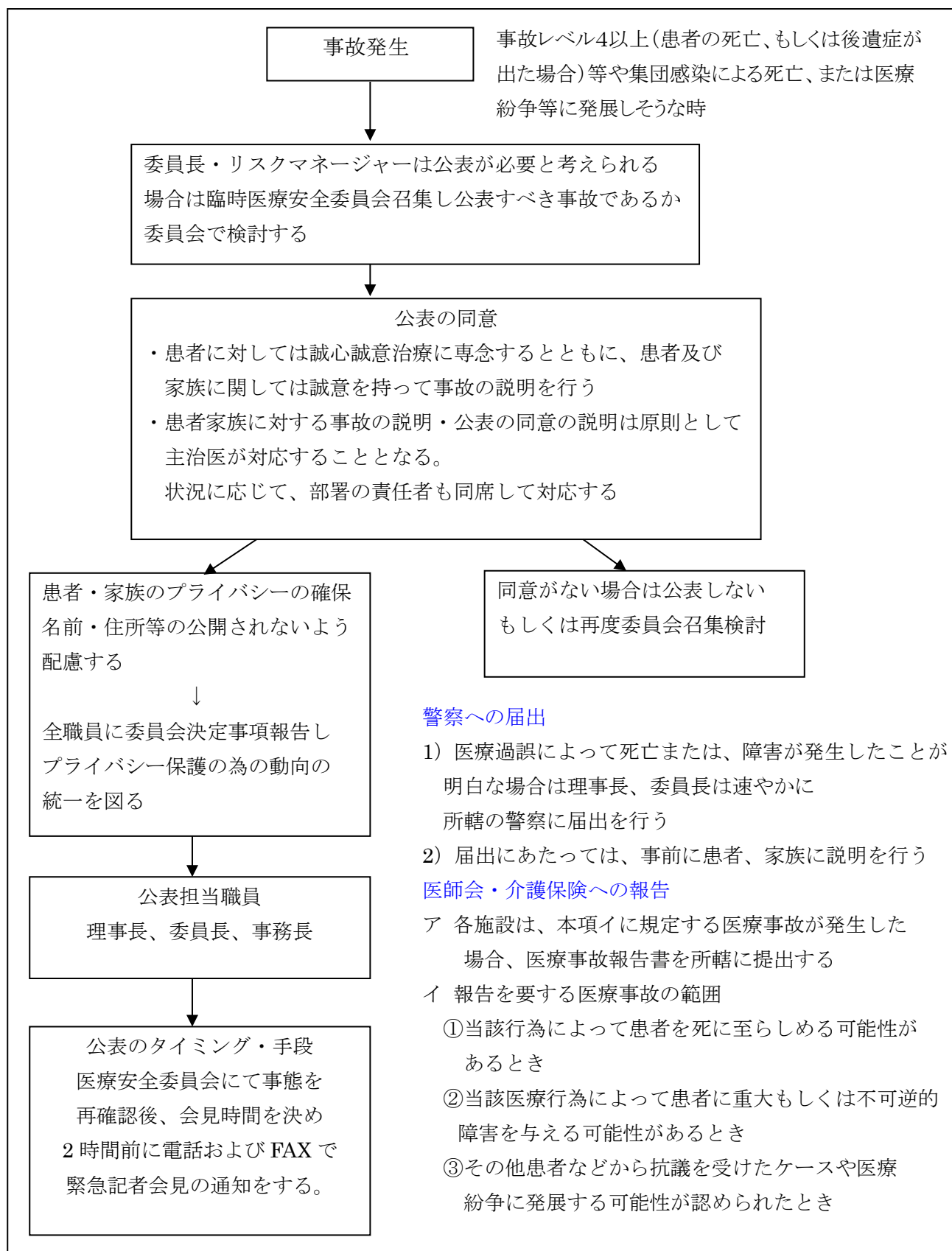
※連絡受けた病院スタッフは関連部署へ連絡のこと
事務長・部長・理事長、委員長へは必ずすること

3) 事故を起こした場合は直ちに病院へ連絡を入れること

4) どんな小さな事故でも必ず報告すること

5) 事故報告書は速やかに提出すること

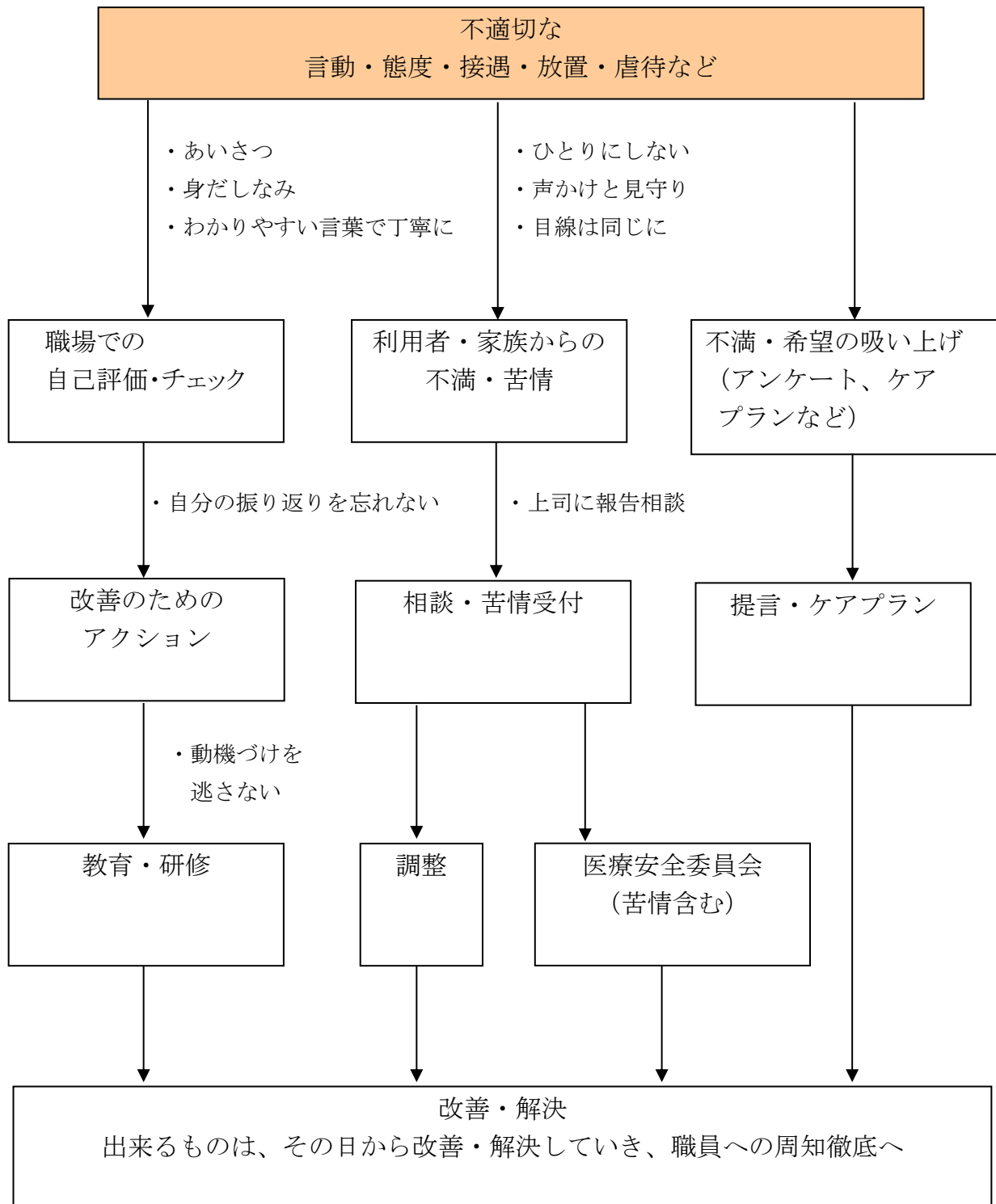
医療事故公表手順



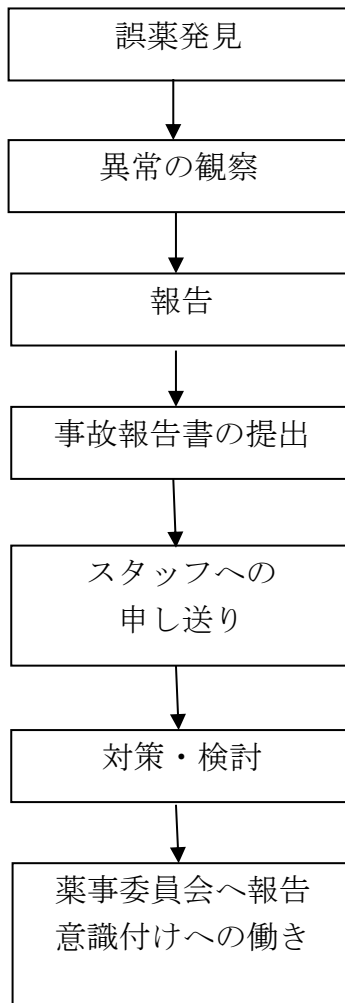
医療事故の公表に関し、医療業界に類似事故が今後発生しないよう、また対策の改善等に貢献する目的に行うが、患者・家族のプライバシーを最優先に配慮し医療安全委員会は検討・活動していく

その他（クレーム・トラブル等）発生から対策まで

にっこり・はっきりの挨拶声かけはビタミン剤！



誤薬について



1) 誤薬が発見された場合、主治医、直属の上司に報告。

2) 事故報告書を提出する。

3) スタッフに報告し、薬事委員会にて検討会を行い、事故への意識づけを行う。

4) 患者の観察を行い異常の早期発見に努める。

要観察患者に関しては、症状に応じて対応を頻回に行っていく
(使用薬剤の種類・副作用の把握)

※主な副作用

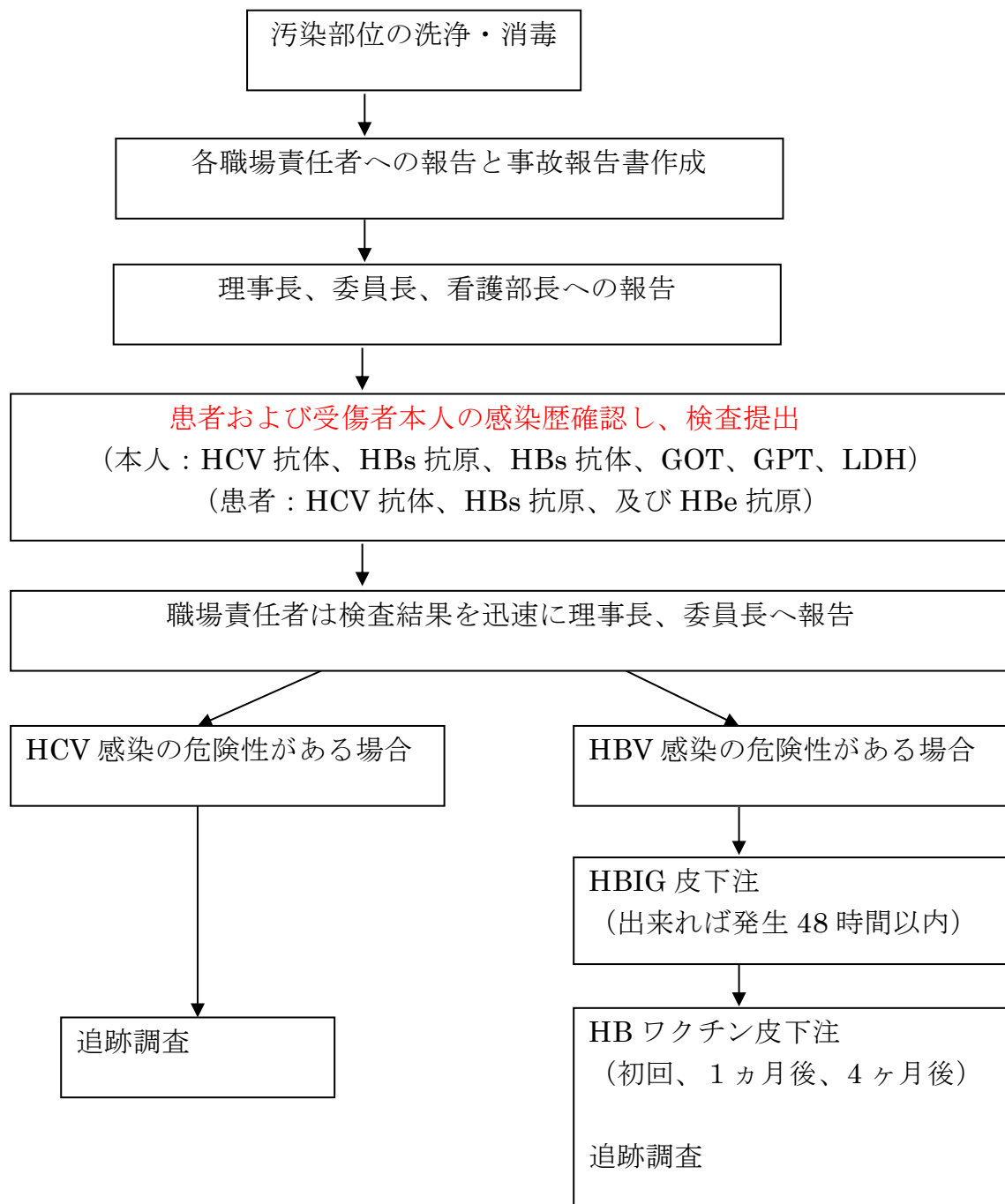
全身症状→発赤・湿疹・潰瘍・蕁麻疹など

消化器系→消化管出血・下痢・嘔吐(嘔気)・腹部充満感など

呼吸器系→チアノーゼ・呼吸苦・過換気症状・冷汗など

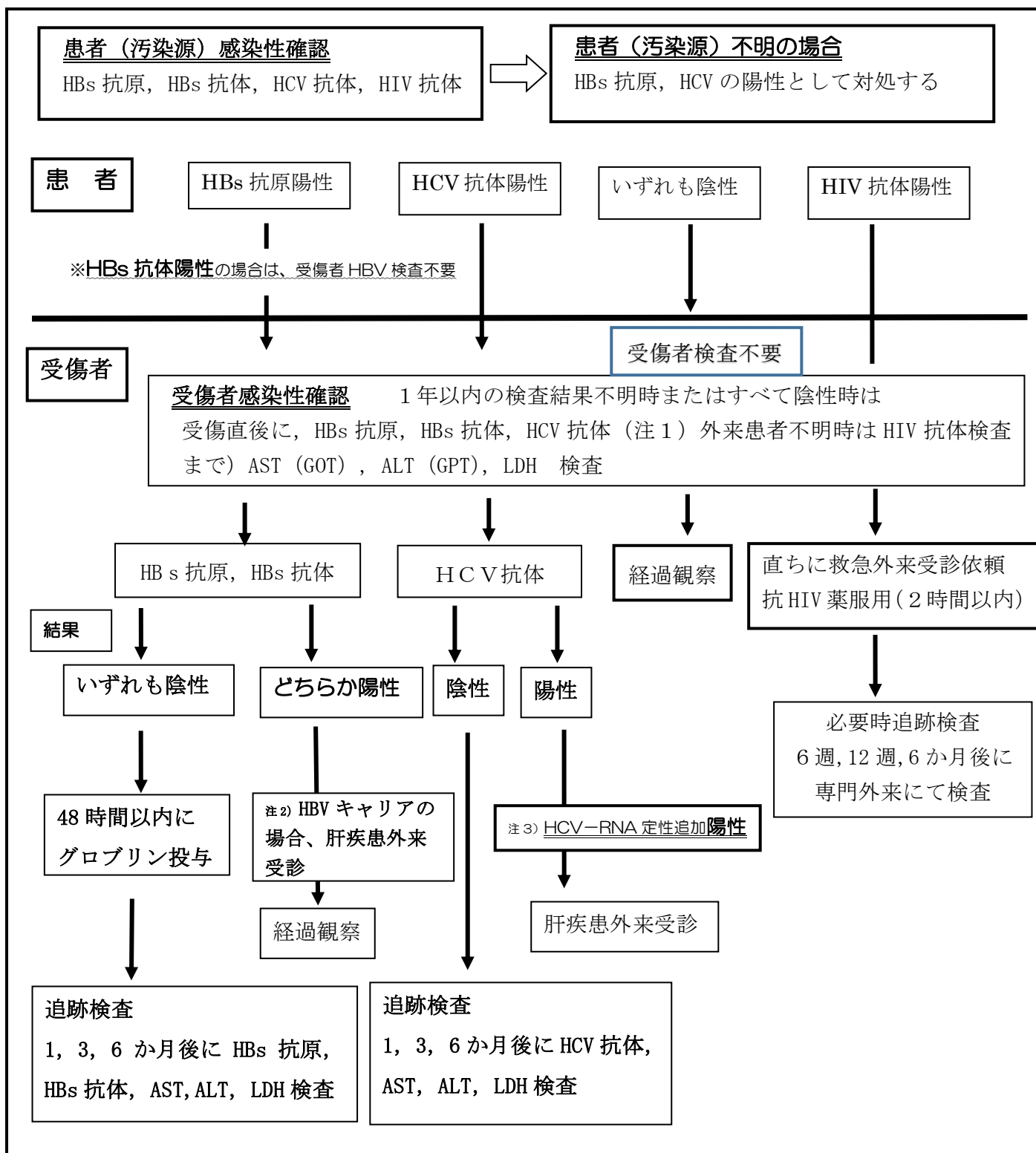
随伴症状→発熱・意識レベル低下など

肝炎ウイルス針刺し事故フローチャート



- 1) 患者及び本人の検査結果は各職場責任者が、理事長、委員長に速やかに報告する
- 2) 追跡調査は受傷後、1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後に GOT、GPT、LDH の測定を行う
- 3) 患者情報については、県立病院や大学からの添書に感染情報があればその結果を利用してよい
- 4) 本人のカルテを作成し、検査結果などの記載を定期的に行う。
ただし、HBs 抗原と HBs 抗体を同時に保険請求することは出来ない

針刺し事故、切創、口咬フローチャート



注1）HIV 抗体検査＝外来患者は患者不明時は施行。入院は対象患者有時のみ施行

注2）HBV キャリアの場合（HBs 抗原・抗体ともに陽性、または抗原陽性・抗体陰性の場合）は肝疾患外来受診

注3）受傷者がHCV陽性者で、HCV-RNA陰性の場合、過去の感染を示す。HCV-RNA陽性の場合
は新たな感染をしていることを示す。受傷直後にHCV抗体陽性の場合、受傷による感染ではない。

針刺し、口咬事故時、検査対応基準

	検査			結果解釈	
	項目	汚染源 結果	非汚染者 結果	感染の 可能性	感染予防 経過観察
HIV	HIV スクリーニング	陰性	不要	無し	不要
		陽性* ¹	陰性	有り	必要
			陽性	以前より感染	
HBV	HBs 抗原/抗体	陰性/不要	不要/不要	無し	不要
		陽性/不要	陰性/陰性	有り	必要
			陰性/陽性	無し	不要
			陽性/陽性	以前より感染	
HCV	HCV 抗体	陰性	不要	無し	不要
		陽性* ²	陰性	有り	必要
			陽性	以前より感染	
梅毒	RPR 抗体	陰性	不要	無し	不要
		陽性* ³	不要	有り	必要
HTLV- I	HTLV- I 抗体	陰性	不要	無し	不要
		陽性	陰性	有り	必要
			陽性	以前より感染	

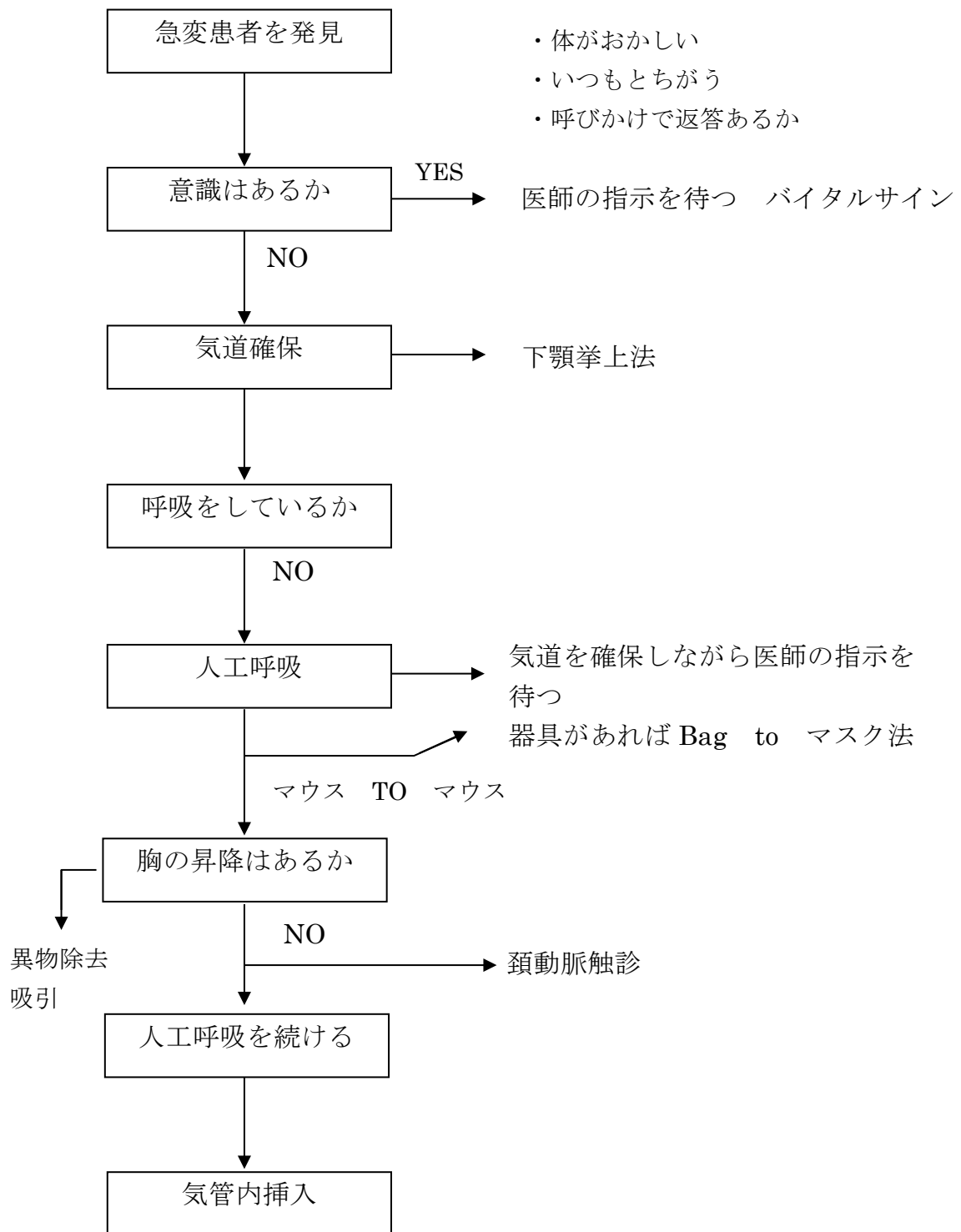
注)汚染源の検査結果が陰性であっても感染が強く疑われる場合は、経過観察を行います。

*1：HIV スクリーニング陽性結果については、後日、確認検査法（ウェスタンブロット法や RCR 法など）を用いて、HIV 感染者であることを確定する必要があります。

*2：HCV 抗体陽性結果は、感染または感染既往抗体の存在を意味することから、HCVcore 抗体や HCV-RNA 検査を実施し、HCV 感染者である事を確認する必要があります。さらに、HCV 既往抗体保有者が HCV に再感染したとの報告もあります。

*3：RPR 抗体陽性者については、梅毒 TP 抗体検査を実施して、梅毒抗体陽性者である事を確認する必要があります。ただし、梅毒抗体陽性者であっても血液中に梅毒トレポネーマが存在する可能性は極めて低いとされています。しかし、先天性梅毒児および梅毒Ⅰ期後半からⅡ期前半の症状を示す患者では血液中に梅毒トレポネーマが存在する可能性もあることから、注意が必要です。

急変患者の処置の流れ



他の看護師役割分担

- ・ハリーコールする
- ・蘇生に参加
- ・家族へ連絡
- ・他患者への配慮
- ・心電図モニター
- ・レスピレーター
- ・除細動器

緊急処置基準

患者さま（入院・外来・リハビリ室等）及び御家族に対する不測の事態に対して明記する。

※救急処置を行えないような場所で突然呼吸停止・意識消失・心停止などの緊急事態が発生した場合や停電など多人数の応援が必要とされる場合

①Dr ハリーの放送を医事総務課（内線 1 0 5）に依頼する。

「Dr ハリー放送をお願いします場所は〇〇です」発見者は落ち着いて伝える。

②医事総務課は「ハリーDr・ハリーDr〇〇までおいで下さい」を 3 回繰り返し放送する。

③放送を聴いた職員で、手のあいているスタッフは現場に向かう。

④速やかに、救急処置のできる場所（外来・病室）まで搬送する。

（無理に一人で起こそうとしたりしないで、応援が来るまでの間、呼びかけ意識レベルの確認や気道確保等を行う）

⑤医師の指示のもとに救命処置・検査を行う。

⑥必要時入院または転院する。

※リハビリ訓練等で患者様の状況が急変した場合

（NS や他のスタッフがおり多勢の手が要らない場合）

①速やかに患者様をベッドに臥床させる（必ず複数に職員にて）

②主治医・外来に TEL 急変を知らせる

③外来ナースは状況に応じて救急カート持参【通所や ST 室】

④病棟ナースは処置室準備・救急カート持参【リハビリ室】

救急力一ト
薬剂

救急カートチェックリスト

[illegible]

平成22年 8月改訂

【 救急カート常備品】

挿管セット バイドブロック スタイレット エアウェイ（口腔用・鼻腔用） 開口器 舌鉗子	ペアン 喉頭鏡 注射器 5 m l 固定用テープ キシロカインゼリー
その他 注射器各種 吸引チューブ バルーンカテーテル（閉鎖式） 酸素マスク	アンビューバック パルスオキシメーター 酸素ボンベ 心マッサージ用板 輸液セット （一般・小児用・三方活栓付き延長チューブ） サーフロー 三方活栓付き延長チューブ

心肺蘇生法（CardioPulmonaryResuscitation）とは、人工呼吸でもっとも効率の高い吸気蘇生法（Expired Air Resuscitation）と閉胸式心臓マッサージ（Close chest Cardiac Massage）を組み合わせた一連の救急救命活動の手技を言う。具体的な実施方法は実技で行うが、CPR を実施する際に特に注意しなければならない点を以下に上げる。

- 1.倒れるまでの前後を確認できていない状況下では、患者の状態を素早く観察すること。
例えば出血はないか、失禁していないか、嘔吐の後はないか、特に頭部、脊髄への損傷の可能性はないか
- 2.協力者の要請。できるだけ多くの人を呼びつける。（Dr ハリー）
- 3.周囲の状況を判断して実施する。
- 4.倒れている人に対し、絶えず声を掛け続け意識を呼び起こす努力を続ける
- 5.呼吸、脈拍の確認を絶えずする

ひとたび CPR をはじめたからには、意識がはっきりと回復するか、医師の判断を受けるまでは絶対に断続してはならない。

心肺蘇生法（CPR：cardio－pulmonary resuscitation）

1) 定義

A) 対象者

心肺停止患者（CPA：cardio-pulmonary arrest）

B) 目的

心拍、自発呼吸の再開を行い、脳の蘇生を行うこと

C) 分類

1 次救命処置 BLS (basic life support)

2 次救命処置 ACLS (advanced cardiovascular life support)

2) 心停止分類

- A) 心室拍動 (VF: ventricular fibrillation)
- B) 無脈性心室顔拍 (pulseless VT)
- C) 無脈性電気活動 (PEA: pulseless electrical activity)
- D) 心静止 (asystole)

3) 生き延びるための医療の鎖 (the chain of survival concept)

- A) 早く 119 番する (early access)
- B) 早く 1 次救命処置を行う (early CPR)
- C) 早く除拍動する (early defibrillation)
- D) 早く 2 次救命処置を行う (early advanced care)

4) 1 次救命処置 (BLS) = Primary ABCD

- A: airway 気道確保 (頭部後屈・あご先挙上)
- B: breathing 呼吸 (人工換気)
- C: circulation 循環 (心臓マッサージ)
- D: defibrillation 除拍動 (自動体外除細動器:AED)



あ、急変です！だれか来て下さい

1 次救命処置 (BLS) の実際

1) 気道確保の方法

- A) 頭部後屈・あご挙上
- B) 下顎押し出し法
- C) 経ロエアーウェイ
- D) 経鼻エアウェイ

a. オトガイ挙上法



b. 下顎挙上法



2) 呼吸 (人工換気)

- A) 自発呼吸がある時
経鼻カニューラ、酸素マスク、リザーパー付き酸素マスク
- B) 自発呼吸がない時
口対口 (マウスツォー・マウス)
口対マスクシールド (マウスツォー・マスクシールド)
口対マスク (ポケットマスク) (マウスツォー・マスク)
バッグ・バルブ・マスク (アンビユーパフグ)



3) 循環（心臓マッサージ）

胸骨下 1／3 が圧迫部位であり、この部位に両手の掌基部を重ねて置く。両翼は胸郭の真上になるようにし両肘をまっすぐに伸ばした状態で、上半身の体重をかけて胸骨を脊椎に対して垂直に 3～5cm 押し下げる。一人で行う場合は 100 回／分の速さで繰り返す。

肩と肘の位置



	胸を押す深さ	心臓マッサージ	2 人で行なう場合	1 人で行う場合
成人	3.5～5cm	80～100 回	心マ:人工呼吸 5 : 1	心マ:人工呼吸 30 : 2
小児	2.5～3.5cm	100～120 回	5 : 1	5 : 1
乳児	1.5～2.5cm	120 回以上	5 : 1	5 : 1

4) 電氣的除細動（自動体外除細動器:AED）

突然生じる非外傷性心停止はほとんどは心室拍動であり、治療方法は除細動のみである。

早期の除細動こそが多くを救命できる手段であり、ガイドライン 2000 では院外では 5 分以内、院内では 3 分以内にすべきだと勧告している。

心肺蘇生法を中止してよい条件

救急蘇生法のうち、心肺蘇生法を中止してよい条件

- ・有効な自発呼吸、循環が回復したとき
- ・他の人に心肺蘇生法を交代できるとき
- ・救助者に疲労や危険が迫り、心肺蘇生法ができなくなったとき

心肺機能が回復して、心肺蘇生法を中止した後も、傷病者の状態を観察し続け、再び呼吸や脈拍がなくなり、瞳孔が大きく開いてくれば、心肺蘇生法を再開します。

喉内異物

咳を続けさせる。指を入れる。叩打法(背部に回り、肩胛骨の間を掌打する)の実施。

過呼吸

ヒステリックやパニックに近い状態の中で陥りやすい症状である。メンタルなケアが大切であり、精神的な誘導が必要。従来は紙袋などを利用して吸気を減らす処置がよいとされていたが、狭心症の発作との誤判断が指摘されている。

喘息

気管支喘息発作による長時間(4～5 時間)の多呼吸は、多くの水分を息から放出するため脱水症に陥るケースがある。喘息の発作が本格的になると口からの水分補給は難しくなるため早めの水分補給が肝心である。

やけど

流水でしっかり冷やす

やけどをしたら、水ぶくれができていないか否かに関わらず、すぐに水道水などの流水で冷やすことが大切です。その際、以下の点に留意してください。

- 水道水で冷やす際、直接やけどに勢いよくかけるのではなく、患部の周辺に水を当てて流す
- 流水に当てるのが難しい場合は、洗面器などに水を貯めて患部を冷やす。
- 冷やす時間の目安は 10～30 分ぐらい。
- 体温の低下や更なる損傷を防ぐために長時間冷やしすぎない（特に寒い時期や、乳幼児・高齢者に配慮する）。
- 氷などを使う場合は清潔なガーゼ等でくるむようにする。

水ぶくれを清潔なガーゼ等で覆う

やけどをした皮膚は細菌に感染しやすくなっています。細菌感染をおこすと損傷が深くなり、治るまでに時間がかかる上、傷跡ややひきつれなどの後遺症がひどくなります。そこで、冷やした後に患部を清潔なガーゼ等で覆い、水ぶくれを破らないように保護します。

もし水ぶくれが破れてしまったら、患部にある薄い皮をはがさないように注意します。その場合も、流水で冷やした後に患部を清潔なガーゼ等で覆います。

事故当時者への対応

事故当時者および施設内職員に対して

事故により重大な結果を招いた場合、事故当時者のみならず当該部署全体も、自責の念と、さらに周囲の反応による影響もあり、精神的に混乱に陥る可能性が大きいいため、十分な配慮が必要である。

1) 事故当時者へのサポート

施設長・所属部長によるサポート：当事者にとっては大きな支えとなる。

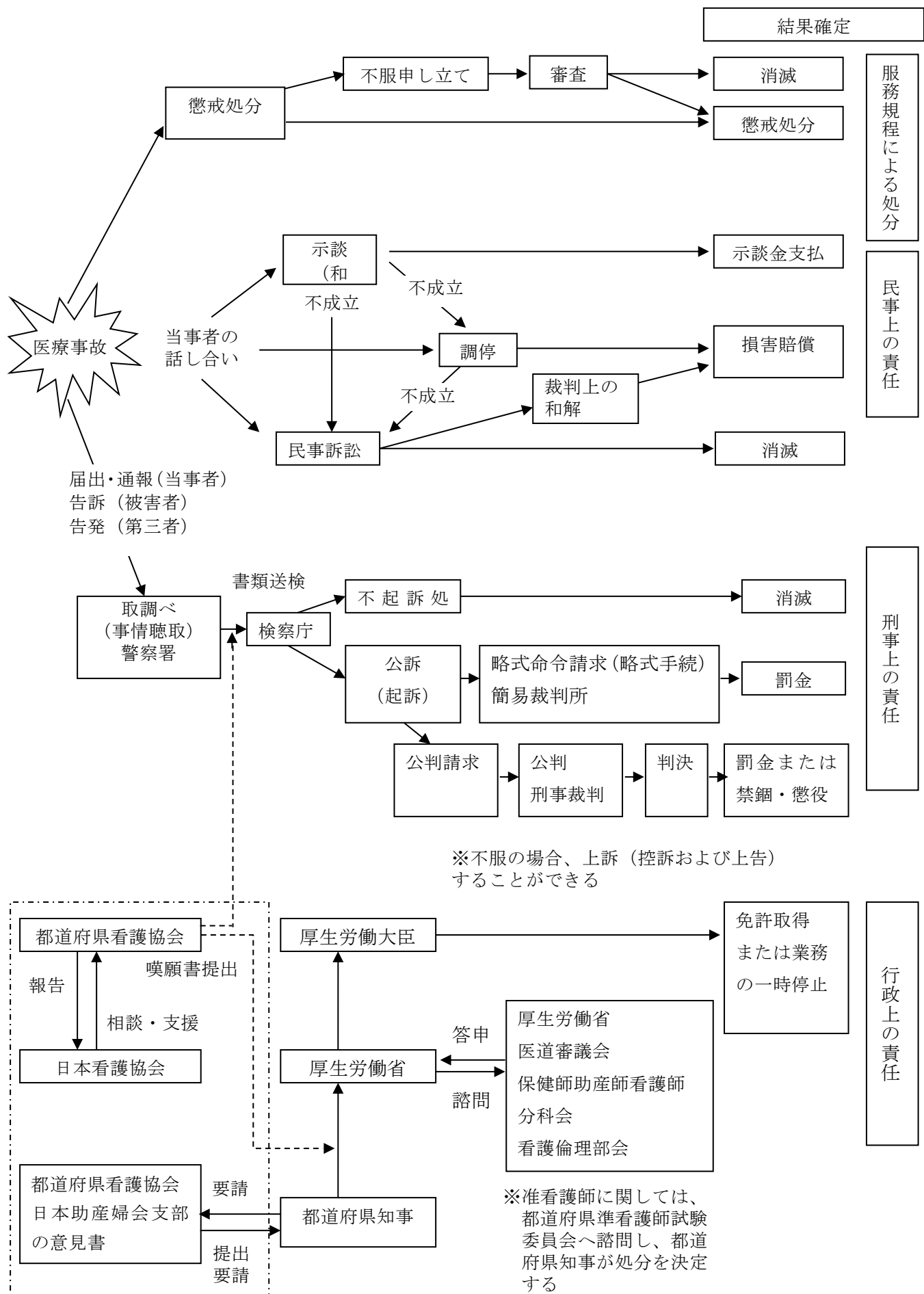
弁護士によるサポート：施設の顧問弁護士と面接することによって、今後の見通しが持て的確な対応ができる。必要時には個人的にも弁護士に相談し法的なアドバイスを受ける。

同僚による事故の共有：常時ともに働いている同僚が、事故の共感者に最もなれる立場に居る。チームとして体験を受け止めて立ち向かうためには、カンファレンスなどで話題にしていくことが必須である。

カウンセリング：精神科医・精神看護専門看護師（リエゾン看護師）などによるカウンセリングの機会を作る。このことにより不安の軽減が出来る。

勤務配慮：職場変更もありうる。当事者との話し合いおよびカウンセラーの情報を参考にして、当事者にとってより心身の緊張を緩和できる勤務配慮をする。今後の事故処理、及び周囲への影響を考慮して、そのまま同病院にとどまることが望ましい。退職にいたる事態を避ける。

家族への連絡：事故当時者が特に精神的な動揺が激しい場合は、直属の上司、あるいは看護部長が、事故当時者の家族に状況を伝え、双方から適切にサポートすることが必要な場合もある。



【参考資料 1】

看護師がエラーを起こしたときに上司や同僚から受けたサポート

種別	(i＝道具的サポート、a＝情緒的サポート)
「特に受けない」人が多いサポート	・患者（針刺し時は看護師）への影響を調べ処置する(i) ・エラーの後にすべきことをアドバイスする(i) ・上司は状況や原因を十分に聞く(i) ・処置後は普通の態度で接する(a)
「受けない」人が多いサポート	・状況や原因を検討しみなで対策を話し合う(i) ・組織としてエラーを防ぐ方法を考える(i) ・注意は他の人がいないところとする(a)
「受けない」人もいるが、 「受けないと思わない」人も多いサポート	・経験者からの体験談を聞く(i) ・なぐさめの言葉をかける(a) ・「相談相手になるよ」と声をかける(a) ・「思いつめないように」と声をかける(a)

註）道具的サポート：ストレスを解決するのに必要な資源を提供したり、資源を手に入れるための情報を与えたりする働きかけ。

情緒的サポート：ストレスに苦しむ人の自尊心や情緒に働きかけて、その人が自ら問題解決にあたるような状態に戻す。

携帯電話端末及び PHS 端末の電波が植込み型医療機器へ及ぼす影響を防止する為の事項
平成 19 年 4 月マニュアル追加項目

ア 植込み型医療機器の装着者は、携帯電話端末の使用及び携行に当たっては、携帯電話端末を植込み型医療機器の装着部位から 15 cm 程度以上離すこと。（平成 26 年改訂）
また、混雑した場所では付近で携帯電話端末が使用されている可能性があるため、十分に注意を払うこと。

イ 植込み型医療機器の装着者は、PHS 端末の使用に当たっては、アの携帯電話端末と同様に取り扱うこと。

PHS 端末を植込み型医療機器へ近づけた場合に全く影響を受けないわけではなく、まだ、PHS 端末と携帯電話端末は外見上容易に区別が付きにくく、慎重に取り扱うという意味で、携帯電話端末と同様に取り扱うことが望ましい。

ウ 携帯電話端末及び PHS 端末の所持者は、植込み型医療機器の装着者と近接した状態となる可能性がある場所（例：満員電車等）では、その携帯電話端末等の電源を切るよう配慮することが望ましい。

医療に起因する(疑いを含む)死亡事故が発生した場合の対応

各施設に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡事故で、管理者(理事長、委員長)が当該死亡を予期しなかったものが発生した場合は、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所、及びその他厚生労働省の定める事項を、医療事故調査・支援センターに報告する。

1.医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産の考え方

① 下記の「医療」に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産

(1) 診察

- 徴候、症状に関連するもの

(2) 検査等(経過観察を含む)

- 検体検査に関連するもの
- 生体検査に関連するもの
- 診断穿刺・検体採取に関連するもの
- 画像検査に関連するもの

(3) 治療(経過観察を含む)

- 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの
- リハビリテーションに関連するもの
- 処置に関連するもの
- 手術(分娩含む)に関連するもの
- 麻酔に関連するもの
- 放射線治療に関連するもの
- 医療機器の使用に関連するもの

(4) その他

以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合

- 療養に関連するもの
- 転倒・転落に関連するもの
- 誤嚥に関連するもの
- 患者の隔離・身体的拘束／身体拘束に関連するもの

② ①に含まれない死亡又は死産

<具体例>

(1) 施設管理に関連するもの

- 火災等に関連するもの
- 地震や落雷等、天災によるもの
- その他

(2) 併発症(提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患)

(3) 原病の進行

(4) 自殺(本人の意図によるもの)

(5) その他

-院内で発生した殺人・傷害致死、等

2. 医療機関からセンターへの事故の報告について

①医療機関からセンターへの報告方法

○センターへの報告は、次のいずれかの方法によって行うものとする。

-書面

-Web上のシステム

②医療機関からセンターへの報告事項

○病院等の管理者がセンターに報告を行わなければならない事項は、次のとおり。

法律で定められた事項

-日時/場所/診療科

-医療事故の状況

・疾患名/臨床経過等

・報告時点で把握している範囲

・調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。

-省令で定める事項

-連絡先

-医療機関名/所在地/管理者の氏名

-患者情報(性別/年齢等)

-医療事故調査計画と今後の予定

-その他管理者が必要と認めた情報

③医療機関からセンターへの報告期限

○個別の事案や事情等により、医療事故の判断に要する時間が異なることから具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告とする。

※ なお、「遅滞なく」とは、正当な理由無く漫然と遅延することは認められないという趣旨であり、当該事例ごとにできる限りすみや報告することが求められるもの。

3. 医療事故の遺族への説明事項等について

①「遺族」の範囲について

○遺族とは死亡した者の遺族を示し、同様に遺族の範囲を法令で定めないこととしている他法令(死体解剖保存法など)の例にならうこととする。

○遺族側で遺族の代表者を定めてもらい、遺族への説明等の手続はその代表者に対して行う。

②遺族への説明事項

○遺族へは、「センターへの報告事項」の内容を遺族にわかりやすく説明する。

○遺族へは、以下の事項を説明する。

(1)医療事故の日時、場所、状況

-日時/場所/診療科

-医療事故の状況

-疾患名/臨床経過等

-報告時点で把握している範囲

-調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については
不明と説明する。

(2) 制度の概要

(3) 院内事故調査の実施計画

(4) 解剖又は死亡時画像診断(Ai)が必要な場合の解剖又は死亡時画像診断(Ai)の
具体的実施内容などの同意取得のための事項

(5) 血液等の検体保存が必要な場合の説明

※なお、医療事故調査制度に関しては、平成 2 年厚生労働省令第 100 号「改正省令」に準じる。(別添)

(平成27年5月追加改訂)

事故対策マニュアル

文書番号(版):佐賀リハー医療安全—5(5)

発効日:H17. 1. 12

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

医療安全委員会

改定履歷

[illegible]

転倒・転落

	基本対策	ハイリスク対策
看護ケア・指導	・ADL を把握し、的確に援助する ・鎮痛剤、睡眠安定剤等の薬物使用状況を把握する ・日中の離床を促し昼夜のリズムをつける ・処置台、診察台の昇降時や車椅子移乗中は目を離さない ・薬剤、科学療法、治療の副作用により体力が低下し、転倒しやすいことを指導する ・動きやすい衣類、安定性のある履物を選択するよう指導する ・安静度、行動範囲の指導を患者の認識力に合わせて行う ・入院時、椅子・ベッドの上に立ち上がらないように指導する	・排泄パターン(頻度・時間)を把握し、排尿誘導をする ・患者の夜間の行動は、昼間のADL よりもランクを下げて援助する ・歩行できる患者はトイレに近い病室にする ・移乗介助時は麻痺・機能障害側に立つ ・体重の重い患者・麻痺の強い患者の場合、車椅子移乗時は2人で介助する ・患者の状態に応じ、巡視計画を立てる ・巡視時、患者の体位・位置・体動の変化を観察し安全な状態にする ・患者の状態により、必要時家族の協力を得る
環境対策 傷害の軽減 対策	・必要時ベッド柵を増やすまたは、除去する ・ベッドのストッパーを確実にかける ・ベッド周囲の配線コードや障害物の確認・整理をする ・廊下及び手すり周囲の障害物を除去する ・床、廊下、洗面所、トイレ等の水濡れがあったらすぐに拭く	・必要時、夜間枕灯をつけ、ベッド周囲の物が見やすいようにする ・必要時、フットライトをつけ、足元を見やすいようにする ・尿器・ポータブルトイレを適切な位置に設置する - 尿器・ポータブルトイレを使用している患者で必要に応じて素足で立てる滑り止め付きマットをすすめる ・患者の体格・状態にあった歩行補助器具の準備、調整を行う ・ペーパー・手拭き等を手の届く使いやすい所に置く ・手の届く所にスタッフコールを置く

平成27年4月1日改定

姓名

入院日

※意識障害 意識レベルⅢの患者は対象外とする。

佐賀リハビリテーション病院 2004年12月1日

入浴介助中の安全管理

	介助中の注意	環境の注意	対策
転倒・転落	1) 普通入浴 ・片麻痺患者は、わずかな目の離しで転倒の危険 ・片麻痺患者の立位での洗体は転倒の危険 ・麻痺や筋力低下の患者を一人で抱きかかえるのは危険 ・浴槽の出入り時は高低差と片足立ちでの乗り越えの際に危険 ・ふらつきのある患者に入浴後、立位での拭きや着衣は危険 2) 機械浴 ・ストレッチャーへの移乗時や側臥位での脱衣は危険 ・ストレッチャー上での患者の不随意運動、予期せぬ体動は危険	・自力座位不安定患者の浴室椅子使用は危険 ・浴室内、脱衣所でのすべりと段差は危険 ・ストレッチャー上での安全ベルトの確実な装着のチェック	・要介護者対介助人員とのバランス：入浴業務のマネージメントの必要性 ・浴槽内の椅子の改善 ・浴室・脱衣所の滑り止めや段差の解消 ・個別に応じた入浴介助手順の徹底
急変	・意識消失性疾患、血管疾患の患者に注意 ・高齢者は予測できないことも多い	・意識状態の確認 ・VS チェック ・ハリーコール	・酸素吸入などの必要物品整備
溺水	・片麻痺や筋力低下、ふらつき患者の浴槽内での自力座位は浮力に抗しきれない為危険 ・浴槽出入り時の浴槽内での転倒は危険 ・意識消失性疾患患者への目離しは危険	・人を呼ぶ ・ハリーコール	・浴槽内座位には固定用具が必要 ・患者を一人にしない ・緊急処置準備
熱傷	・知覚障害患者にシャワー扱いをまかせるのは危険 ・患者入浴中の熱湯の同時給湯は危険 ・温度設定に頼らない自らの湯温度確認	・とにかく冷やす ・ハリーコール	・取り扱いミスを考慮した温度設定の安全設計 ・温度確認を人任せにしない、自分の手で確認

内服薬の安全管理（誤薬）

要 因	対 策
1. 他の患者様の薬を間違っ服用させた。 *ディルームで食事をした際、他の患者様の手の届く所に薬を置いてしまった。 *同性の患者様がいたので薬を取り間違え *トレイから薬を取り出す時、名前を確認しなかった。 *別の患者様の名前が重なっていた。	・トレイから出す時、患者様に服用させる時、必ず本人かどうか薬に間違いはないかどうかを声出し合い、再度確認する。 ・フルネームで確認する。 ・仕事に追われやすい時は、特にミスを起こしやすいので細心の注意を払う。 ・スタッフ間で連帯プレーをとる。 ・思い込みをしない、自分で確認する。 ・配薬途中で中断せざる場合は、その場に配薬トレイは置かない。 ・必ず声を掛け合い確認し合う。
2. 薬の飲み忘れ *患者様が自室で食事をとっていたため、内服の確認ができなかった。床頭台に隠していた（眠剤・下剤等） *手渡したがゴミ箱に捨ててあった。 ・下剤等による下剤の恐怖心 ・眠剤によるふらつき *シロップ類は冷所保存のため、服用を忘れた。 *食前薬等の用法を守っていない。	・配薬時その場で内服の確認をする。 ・眠剤、下剤等が必要か否か状態を把握する。 配膳薬時内服の確認を怠った 1人で大丈夫と安心感があつた 患者様の一般状態の把握不足と薬に対しての説明不足 ・患者様へ服薬理由や用法を納得いくまで説明を行い、薬に対しての恐怖心を取り除く。 ・冷所保存の薬は特に飲み忘れ、飲ませ忘れが多く慌てて服用させるケースが多い。 - 目につく場所にメモ等して飲み忘れ、配薬忘れが無いようにする。 ・誰かが飲ませた。の思い込みはしないで、必ず声を掛け合う。 ・一般薬と違い、忘れがちになるが、配薬する人が責任を持って服用させる。 ・患者様へも内服指導を行う。 ・スタッフ間での声掛けをしあう。

3. 薬の種類や量を間違ってセットした。 * 処方箋の見落とし * 2回分セットされていた為、二重投与した * 飲んでない、を信用して飲ませた * 名前・薬の確認不足	・ 医師の指示書によく目を通す。 ・ 臨時薬、処方変更の際は、処方箋と照合する。 ・ 申し送りの徹底、充実を図る。 薬を取り出す時、移す時は、集中して名前・薬の確認を徹底する。 ①声に出して確認 名前 ： 日付 ： 食後 ②袋を開けるときの確認 名前 ： 日付 ： 食後 ③与薬後の確認 チェック表にサイン 名前 ： 日付 ： 食後 ④与薬BOXの確認 取り忘れないか!!
---	--

※服薬理由を熟知しているか

※病気や体の状態を把握しているか ⇒スタッフ自身が勉強する。

※渡す薬の作用と副作用を熟知しているか

思い込み・うっかり・馴れ・連携不足・確認不足は事故の元！！

医療安全委員会 平成 16 年4月1日 改定

チューブ類の管理

	看護・用具要因 【中】中心静脈カテ【ド】ドレーン【気】気管内チューブ 【膀】膀胱留置カテ【他】その他カテ、記載なしは共通	患者要因	対策
はずれ	・接続部の自然なはずれ、【中】では三方活栓部のはずれ圧倒的に多い ・【中】ではライン内圧亢進(三方開放忘れ、ライン屈曲)による接続部のはずれ ・処置後の接続甘さによるはずれ(【中】側注、ライン交換【気】痰吸引後) ・看護者による体位変換、ベッド挙上、寝衣交換、移乗(検査、ベッド、車椅子)	患者の自力行動 (トイレ、座位、立位)による力のかかりで接続部のはずれ、抜去	①三方活栓、輸液ポンプ、ドレーン操作、滴下調節の知識・技術の習得 ②チューブ装着患者の看護ケア技術の教育教化
閉塞／開放忘れ	・三方活栓の取り扱いエラーによる閉塞 ・【中】では輸液ポンプ操作エラー(クレンメ開放忘れ、電源スイッチ off、スタートボタンの押し忘れ)による閉塞、手動速度調節不良による閉塞 ・クランプ後の開放忘れ(【ド】排液捨て、ボトル交換後のクランプ【膀】リハビリ後、膀胱訓練の為のクランプ) ・電源プラグはずれによる機器停止で閉塞(【中】輸液ポンプ【ド】低圧持続吸引器) ・不慣れな器具で開閉の取り扱い分からず ・内容物による閉塞(【中】薬物反応の沈殿物【ド】排液物【気】痰【膀】沈殿物) ・不適切な体位・肢位による屈曲で閉塞 ・固定バンドや拘束帯によるチューブの巻き込み、押さえつけによる閉塞 ・看護者による体位変換、ベッド挙上、移乗時の際のクランプ後開放忘れ	患者の無意識行動(睡眠中の下敷き、体動、手の触れ)で接続部のはずれ・抜去、ライン・チューブの敷き込み、屈曲で閉塞 意識障害・痴呆患者のライン・チューブ・三方活栓のいじりによるはずれ、閉塞、及び自己抜去	
抜去	・挿入部の縫合糸(【中、ド、他】)、唾液で固定のテープがはがれ(【気】)による抜去 ・ケア(ガーゼ・首紐交換、髭剃り、口腔ケア)中、固定不良で抜去 ・ケア、処置中の咳や嘔吐により気管内チューブ抜去 ・看護者による体位変換、ベッド挙上、寝衣交換、移乗時力のかかりで抜去	状況により不動手袋着用 ・時間後との観察を徹底し、手指の硬直・拘縮を予防する	
切断	・包交時テープはがれず、ハサミ使用し誤切断	意識障害・痴呆患者のハサミによる切断	
その他	・胸腔ドレーン取り扱いエラー(クランプせずにはずす)	自殺企図で引きちぎり	

輸血の安全管理

業務プロセス	発生要因	対策
初回血液型検査	血液型判定の採血患者を間違える 採血スピッツの患者名間違い 血液を他患者名のスピッツに入れる 判定用血液を検査室で間違える 検査結果を他患者のカルテに貼付する	採血患者の確認のルール化 スピッツラベルの患者名記載の確認 1 患者単位のスピッツの準備と採血 判定結果は複数の関係者が行う 結果のカードックス貼付は名前を確認する
既検査結果の利用	既検査結果の利用の際に血液型を間違える	口頭伝達をしない 血液型検査結果コピーをカルテに貼付する
輸血の指示と指示受け	輸血伝票への血液型の書き間違い 他患者の血液型を見て輸血伝票に血液型を誤記する	緊急時でも口頭指示はしない 伝票記載の責任者の明確化 指示受け時の記載内容の確実なチェック体制
交差適合試験	交差適合試験判定の間違い	不慣れな検査者への院内教育体制 複数関係者による判定
輸血準備	他患者の血液を受領する 血液バックに患者名を間違えて記載する 間違った血液を準備する	受領時と患者名記載時の確実なチェック体制 複数患者の血液を同時に運搬しない 病棟保管は最小限とする 1 患者単位での運搬と保管
輸血実施	他患者に輸血を間違えて行う 隣の患者の点滴ラインにつなぐ	ベッドサイドでの患者名、カルテの血液型と輸血製剤の患者名、血液型の照合を徹底する
輸血後の確認		更新時には必ず再確認を行う ラインの挿入部から確認 不適合輸血発生時に速やかに対応をとるために、開始から 5～10 分間は患者の変化が把握できるよう、傍を離れない

施行時のチェックポイント	1. 事前準備:以下に書類が揃っていますか？ 1) 患者輸血同意書 2) 血液型判定の検査結果 (ABO式、Rh式) * 血液型判定結果は、患者本人に告げておくことが望ましい 3) 医師の指示書 (予定使用量、輸血製剤の書類) 4) 輸血申し込み伝票 (患者氏名、血液型、生年月日、輸血製剤の種類、予定使用量、使用日時が入力されたもの) 2. 輸血製剤の称号は、指を差しながら、復唱して確実に!! * 輸血製剤の受領時、準備時、実施時に、以下の項目を医師、看護師2人以上で照合し、サインを残す 1) 患者氏名、患者登録番号 (ID番号)、生年月日 2) 血液型判定の検査結果 (ABO式、Rh式) 3) 輸血製剤の血液型及び、血液製造番号 4) 輸血申込伝票の血液型及び血液製造番号 5) 交差適合試験結果 6) 有効期限 7) 輸血製剤の外観 (色調の異常、溶血や凝血塊の有無や容器の破損等) 3. 患者さんの取り違え防止!! 1) 自分の名前が名乗れる場合 患者自身に姓名を名乗って頂き、本人であるかどうか確かめる 2) 自分の名前が名乗れない場合 ベットサイドでカルテを用いて医師、看護師2人以上で患者の確認を行う * 同姓同名患者や、よく似た名前の患者が同じ日に輸血を必要とする場合もある。 日頃から患者登録番号 (ID番号) や生年月日、年齢等による個人の識別方法を取り決めておく 4. 輸血中の観察は、輸血開始後5分間と15分後がポイント!! 1) 輸血開始後5分間はベットサイドを離れず患者の状態を観察する ・輸血開始直後から即時型溶血反応 (血管痛、不快感、胸痛、顔面紅潮等) の症状が見られる為観察を怠らない 2) 輸血開始5分後ベットサイドを離れる際には、もう一度血液型を確認する 3) 発熱、蕁麻疹等のアレルギー症状が見られる場合があるため、輸血開始後15分ぐらい経過した時点で再度患者の状態を観察する。その後も適宜観察を続けて異常の早期発見に努める
---------------------	---

管理体制の整備	5.事故防止のための業務環境を整えよう！！ 1) 輸血施行手順の一連の流れを一人の看護師が担当できるような、業務環境を整える 2) 輸血準備及び実施は、一回に一患者每行う 3) 予定輸血は日勤帯に行えるよう、他部門と調整する 4) 輸血が安全に行われるように、輸血製剤払い出し部門(薬局)との連携をとる 5) 血液依頼伝票への誤記を防ぐ為に、輸血製剤の発注伝票は、複写式伝票を使用する 6) 輸血製剤の種類によって保管・管理法が異なる為、輸血製剤に適した保管・管理体制を整える 7) 夜間、祭日、緊急時の血液供給システム、救急蘇生物品・薬剤についても周知する 8) 日頃からマニュアルに基づいて、輸血製剤の取り扱いについて定期的に教育・訓練を行う
----------------	---

医療安全委員会 平成16年4月1日改定

輸液ポンプの安全管理

1) 開始時および追加時のチェックポイント	・輸液ライン・チューブ穿刺部位に問題がないかを 確認する
2) 取り扱い上の注意点	・必ずコンセントをつないでから、電源を入れる (コンセントをつながないと緊急アラームまたは 呼び出しアラームが鳴り、バッテリー表示が 点滅する)
3) 輸液セット	・クレンメは輸液ポンプ本体の下にもってくる ・コンセントを抜いて使用する時は、バッテリー 残量に注意する ・輸液セットに応じてポンプの条件を設定する ・気泡検出部、閉塞検出部に輸液ラインを確実に 押し込む
4) 最優先で防止すべきエラー	・輸液セットの瓶針を輸液パックに刺し、点滴筒の 約1／3まで薬液をためる ・アラームが鳴ったら、必ずクレンメを閉じてから ドアを開く ・予定量と流量の設定を確認し、設定後は再度 指差し確認をする

人工呼吸器の安全管理

1) 電源の管理	・コンセントへのプラグの差し込み忘れはないかを確認する ・清拭等の際にベッド柵が倒れて電源が遮断されていないか ・ベッドを移動させる時、コードが伸びプラグがはずれることはないか ・電源を確認しやすくする為、常にベッド周囲の物品整理を行う
2) 人工呼吸器の回路の管理	・人工呼吸器の回路のはずれが重大な事故の原因となる ・気管内チューブと蛇管との接続部でのトラブルが多い ⇒呼吸器作動中は常に接続部に対する注意を行う ・気管内圧のモニターを行い、適切なアラーム設定を行うことが重要 ・基本的にはアラーム設定の解除はしない ⇒痰吸引時等にアラームを解除し、その後再設定を忘れることも多い ・蛇管等にピンホールがあり、漏れを生じることがある ⇒酸素飽和度の推移を定期的にチェックし、気管内圧の低下がないかも注意する
3) 設定	・人工呼吸器の設定ミスが事故につながる ⇒呼吸回数、一回換気量、換気モードについて定期的に観察する
4) 加温加湿器	・加湿器の精製水と間違えて消毒薬を混入する ⇒精製水と消毒薬の容器が似ている事が原因であり、必ず加湿器用の精製水には大きくラベルを貼り、他の消毒薬と保管場所を変えておく ・加湿器の蓋がしっかり閉まっていない為、回路の漏れが生じる ⇒蓋がしっかり閉まっているか確認する。 また、アラームの設定を再確認しておく
5) 装着後、定時観察時およびケア後のチェック	・エラー発生の多い時間帯があり、特にケア後の回路のはずれ等にはモニターでの異常の早期発見とチェックリストによる呼吸状態のチェックが必要

人工呼吸器取り扱い(調節・管理)

<目的>

- ・ 自発的に呼吸状態が安定せず酸素療法、気道確保、気管内挿管等行っても呼吸状態が安定しない場合の処置
- ・呼吸数が毎分 40 以上5回以下の場合の呼吸改善
- ・急性呼吸不全を呈した場合

<人工呼吸器の使用に関して>

- ・医師の指示に基づき使用を行う。
- ・指示変更については医師にて行い、電子カルテへ入力指示変更となる。
- ・指示を受けた看護師は、処置・観察の実施前にカードックスの確認を行い全体へ申し送る。
- ・異常が発生した場合(故障)は、至急医師へ連絡し不備があれば、物品請求を薬剤師へ電話連絡し、請求書を提出する。
- ・医師と共に物品交換を行う。

<呼吸器、呼吸回路の管理>

- ・人工呼吸器は定期的に点検を行い、常時、使用可能の状態に準備しておく。
- ・人工呼吸器は処置室・器材庫に常備しておく。
- ・使用中は、各勤務に入る前には必ず呼吸回路の作動状況を常に確認しトラブル防止に努める。

<換気条件の確認>

- ・換気モード、換気量、呼吸回数、アラーム設定などが設定通りに作動している事を確認する。

<観察、治療、ケア>

- ①常時、人工呼吸器、呼吸回路が正常に作動していることを確認する。
- ②加湿器の蒸留水は毎日、呼吸回路は3～4日ごとに交換。使用後は洗浄、消毒を行う。
蒸留水の量の確認。
- ③蛇管、気管内チューブの折れ、捻じれ、接続部のゆるみの点検。ウォータートラップは患者より高くしない。蛇管に水がたまらないよう、患者の気道内に流入しないように除水を定期的に行う。
- ④患者の呼吸、循環、精神状態などの把握。
- ⑤洗浄・清拭・体位変換などのケアを実施。
- ⑥患者の状態に応じて換気条件の設定変更、薬物の投与、気道分泌地物の吸引、呼吸訓練などの治療を医師の指示のもとで実施する。
- ⑦ファイティングなどの合併症に適切に対応する。
- ⑧緊急時に備えて、アンビューバックを用意しておく。

酸素吸入の安全管理

1) 指示、投与法の誤認防止 2) 機器の取り扱いと確認不足の注意点 3) 酸素使用中の確認事項	①指示簿の入力 ・医師は、指示内容を指示簿に正確に入力する。 ②カルテの指示確認とサイン ・担当看護師が医師から指示を受け、サインをする。 ①準備と設置 ・担当看護師は、指示された方法で準備・設置する。 ・機器が正常に作動するか確認する。 ・酸素ボンベ使用時は、残量点検を必ず行う。 残量が少ない場合は必ず予備を準備する。 ①酸素吸入の開始 ・マスク・酸素カニューレの装着を確認する。 ・ルートを確認する。 ・流量計は浮き球の上端の目盛りを読む。 ・指示酸素流量をカードに明示し、流量計に下げ、 指示変更時は速やかに書き換える。 ・担当看護師は、指示された方法を再確認後、実施 サインをする。 ・担当看護師は、訪室時は必ず、酸素供給量と 器具を確認する。(訪室間隔は患者状態による) ・加湿器に蒸留水は、流量5L 以下の場合は、特に 医師の指示がない限り、感染対策上使用しない。 蒸留水を使用する場合は、1 日 1 回定時交換 する。 ②車椅子、ストレッチャー用の酸素ボンベの管理 ・酸素ボンベの残量点検を行う。 空の時は「空」と表示して置く。 ・常時予備を確保しておく。 ・酸素ボンベはボンベ立て等に立て、冷暗所に 保管する。
---	--

医療用ガス関連

	要因	対策
酸素ボンベについて	・新人による酸素ボンベの誤使用 ・内容の確認間違い ・ボンベの残量確認ミスによる移動中の酸素切れ ・検査待機中に酸素ボンベが空になる	・新人研修における医療ガスの取り扱いについての研修を行う ・必ず残量の確認を行い（使用前・後）、予備の酸素ボンベの準備を行う
酸素流量について	・吸引などの操作時に流量計を誤操作し、酸素量が低下する ・流量計の破損	・常にケアは、患者の酸素飽和濃度をチェックすることが重要
酸素インのはずれ	・患者の体位変換時や患者の恪勤による酸素ラインのはずれ	・ケア後には、全ての接続部のはずれがないかを定期的にチェックする

平成 16 年 4 月 1 日改定

食事（誤嚥・異食）

発 生 要 因	対 策
〈誤嚥〉 ・ 傾眠状態や接食意欲のない患者への強制的な食事介助 ・ 適切な摂取量の判断がつかない患者の一気に摂取による窒息 ・ 速すぎる食事介助のスピード ・ 摂食時の姿勢 ・ 摂取直後の仰臥位による逆流 ・ 窒息を起こしやすい食材、パンに注意 〈異食・誤飲〉 ・ 痴呆や、不穏症状がある （例） ・ スタッフステーション内に患者を待機させていた際、薬や軟膏、消毒薬を口にする ・ トイレ・浴室物品を口にする ・ 患者の持ち物 （袋菓子の中の乾燥剤、ちり紙等）	・ 眠剤、麻薬等の薬物による意識障害ならば投薬を調整し食事時間への影響を少なくする ・ 意欲のない患者には、空腹になる時間帯に摂取できるよう調整する ➡ いずれにしても強制的に摂取させるのは、危険 ・ 介助をする際は、側を離れない。どうしても離れなければいけない場合は他のスタッフに替わってもらう。 ・ 食物形態の調節 ・ 呑み込み（ゴックン）を確認して次の食物を運ぶ 介助する家族にも指導をしておく ・ 30 度位のリクライニング姿勢が解剖学的に気道へ食物が流れ込みにくい ・ 頭部はリラックスできる枕を後ろにつけて、顎を少し前に引くような軽く前屈した姿勢がよい ・ 摂取後、最低 30 分は腹部を圧迫しない程度に上体を起こしておく ・ 摂取後は口腔ケアを行っておく ＊適正な食事提供、摂食・嚥下訓練をすることが重要。日頃からスタッフ間で患者の情報を密に交換しコミュニケーションを図っていく ・ 患者から目を離す際は十分注意をする ・ 危険物は、必ず目の届かない、開きにくい棚、ケースに収納する ・ 袋ごとお菓子を与えない（家族にも注意を促す）

異食発見時の対応

● 呑み込みを防ぐ

- ・痴呆患者の呑み込みを発見した時は、慌てて大声を出したり、拘束したりすると口を固く閉じて攻撃的になったり、拒否反応を示すことがある

→穏やかに、落ち着いた声・態度で接する

(例)「それは食べられない物ですからこちらを召し上げて下さい」というように好物と交換する

※発熱、嘔吐、下痢等の身体症状の原因が異食であることもありえることを意識しておく

● 石油製品・酸・アルカリ製品の強制嘔吐は危険

- ・危険物を食べたり、飲んだりした時は原則として喉の奥を指で刺激して嘔吐させるが、意識混濁がある時は無理に吐かせようとする窒息を起こしたり、吐物が気管に入り肺炎の原因になったりする
- ・石油製品(灯油・シンナー・ベンジン等)は吐かせると、誤嚥して肺炎を引き起こす危険がある
- ・酸性・アルカリ性の強い製品(トイレ用洗剤・漂白剤等)を吐かせることにより、再度食道粘膜を損傷させる危険が非常に高い

医療安全委員会 平成16年12月1日作成

経鼻栄養チューブの誤挿入・誤注入事故を防ぐ

- ・経鼻栄養チューブは、栄養剤注入以外にも内服薬の注入など、看護師が日常的に使用しています。
- ・経鼻栄養チューブの事故を防ぐ為には、基本通りに確実に手順を守ることが原則です

1. マーキングの住設は正しいですか？
固定をしていても抜ける場合がある
2. 胃液(胃内容物)は引けますか？
3. 気泡音が聴取できますか？
聴診器を心窩部にあて、10～20ml前後の空気を素早く注入し、「ゴボッ」という気泡音を確認する
4. 高齢者や意識障害者は注意
万一、誤挿入の場合、咳き込み、チアノーゼ等の症状がすぐに現れるが、反射が弱く
分かりにくい場合もある
5. 栄養ラインを指でたどって確認
栄養剤・内服薬注入開始前に、鼻孔から注入口まで指でたどりながら、接続に間違いがないか
確認する
6. 胃液・気泡音を確認できない場合は、他の看護師や医師に確認を依頼する
7. これらを実施しても確認できない場合は、医師に報告(X線による確認が必要な場合がある)

医療安全委員会 平成16年1月作成

無断外泊・離院

●患者と連絡が取れない

【対策】

- ・患者の外出・外泊時は、行き先・連絡先を毎回確認する
- ・外出・外泊届の記入
- ・外出・外泊時間、又帰院時間の把握、(外出・外泊届、2号用紙への記入)

●離院

高齢者は入院に伴う環境の変化に適応しにくい

せん妄・痴呆のある患者は疾患による環境の変化に適応しにくい

【対策】

- ・患者の所在確認（特に入院当日、夜間の行動には注意する）
- ・離院の恐れがある患者の特徴を病棟だけでなく病院スタッフ全員がとらえておく

※もし患者が離院し、みつからなかった場合いつ公にするのか？

↓

家族と協議の上、公的機関に連絡する

医療安全委員会 平成16年12月1日作成

盗 難

状 況	対 策
・面会人を装って盗む 面会時間内に面会人を装って来棟し、衆目がなく隙がある患者を狙って盗む 【例】個室の患者が睡眠中に親戚のふりをして部屋に入り込み盗む ・家族が多く集まる場所に紛れ込んで盗む 入退院日には、家族・親類の出入りが多く病棟スタッフからみて見慣れない人間がいても違和感がないこうした状況で緊張状態にある患者・家族の隙を狙って盗む 【例】入院直後同室者が、出払った時に財布が盗まれる 家族が病室に置いたままにしていたバックの中から財布を盗む ・患者を呼び出し留守になった部屋に忍び込む 患者を電話などで呼び出し、部屋を留守にさせその間に盗む	・入院時のオリエンテーションで、院内の盗難事例を用いて具体的な発生状況を示して認識してもらっておく ・高額な現金・装身具は持ちこまないように説明をする ・スタッフは、患者や面会人に積極的にあいさつをする・声をかける ・面会人の把握と見慣れぬ人への不信感をもつ。常に目配り・気配り・心配り

<自殺について>

方法	対策	状況
<絞首> ●道具 腰ひも、ベルト、タオル、衣服 ストッキング、寝具、スタッフコール、医療用のチューブ、拘束帯 ●場所 *必ず、高い所とは限らない カーテンレール、空調、窓サッシの止め具、ベッド柵、点滴スタンド、ドアの取っ手、手すり <投身> *スタッフの注意の一瞬の隙を狙う 病室の窓やベランダ、屋上 *外出・外泊時 <動脈切断> カミソリ、ハサミ、果物ナイフ、ガラスの破片 <その他> ・消毒薬、漂白剤の服毒 ・薬剤の大量服用 ・ガラスや壁に突っ込む ・水に顔をつける（溺水） ・ビニール袋を頭からすっぽりかぶる（窒息） ・自分に火をつける ・口・鼻にティッシュペーパーをつめこむ ・乾電池を飲み込む	※具体的手段の取り除きは困難 ・自殺・自傷の危険性を予見できれば、手段の危険物を封じる環境対策を行う ・患者さんが発しているサインを見逃さない 患者さんの訴えによく耳を傾ける ・スタッフ間でのコミュニケーションを図り情報を共有化していく いつもと様子が違う、おかしいなと感じたら些細なことでも記録に残す ・目に付く場所へ薬は置かない ・危険と思われるものを本人の所より排除する	1. 悲観的言動 死にたい、生きていてもしょうがない、家に帰れないなら死ぬ、死ぬしかない 死んだほうがまし 2. 別れのあいさつ 「ありがとう」「さようなら」などの別れの言葉、高価なもの・大切にしていたものを他者に譲る、今まで話しかけてこなかった患者が急に話しかけてくる 3. 看護師のいつもと違うという印象 なんとなくいつもと違う感じ、ふと、なんとなく気になった、高所を見上げる、高所より下をのぞき込む 4. 不安を増強する状況の存在 長期入院患者が退院予定・社会復帰に向けて準備中、退院に対する強い不安、離婚、家族の死、家庭問題で悩み、転棟・転院 5. 不安定な病状や病態 病状不安定（興奮、不安が強い、不穏、妄想）、不眠の訴えが強い、当日の異常行動、拒食、問題行動の継続、麻薬の副作用による幻覚 6. 入院拒否 入院を納得せず、家に帰りたいがる

暴力行為

＜考えられる暴力の発生状況＞

- 飲酒患者・家族の暴力、アルコール禁断症状での暴力
 - ・ 患者から患者(家族も含む)への暴力に関しては、同室患者同士や迷惑家族と患者のトラブル ➡ 病棟内対人関係で発生した暴力
 - ・ 飲酒で易怒性の高まった患者の暴力
 - ・ アルコール禁断症状、痴呆 ➡ 精神症状による暴力

- 身体疾患に合併した不穏、せん妄による暴力
 - ・ 身体疾患（肝性脳症、癌のターミナル期、頭部外傷後遺）による不安・せん妄での暴力行為

- 医療への不満が背景にある暴力
 - ・ 治療方針に納得がいかない
 - ・ 診断が見つからない
 - ・ 看護師の業務・対応に対するイライラで誘発されたもの

- 不安定な精神症状が原因の暴力
 - ・ 妄想や幻聴に関連したもの
 - ・ 統合失調症患者の不安定な精神症状の結果

＜対策＞

- ・ 日頃から患者に対する対応・声掛けには十分注意する（思いやりのある対応）
- ・ 暴力が発生したら、一人で対応せずすぐにスタッフを呼ぶ
（男性スタッフがいるときは男性スタッフに来てもらう）

リハビリテーション部事故防止・対策マニュアル

目的 医療事故を防止し、安全かつ適切な医療の提供体制を確立することを目的とする。

1. リハビリテーション実施する場合の基準と事故防止対策

リハビリテーションを実施する場合は、患者様のリスク管理を適切に行い、安全に実施する。

訓練では、主治医からの指示を基本とする。リハビリ中に異常があれば、バイタルを確認し、主治医、看護師、他のスタッフに情報を伝える。座位が確立していない場合は、ベッドサイドで、バイタルを確認しながらギャッジアップから進めていく。進め方は、PT ベッドサイド訓練の進め方に沿って進める。訓練開始時には必ず体の調子はどうか確認してから行う。

リハビリテーション実施基準

訓練を中止したほうが良い場合

- ①安静時すでに脈拍 120/毎分以上
- ②拡張期血圧 120 以上
- ③収縮期血圧 200 以上
- ④動作時しばしば胸痛を起こすもの
- ⑤心房細動以外の著しい不整脈
- ⑥安静時すでに動悸・息切れのあるもの

途中で訓練を中止する場合

- ①運動中、中等度の呼吸困難が出現した場合
- ②運動中、めまい、吸気、狭心痛の出現した場合
- ③運動中、脈拍が 140/毎分以上になった場合
- ④運動中、収縮期血圧 40 閾 Hg 以上または、拡張期血圧 20 圓 Hg 以上上昇した場合

途中で訓練を休ませて様子を見る場合

- ①脈拍数が運動前の 30%以上増加した場合
- ②脈拍数が 120/毎分を超えた場合
- ③1分間 10 回以下の不整脈の出現
- ④軽い息切れ、動悸が現れた場合

その他、以下のことに注意しリハビリを実施する。

①初回評価実施時の注意

前入院先での情報を必ず確認し、現病歴、合併症、座位耐久性、ADL 能力、可動域制限、荷重量、を確認する。また、バイタルを確認してから実施する。

②バイタルが不安定な場合

主治医より必ず指示をもらい、必ずバイタルを訓練前後、途中で確認する。

測定した記録は、診療記録に入力する。進め方が難しい場合は、主治医と一緒に訓練を行う。

③ベッドサイドで行う場合の注意点

点滴やカテーテルに十分注意し、引き抜かないように行う。

IVH 部位の関節可動域訓練は行わない。

訓練終了後は、ベッド柵・ナースコールの位置が適切かを確認する。

2. 訓練を行なう場合の転倒転落・事故防止対策

- ①高次脳機能障害や座位バランスが悪い患者様の場合転倒される危険性が高いため十分注意して訓練を行う。能力を正しく評価する。電話に出たり、道具を準備するためにそばを離れる場合は、誰か他のスタッフに監視を依頼する。大丈夫だろうという過信が事故を招く。
- ②監視歩行中きちんと座ってしまわれるまで目を離さない。
座り損ねたり、座った直後の転倒がもっとも多い。
- ③介助に付く位置が悪いと十分支えきれない。床からの立ち上がりの介助の位置、歩行時、階段昇降時の介助の位置は特に注意する。また入浴時は、滑りやすく、急に倒れられるため即座に対応できるような位置で介助する。
- ④訓練を指導する場合は、一人でおこなっても安全かどうかをきちんと説明する。
また、自主訓練の内容も確認し、注意点や回数などきちんと指導する。
- ⑤外来患者様については、玄関から訓練室までの歩行状態について必ず確認し、
自立でない場合は、外来看護師と相談する。（介助が必要な場合は、家人やサービスを利用して介助してもらう。）
- ⑥感覚障害や身体失認・空間認知障害のある患者様の調理訓練を行う場合は、麻庫側の上肢の扱いに注意し、やけどを起こさないよう注意する。

3. 入院生活が安全に行なわれるための事故防止対策

- ①入院時に患者様の安全性についてアセスメントスコアシートを用いて評価し、危険性に応じて環境設定や情報提供を行う。アセスメントは、入院後毎月実施する。
- ②機能回復の変化に伴い危険性も異なるため、状況に応じて環境調整や情報提供を確実に行う。
- ③病棟で担当以外の患者様の ADL 状況についても把握するように努める。また、申し送る場合にも注意すべき事項は必ず申し送る
- ④病棟で転倒された場合は、担当者は必ず情報を入手し、担当間で話し合いを行い、対策を立てる。
話し合った内容は、カルテに入力する。
- ⑤家族の方への指導は、必ず行う。

4. 家屋査の交通事故・転倒防止対策

- ①家屋調査へいく場合は、患者様のバイタルを確認してから行う。無理して行わない。
- ②スタッフは、必ず免許証を携帯し、交通規則に基づき安全に運転する。
- ③患者様を車に同乗させる場合は、できるだけ後部座席とし、職員が横に座る。
- ④ 自宅へ到着したら患者様は、動こうとされるため必ず誰か患者様に付き添う。

5. 嚥下訓練を行なううえでの誤嚥防止対策

- ①嚥下訓練中は、意識障害の変化や SP02、むせの状態を観察し、段階的に進める。
- ②VF は、主治医と行い、吸引器を必ず準備しておく。
- ③嚥下の状態は、他のスタッフでも把握できるようノートや張り紙などにて申し送りを行う。

6.物理療法行なううえでの事故防止対策

物理療法を行う場合は、禁忌事項を把握し、患者様にも説明を行う。

- ①マイクロを行う場合は、金属が挿入されていないか。ペースメーカーを挿入されていないか。
ラメの服を着られていないか。金真の入ったコルセットやサポーターをつけられていないか。
シップやピップエレキバンなどつけられていないか。腫瘍の可能性はないか。確認する。
- ②干渉波・超音波をされる場合は、ペースメーカーを挿入されていないか確認する。
- ③ホットパックを行う場合は、シップを必ずはずしてもらう。
- ④感覚障害部位にホットパックを行う場合は、注意して行う。
- ⑤牽引を行う場合は、主治医の指示に従い腰椎牽引は、体重の 1/5、頸椎牽引は体重の 1/10 から開始し、初めて行う場合は、すぐに対応ができるよう監視の下で行う。
牽引力を増やす場合は、必ず主治医の指示をもらう。

平成 16 年 12 月 1 日改正

通所リハビリ 事故対策マニュアル

* 転倒

歩行レベル:移動時は必ず監視を行なう。また、歩行周辺に危険因子がないかスタッフで確認し、
声かけ・道具類があれば撤去する。

ロビーまでの長距離の歩行では、スタッフが監視につく。

車椅子レベル:車椅子駆動時、周りに歩行者がいないかの確認をスタッフで行なう。

トランスファーを行なう時は、スタッフの監視下で行なう。

バス昇降時:バス昇降時は、必ずスタッフが介助につく。その際、足を昇降台へきちんと乗せて
いるかの確認をし、座席に座るまで介助する。

自立している利用者も必ず監視を行ない、安全に行なうよう声かけする。

* 転落

ベッドへ臥床されている場合、転落の危険がないかスタッフで確認する。

危険要因があれば、スタッフで調整する。

ベッド端から起き上がる時は、スタッフが傍で監視し、安全のもと行なう。

* 送迎

バス利用:送迎助手は必ず、利用者の近くに座り、走行中の安全確認を行なう。

ストレッチャーバス:車椅子は必ずバスのベルトまたは固定器具にて固定する。

3台乗せた時の1台は固定器具がない為、送迎助手が傍に乗り走行中は
把持しておく。

乗用車・訪回車:乗車中は必ずシートベルトを着用する。

作成日:平成 17 年1月 25 日

患者間のトラブル

トラブルが予想される状況	チェックポイント	防止対策
●物の貸し借り ●食事の席順 ●車椅子の接触 ●廊下での立ち往生 ●手伝い（好意の仇） ●注意のトラブル ●いびきや行動	・身体状況、心理状況、環境の観察を行い人間関係の把握。親しい関係の人達を共通話題で明確にしておく。 ・状況把握に努め、精神状態の安定を図る。訴えに対し傾聴する姿勢を。 ・記憶障害のある人も本人の自尊心を傷つけないように対応する。 ・職員をフロアに配置 見守りの強化で事故防止に努める。 患者同士のトラブルが発生した際は二人別々に対応し、それぞれの言い分を聞く。職員は受容することが大切。二人の興奮が冷めてから仲介。お互い悪意がないことを説明。 ・金銭管理については書式を整え貸借が発生しないようにする。	◎事故を未然に防止するため、移動時の見守り誘導介助について申し合わせをする ◎移動スペースを十分に確保する ◎トラブルが予測される利用者同士の席に注意を払う。近い席に誘導しない ◎生活環境を整備し、設備や備品の安全確認をする ◎レクリエーション活動や趣味活動など興味を引く活動を増やしたり、また外出やドライブなど取り入れ、ストレスの軽減を図る。 ◎絵を飾る、音楽を流す 明るく居心地の良い環境づくり。 ◎金銭管理に援助が必要な人には何か購入した証明するものをとっておく。 ◎精神的安定を図る為、家族の面会を依頼する。

セクシュアルハラスメントの防止等に関する規程

(目 的)

第1条 この規程は、佐賀リハビリテーション病院におけるセクシュアルハラスメントの防止及び発生時における対応に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(定 義)

第2条 この規程において、セクシュアルハラスメントとは、次に掲げるものをいう。

(1)職場における職員の意に反する性的な言動に対する職員の対応により、当該職員が勤務条件等の不利益を受けること。

(2)職場における職員の意に反する性的な言動により、当該職員の就業環境が害されること。

(所属の長の責務)

第3条 理事長、委員長は、職員がその能力を十分発揮できるよう、就業環境を良好な状態に保つように努め、セクシュアルハラスメントの防止に関する措置を講ずるとともに、セクシュアルハラスメントが発生した場合においては、必要な措置を迅速かつ適切に講ずるものとする。

(職員の責務)

第4条 職員は、セクシュアルハラスメントを行わないようにしなければならない。

2. 職員を管理、監督する立場にある者は、日常の業務を通じたセクシュアルハラスメントの防止及び排除に努めなければならない。

(苦情の申出等)

第5条 理事長、委員長は、セクシュアルハラスメントに関する苦情の申出又は相談を行うことができる職員(以下「相談員」という)を任命するものとする。

2. 相談員は、セクシュアルハラスメントに関する苦情の申出等を受けたときは、あらかじめ作成したマニュアルに基づき、公正かつ真摯に対応するものとし、事実関係の確認、当該苦情の申出等に係る当事者に対する助言等により、問題を迅速かつ適切に解決するよう努めるものとする。

3. 前項の場合において、相談員は、必要な場合には速やかに人事担当部署に報告するものとする。

4. 職員は、相談員に対して苦情の申出等を行うほか、直接人事担当部署に対して苦情の申出等を行うことができる。

5. 前2項の場合において、人事担当部署は、苦情の申出等を行った職員等から事情の聴取を行う等の必要な調査を行い、当該職員等に対して指導、助言及び必要な斡旋等を行う等その内容や状況に応じ適切かつ柔軟に対処するものとする。

第6条 前条の苦情の申出等を行った職員は、そのことを理由として不利益を受けることはない。

(プライバシーの保護)

第7条 理事長、委員長は、セクシュアルハラスメントの防止等に関する措置を講ずるに当たっては、職員のプライバシーの保護に留意しなければならない。

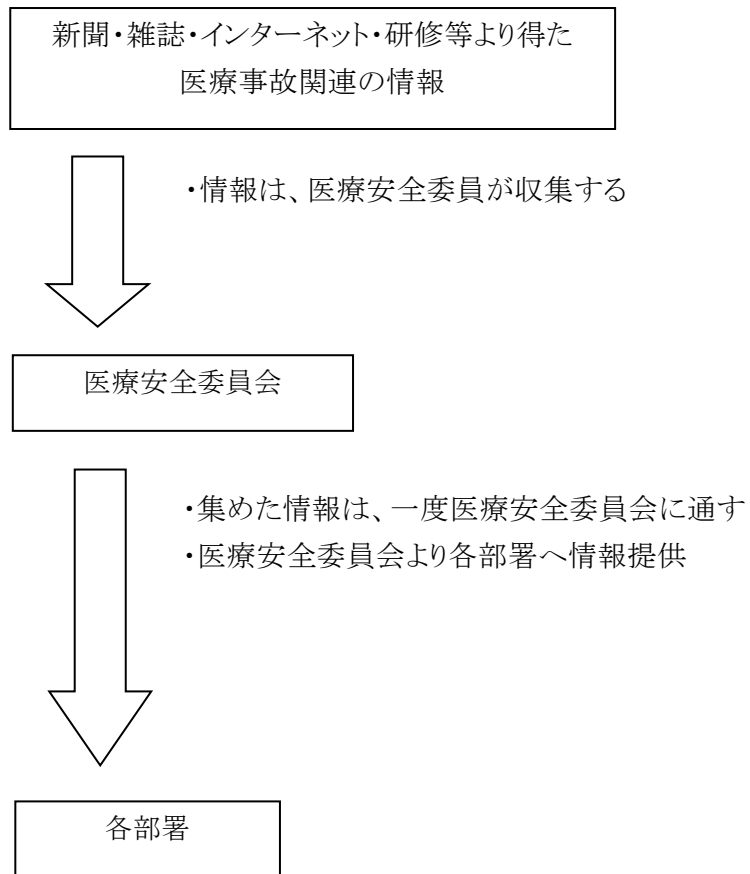
(懲戒処分)

第8条 セクシュアルハラスメントを行った職員は、情状により、就業規則に定めるところにより懲戒処分を受けることがある。

(特 例)

第9条 理事長、委員長は、特別の事情により、この規程により難しい場合においては、これと異なる取扱いをすることがある。

情報伝達収集マニュアル



・情報は、医療安全委員が収集する

・集めた情報は、一度医療安全委員会に通す
・医療安全委員会より各部署へ情報提供

・各部署では、スタッフ全員が情報を知ることが出来るよう配慮する
・スタッフは必ず目を通し、情報を把握する

平成17年2月24目作成