

身体拘束マニュアル

文書番号（版）：佐賀リハー医療安全－6（5）
発行日：H13.8.1.

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

改定履歷

[illegible]

身体拘束の適正化のための指針

I.基本方針

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。なお、やむを得ず、身体拘束を実施する場合は、下記事項を十分に配慮し実施する。

- ・患者さんを全人的に把握し、人権と意思、個人の尊厳を尊重する。
- ・スタッフが身体拘束について正しい知識と判断力を持ち行動する。
- ①適切な基本的ケアの徹底
- ②事故の起きない環境整備
- ③身体拘束を誘発する原因の追求、除去
- ④代替的なケアの確立
- ⑤身体拘束方法の統一
- ⑥身体拘束中患者さんの廃用症候群や身体・精神機能の低下防止

II.身体拘束の定義

- 1)徘徊しないように、車椅子・ベッドに体幹や四肢を紐などで縛る。
- 2)転落しない様にベッドに体幹や四肢を紐などで縛る。
- 3)自分で降りられないようにベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4)点滴・経管栄養のチューブを抜かないように四肢を紐などで縛る。
- 5)点滴・経管栄養のチューブを抜かないよう、または皮膚をかきむしらないように手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6)車椅子や椅子から落ちたり立ち上がったりしないように Y 字型拘束帯や腰ベルト車椅子テーブルをつける。
- 7)立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8)脱衣やおむつはずしを制限するために介護衣(つなぎ服)を着せる。
- 9)他人への迷惑行為を防ぐためにベッドなどに体幹や四肢を紐などで縛る
- 10)行動を落ち着かせるために向精神薬を過剰に服用させる。
- 11)自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

III.身体拘束の弊害

- 1)身体的弊害

関節拘縮、筋力低下、圧迫部位の徐長、褥瘡発生、食欲低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下、拘束中の無理な立ち上がり、ベッド柵を乗り越えての転倒・窒息など

2)精神的弊害

不安・怒り・屈辱・あきらめなど精神的苦痛、痴呆の進行、家族の精神的苦痛、介護する

1. スタッフのケアに対する誇りの喪失、安易な拘束による士気の低下

3)社会的弊害

施設や福祉に対する社会的な不信・偏見を引き起こす。心身機能や QOL の低下が新たな医療処置を生じさせ経済への影響をもたらす。

4)拘束によって高齢者の死期を早める結果にもなりかねない。

IV.緊急やむを得ない場合

◎緊急やむを得ない場合とは、次の 3 つの要件をすべて満たすこと。

①切迫性

患者本人または他の患者の生命または身体が、危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

②非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護介護方法がないこと。

③一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

V.身体拘束(拘束ゼロ宣言)

1)身体拘束をやめることを決意し実行する。

2)身体拘束がもたらす精神的身体的な弊害を自覚する。

3)看護・介護技術の向上・研究に努める。

} 医療安全委員会で
取り組む

VI.身体拘束廃止のための実践計画

1)組織全体での対応

①身体拘束最小化チームの設置と多職種検討会の実施

① 医療安全委員会への報告と適正化のための検討

② 医療安全委員会での決定事項の職員への周知

③ 職員への、教育研修を行う

2)身体拘束の弊害の認識及び看護・介護技術の向上

①研修会情報交換等の実施・参加

3)身体拘束を必要としない状況の実現

①身体拘束廃止のための看護計画と実践記録、評価

②医療・福祉機器の整備・導入

4)事故の起きない環境整備

①事故防止マニュアルの作成(事故防止委員会マニュアル参照)

②事故原因分析委員会の設置

③事故の適切な処置と家族への速やかな連絡・説明

5)緊急やむを得ない場合の身体拘束

- ①緊急やむを得ない身体拘束に係わる手続きマニュアルの作成
- ②身体拘束記録整備
- ③患者又は家族への説明・同意者による確認

VIII.身体拘束マニュアルを行う場合の手続き

- 1)切迫性・非代替性・一時性の要件を満たすかどうかを一部のスタッフだけで判断するのではなく病棟全体として判断する。
- 2)病棟のスタッフ間で身体拘束の必要性があると判断される患者がいる場合は、
身体拘束最小化チームで話し合い、理事長、委員長へ報告し手続きを取る。
夜間帯の場合は、オンコール者・当直 Dr.及び主治医へ報告し、必要性があれば手続きをとる。
- 3)患者本人や家族に対して、身体拘束の目的、内容、理由、拘束の時間、時間帯、期間などをできる限り詳細に説明し、十分な理解を求める。
その際には理事長、委員長や医師、その他現場の責任者から説明を行うなど
説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。(ex.誰が誰に説明したのか必ず記録しておく。)
- 4)「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に合わなくなった場合には直ちに解除すること。看護計画により発生事項をそのつど評価・修正していく。**身体拘束最小化チームにおいて、多職種での検討会を最低週に1回以上行い、記録する。**
- 5)身体拘束を始めてから以降は、その内容、時間、利用者の心身状況、緊急やむを得なかった理由を記録しておく。
- 6)不動手袋を使用した場合、時間おきの局所の観察を怠らない。
皮膚トラブル、循環障害、末梢神経障害などの有無確認

IX.身体拘束廃止のための看護

1)身体拘束せずに行う3つの原則

- ①身体拘束を誘発する原因を探り、除去する。
- ②**6つ**の基本ケアを徹底する。
- ③身体拘束廃止をきっかけに「より良いケア」の実現。

2)身体拘束廃止にむけてまずなすべきこと

- ①トップが決意し施設や病院が一丸となって取り組む。
- ②みんなで議論し共有の意識を持つ。
- ③まず身体拘束を必要としない状態実現を目指す。
- ④事故の起さない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
- ④常に代替的な方法を考え、身体拘束するケースは極めて限定的に。

3)身体拘束をやめるための具体策

点滴や経管栄養 (S チューブ・PEG チューブ) 等管を抜く	①経管栄養等に頼らず口から食べることができるかどうか十分に検討する。 ②管・ルートが利用者に見えないようにする。 ③点滴をする時間や場所,環境などを選び適切な設定をする。 ④処置内容を個別に検討し,残された時間の QOL がより高く維持できるようにする ⑤ 観察しやすくする
ベッドからの転落	①ベッドからの離床 ②ベッドの高低の調節。 ③床にマットを敷き,床マットで休んでもらう。
車椅子からの転落	①身体にあった車椅子や椅子を利用する。 ②ずり落ちないように見守る。観察場所の工夫。 ③滑りにくいメッシュマットの活用。 ④筋力アップのリハビリテーションと突発的な行動の防止のための適度な刺激。
おむつを外す	①おむつに頼らない排泄をめざす。 ②排泄パターンのアセスメント計画をたて、事前のトイレ誘導、排泄後すぐの交換。交換の清潔ケアの徹底。 ③滑りにくいメッシュマットの活用。 ④就寝前にトイレ誘導を欠かさない。 ⑤徘徊や興奮、表情に変化のある時の原因の一つとして念頭におく。 ⑥ 排泄のコントロール
転倒	①立ちあがる原因や目的を究明し、それを除くようにする ②ゴム底などの滑りにくい履物の着用。 ③手すり等のきめ細かな設置など、環境のセッティング。 ④トイレなどの必要個所の常時点灯。 ⑤敷物・カーペット類の固定、コード類障害物の排除。 ⑥利用者の転倒に関する適切な評価によってスタッフ全員が共通の事故防止の認識を持つ。 ⑦リハビリテーションによる体力とバランス能力向上。 ⑧アクティビティ活動などの適切な刺激。 ⑨突発的な行動の要因となる不安・不眠症状の除去。 ⑩眠前薬などの原因性要因の検討。

皮膚を掻きむしる・ 不潔行為	①清潔にしてかゆみや不快感を除去。 ②会話やアクティビティ活動などで注意を他にそらす。 ③爪を短くし皮膚を傷つけないようにする
暴力行為	①興奮・暴力行為の原因の推測とその対応。 ②ケア側の態度やことばづかいなど対応方法の吟味。
徘徊	①徘徊そのものを問腫と考えるのではなく、その様な行動をする原因・理由を究明し対応策をとる。 ②転倒しても骨折やけがをしないような環境を整える。 ③スキンシップを図る、見守りを強化・工夫するなど、常に高齢者に関心を寄せておく。 ④服装や体型など把握し、離院・離棟の際の応援体制を整えておく。

※基本的ケアを見直し、拘束はしないこと。

「当院の目標は、寝たきり防止・在宅復帰にある」

1.起こす(寝かせきりにしない) : ベッドから起こす。

起し続けるのではなく、休息リズムの検討

日常生活の区分—食事は食堂でを基本

2.睡眠 : 「昼起き」 夜眠る。生活にリズムをつける。

3.経口摂取(栄養、水分の補給): 咀嚼、嚥下の強化—嚥下運動、アイスマッサージ

食べてもらう工夫、介助技術を高める(食事形態)

食事の回数や食事時間の延長など工夫

水分補給の工夫—とろみをつけたりゼリー状にするなど

自助具や容器の工夫

4.排泄の自立 : おむつは人間の尊厳を奪う認識の元に最終手段とする。

排泄パターンを知り、事前誘導等の排泄管理

5.清潔 : 褥疹、かゆみの除去。シャワー浴をし・衣類の交換。

口腔ケア手浴、足浴

6.アクティビティ : レクリエーション、訓練などにより良い刺激を与える。

身体拘束開始・解除基準

身体拘束に関しては以下の流れを検討して慎重に行う(別紙。フォーマット参照)

- (ア) 拘束の基本方針の理解
- (イ) 拘束適応となる条件の理解
- (ウ) 拘束による弊害の理解
- (エ) 拘束が対象となる不適応行動の理解
- (オ) 不適応行動が予測される状況を検討
- (カ) 不適応行動を起さないための看護介入
- (キ) 医師・看護師・多職種によるアセスメント
- (ク) 身体拘束最小化チームにおいて、検討・評価
- (ケ) 拘束のルール・方法の確認、検討
- (コ) 家族との連携、説明、同意の確認
- (サ) 看護計画の立案とアセスメント記録
- (シ) 看護介入
- (ス) 記録(実施一看護計画一介入一評価の過程を記録に残す)
- (セ) 最低週1回の身体拘束最小化チームでの検討を行い、適正化に努める

原則拘束はしない。

※やむを得ず、本人家族同意の上、拘束せざる場合においては早急に拘束を介助する努力を行う

※その人の意思を尊重し、可能な方法を見出す努力をすること。

拘束方法

- ☐ミトン型手袋 ☐ベッド柵 (4点)
- ☐つなぎ寝衣 ☐抑制帯 ☐体幹抑制ベルト (車椅子用)
- ☐その他 (強い向精神薬による抑制、鍵をかけて個室など入れるなど)

以上の方法は拘束に関する説明を行い同意書(承諾)を頂く。

解除基準

- 1.危険行動が無くなった時
- 2.危険性が回避できる時
- 3.ADLが上がった時
- 4.環境に慣れた時
- 5.意思の疎通が図れるようになった時
- 6.その人に合う代替方法をみつけた時

※1～6を解除基準とし、専任の医師・看護師を含む検討会で決定する

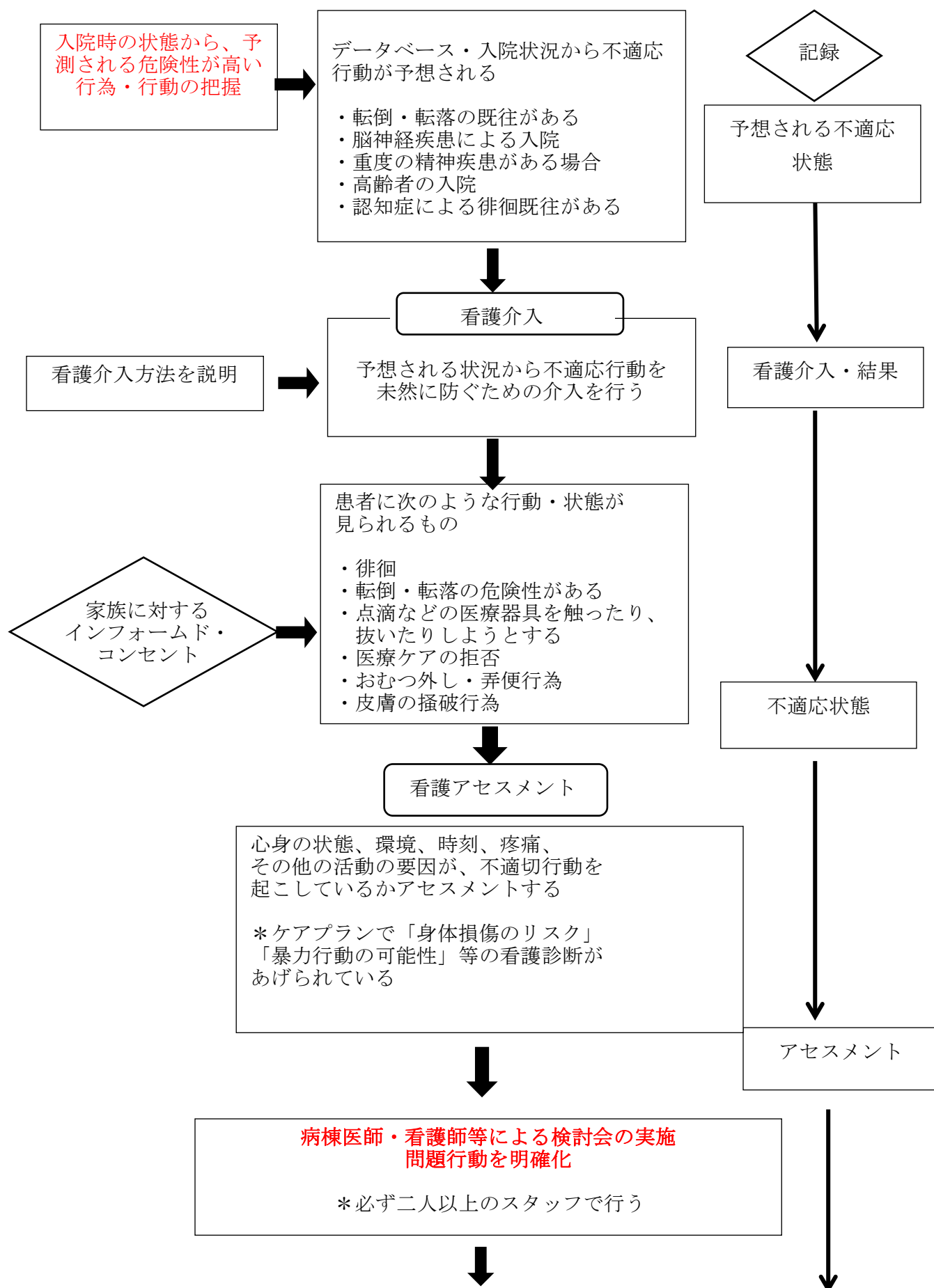
平成16年12月28日作成

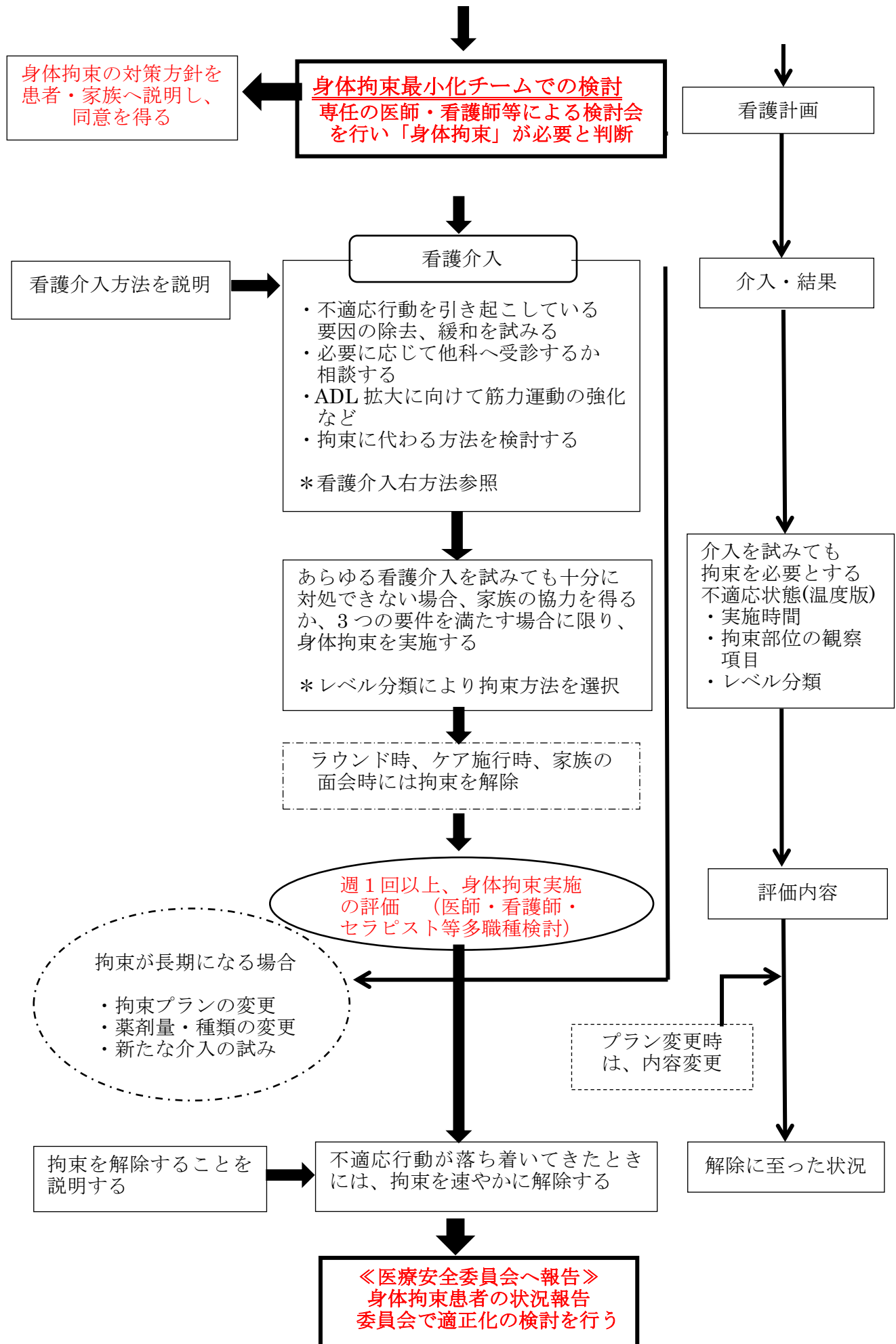
平成22年6月1日改正

平成30年8月24日改正

令和6年4月17日改正

身体拘束実施・早期解除フローチャート





身体的拘束に関する説明と同意書

陪病棟

1. 患者さんの状態が下記のABCをすべて満たしている為、緊急やむを得ず、下記の方法と時間帯において最小限度の身体的拘束をさせていただきます。
2. ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束します。

記

A 入院患者本人、または他の入院患者等の、生命又は身体が危険にさらされる可能性が、著しく高い
B 身体的拘束その他の行動制限を行う以外に、患者さんの安全を確保する方法がない
C 身体的拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	☐ チューブ類の自己抜去 ☐ 危険な行動及び移動 ☐ 転落の危険 ☐ その他（
身体的拘束の方法 (場所、更衣(部位、内容))	☐ ミン型手袋 ☐ 抑制帯 ☐ 体幹抑制ベルト(車椅子用) ☐ つなぎ寝衣 ☐ ベッド4点柵 ☐ その他()
拘束の時間帯及び時間	☐ 常時 ☐ 経管栄養時 ☐ 点滴・処置時 ☐ 夜間帯 (☐ 19:00～7:00 ☐ 21:00～7:00 ☐ 0:00～7:00) ☐ 車椅子乗車時 ☐ その他の時間帯 ()
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	年 月 日から 年 月 日まで

上記の通り実施いたします。

年 月 日

医療法人智仁会 佐賀リハビリテーション病院 理事長： 吉原正博 印

主治医： 印

病棟課長： 印

担当看護師： 印

上記の件について説明を受け、同意いたします。

年 月 日

氏名 _____ 印 _____

(患者との続柄)

【記録】		緊急やむを得ない身体拘束に関する評価と経過観察・再検討記録		
		様		
身体拘束開始初期評価		R 年 月 日		
身体拘束の必要性	患者の状態	意識レベル (JCS)	☐ 認知症判断不明 ☐ I-1 ☐ I-2 ☐ 1-3 ☐ II-10 ☐ II-20 ☐ II-30 ☐ III-100	☐ 転倒転落の危険性がある ☐ 挿入ルートの自己抜去等の危険性がある
		不穏・せん妄	☐ あり ☐ なし	☐ 歩行制限・荷重制限が守れず患部の安静が保てない
		認知症の状態	☐ あり (状況悪化 有) ☐ なし FIM認知項目 ☐ 15点以下 ☐ 10点以下	☐ 不穏・せん妄等による医療ケアの拒否行動がある ☐ 徘徊による離棟・離院により、危険事故の発生危険
		挿入中のルート	☐ 気管内挿管(気切チューブ類含) ☐ CVルート ☐ 末梢ルート ☐ 栄養チューブ ☐ ドレーン ☐ 尿道カテーテル	☐ 自傷行為がある ☐ 暴力行為がある ☐ 便いじりなどの不潔行為がある
		転倒転落歴	☐ あり ☐ なし	☐ その他
		自己抜去歴	☐ あり ☐ なし	身体拘束 必要性
		自傷・他傷歴	☐ あり ☐ なし	
		不潔行為	☐ あり () ☐ なし	☐ 切迫性あり ☐ 非代替方法 ☐ 一時性
		現在行っている身体拘束回避の介入	☐ 問題行動の原因について病棟検討会を行った ☐ 患者へ説明・協力依頼を行った ☐ 安心できる環境の調整(家族面会・ベットの位置高さ調節・生活リズム等)の工夫 ☐ ルート・チューブ類の固定の工夫 ☐ せん妄予防のための内服・外用薬の使用	☐ 看護計画立案し、経過を記録・アセスメントしている ☐ 転倒防止のための離床センサー等使用 ☐ ルート・チューブ類の必要性の検討 ☐ 苦痛を伴う治療法の変更もしくは中止の検討
		拘束の必要時間	☐ 常時 ☐ 経管栄養時 ☐ 点滴・処置時 ☐ 車椅子乗車時 ☐ その他() ☐ 夜間帯 ☐ 19:00~7:00 ☐ 21:00~7:00 ☐ 0:00~7:00	身体拘束の部位 ☐ 上肢・下肢 抑制帯 ☐ ベット柵 ☐ 体幹抑制(車椅子等) ☐ つなぎ服 ☐ 部屋隔離 ☐ その他()
主治医氏名: 専任医師確認:		専任看護師確認:		
看護師氏名:				
セラピスト・MSW・薬剤師等 氏名:				
身体拘束継続評価実施日		R 年 月 日		
継続して身体拘束が必要な理由	患者の状態等と身体拘束継続の有無		身体拘束の方法と解除の検討	
	☐ 転倒転落の危険性が持続 ☐ 自傷行為や他患者や周囲への及ぼす危険が持続 ☐ 点滴他のチューブ類・医療機器を抜いたり等、危険行為が持続 ☐ リハビリ段階による歩行制限・荷重制限が守れず必要な安静が保てない ☐ 不穏・せん妄などがあり、医療ケアの拒否行動が持続 ☐ 離棟・離院の危険性が持続 ☐ その他の危険性行為がある()		☐ 上肢・下肢 抑制帯 ☐ ベット柵 ☐ 体幹抑制(車椅子等) ☐ つなぎ服 ☐ 部屋隔離 ☐ その他() ☐ 前回と同じ方法継続	
	☐ 問題行動の原因について病棟検討会を行った ☐ 看護計画立案し、経過を記録・アセスメントしている ☐ 患者へ説明・協力依頼を行った ☐ 転倒防止のための離床センサー等使用 ☐ 安心できる環境の調整(家族面会・ベットの位置高さ調節・生活リズム等)の工夫 ☐ ルート・チューブ類の固定の工夫 ☐ ルート・チューブ類の必要性の検討 ☐ せん妄予防のための内服・外用薬の使用 ☐ 苦痛を伴う治療法の変更もしくは中止の検討		☐ 上肢・下肢 抑制帯 ☐ ベット柵 ☐ 体幹抑制(車椅子等) ☐ つなぎ服 ☐ 部屋隔離 ☐ その他()	
	☐ 常時 ☐ 経管栄養時 ☐ 点滴・処置時 ☐ 車椅子乗車時 ☐ その他() ☐ 夜間帯 ☐ 19:00~7:00 ☐ 21:00~7:00 ☐ 0:00~7:00		☐ 危険行動がなくなった ☐ 転倒転落のリスク回避 ☐ 身体拘束なしで治療可能状態 ☐ その他()	
身体拘束に伴う観察	皮膚のトラブル ☐ あり() ☐ なし 循環障害 ☐ あり() ☐ なし 末梢神経障害 ☐ あり() ☐ なし 身体拘束による患者の苦痛増大 ☐ あり ☐ なし		身体拘束がなくなった場合の理由	
	主治医氏名: 専任医師確認:		専任看護師確認:	
	看護師氏名:			
	セラピスト・MSW・薬剤師等 氏名:			
身体拘束判断実施者 (必ず2名以上)				

身体拘束以外の見守りまたは行動制限について

患者の安全を見守るための方法(クリップコール・センサーマット)などを使用する場合には以下に留意する。

- ① 患者の状況に応じて、まずは身体拘束の見守りや行動制限の方法を選択する。
- ② 離床や転倒・転落の検知、介助の目的でクリップコールを使用する場合には身体拘束とせずにスタッフコールの代用として取り扱うこととする。
- ③ 見守り及び行動制限開始の判断および患者または患者家族等への説明を看護師より行う。
- ④ センサーマットは、適切な位置への設置および動作確認をする。
- ⑤ 身体拘束以外の行動制限を行う場合でも、早期に解除できるように努める。
- ⑥ 言葉で患者の行動を制限する「スピーチロック」(“動かないで”“立たないで”等)に該当するような行動を抑制する言い方を「質問」や「依頼」に言い換えることを習慣づける。
- ⑦ 処置や移動時に、患者本人または患者家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合であって、使用している間、常にスタッフが介助等のため、患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除をした場合とする。

鎮静を目的とした薬剤の適正使用について

環境調整や非薬物療法で改善が見られない場合、入院患者の鎮静を目的とした薬剤投与は、医師の指示簿にて対応する。鎮静目的の薬剤の特性を踏まえた上で投与後の患者観察を行う。

- ① 患者・患者家族等に使用の可能性、副作用などを説明し同意を得る。
- ② 行動を落ち着かせるために向精神薬等を使用する場合は、医師、看護師、必要時には薬剤師と協議を行い、患者に不利益が生じない量を使用する。また、薬剤の必要性と効果を評価し、適正量の薬剤を使用する。(最小用量、短時間からゆっくり投与する)
- ③ やむを得ず、薬剤使用による鎮静を行った場合には、薬剤投与に至った理由、投与時間、患者の状態について観察を行い、記録する。
- ④ 経口薬を用いての鎮静が困難な場合には、セレネース注射液などの投与時は注意する。
・急変時の対応(救急カート・酸素・吸引・心電図モニターが使用できるか点検を行っておく)

令和 8 年4月1日改正

誤認防止マニュアルおよび手順

文書番号(版):佐賀リハー医療安全—6(1)

発効日: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

改定履歷

[illegible]

患者誤認防止について

注射、薬剤、検査、リハビリテーションといった各部門での診療行為において、患者さんを誤認することは、その侵襲度合いも高く、重大な医療事故につながる恐れがある。

その防止対策として…

●病院職員自らによる確認の徹底を行うことで、該当患者さんの特定を確実なものにする

- ・患者さんになんらかの医療行為を行う際は、必ず名前の確認をフルネームで、声を出して行う。
又、患者さんに自分の名前を言ってもらう。
- ・自分で言えない患者さんの場合は、受け持ち担当者に確認する。
- ・輸血や麻薬処方があった場合は、必ず二人以上で本人の確認をする。
(誰が誰と誰を確認したかの記録を必ずする。特に新規入院患者さんの確認)
- ・特徴を把握しておく(家族の特徴でも)

たぶんそうだろう、大丈夫だろうという思い込みは非常に危険である。常に、確認は自分の眼で
しっかり行う

医療安全委員会 平成16年12月1日作成

患者の安全を確保するための手順

1 処置誤認に関するマニュアル

○処置がある場合

- 朝申し送りで処置の内容を確認する
- ・担当者による確認
- ・病棟でのボードによる記載を行う

○処置等の変更した場合、その情報を確認する手段として

<処置変更時>

- ・担当者情報伝達
- ・ボードによる記載

事故のリスクの把握と事前対策に間する手順

1 薬剤に関すること

糖尿病用薬、ワーファリン、ジギタリス製剤が処方された患者については薬歴を確認し、それぞれの薬剤で色分けを行っている。
薬剤アンプル配置など、間違いそうなアンプルに関しては配置を配慮している。

2 転倒転落に関して

転倒転落などの予防にあたり、入院時意識状態、疾病の程度、転倒転落の既往、ADL、理解力の低下、動作の緩慢さ、心理状態などを確認している

3 環境面から

ベッド周辺が管理され、点滴スタンド・車椅子・ポータブル便器などが所定の場所におかれ、ベッド周辺の医療機器・コード類が整理されている。詳細については、ケアワーカー環境整備手順に順ずる。

4 エラーのリスクについて

○職員の心理状況を配慮しながら勤務体制を作成している

○医療行為のプロセス監査

薬剤師による処方監査、処方内容の確認(疑義照会)に対する医師と薬剤師の協力体制がある。

○新規薬剤の投与の開始

・入院時間診で医師看護師によるアレルギー歴のチェックを行う

・禁忌薬についてはカルテの表紙(1枚目 禁忌欄)に記載する

・重複投与、相互作用に関しては、医師薬剤師によるダブルチェックを行う

○治療の副作用が、患者に説明され、医療チームに周知されている

与薬誤認防止マニュアル

薬局の薬剤管理

①薬剤師は処方箋の内容が適切か確認する

②処方内容と薬剤が一致しているか確認する

薬剤とカルテ、処方箋で確認する

①リーダーは受領書、カルテと処方箋で薬剤・患者名を確認し、カルテに受領サインする。

②リーダーは受領した薬剤を一患者一ボックスごとにまとめる。

患者および与薬方法を間違えない

* 自己管理能力のある人

①受け持ち看護師、薬剤師は薬剤名・量をカルテで確認後、本人に薬効・服薬方法を説明し自己管理とする。

②担当看護師は患者が正しく服薬しているか確認する。

③自己管理中であることをカルテに記載する

* 自己管理能力のない人

①与薬時は看護師2人で本人であること、薬袋処方線で薬剤名・用法を確認後服薬させる。

②本人であることを確認

ベッドネーム、フルネームによる呼名、複数による確認

③注入で与薬する場合、赤シリンジを用い、一患者一トレイで準備する。

④服薬確認後、カルテに与薬サインをする。

⑤服薬後、患者の状態を観察する。

与薬誤認防止チェックリスト

投薬関連

配薬(与薬)ミス

【パッケージの形状や色が似た薬剤の取り違い】

1) 想定されるミス

☐形状や色が似ている薬剤を間違えて渡す。

☐名前が似ている薬剤を間違えて渡す。

2) チェック事項と対策

- ☐間違いやすい薬剤については確認作業を綿密にする。
- ☐不審な点があれば薬剤部に問い合わせる。
- ☐間違いやすい薬剤は収納時に隣に並べて置かない。

【渡し忘れ】

1) 想定されるミス

- ☐薬袋が2つに分かれていた為一方を見落とした。
- ☐籠の中で薬袋が丸まっていた為一方を見落とした。
- ☐水薬を渡し忘れた。

2) チェック事項と対策

- ☐同一患者の薬袋は与薬カートに一まとめにしておく。
- ☐与薬車から個人の薬袋をすべて取り出し、確認しやすい状況で作業する。
- ☐配薬者と準備考を同一とする。
- ☐自己管理できる患者には自己管理を指導する。

【患者間違いI】

1) 想定されるミス

- ☐同姓同名、同姓者の間違い。

2) チェック事項と対策

- ☐呼名(フルネーム)確認、性別、ID番号を確認する。
- ☐薬袋とベッドネームを照合する。
- ☐ステーションの患貴名一覧と診療記録に同姓同名がある旨明示する。
- ☐患者の名前を確認する時は、患者に名前を名乗ってもらう。
- ☐部屋・主治医・受持ち看護婦を同じにしない。
- ☐ながら仕事(同時に複数の対応)をしない。

【患者間違いII】

1) 想定されるミス

- ☐別患者の薬袋がゼムクリップで一緒にとまっていた。

2) チェック事項と対策

- ☐与薬車から個人の薬袋をすべて取り出し、確認しやすい状況で作業する。
- ☐薬袋のネームを確認する。
- ☐各患者にも薬確認の意識付けをする。

【製剤時の予製ミス】

1) 想定されるミス

- ☐薬剤の取り間違い、秤量間違いをした。

2) チェック事項と対策

- ☐調製前に予め調製内容を調製作業票に記載する。
- ☐調製者2名で薬剤名、秤収量を確認する。

【間違った医薬品情報の提供】

1) 想定されるミス

☐ 間違った医薬品情報を提供した。

2) チェック事項と対策

☐ 資料を確認し、参考文献などのコピーを添付する。

【投与量のミス】

1) 想定されるミス

☐ 外来での倍量処方をそのまま処方した。

2) チェック事項と対策

☐ 倍量処方認められないので、主治医に処方の変更をしてもらう。

【投与量のミスⅡ】

1) 想定されるミス

☐ 薬剤の知識(常用量、薬効、副作用)の欠如

2) チェック事項と対策

☐ 診療記録の記載量と照合する。

☐ 薬剤の常用量、薬効、副作用の知識を得る。

【与薬方法のミス】

1) 想定されるミス

☐ 指示変更(屯用でオーダーした薬を隔日服用など)が確実に連絡されていない。

☐ うっかりミスや思い込み。

2) チェック事項と対策

☐ 指示の変更は日時の記載とともに変更内容をオーダーシートと口頭の両方で行う。

☐ 指示受け者は日時と名前をサインをする。

☐ 指示を受けた看護婦と実施看護婦との確実な連絡体制を取る。

☐ 変更内容を薬袋に赤色で大書し注意喚起する。

☐ 1回/1日(寝る前)、2回/1日(朝、寝る前)など用法の確認をする。

☐ 夜勤帯、準夜帯には緊急以外の指示をしない。

☐ 治療内容を把握しておく。

【調剤のミス】

1) 想定されるミス

☐ 薬剤間違い、数量間違いなどのミスをした。

☐ 水剤の取り間違いをした。

2) チェック事項と対策

☐ 処方僕の印字薬剤名に注意符号を入れ注意を促す。

☐ 調剤薬は、必ず、他の薬剤師が監査する。

☐ 薬剤師は、水剤瓶に取り付けた薬品名スタンプを、秤量時に処方箋に押す。

【注射薬調剤のミス】

1) 想定されるミス

- ☐ 同一薬剤で規格が異なる薬剤を払い出した。
- ☐ 同一薬効の他の薬剤を払い出した。

2) チェック事項と対策

- ☐ 処方箋の印字薬剤名に注意符号を入れ注意を促す。
- ☐ 間違いやすい薬剤の配置場所を変更する。
- ☐ 薬剤師は調剤時に必ず自己監査を行う。

検査事故防止マニュアル

1. 患者間違い防止

エラー発生要因	要点
①フルネームでの確認不足	照射録の氏名を確認する
②高齢者の聞き違い	照射録の年齢を確認する

対策

- ①患者様を呼び入れる時は、姓一名の両方を確認する。
- ②お年よりや耳の不自由な患者様は、自分のことと思ってしまう傾向があるので
明瞭かつ聞き取りやすい口調で呼び、姓一名の両方を確認する。

2. 医師指示の確認方法

エラー発生要因	要点
①撮影部位の確認不足	患者様に撮影部位を確認する
②検査法の確認不足	患者様に何の検査か確認する

対策

- ①入室後、患者様に撮影部位を尋ね、指示の内容と相違ないことを確認する。
また、撮影に関して患者様の了承が得られない場合は、主治医に確認する。

3. 被曝防止

エラー発生要因	要点
①妊娠の可能性もしくは妊娠中の確認不足	撮影前に妊娠の可能性の有無を確認する

対策

- ①撮影前に妊娠の有無を確認する。妊娠中もしくは妊娠の可能性がある場合は、医師に伝わっているか確認する。撮影の必要があれば下腹部の防護を行う。
- ②小児の撮影の場合は、生殖腺防護を行う。
- ③撮影時に介助を必要とする場合は、プロテクターを着用していただく。

4.機器の管理、操作方法

エラーの発生要因	要点
①装置の故障により検査が出来ない	始業点検を怠らない
②検査に必要な物品が不足した	在庫数の確認をする

対策

- ①始業点検を怠らない。また操作中に異常に気付いたら、他の技師にも確認を行ってもらう。
- ②装置によっては、メーカーと保守契約を結び定期的に点検を行う。
- ③在庫の確認は日頃から行い、物品不足にならないように補充する。
- ④備機器管理手順を文章化する。
- ⑤過去の装置故障および不具合における修理改善をまとめファイルする。

誤認防止(指示)

基本的に口答指示は行なわず、必要な指示は全て指示簿に入力し、看護師やリハスタッフなどが指示受けを行なっている。

指示の内容に不明な点がある場合は、院内 PHS を利用して確認作業を行なっていく。

医療事故防止マニュアル

文書番号(版):佐賀リハ－医療安全－7(3)

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

《リスクマネジメントのチェック項目》

I. 安全についての一般的な考え

1. 目的

- (1) 生命を守る
- (2) 健康のレベルの低下を防ぐ
- (3) 利用者・家族・医療従事者の感染予防
- (4) 潜在的なものを含めて障害および事故の予防
- (5) 病気の長期化により起こる精神的・身体的障害の防止

2. 安全を阻害する因子

(1) 環境的因子

- ①環境汚染
- ②自然災害（台風・地震・水害など）・交通事故
- ③社会的不穏（飢餓・人間関係破壊など）
- ④食糧汚染…農薬、添加物、肥料、飼料、食中毒

(2) 個人自体の因子

- ①健康状態…遺伝的素質、病原菌の接触・侵入、障害者
- ②年齢・性…老衰、伴性遺伝因子保菌者
- ③生活習慣…宗教、日常生活・食生活
- ④知識不足

- ・対象者側…健康、保健、衛生に関する知識
- ・看護者側…危険に対する無意識

感染予防に関する知識不足、予防技術の不徹底

(3) 施設介護の場における因子

- ①感染予防技術の不徹底……施設内感染
- ②観察・確認・指導の不十分、不注意
- ③個人衛生の実行不徹底
- ④環境整備の不徹底……水濡れ、廊下の障害物

3. 医療施設内にて起こりやすい事故原因

(1) 施設・設備の問題

- ①火災の原因となる火器類の不備、火気取扱い場所の不備
- ②初期消火設備の不備
- ③建築構造上の不備
- ④医療・看護器具の故障・不備

(2) 医療看護・介護上の過誤・不注意・未熟

- ①薬品の管理体制の不備・不徹底
- ②誤薬・誤処置（知識不足）
- ③機械・器具の取り扱いの誤り、整備の不備

- ④医療技術・看護技術の未熟・不注意
- ⑤整理整頓の不備
- (3) 利用者側の問題
 - ①自殺企図
 - ②無断離所、無断外出
 - ③暴力、患者間の喧嘩、施設に対する不満
 - ④身体障害
 - ⑤失認、失見当識、認知障害、痴呆症状
- (4) 施設管理上の問題
 - ①盗難
 - ②危険人物の侵入
 - ③感染源処理の不備
 - ④危険物・廃棄物の処理の不備
 - ⑤職員の健康管理の不徹底
 - ⑥組織上・看護又は介護体制上の不備

4. 安全に対する援助

- (1) 援助を必要とする対象者
 - ①高齢者
 - ・感覚器の減退により危険を予知・察知する能力が衰えているもの
 - ・反射・運動機能の低下により危険から身を守り能力も衰え、防止に役立たないもの
 - ・体の骨・筋肉をはじめ、すべての器官が老化しているもの
 - ②心身障害者
 - ・精神疾患患者……情緒不安定、幻覚、妄想があり、誤った判断や行動をとる
 - ・薬物、特に眠剤使用者……反射の消失
 - ・運動機能の障害者
 - ・疾病のため安静の必要なもの、歩行不能者
 - ・知識が低く、判断能力のもてないもの
 - ・器具類を身につけ、治療処置を受けているもので自由の制約のあるもの
- (2) 事故防止の原則
 - ①施設・設備の破損、器械類の故障の有無を点検する
 - ②機械・機具類の操作を明示するとともに管理を徹底する
 - ③観察を的確に行う、観察能力を高める
 - ④介護従事者自身の健康管理
 - ⑤注意力・集中力の行使
 - ⑥事故・災害時の手順を明示し、より以上の災害を起こさない
 - ⑦事故が起これば、その原因を究明し、再発の予防に努める
- (3) 事故防止の対策
 - ①転倒の防止
 - ・床の滑り止め（水分・ワックスに注意）
 - ・床・廊下などに置いてあるものや、コード類などを除く

- ・倒れやすいものは固定しておく
- ・階段、廊下などに手すりを取り付ける
- ・照明は適度にし、必要箇所には蛍光塗料を塗る

②ベッドからの転落防止

- ・ベッド柵をつける。片側を壁につける
- ・患者の状態によりベッドの高さを調節する
- ・半側空間失認患者への配慮

③誤薬の防止

- ・与薬の原則を守る
- ・薬剤の管理の徹底
- ・薬物に対する知識の獲得
- ・注意力、観察力涵養

④器械・器具の操作ミス防止

- ・正確な取り扱いの徹底
- ・操作手順の明示
- ・故障の発見、使用後の管理
- ・酸素使用時は爆発防止（火気厳禁）

⑤患者の危険行為の防止

- ・患者との人間関係を平素より良くする
- ・観察を十分にし、事前に察知・予知して防止する
- ・医療チーム・家族と協力して情緒の安定を図る

⑥管理体制上の事故防止

- ・保安係の設置および巡回による異常の早期発見
- ・設備の安全管理（院内整備係）
- ・不審な人に対する対応

⑦誤嚥の防止

- ・患者の嚥下状態の把握
- ・食事の工夫（体位なども含む）
- ・注意力・観察力の涵養

(4) 災害時の対策

- ①早期確認、早期通報
- ②患者の安全確保、避難
- ③災害の拡大防止
- ④常時周到な計画を準備し、器具使用訓練を行う
- ⑤担送者・護送者を明示しておく

Ⅱ.施設で行う安全対策の概要

1.危険が予測される患者

- ①意識障害で、状況認識が悪く欲求のままに行動する患者

- ②麻痺が軽い、または回復過程にあり自力で行動を獲得していこうとする利用者
- ③術後などで拘禁状態に陥りやすい患者
- ④痴呆症状、アルツハイマー病患者で症状の強い者
- ⑤その他

2. 安全対策として

- (1) 意識に問題があり、状況の認識が悪い患者に対して
 - ①介護の目が届きやすい、出入りの多い部屋を用意する
 - ②訪室を頻回にし、観察を密にする
 - ③家族の協力を得て、利用者の精神的安定を保つ
 - ④夜間の睡眠を確保するため、睡眠導入剤を必要に応じて使用する
 - ⑤身体に鈴をつけ、歩くと音ができるようにする（必ず家族の了解を得ること）
 - ⑥失踪する可能性がある場合は病棟間あるいは守衛等との連絡を密にし、事故を未然に防ぐ
 - ⑦ベッド柵を乗り越えるような場合は、床に直接マットを敷き、落差をなくする
 - ⑧体動が激しく打撲の可能性がある場合は、ベッド柵に毛布や布団などを巻き保護する
- (2) 不穏状態に陥りやすい利用者に対して
 - ①夜間の睡眠を確保するため日中は覚醒するように働きかけ、夜間は必要に応じて睡眠薬、鎮痛剤を使用する。しかし、睡眠導入剤の使用はかえって不穏状態を招くことがあるため、慎重に選択する
 - ②訪室の機会を多く持ち、孤独で不安な状況にしない
 - ③精神的安定を保つため、家族の協力を得て側に付いてもらう。
 - ④ベッドからの転倒の危険性がありやむを得ない場合は、肩と四肢を拘束し、起きあがれないようにする。（出来る限り拘束は回避すること！！）

Ⅲ. 看護事故を未然に防ぐための対策

1. 注意力の維持

- (1) いつ、どんなときでも事故は発生し、ちょっとした油断が事故に結びつくことが多い。
- (2) 自分で判断したり、回避することのできない患者もいることを意識し、常に、何が危険に繋がる因子になるか気を配り、責任感と緊張感を維持する努力が必要である。

2. 患者との関係づくり

- (1) どのような患者との関係でも、信頼感を得ることが看護・介護の第一歩である。
- (2) 患者とのコミュニケーションを良好に保ち、リラックスできる関係を築くことが必要である。

3. 報告のシステム化

- (1) 事故・苦情発生時は、当事者が所属長（施設長）に口頭報告、内容によっては、医師・利用者の家族に連絡を取る。
- (2) 最終的には、事故・苦情（クレーム・トラブル）報告書を当事者と所属長により記載し、施設長・理事長へ報告する。

- (3)届出後は、再発・未然防止の観点から事故原因と対策について、定期的な所内研修会の実施を行なう。
- (4)事故報告書による情報の記録保存を行ない、定期的な所内研修会、新入職員のオリエンテーション教育に役立てるとともに、万一の場合に備えて危機管理のノウハウを構築する。
- (5)どんな小さな事故であっても、その原因、プロセスがあるはずであり、そこからの教訓を引き出す事が出来る。当事者（犯人探しではない）だけの責任とせず、チーム（看護・介護）として原因と対策を考える事が大切である。

IV. 杖や車椅子の転倒で考えられること

1. 利用者の要因と対応

①松葉杖や車椅子を使用するのにふさわしい格好をしていない

- ・ズボンの裾がひらひらしていて杖に衣服が絡まっている
- ・上着の袖まわりが大きく、車輪をまわす際に衣服が巻き込まれる
- ・足首の後ろの部分のない履き物（スリッパやサンダル）を使用している

※患者や家族に危険性を十分説明し、改善して行くべきである。

②利用者の内面的な問題

- ・松葉杖や車椅子を使用するのがはじめてではないため、自分の腕を過信し、助言に耳を貸さない。
- ・自分の回復の度合いを客観的に把握できないため、自分の限界以上の行動をとってしまう
- ・周囲の状況判断が正確にできず、障害物に気がつかない
- ・危険回避能力がないために、突発的な出来事に対処できない

※入院時・入所時のアナムネなどで患者について把握し、看護・介護者で統一した態度をとっていく（データベース・アセスメントの充実を図る）

2. その他の要因と対応

松葉杖や車椅子は、廊下の端にたまっている綿ぼこりや、一滴の水滴が転倒の原因になりうることもある。環境整備は安全確保のための重要課題である。

松葉杖や車椅子自体の点検も忘れてはならない。杖先のゴムの溝にほこりが付着していると、ゴムが滑ってしまう。また、ゴムが磨耗していても同じ事態が発生する。

松葉杖の長さは患者の身長に見合った長さになっているか、貸し出しする際に注意する必要がある。

車椅子は、車輪の溝が磨耗していると、滑りやすくなり、少しのスロープでも車輪が空転し危険が生じてしまう。こまめにチェック・点検することで、さけられる事故である。

3. 観察のポイント

- ①補助具の点検
- ②環境整備
- ③患者・利用者の状態
- ④施設の設備構造

V. ベッドからの転落で考えられること

1. 利用者の要因

今までの患者さんの生活背景に密着している

- ①昼で睡眠をとっていたため、環境の変化に対応できなかった
- ②元来寝相が悪かった
- ③夜間かならずトイレに起きるのだが、電気がつけられず、事故が発生した
- ④ベッド柵をあげていなかったため、転落した
- ⑤夜間、覚醒した時に必要とするもの（吸い飲みなど）が手の届く位置に置いてなかった
- ⑥自宅と勘違いした

2. 対応

- ①利用者の要因、その他の要因とも、患者さんが起こすであろう事態を予測し、先回りをして不測の事態に備えることである。
- ②気をつけていても転落などが発生した場合は、まず他の看護婦に知らせ、一緒に観察や応急処置をおこなう。手の空いているものは、Dr コールをし、診察に当たってもらい、必要があれば、処置やレントゲンなどの指示を受ける。
- ③突発的な転倒や転落などの事故が起こると、つい慌ててしまうが、たとえ夜間に事故が発生しても、慌てず、迅速に的確な判断をし、対応することが重要である。

3. 観察のポイント

（１）利用者の背景

- ①入院・入所はベッドかどうか
- ②寝相はどうであったか
- ③夜中にトイレに何回起きるか

（２）環境整備

- ①ベッド柵をあげたか
- ②手の届く範囲に必要なものがあるか
- ③電気のスイッチは手元にあるか
- ④ナースコールは手元にあるか

VI. 眠剤服薬使用時の転倒・転落で考えられること

1. 利用者の要因

- ①不眠を引き起こす原因（身体的誘因・精神的誘因）を取り除く援助は当然であるが、それでも眠れない場合睡眠導入剤を効果的に使用することによって、患者の緊張を緩和し、眠れる状態を作ることが大切である。
- ②その際、患者が睡眠導入剤に依存的になる可能性がある。患者が睡眠導入剤の作用・副作用などを理解しないまま服薬することは、事故につながる恐れがあるので注意が必要である。

- ③特に、患者が夜間覚醒時に薬理作用がまだ効いている状態であるときは、転倒・転落が起きる可能性が大きい。

2. その他の要因

- ①患者の不眠の誘因として環境因子も関わっている。患者にとっては、まず入院・入所という生活環境の変化による影響が大きい。
- ②特に高齢者にとっては、慣れない環境への対応は難しく時間がかかる。
- ③睡眠薬の副作用である運動失調やふらつきが出現した場合、ベッドからの転落やベッドサイドでの転倒などの起きる危険性が高くなる。

3. 対応

- ①睡眠導入剤使用時は夜間の睡眠状態だけを把握するのではなく、1日の生活リズムの中での睡眠状態を把握し、調整する（昼間の睡眠を出来るだけ減らすような調整を含む）
- ②睡眠導入剤を与薬するときは作用・副作用について説明し、理解度を確認する
- ③睡眠導入剤服用時に起こり得る事故について説明し、就寝以降夜間ベッドから離れるときには必ず看護師に連絡するように促す
- ④高齢者や体力の低下している患者にベッドから転落の危険性について説明し、就寝時には必ずベッド柵を挙上する

4. 観察のポイント

- ①患者の睡眠パターン：入眠時刻、入眠までに要した時間、中途覚醒の状況など
- ②睡眠持続時間、睡眠の深さ
- ③睡眠導入剤の種類、服用した時間、服薬量
- ④眠導入剤による副作用出現の有無と程度

VII. その他転倒で考えられること

1. 利用者の要因

- ①転倒は、動きたいという意志は明確だが、人間の動作に関する因子が全体として調和がとれていないことが原因のことが多い。（骨格筋の衰弱、脳内病変により調節機能がうまく作動しない、心理的衝撃による環境に対する注意不足など）
- ②こうした利用者自身が自由自在に行えるべき動作の状態が、疾患の影響を受けていないかどうかを患者の状態のそのものや、さまざまなデータから予測して判断できる病態整理の知識を生かした看護が必要である。

2. その他の要因

- ①日常生活はふだん何気なく行っている動作の連続である。健康な看護・介護者には意識せず可能な動作であっても、どこかに健康障害があり、その上、点滴などの医療機器や治療として薬物など負荷された状態の患者にとっての、安全な環境はどのようなものかという予測をもった対応が不足している。

②常に患者に学ぶ姿勢が大切で、施設全体を安全な環境にする提言をいただき改善していく。

3. 対応

①見かけの清潔感や整理整頓された美しい環境より、今この患者にとって最優先するものは何かを見いだす。

②転倒の危険性は個々の患者で異なるが、患者自身が自由自在に行えるはずの動作の因子の状態と、それに適した生活環境が提供されているかを常に観察し不適切という判断がなされた場合は、規則や慣例にしばられずに何が可能かを模索する。

4. 観察のポイント

①動作によって起こる危険を患者自身で認識できる状態にあるか

②入院・入所上、必要な動作制限の意味が了解できているか

③感覚器は、危険を察知できる状態にあるか

④外界からの刺激を中枢に伝える求心神経や姿勢調節器官や運動中枢、動作の命令を運動器に伝える遠心神経は機能しているか

⑤動作を十分に行える関節の動きや筋肉の力があるか

⑥患者がそれまでしていたような日常生活の動作が可能な環境があるか

VIII. 利用者の名前の確認ミスで考えられること

1. 利用者の要因

①高齢者や疾患のために耳が遠い、視力が弱い、集中力がないなどの状態は、自分の名前を呼ばれてもいないのに勘違いをして答えたりする危険性がある。

②患者の心理状態も影響する。待っている時間は患者にとって非常につらいものがある。疾病による身体の不調に加え、不安などから疲労しイライラしている。このような状態では、看護・介護者の呼んでいる名前を正確に聞き取れず、自分ではないのに返事をしてしまうことがある

2. その他の要因

①環境要因として、同じフロアの患者に同姓同名の患者がいる場合があげられる。また、頻繁に転室やベッド移動があるような場合はミスが起こりやすい。

②患者の心理状態に影響を及ぼすような環境の場合も問題がある。患者の集中力を低下させミスが起こりやすい。

③看護・介護者自身のもつ問題としては、うっかりミス、思いこみ、慣れによる不注意、知識不足、判断の誤りがあげられる。

3. 対応

①名前を呼んだとき、患者が返事をして、それが絶対に間違いのないというものではないことを自覚し、必ず確認する

②医師の口頭による指示は必ずメモにし、患者の名前を確認する

- ③意識のない患者の名前は、ベッドネームで再三確認する
- ④この薬物は、この患者だろうと言うように思いこまないで確認する
- ⑤日頃から口頭で聞いたことも、カルテで確認する癖を付ける

※もしも患者の名前の確認ミスが起こってしまった場合は、間違いの内容にもよるが、いち早く患者を安全で安楽な状態にすることである。看護・介護者にできることをまず行い、医師に報告し指示を受ける。また、上司への報告も忘れず行う。

4. 観察のポイント

- ①同姓同名の患者はいないか
- ②呼んだ名前はカルテの通りか
- ③返事した患者は、本当に対象となる患者か
- ④ベッドネームを見て間違いないか（意識がない場合など）
- ⑤この援助をするのに適合する状態の患者か

IX. 誤嚥・誤飲で考えられること

1. 利用者の要因

- ①高齢や疾病に伴う病態の変化
 - 鼻にまわる…舌咽神経麻痺
 - む せ る…舌下神経麻痺、反回神経麻痺、中枢異常、上喉頭神経内枝障害
 - つかえる…口腔、咽頭、食道、胃噴門の器質的・機能的狭窄、異物症
- ②疾病や治療薬のため嘔吐を引き起こしやすい状態にある患者
- ③痰の喀出が困難な患者
- ④口にに入れてはならない物と食べられる物との区別が付かない乳幼児や痴呆症の患者

2. その他の要因

(1) 環境要因

まわりに誤飲するような物質がある

(2) 看護・介護者の問題

- ①患者の状態が把握できていない
- ②誤嚥に対する援助の必要性の有無や判断の誤り
- ③援助方法の選択ができない
- ④嚥下障害や誤嚥時の援助技術が未熟である
- ⑤身体的・精神的状態に関する知識が不足している
- ⑥嘔吐時の体位や吐物の処理の仕方、気管内分泌物の吸引の技術が未熟である

3. 対応

(1) 予防が第一である

- ①患者の全体像とともに嚥下に関する状態を把握していること
- ②患者の状態から誤嚥予防の援助が必要か否かを判断すること
- ③食事時の体位や食事内容の工夫、嘔吐時の体位への援助と吐物の的確な処理
- ④的確な吸引操作

- (2) 誤嚥や誤飲が起こってしまった場合は医師に報告し、指示により救命のための援助を行う。
同時に一時吸引のような看護・介護者の判断でできる処理をする。

異物除去法

指拭法「口腔内閉塞」

背部叩打法「咽喉頭部や気管を閉塞」

ハイムリック変法（用手胸壁圧迫法）「気道を閉塞」

4. 観察のポイント

- ①嚥下降害（嚥下困難）をきたす疾患か
- ②高齢、痴呆症か
- ③むせ、咳はないか
- ④口角から食べ物や流えんはでていないか
- ⑤しゃべりにくい、発生しづらいことはないか
- ⑥吐き気、嘔吐は見られないか
- ⑦飲み込みやすい形態の食べ物か
- ⑧嚥下しやすい姿勢か
- ⑨まわりに誤飲するような物がおいてないか

X. 誤薬で考えられること

1. 患者の要因

- ①患者の知識不足により過剰に内服する
- ②高齢者などの場合自分だと勘違いする
- ③視力低下のある患者

2. その他の要因.

- ①医師指示の確認不足
- ②使用薬剤の確認不足
- ③口頭指示による確認不足
- ④看護・介護者の確認不足
- ⑤慣例による思いこみ
- ⑥薬剤に対する基礎的知識不足
- ⑦患者の確認不足

3. 対応

- ①医師指示の確認
- ②指示のある薬であるか、確認する
- ③薬剤を準備するときは必ずレツテルを3回確認する
- ④薬剤の量・与薬時間を確認する
- ⑤薬札を利用し、与薬時には氏名を呼んで確認してから手渡すか服薬介助する
- ⑥可能な限り準備した者が与薬する

※もしも、誤薬が起こってしまった場合は、患者の状態を確認した後、医師に報告し指示を受ける。考え得る副作用等について対処する。また上司への報告も忘れず行う。安全が確保できるまでは、注意深く観察を行う。

4. 観察のポイント

- ①医師指示に間違いないか
- ②薬剤・薬理作用がわかっているか
- ③用法・用量・与薬時間に間違いないか
- ④薬剤を準備するときレッテルを3回は確認する
- ⑤与薬対象の患者に間違いないか

XI. 患者のプライバシーの侵害で考えられること

1. 心理的人権侵害

(1) 患者の要因

- ①救急の分野では大災害、交通事故、労働災害、傷害などについて報道関係者が問い合わせてくるケース
- ②家族以外の方が、患者の病状を問い合わせてくるケース

(2) その他の要因

- ①家庭内暴力、自殺企図など患者ないし家族のプライバシーにナースが立ち入る機会が多い場合
- ②患者間の情報交換による場合
- ③看護・介護者間の情報交換による場合

(3) 対応

- ①家族のキーパーソンを決めてもらう
- ②看護・介護者間の情報交換は慎重に行う（時と場所を選んで）
- ③電話での問い合わせには慎重に対応する
- ④できるだけ他者に情報が漏れないようにつとめる
- ⑤他部門との連絡を密にし外部に情報が漏れないようにする

2. 身体的人権侵害

(1) 患者の要因

- ①自分自身で守れない。
- ②身体的障害によるもの
- ③意識障害によるもの

(2) その他の要因

- ①看護・介護従事者の配慮不足
- ②環境の不備

(3) 対応

- ①どんな状態であれ不必要な露出は避ける
- ②環境の選択（診察場所など）
- ③処置などは可能な限り個室を使う

XII. 盗難事故で考えられること

1. 患者の要因

- ①必要以上の金品を所有している
- ②お見舞い金等を自己管理できない（例：記憶障害などある高齢者の場合）
- ③居室を離れるときに床頭台などに置き去りにする

2. その他の要因

- ①施設内は、人の出入りが自由である
- ②リハビリ・入浴などで居室を離れることが多い
- ③本人以外の人がうろうろしていても、判断できない同室者がいる
（例：状況認識に乏しい患者など）

3. 対応

- ①不必要な金品はもたないよう協力してもらう
入院・入所時のオリエンテーションで説明する（入院・入所案内にも記載）
- ②見舞客が金銭を患者に渡されたとき、自己管理の出来ない患者についてはそのことを伝え、
直接家族に渡してもらうよう協力していただく（基本的に施設は預からないこととする）
- ③施設内に見かけない人がいたら気にとめておき、詰め所内で情報交換しておく
- ④施設内巡視時、不審な行動の人を見かけたらチェックしておく

4. もしも事故が起きたら

- ①事務部に連絡する（夜間は当直管理者に連絡）
出入口でチェックしてもらう
- ②各居室棟に連絡する。不審者の容姿がわかれば伝える
- ③物忘れのひどい患者の場合は、自分の置き忘れを盗難と思いこんでしまう場合がある
- ④必要があれば家族に連絡する
- ⑤本人と相談の上、警察に連絡する

XIII. 無断離院で考えられること

1. 患者の要因

- ①入院生活に適応できない
- ②環境の変化に対する不安
- ③集団生活に対する恐怖心
- ④高齢のため状況認識が悪く帰宅を強く希望する入院患者
- ⑤家族からの疎外感・不安

2. 対応

- ①不安の除去
患者の理解しやすい言葉で話す
一人にしない
- ②看護・介護者に目の届きやすい、出入りの多い部屋にする
- ③訪室を頻回にし、観察を密にする
- ④家族の協力を得て、患者の精神状態を保つ

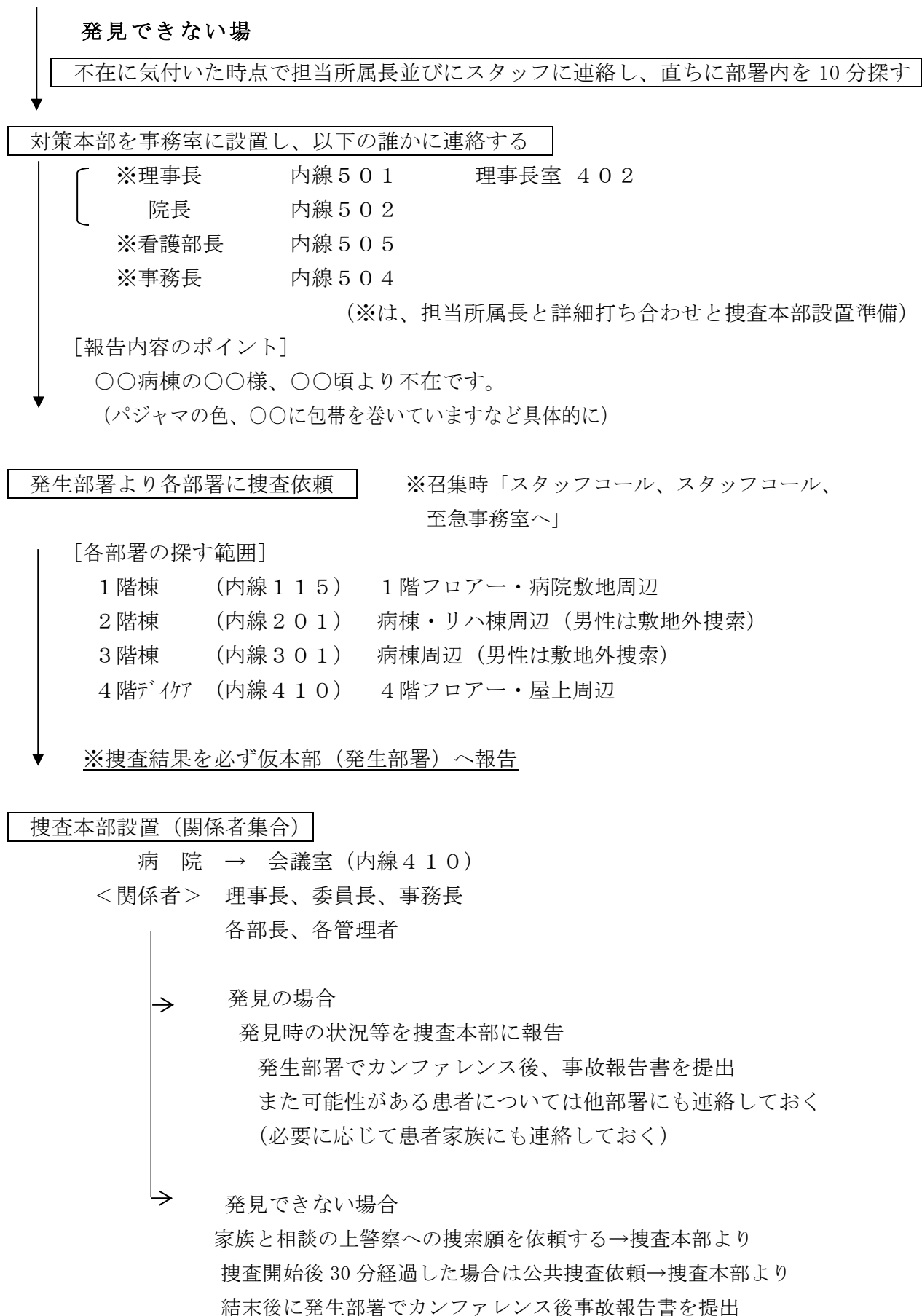
- ⑤行動が把握しやすい工夫をする（例：行動を起こすと物音で判断できるようにする）
- ⑥可能性がある患者は、棟間あるいは守衛などと情報をとり、注意を払う
- ⑦場合によっては、睡眠導入剤を使用する

3. 無断離院の場合

無断離院した入院患者（行方不明者）がでた場合は次の様に対処する

[無断患者が出た場合の対処法]

(1) 日勤帯の場合



(2) 夜勤帯の場合

不在に気付いた時点で部署内・他部署・当直医師に連絡し、直ちに部署内を 10 分探す

↓
発見できない場合

↓
仮本部を発生部署に設置し、以下に連絡する

●看護部長に連絡

警備員（内線 5 2 0）（携帯 0 9 0－7 1 6 9－4 3 2 0）

警備員は下記 5 名に連絡をする

理事長、委員長

事務長

2 階・3 階病棟課長

●各階に捜査協力を要請する

[捜査要請部署と範囲]

施設内

- | | | |
|---|----------------|-----|
| ┌ | 1 階棟 | ～全域 |
| ├ | 2 階棟（内線 2 0 1） | ～全域 |
| └ | 3 階棟（内線 3 0 1） | ～全域 |

※捜査結果を必ず仮本部へ報告

※担当責任者（部署内夜間リーダー）は詳細打合せ⇒本部捜査準備体制

↓
各フロアを探しても発見できない場合

↓
捜査本部設置（関係者集合）

病 院 → 会議室（内線 4 1 0）

＜関係者＞ 理事長、委員長、事務長
各部長、各課長、各係長

→ 【発見の場合】

- ・発見時の状況等を捜査本部に報告
- ・発生部署でカンファレンス後、事故報告書を提出
- ・また可能性がある患者については他部署にも連絡しておく
(必要に応じて患者家族にも連絡)

→ 【発見できない場合】

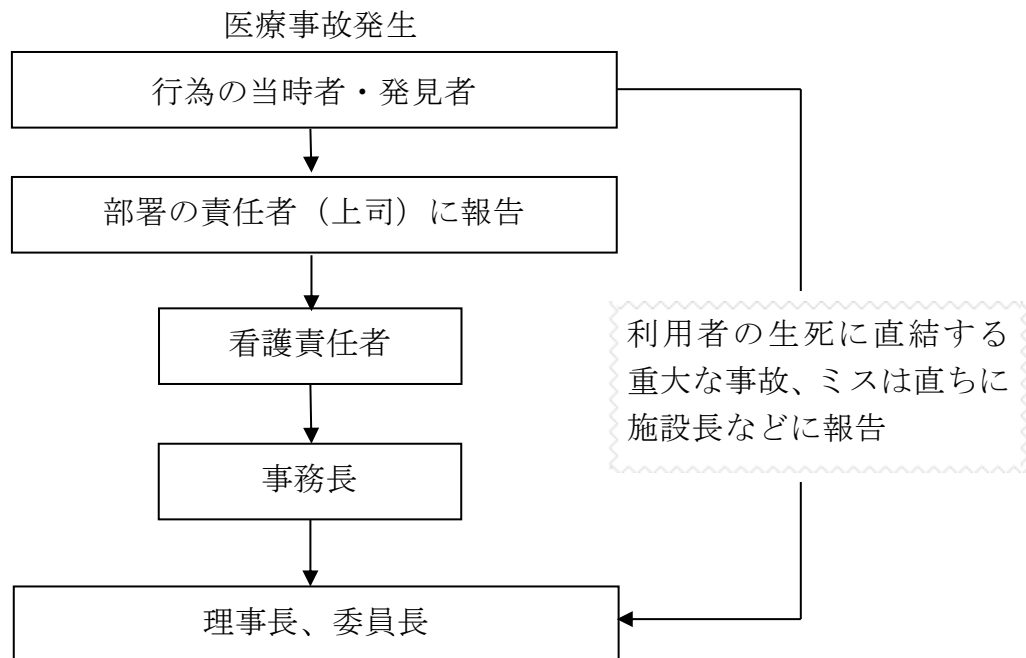
- ・家族と相談の上警察への捜索願を依頼する→捜査本部より
- ・捜査開始後 30 分経過した場合は公共捜査依頼→捜査本部より
- ・結末後に発生部署でカンファレンス後事故報告書を提出

XIV. 医療事故への対処

1. 医療事故発生時

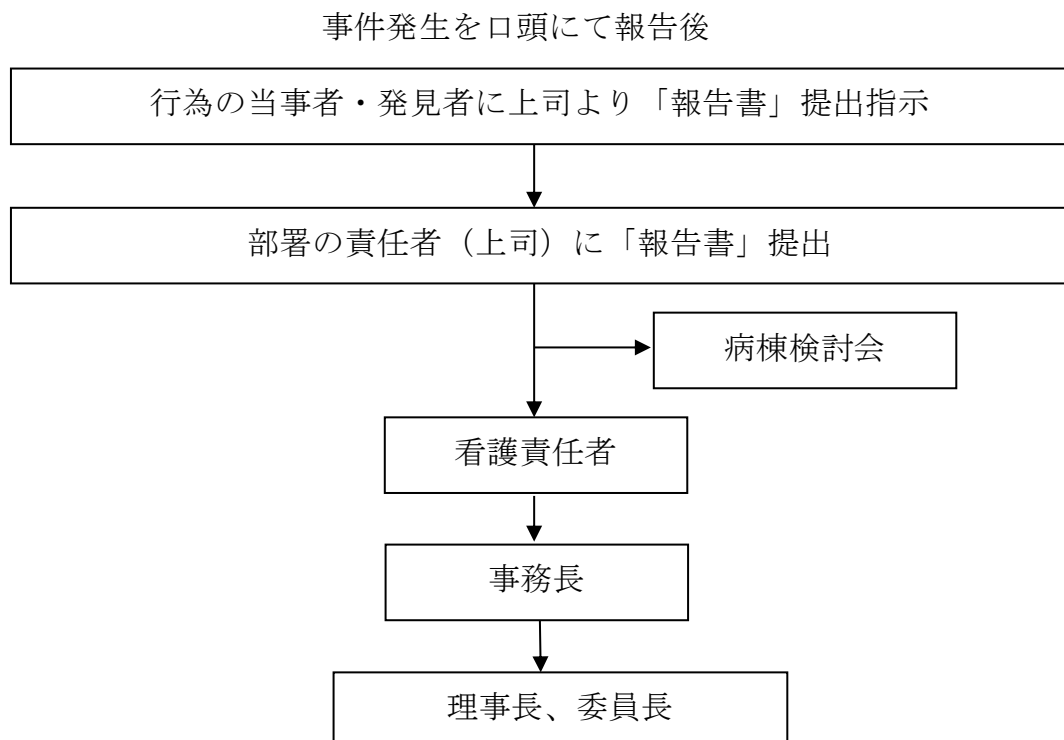
(1) 医療事故発生時における連絡体制

“事実を正確に把握し、速やかに口頭にて報告”



※理事長不在時、または連絡不可能の場合は院長

(2) 医療事故発生後の「報告書」提出



2. 事故発生後の対応

(1) 事実関係の確認・整理

行為の当事者、発見者並びにその関係者が集まり、事実関係や経緯を明確にし、文書に残し、事故報告書として提出。

- ・ 謝罪文ではなく事実を書く
- ・ 事故データに基づき書く

(2) 報告書の分析（課長の役割）

- ・ 報告を受けた課長は事故データに基づく事故原因の分析を行う。
- ・ 原因分析をもとに対処第一（再発防止・未然防止のシステムを構築）を検討（医療安全委員会にも報告）する。
- ・ 他の事故報告並びにアクシデント・インシデント報告書と共に記録・保存を行い、情報をファイル化、マニュアル化する。



定期的な院内研修会・就職時のオリエンテーション等を日頃から実施し、注意を喚起し、未然防止のシステムを構築

(3) 医療事故が紛争となる場合

- ・ 窓口の一本化

施設側の窓口として、事務長が利用者側と対応する。

- ・ 利用者（家族）の話を聞き、また、説明をきちんとする場を設ける。
- ・ 事務長と説明を行う責任者が同席の上、利用者側へ説明する。

利用者側の疑問点、不平不満をよく聞き、それに対して見解を丁寧に説明する。

- ・ 弁護士への報告（事務長）

紛争になる、ならないに関係なく、状況を説明し交渉のノウハウ、注意点等を確認しておく。

- ・ 保険会社への報告

賠償責任保険の「紛争報告書」を保険会社へ提出



保険会社と行為の当事者（看護・介護者等）、事務長が事実関係の確認・整理を行う。



保険会社独自の調査



示 談



訴 訟

XV. 事故、苦情及びインシデント報告

事故、苦情（クレーム・トラブル）及びインシデント報告書記載上の留意点

1. 事故、苦情（クレーム・トラブル）、インシデントの種類について

- | | | |
|------------------------------------|-------------|---------------|
| 1. 注射薬：点滴、静注、筋注、皮下注、C V（中心静脈注射） | | |
| 2. 内服薬 | 3. 外用薬 | 4. 輸血 |
| 5. 麻薬 | 6. 処置 | 7. 気管内挿管チューブ |
| 8. その他のチューブトラブル | 9. 転落 | 10. 転倒・転落 |
| 11. 利用者間違い（採血・処置など） | 12. 器械・器機破損 | |
| 13. 接遇（入院・外来・その他） | 14. 食事トラブル | 15. 禁食・絶食トラブル |
| 16. 指示受けミス | 17. 盗難・紛失 | 18. 記載ミス・もれ |
| 19. 点滴もれ、注射もれ | 20. 無断外出 | 21. 無断外泊 |
| 22. 針刺し | 23. 連絡ミス | |
| 24. その他（所内感染：MR S A、V R E 結核などを含む） | | |
| ①量違い | ②種類違い | ③与薬時間違い |
| ④利用者自身の飲み忘れ、飲み違い | ⑤利用者違い | ⑥与薬忘れ |
| ⑦与薬方法の違い | ⑧滴下速度の違い | ⑨点滴もれ |
| ⑩ME 機器操作ミス | ⑪その他 | |

2. 事故、苦情（クレーム・トラブル）、インシデントの原因について

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 思い込み（本人・利用者、家族） | 2. 不注意・単純ミス |
| 3. 知識・理解不足 | 4. 経験不足 |
| 5. 入所者の状態把握不足 | 6. 交替時申し送り不足・ミス |
| 7. 入所者・家族教育不足 | 8. 不可抗力 |
| 9. 管理ミス | 10. 指示ミス |
| 11. 連絡ミス（もれ） | 12. 同姓同名（生年月日） |
| 13. 確認ミス | 14. 説明不足 |
| 15. 理解不足（入所者・家族・職員） | 16. その他 |

3. 時間と時系列について

- 発注日時、年月日、曜日、時刻は、出来るだけ正確に入力
（推定の場合は、その旨きちんと推定・頃と入力）
- 発注が対処、又は報告書提出までの時間経過は、きちんと○年○月○日、○時○分と入力する。
- 事後処理についても、時間をハッキリと入力する。

4. 入力事項の全般的なことについて

- 5W1Hの原則
When（何時）、Where（何処で）、Who（誰が）、What（何を）、Why（何故）、
How（どのように）
- 自分だけで処理しない、悩まない
必ず自分だけで処理、対処、悩まないことが大切である。

3. 迅速な連絡・連携

すみやかな対処・対応及び連絡が、拡大化の防止策である。

状況によって、警察、保健所、家族、親族、所属団体などの関係者に通報、連絡、相談する必要がある。

4. その場で判断、解決を図ることはせず、必ず上司と相談の上で回答、対応する旨を原則とする。

但し、時間を置くことは、最悪の事態を招くことになりますので、すみやかに連絡、報告を行ってください。

医療事故調査制度

発行日 : H27.10.1

医療法人 智仁会
佐賀リハビリテーション病院

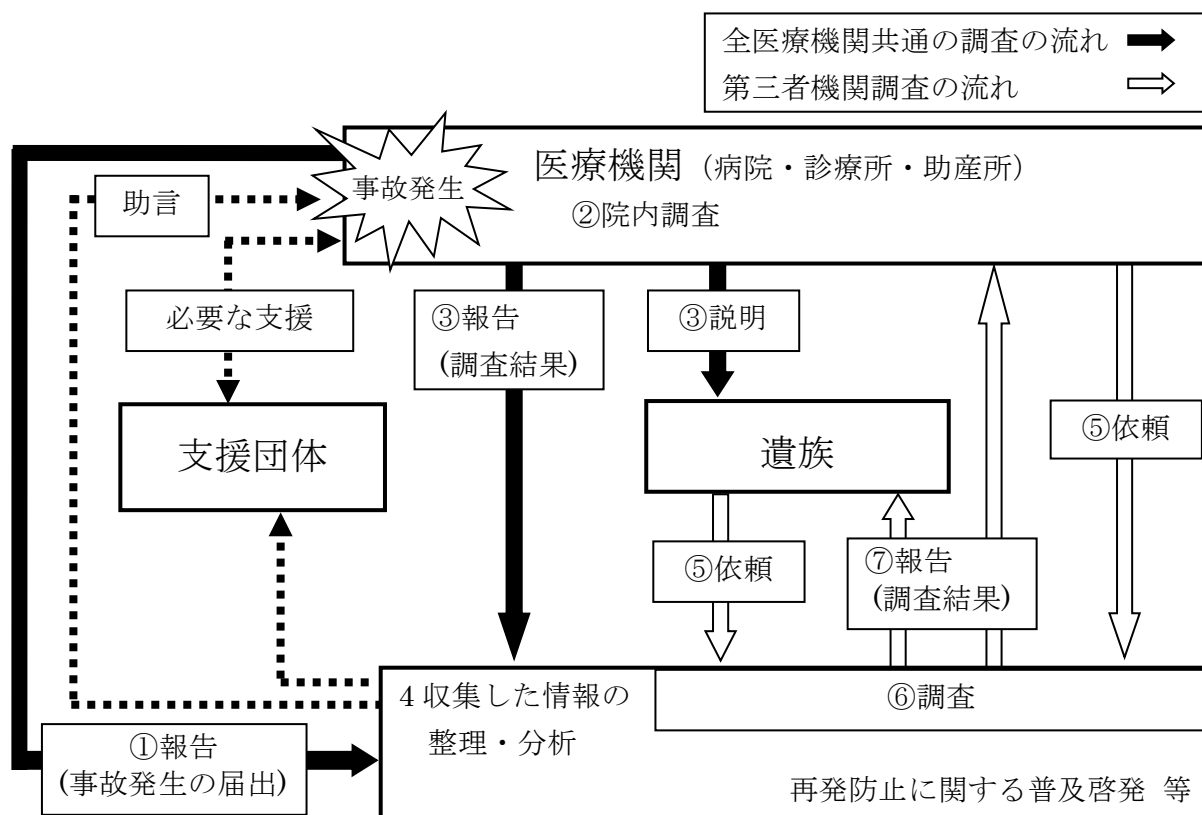
医療事故に係る調査の仕組み

- 医療事故が発生した医療機関にて院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげるにより、医療の安全を確保する。
- 対象となる医療事故は、「医療機関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又はしびんであって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの」とする。

調査の流れ：

- ◆医療機関は、第三者機関へ届出（①）、調査（②）、調査結果を遺族へ説明及び第三者機関（※）へ報告
- ◆第三者機関は、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析（④）、再発の防止に関する普及啓発を行う。
- ◆医療機関又は遺族から求め（⑤）があった場合、第三者機関が調査し（⑥）、結果を医療機関及び遺族へ報告（⑦）

※厚生大臣指定民間組織：（１）医療機関への助言、（２）院内調査結果の整理・分析、（３）調査の実施、（４）再発の防止の普及啓発、（５）調査に携わる者への研修等を適切かつ確実にを行うことが出来る民間組織。



(注 1) 支援団体については、実務上厚生労働省に登録し、院内調査の支援を行うとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。

(注 2) 第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

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

文書番号（版）：佐賀リハ－医療安全－9（4）

発行日：H19.10.01

医療法人 智仁会
佐賀リハビリテーション病院

作成	原 孝一朗	日付：H19.10.01
承認	吉原 正博	日付：H19.10.01

改定履歷

[illegible]

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

保守点検とは、清掃、校正、消耗品の交換等を行うもので、解体の上点検して、必要に応じて劣化部品の交換等を行うオーバーホールを含みません。なお、原則として医療機器の取扱説明書の「使用者による保守点検事項」等を参考とする。

1.医療機器安全管理責任者

本病院の紫藤泰二院長医療安全委員長を医療機器の安全使用のための責任者とする。

担当者	看護副部長	大園 直子
	看護副部長	小副川 義也
	診療技術部長	原 孝一郎

2.安全管理のための体制を確保しなければならない医療機器

病院内だけでなく、医学管理を行っている患者の自宅その他診療所以外の場所で使用される医療機器及び当該診療所に貸し出された医療機器も含まれる。（医療機器については、薬事法（昭和35年法律145号）第2条4項に規定されている医療機器全て）

3.従事者に対する医療機器の安全使用のための研修

使用した経験のない新しい医療機器を導入する際には研修を行い、その実施内容について記録する。

1.研修の実施形態

実施形態は問わないものとして、院内において知識を有する者が主催する研修はもとより、当該診療所以外の場所での研修の受講、外部講師による研修、製造販売業者による取扱い説明も医療機器の安全使用のための研修に含まれる。

2.研修対象者

当該医療機器に携わる従事者

3.研修内容

- ①医療機器の有効性・安全性・使用方法・保守点検に関する事項
- ②医療機器に不具合が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告）に関する事項及び医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項

4.研修において記録すべき事項

- ①開催または受講日時
- ②出席者
- ③研修項目
- ④研修を対象とした医療機器の名称
- ⑤研修を実施した場所（当該診療所以外の場所での研修の場合）

4.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

- 1.院内の全医療機器をリストアップする。
- 2.保守点検が必要なものを選定する。
- 3.保守点検する医療機器を自院でするものと外部委託するものに分類する。
- 4.保守点検計画の策定
 - (1) 薬事法の規定に基づき添付文書に記載されている保守点検に関わる事項を参照し、当院において必要と考えられる医療機器について保守点検計画を策定する。

(2)保守点検計画には以下の事項を記載する。

- ① 医療機器名 ②購入日 ③使用頻度 ④点検頻度 ⑤点検予定日
⑥点検実施日 ⑦トラブルの有無等

5.点検については「医療機器保守点検計画表及び実施記録」「保守点検記録1」を用いて実施する。外部委託についても記録し、保管する。

6.トラブルがある場合は、「保守点検記録2」へ記載する。

7.保守点検状況を踏まえて評価し、次回保守点検計画へ反映させる。

8.医療機器の安全のために必要となる情報の収集その他の医療機関の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

1) 医療機器の添付文書、取扱い説明書等を整理し、その管理を行う。

2) 医療機器の不具合情報や安全情報等を収集するとともに、得られた情報を当該医療機器に携わる従事者に対して適切に提供する。

Managing the Risks of Accident

医薬品業務手順書

文書番号（版）：佐賀リハー医療安全—10（5）

発行日：H26.6.1

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

作成	吉田 美智子	日付：H26. 6 .01
承認	吉原 正博	日付：H26. 7. 01

改定履歷

[illegible]

医薬品安全使用のための業務手順書

目 次

第1章 医薬品の採用

1. 目的
2. 採用医薬品の選定
3. 採用医薬品情報の作成・提供

第2章 医薬品の購入

1. 目的
2. 医薬品の発注
3. 在庫管理と伝票管理

第3章 調剤室における医薬品の管理

1. 目的
2. 保管管理
 - (1) 医薬品棚の配置
 - (2) 医薬品の充填
 - (3) 規制医薬品（麻薬・向精神薬・毒薬・劇薬）
 - (4) 特定生物由来製品
3. 品質管理
 - (1) 品質管理
 - (2) 処置薬（消毒薬等）

第4章 病棟・各部門への医薬品の供給

1. 目的
2. 調剤薬の病棟・各部門への供給
3. 定数配置薬の病棟・各部門への供給

第5章 外来患者への医薬品使用

1. 目的
2. 患者情報の収集・管理・活用
3. 検査・処置・注射における医薬品使用
4. 処方

第6章 在宅患者への医薬品使用

1. 医薬品適正使用のための剤形、用法、調剤方法の選択
2. 患者居宅における医薬品の使用と管理
3. 在宅患者または介護者への服薬指導
4. 患者容態急変時に対応できる体制の整備

第7章 病棟における医薬品管理

1. 目的
2. 保管管理
 - (1) 医薬品の定数管理
 - (2) 規制医薬品（麻薬、向精神薬（第1種・2種）、毒薬、劇薬）
 - (3) 処置薬（消毒薬等）の管理
 - (4) 救急カート
 - (5) 輸血血液製剤の保管・管理
 - (6) 患者の持ち込み医薬品の管理
3. 品質管理

第8章 入院患者への医薬品使用

1. 目的
2. 患者情報の収集・管理・活用
 - (1) 患者情報の収集・管理・活用
 - (2) 入院時の使用医薬品の確認
3. 医薬品の使用に関する適切な指示出し・指示受け
4. 処方
 - (1) 正確な処方箋の記載
5. 調剤
 - (1) 処方監査
 - (2) 疑義照会
 - (3) 調剤業務
6. 投与
 - (1) 内服薬・外用薬・注射薬の投与
 - (2) 特に安全管理が必要な医薬品の投与
 - (3) 薬剤投与のための機器使用
 - (4) 輸血の実施（血液製剤の使用）
7. 服薬指導
8. 投与後の経過観察
9. 医療用ガス
10. 医薬品使用による患者容態急変時の応援体制の確立

第9章 医薬品情報の収集・管理・提供

1. 目的
2. 医薬品情報の収集・管理
3. 医薬品情報の提供
4. 各部門、各職種からの問い合わせに対する体制整備

第10章 他施設との連携

1. 目的
2. 情報の提供

- (1) 情報の内容
- (2) 情報提供の手段
- 3. 他施設からの問い合わせ等に関する体制整備
 - (1) 他施設及び薬局への問い合わせ
 - (2) 他施設及び薬局からの問い合わせ
- 4. 院外処方箋の発行
- 5. 緊急連絡のための体制整備

第 11 章 事故発生時の対応

- 1. 目的
- 2. 医薬品に関連する医療安全の体制整備
- 3. 事故発生時の対応
- 4. 事故後の対応

第 12 章 教育・研修

- 1. 目的
- 2. 職員に対する教育・研修の実施

巻末資料 特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）

第1章 医薬品の採用

1. 目的

当院で使用する医薬品は、医師の判断や診療各科の特徴に応じて決定されるべきであるが、その採用に際しては、医薬品の安全性に加え、取り違え防止の観点からも検討が行われ、採用の可否が決定される必要がある。その手順を定めるものである。

2. 採用医薬品の選定

- (1) 新規医薬品を採用する場合は、薬事委員会において同種同効薬の比較検討、安全性に関する検討を行い決議される。
- (2) 当院に代用できる医薬品がなく、担当医が今後の治療に必要とし緊急を要する場合は、理事長に決裁をもらい最低規格数を購入し、次回の薬事委員会で決議される。

① 規医薬品採用願提出

② 事委員会薬剤課において下記の事項を委員会開催までに確認、資料収集を行う

- ・ 当院に類似薬効の薬剤があるか否か
- ・ 採用薬と引き換えに採用中止が出来る薬があるか否か
- ・ 採用薬の文献、パンフレット収集
- ・ 取引卸会社への見積価格、在庫の確認

③ 新規採用申請者から申請理由を聴取

④ 薬事委員会にて決議

⑤ 理事長の決裁後、発注ノートに記載する

3. 採用医薬品情報の作成・提供

- ・ 薬事委員会薬剤課は、各部署へ新規採用医薬品の情報提供を行う（DI 情報）
- ・ 採用医薬品集の作成と定期的な改訂を行う

第2章 医薬品の購入

1. 目的

医薬品の発注、納品ミスが医療事故の原因となるケースもあり、正確な発注と納品を確保するため、医薬品の品目・規格などの確認手順を定めるものとする。

2. 医薬品の発注

① 朝、在庫の点検を行った後、理事長に注文許可書を提出する。

注文許可書には・商品名・剤形・規格単位・数量・包装単位・メーカー名を記載。

② 理事長印のもと、電話もしくはパソコンにて発注するか、卸問屋の担当者へ発注する。

3. 在庫管理と伝票管理

① 発注した医薬品の検品

- ・ 商品名、剤形、規格単位、数量、包装単位、メーカー名、使用期限
- ・ 注文書と照合し、受け取ったものがサイン又は、印を押す。

② 規制医薬品（麻薬・向精神薬（第1種・第2種）・毒薬・劇薬）の管理

- ・ 商品名、数量、製造番号と現品との照合を行い納品伝票を保管
- ・ 麻薬については譲渡証の記載事項及び押印を確認し、二年間保管

③ 特定生物由来製品の管理

- ・ 納品書を管理し、製剤ごとに規格単位、製造番号、購入量、購入年月日を記載して保管

④ 特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）の検品

- ・名称類似、外観類似、規格違いへの注意を払う

第3章 調剤室における医薬品の管理

1. 目的

医薬品の適切な管理は、名称類似・外観類似による医薬品の取り違い、規格違い、充填ミスなどを防止する上で非常に重要であり、医薬品関連の事故を防止するための基本となるものである。また、有効期限・使用期限を遵守するとともに医薬品の品質劣化を防止するため、温度、湿度等の保管条件に留意する必要がある。

2. 保管管理

(1) 医薬品棚の配置

- ・類似名称、外観類似の医薬品がある場合、取り違いを防止するために棚位置を離し、「〇〇と取り間違い注意」の注意表示をする。

◆類似名称（内服薬）

テオドール — テグレトール
 プルゼニド — プレドニン プロスタール — プレタール
 プラバスタチン — アトルバスタチン — ピタバスタチン

◆類似名称（注射薬）

KN3B — KNMG ソルメドロール — ソルコーテフ
 アミパレン—アミレノバン セフメタゾン — セフロニック

◆外観類似

アムロジピン OD2.5mg — グリメピリド 1 mg
 メリスロン 6mg — フロセミド 20mg
 スピロノラクトン 25mg — ナウゼリン OD10mg
 フリバス 50mg — クエン酸第一鉄 50mg
 アムロジピン OD 5 mg — レバミピド OD 100 mg
 ダイアート 30mg — モサプリドクエン酸塩 5mg
 セレコックス 100mg — ウルソ 100mg

- ・同一銘柄で複数規格のある医薬品は、取り違いを防止するために「mg 注意」などの注意表示をする。

◆採用品目で規格が二種類あるもの

アムロジピン OD2.5mg・5mg	テグレトール 100mg・200mg
ルボックス 25mg・50mg	アトルバスタチン 5mg・10mg
フロセミド 20mg・40mg	アーチスト 2.5mg・10mg
シベノール 50mg・100mg	ドネペジル塩酸塩 OD 3mg・5mg・10mg
ベイスン OD 0.2mg・0.3mg	ゾルピデム酒石酸塩 5mg・10mg
ダイアート 30mg・60mg	エブランチル 15mg・30mg
ワーファリン 0.5mg・1mg	チラーヂン S25μg・50μg
ベシケア 2.5mg・5mg	アイミクス LD・HD
クロピドグレル 25mg・75mg	メモリーOD5mg・10mg・20mg
メインテート 0.625mg・5mg	イグザレルト 10mg・15mg
マグミット 250mg・330mg・500mg	デパケンR 100mg・200mg

(2) 医薬品の充填

- ・医薬品棚への補充は、声をだし指さし確認を行いながら十分注意して行う。

(3) 規制医薬品（麻薬・向精神薬・毒薬・劇薬）

- ・麻薬の納入、払出しの都度、麻薬台帳に医薬品名、数量、年月日、受入者名もしくは患者名を記録する。
- ・規制医薬品は、受払の都度在庫確認を行い、適切な在庫数・種類を設定していく。
- ・麻薬の在庫数と帳簿残数の照合を定期的に行い、向精神薬・毒薬は月別の使用状況を発行する。
- ・規制医薬品は、調剤室の金庫等所定の場所に他の医薬品と区別して施錠保管する。
- ・1日の業務終了時、すべての保管庫に鍵がかかっていることを確認し、調剤室の入口を施錠し、防犯監視システムを作動させる。

(4) 特定生物由来製品

- ・特定生物由来製品管理簿に、患者氏名・住所・使用日・医薬品名・製造番号・使用量を記録し、20年間保存する。

(5) 特に安全管理が必要な医薬品

① 特に安全管理が必要な医薬品

- ・投与量に注意が必要な医薬品
抗てんかん薬、向精神薬、ジギタリス製剤、糖尿病治療薬、テオフィリン製剤、抗癌剤、免疫拘束剤
- ・休薬期間が設けられている医薬品、服薬期間の管理が必要な医薬品
- ・併用禁忌や多くの薬剤との相互作用に注意を要する医薬品
- ・特定の疾病や妊婦等に禁忌である医薬品
- ・重篤な副作用回避のために、定期的な検査が必要な医薬品

①-2 注射薬に関する特記事項

- ・心停止等に注意が必要な医薬品
カリウム製剤、抗不整脈薬
- ・呼吸拘束に注意が必要な注射薬
筋弛緩薬、麻酔導入・沈静薬、麻薬(モルヒネ製剤)、非麻薬性鎮痛剤、抗てんかん薬等
- ・投与量が単位(Unit) 単位で設定されている注射薬
インスリン(100 単位/ml)、ヘパリン(1000 単位/ml)
- ・漏出により皮膚障害を起こす注射薬
抗悪性腫瘍薬（特に壊死性抗悪性腫瘍薬）、強アルカリ性製剤、輸液補正用製剤等

② 他の医薬品と区別した管理

- ・抗癌剤、血圧降下剤は配置場所を区別し、取り違え防止の注意表示を行う。

③ 要に応じた使用量と在庫量の記録

- ・業務終了後、使用量と在庫量の確認を行う。

3. 品質管理

(1) 品質管理

- ・毎朝主な医薬品の在庫数を確認し、また年2回（7月・1月）に棚卸を行い、その都度使用期限を確認する。期限切迫品は、DI 情報や薬事委員会で医師に報告し、使用出来る薬剤があれば処方を依頼する。期限切れ品は、薬事委員会で

今後の採用を検討する。

- ・医薬品ごとの保管条件を確認し、適正な場所に適正な条件で保管し管理する。
 - ・ 保冷庫の記録紙を確認し温度管理を行う。
 - ・ 遮光を要する薬剤は、箱から出さず保管。吸湿性のある薬剤には、シリカゲルを置く。

- ・ 不良品発見時の場合の手順は、次のとおりとする。

- ①医薬品安全管理責任者に速やかに報告する。
- ②報告内容は、医薬品名・ロット番号・発見時の薬品状態等とする。
- ③同一薬剤の在庫確保及び代替薬品を検討する。
- ④該当メーカーへの報告・相談を行う。

(2) 処置薬（消毒薬等）

- ・ 開封日を記載し、開封後の期限、調整後の期限を確認する。
- ・ 開封後の保管方法に留意し、変質・汚染防止、定期的な交換を行い、つぎ足し厳禁とする。

第4章 病棟・各部門への医薬品の供給

1. 目的

薬剤部門から病棟・各部門への医薬品の供給について、方法、時間、緊急時の対応について手順を定める。

2. 調剤薬の病棟・各部門への供給

入院患者への医薬品の使用の5の(4)を参照

3. 定数配置薬の病棟・各部門への供給

- ・ 薬剤部より定数ストック薬を外来に設置している。
- ・ 夜間時のストック薬は外来に設置してあり、必要時、看護師が取りに行く。
後日、看護部は薬剤分報告し、薬剤師は処方箋確認と薬剤の補充を行う。
- ・ 消毒薬その他処置薬、皮内反応液等は、病棟・各部門から請求があったとき払い出しを行う。

第5章 外来患者への医薬品使用

1. 目的

外来患者への医薬品使用において間違いを防止するには、正確な処方箋の記載はもちろん、処方内容が調剤者に正確に伝わり、正確な調剤が行われる必要がある。

2. 患者情報の収集・管理・活用

○患者情報の収集・管理

- ・ 患者の年齢、体重、既往歴、妊娠・授乳、副作用歴、アレルギー歴、他科受診、他剤併用（一般用医薬品、健康食品を含む）、嗜好（たばこ、アルコール等）等の情報を、初診時に問診表に記載してもらう。問診表は電子カルテに貼付する。
- ・ 職員が知り得た患者情報は、速やかに主治医に報告する。
- ・ 予防接種の際はあらかじめ予診票に記載してもらう。
- ・ 問（予）診票の記載内容の確認を含め、医師の直接問診により必要な患者情報をさらに収集し、電子カルテに記録する。

○患者情報の活用

・持参薬について

- ・入院時、持参された薬剤は、薬剤師が内容を鑑別し、医師と病棟に報告する。
(持参識別報告書) その際、持参薬で当院に採用していない薬剤があれば、
患者の病名・状況を見て代効薬を検討し、医師に報告する。
- ・担当の薬剤師は初回面談にて、服薬状況を確認する。
- ・持参薬を使用する場合は、薬袋に『持参薬』と記載を入れる。
- ・持参薬・屯用・外用薬は病棟に保管し、使用時に投薬を行った看護師がカルテに
入力する。
- ・入院中、他病院を受診され、持参された薬剤についても同様に、薬剤師が確認し、
報告する。
- ・アレルギー歴等の患者情報を十分に検討し、処方を行う。
- ・患者の理解度に応じた適切な表現で服薬に関する指導を行う。

3. 検査・処置・注射における医薬品使用

○指示出し・支持受け、実施方法の確立

- ・医師は電子カルテにより、検査・処置・注射の指示をする。医薬品の名称・単位・
数量は、略号等を使わない。
- ・指示を受けた者は、診療録や指示せんに記載された検査・処置・注射を復唱し確認する。
- ・実施に当たって不確かな部分がある場合は、必ず医師に確認する。

○医薬品使用前の確認

- ・診療録や指示せんに記載された医薬品を指差し・声出し確認を行いながら準備する。
- ・準備した医薬品に問題(有効期限・使用期限、外観変化、異物混入、総液量等)がないか
確認する。
- ・注射薬については看護職員が以下のように取り揃えを行う。
 - ・1患者ごとに、トレイを用意する。
 - ・注射器に充填後、その空容器(アンプル、バイアル等)等も、トレイに入れておく。
 - ・看護職員は、診療録、調剤済みの注射薬及び空容器をトレイに載せた状態で医師に
確認を受ける。
- ・患者はフルネームで呼び、本人確認し、患者の状態観察等も行う。

○注射薬の使用

- ・予防接種を行う際は、接種前にワクチンの種類と有効期限を再度確認した上で実施し、
予診票の使用ワクチン名欄にロット番号、接種量等を入力する。接種は副反応に備え、
30分程度待機させる。

○吸入器(ネブライザー)の使用、吸入器(ネブライザー)の希釈液の取り違い対策

○ショック時の対応・ショック時に使用する救急医薬品の配備等

- ・ショックが起きた場合は、速やかに医師に連絡し、適切な処置を行う。
- ・患者の容態に応じ、救急病院へ迅速に搬送を行う。

◆下記の緊急医薬品を常備する

輸液製剤	KN3 号、リプラス、ラクトリンゲル
電解質補正剤	メイロン 7%
強心薬	ネオフィリン、ジゴシン
昇圧剤、血管収縮剤	ボスミン注
降圧剤、血管拡張剤	アダラート Cap 5mg、
抗不整脈剤	ワソラン注、静注用キシロカイン 2%
利尿剤	ラシックス注 20mg
トランキライザー	セルシン注 10mg
副腎皮質ステロイド	ソルメドロール注 125mg、ソルコーテフ注 100mg
その他	硫酸アトロピン注、ケイツーN 静注 10mg

4. 処方

(1) 正確な処方せんの記載

○必要事項の正確な記載

- ・処方医は、医薬品名、剤形、規格単位、分量、用法・用量等を判読しやすい文字で診療録に記載する。（院外処方せんを発行する場合）
- ・医事担当者は、診療録に基づき、レセコンに正確に入力する。
入力の際に不確かな部分がある場合は、無理な判読はせず、必ず処方医に確認してから、入力する。入力後、処方せんを出力する。
- ・処方医は、出力された処方せんの内容を点検する。変更がある場合は訂正し再度担当者に出力させる。手書きで訂正する場合は、処方医が二重線を引き訂正し、訂正印を押す。
点検後、処方医氏名欄に押印する。

○単位等の記載方法の統一

- ・日量と 1 回量の記載に注意する。
 - g と mL、mL と単位、g とバイアル等を正確に入力する。
 - 散剤、水剤、注射剤の処方時は濃度（%）まで入力する。
 - 散剤を主薬量（成分量）で記載する場合はその旨を明記する。
 - 1V、IU、IV 等、誤りやすい記載は避け、1 バイアル、1 単位、静注と記載する。
- ・医師が診察時に患者に説明する。
- ・薬剤交付時又は院外処方せん交付時に窓口で、変更に関する説明を受けたことを患者に確認する。

第 6 章 在宅患者への医薬品使用

1. 医薬品の適正使用のための剤形、用法、調剤方法の選択

○剤形、用法の検討と選択

- ・患者の疾患・状態、生活環境（介助の状況、食事、排泄、移動等）等に応じ、確実に服用（使用）される剤形や用法（使用法）を検討し、最も好ましい選択をする。

○調剤方法の検討と選択

- ・薬剤の安定性等を考慮した上で、患者特性を踏まえた服用しやすい調剤方法（一包化、

粉碎等)を薬局で検討してもらう。

- ・経管チューブの患者については、投与可能な調剤を薬局へ依頼する。

2. 患者居宅における医薬品の使用と管理

○医薬品の管理者及び保管状況の確認

- ・患者の服用状況と、患者居宅における医薬品の保管管理状況を確認し、必要な説明、指導を行う。
- ・患者やその家族等の医薬品管理能力が乏しい場合は、患者の主たる看護者に医薬品の保管管理を要請し、必要な説明、指導を行う。

○副作用及び相互作用等の確認

- ・患者の服用状況等を確認し、患者の訴えや病態変化、患者の介護者の情報等から、副作用の初期症状であるかないかを検討する。
- ・他科受診、一般用医薬品を含む他剤併用品、健康食品等の有無を確認する。

○連携する医療職・介護職が閲覧できる記録の作成

- ・在宅患者の情報を記録、閲覧できる記録帳を作成して患者居宅に常設し、患者の服用状況や医薬品の保管状況等の情報の共有を行う。

3. 在宅患者または介護者への服薬指導

- ・現在行っていない

4. 患者容態急変時に対応できる体制の整備

○夜間・休日の対応方法

- ・予め患者に対して、24時間連絡受付体制に関する文書を渡しておく。

第7章 病棟における医薬品管理

1. 目的

病棟においても、調剤室と同様の保管管理、品質管理が必要である。さらに病棟における医薬品の在庫は、事故防止や品質の確保を考慮し、必要最小限にとどめ定数管理を行うことが重要である。その手順を定める。

2. 保管管理

(1) 医薬品の定数管理

- ・病棟における医薬品の在庫は事故防止や品質確保を考慮し、定数管理を行う。規制医薬品や特に安全管理が必要な医薬品は、使用に関しては処方管理を原則とし、病棟へ配置しない。(必要時、外来に配置してある薬品棚を使用。保管してない薬剤は薬局から取り使用する。)
- ・病棟で使用される医薬品の品目・数量は、薬事委員会で使用実績、必要性から定期的な見直しを行う。

(2) 規制医薬品(麻薬、向精神薬(3種)、毒薬、劇薬)

- ・病棟内の金庫に施錠保管する。
- ・麻薬処方箋により薬剤部より払出された麻薬は、施用録に患者氏名・医薬品名・使用日時・使用数量、看護師名を記載する。

(3) 処置薬(消毒薬等)の管理

- ・消毒薬の誤飲防止対策
患者の手の届くところに保管しない
- ・注射薬、吸入薬との取り間違い防止対策

消毒薬の希釈にシリンジを使わない。

用途別にシリンジの色分け

〔吸入薬：赤色 経管栄養：黄色 注射薬：透明〕

(4) 救急カート

- ・救急薬の品目及び数量は、薬事委員会で定める。
- ・即時使用可能な状態であるよう、毎日保守・点検し、点検記録に記載する。

(5) 輸血血液製剤の保管・管理 → 「輸血マニュアル」参照

(6) 患者の持ち込み医薬品の管理

- ・持参薬に関しても医薬品ごとの保管条件を確認し、適正な場所に適正条件で保管し管理する。

3. 品質管理

→ 「調剤室における医薬品の管理」の2を参照

第8章 入院患者への医薬品使用

1. 目的

入院患者の医薬品を安全に使用するためには、入院時に患者情報を十分に収集し、処方・調剤・投与時に活用することが重要であり、収集された患者情報を関係する職種間で共有する体制が必要である。また、医師の処方・指示から調剤、投与に至る一連の業務において間違いなどの防止対策が図られるとともに、適切な指示出し・指示受けが実施され、安全な医薬品使用が確保されることが重要である。その手順を定める。

2. 患者情報の収集・管理・活用

(1) 患者情報の収集・管理・活用

- ・患者の薬物治療における安全性を確保するために必要な情報【既往歴、妊娠・授乳、副作用歴、アレルギー歴、他科受診、他剤併用（一般用医薬品、健康食品を含む）嗜好（たばこ、アルコール等）】を収集する。
- ・患者情報の収集方法は、患者及び家族（介護者）から聴取したり、診療情報提供書、看護要約、退院時服薬指導書、お薬手帳、持参薬より行う。
- ・収集した患者情報は診療録へ記録し、入院時の治療計画へ反映させ、患者ごとの薬歴管理を実施し、カンファレンスを開催し職種間で情報を共有する。

(2) 入院時の使用医薬品の確認

- ・持参薬を含めた患者のすべての使用医薬品を確認し、医師指示録に入力する。
 - ①インスリン等の注射薬
 - ②テープ、吸入薬などの外用薬
 - ③一般用医薬品
 - ④持参薬忘れ
 - ⑤既に使用が中止された医薬品の持参薬に注意する
- ・主治医の指示通り持参薬の服薬管理を行い、医薬品ごとの保管条件を確認し、適正な場所に適正な条件で保管し管理する。

3. 医薬品に使用に関する適切な指示出し・指示受け・指示出し・指示受け・実施方法の確立

- ①急の場合以外は口頭指示を避け、指示録や処方箋による管理を原則とする。
- ②示録や処方箋は医師が入力し、医師以外が転記、代筆しない。
- ③看護師は指示された処方内容を確認し、指示録に指示受けのサインをし、処方箋は薬局に

提出する。

④護師は看護記録(TPR シート)、フローシートに記載し、職種間での情報を共有する。

4. 処方

(1) 正確な処方箋の記載

①患者氏名、性別、年齢、医薬品名、剤形、規格単位、分量、用法・用量等必要事項の正確な記載をする。同姓同名の患者様の調剤間違いがないように、漢字、ひらがなで名前を記載する。カタカナでの記載はしない。

内服薬：1日の服用量を入力し、服用法（分服回数、服薬時間）、投与日数を入力する。

頓服薬：1回の服用量を入力し、服用法・頓服回数を入力する。

外用薬：通常投与全量を入力し、使用法（適用部位・方法・必要であれば適用時）を入力する。

②単位等の記載方法の統一

薬品分量の表示単位 散剤：g・mg で表示する

錠剤：錠(T)・カプセル(cap, c)で表示する

液剤：ml・滴(gtt、drop)で表示する

軟膏剤：g(本数)で表示する

③薬品含量の指定

同一薬品で含量の異なる製剤が市販されている場合、必要とする含量を薬品名のあとの()内に指定する。

例) ラシックス(40)mg

アルピニー坐薬(200)mg

④一薬品で剤形が異なる製剤（末・散・カプセル・シロップ・坐薬など）がある場合で、特定の剤形を必要とするときは、その剤形を指定する。

⑤薬品の分量

錠剤カプセルなどで、1日の投与日数が服用回数で割り切れない場合、あるいは、服用時毎の個数が異なるよう指示する場合は、その配分を薬品分量のあとの()内に入力する。

例) プレドニン(5mg) 7T (4, 2, 1) 3×毎食後

ケフラル(250mg) 4c (1, 1, 2) 3×毎食後

⑥錠・カプセル剤の粉末化

錠・カプセルは原則として粉砕しない。但し、粉砕の指示がある場合は粉砕可否を調べてから行う。(錠剤のみ)

⑦隔日投与

隔日投与の初日の日付を記載する。

⑧賦形剤の添加

散剤あるいは錠剤を粉砕した場合、薬品の分量が少量の場合は、賦形剤（乳糖）を添加する。添加した場合は、用量を処方箋に記載する。

5. 調剤

(1) 処方監査

無理な判読、判読間違いは重大な事故の原因となるため、慎重に確認する。

○処方箋記載事項の確認

処方年月日、患者氏名、性別、年齢等

医薬品名、剤形、規格、含量、濃度(%)等

用法・用量(特に小児、高齢者)

投与期間(特に休薬期間が設けられている医薬品や管理が必要な医薬品、定期的検査が必要な医薬品等)重複投与、相互作用、配合変化、医薬品の安定性など

○患者情報・薬歴に基づいた処方内容の確認

重複投与、投与禁忌、相互作用、アレルギー歴、副作用歴

(2) 疑義照会

処方内容に疑義がある場合には、処方医への問い合わせを行い、必ず疑義が解決されてから調剤を行う。処方箋に疑義照会の印鑑を押し、照会内容、処方変更の内容など記載し、照会した薬剤師の印を押す。照会先においては、処方変更内容等を指示録に入力する。

(3) 調剤業務

正確な調剤業務は医薬品の適正使用の大前提である。調剤者は調剤過誤がもたらす危険性を常に意識し、必要に応じ業務環境に整備、業務内容の見直しを行うことが重要である。

①患者の安全に視点を置いた調剤業務の実施

【調剤用設備・機器の保守・点検】

以下の点検を点検チェック表を見ながら毎朝行う

分包機、分包紙、インクリボンの残量チェック、散剤ならし上や分割器の中のゴミ、異物、錆等の有無、分包時の紙ずれチェック、粉碎機 作動性確認

粉碎ユニット内の異物、錆等の有無

計量機 零点調節、水平確認

保冷库温度チェック

(保冷库デジタル温度計と庫内の温度計が同じ温度になっているか)

アラーム作動性確認

水周り 水剤台、メートグラスの水垢等の有無

リフト 作動性チェック (定期点検あり)

【取り違い防止対策】調剤室における医薬品管理 1、(1) 参照

・類似名称、外観類似の医薬品は棚位置を離し、「〇〇と取り間違い注意」の注意表示をする。

・同一銘柄で複数規格のある医薬品は、「mg 注意!」「別規格あり!」などの注意表示をする。

【調剤業務に係る環境整備】

・作業台は常に整理整頓を心がけ、調剤台、調剤棚、作業台は頻繁に清拭し、可能な限り清潔な調剤環境を確保・維持する。

・色、苦味、臭いの強い薬剤や分包機に残りやすい散剤の分包後はコンタミネーションを防止するため分包機や粉碎機を丁寧に清掃し、乳糖を洗う。

・調製時の調剤者の被爆防止のため、コンタミネーションの防止のため清潔な白衣、帽子、マスクを装着する。

②内服薬・外用薬の調剤

【散剤や液剤の調剤間違いの防止対策】

・秤量する際、調剤者は装置ビンの表示を3回確認する。

調剤棚から装置ビンを取り出す時、秤量する直前、秤量後に調剤棚に戻す時の3回

- ・秤量忘れの防止：秤量の記載順または逆順のどちらか秤量順序をきめて秤量する。
- ・秤取薬の確認（補充間違いの確認等）：散剤等の性状や臭い等の特徴を覚える。
- ・秤取薬の確認：実際に秤取した薬品名と秤量値を記載したメモを処方箋に添付し監査時に活用する。
- ・処方された薬剤をすべて秤量した後、再度処方箋の薬名、分量を読み直し、秤量した薬剤、秤取量を確認する。秤取量の確認（秤量ミスの防止）：主薬表示か重量表示かを判断・確認する。
- ・常用量を把握する。
- ・1日量と1回量を勘違いしない。
- ・秤量した薬剤名、量を記載した用紙を残す。
- ・分包ミスの防止：秤量の後、分包数を今一度確認する。

【錠剤・カプセル剤の調剤間違い防止対策】

●錠剤・カプセル剤を1回の服用時点ごとに分包する調剤(One Dose Package)

〈利点〉ヒートシールから錠剤の取り出しが困難な患者（手指が不自由、視力低下等）や高齢者に対し有用である。

患者の服薬漏れ防止に有用である。

〈欠点〉ヒートシールから錠剤を取り出す作業および一包ごとの調剤監査が必要であり、調剤時間を要する。特に薬品数が多くなると、複雑となり、調剤過誤のリスクが高くなる。

- （対策）
1. 処方薬を準備するもの、一包化で調剤するもの、監査するもの、それぞれ別の薬剤師が行う。
 2. 与薬ミスを防ぐために分包紙に患者氏名、服用時点を印字する。
 3. 内容を確認し、さらに錠数、印字間違いがないか確認する。
 4. 同時に散剤が処方されていて錠剤と一包にした場合、錠剤・カプセルの識別が困難となり、また散剤の中に錠剤・カプセルが含まれていることに気づかずに服用し咽頭などにつかえる危険もあるため、包装された薬剤の安定性確保の観点からも散剤と錠剤・カプセル剤は、分けて分包する。

〈一包化しない方が望ましい薬剤〉

1. 厳密な服薬管理が必要な薬剤（治療薬、麻薬、覚せい剤など）
2. 極度に光に不安定な薬剤 例) カベルゴリン
3. 極度に温度に不安定な薬剤 例) アスパラ K
4. 下剤など症状に応じて自己調節する薬剤 例) マグミット
5. バラ錠包装により品質劣化を起こす薬剤 例) ハルナール D, ストマルコン D など

●錠剤の粉碎・カプセル剤の開封

錠剤の粉碎・カプセル剤の開封の可否は、医薬品の安定性や体内動態変化し、治療効果および副作用発現などに影響することがあるため、製剤の特徴を十分確認した上で行う。

〈原則粉碎・カプセルの開封不可の薬剤〉

除放性製剤	例) アダラート CR、テオドール、テオロング
腸溶錠・カプセル	例) バイアスピリン

フィルムコーティング錠

軟カプセル剤

例) アルファカルシドールカプセル

粉碎・開封に伴う注意事項

1. 空のヒートシール、PTP を残しておき、監査者は品名・規格・錠数に間違いがないか確認する。
2. 粉碎による配合変化や製剤の安定性を考慮し、混和しないで一包に一剤ずつ分包調剤を行い、ラインを引くなどして識別を行う。
3. 一包あたりの分包重量が少量の場合は、賦形剤（乳糖）を用いる。

【外用薬の調剤上の注意点】

・処方箋と薬品名、規格、単位を確認し、必要なものを取り出す。

（計算調剤）同一商品名でも軟膏剤とクリーム剤など複数の剤形がある。

例) リンデロン軟膏・クリーム・ローション・液

同一商品名でも規格（含量）が複数あるものもある。

例) 亜鉛華軟膏 10%、20%

・必要量を秤量し軟膏つばにいれ、薬名をテープで貼るなどして薬名を識別できるようにする。（計量調剤）薬剤名・調製日・適用部位をふたではなく容器本体（横・底）に明記する。

→複数の軟膏容器を投薬した際に、ふたの入れ違いによる内容物の不明確さを防ぐ。

【調剤薬の監査】

- ・調剤者以外の薬剤師が行う。
- ・処方箋の記載内容について十分な処方監査を行い、調剤者が行った疑義照会内容の再確認を行う。
- ・調剤監査を行う際には、まず処方箋を読んで、揃える薬をイメージしてから調剤薬を確認する。
（逆に調剤薬を先に見てから鑑査すると、調剤薬にイメージで調剤ミスを見逃しがちである！）

・処方箋と調剤薬の照合

〈ミスの原因〉

- 1) 薬名の規格(含量)単位や調剤棚の表示をよく認識しなかった
- 2) 複数規格があることを知らなかったなどの知識不足(調剤経験不足者)
- 3) 薬品名の類似(薬品名を最後まで読まなかった注意不足)
- 4) 薬効の類似(処方頻度などの先入観による勘違い)
- 5) 形状や色調などの外観類似(調剤棚への戻し間違いによる混在の危険性)
- 6) 包装形態の類似(同一性薬会社)

〈対策〉

- 1) 思い込みで監査を進めない。
- 2) 複数規格がある薬剤には、取り違いを防止するために「mg 注意」などの注意表示をする。
- 3) 類似名称、外観類似の医薬品がある場合、取り違いを防止するため棚位置を離し、「〇〇と取り違い注意」の注意表示をする。
- 4) 五感を働かせる。

視覚・・・処方箋上の調剤薬を一剤ずつなぞって確認

聴覚・・・調剤薬を実際に声に出し、耳で確認

嗅覚・・・薬特有のにおいや香りも確認の手助け

味覚や触覚も確認の目安となる

- ・一包化薬は、空のヒートシール・PTPを残しておき、内容を確認し、錠数、印字間違いがないか確認する。

③注射薬の調剤

- ・処方箋監査を行い、注射薬オーダー(1本渡し)において準備する。
- ・内服薬と同様、同一名柄で複数規格があるもの、名称類似、外観類似の医薬品には、取り違いに注意し、棚にも注意表示を行う。
- ・安定性および配合禁忌・配合変化の確認を行い、遮光保存の医薬品は、遮光袋に入れて払い出す。
- ・薬剤部での混合調製を行っていないので、看護部へ配合禁忌・注意、配合手順、管理手順等について必要時に情報提供を行う。

6. 投与

(1) 内服薬・外用薬・注射薬の投与

①内服薬

- ・調剤された定期薬及び臨時薬は、患者ごとの1週間分の投薬箱に朝・昼・夕と用法ごとにセットし、配薬車に入れて病棟に払い出し、向精神薬に関しては病棟薬品金庫に保管する。
- ・看護師は、患者毎のチェック表を用い与薬準備を行い、その際調剤ミスや異物混入などないか確認を行う。
- ・看護師は、食堂にて配膳後、臨席されている患者の手に届かないトレイの位置に置く。
(他者の薬を間違えてとって服用しないように)
- ・看護師は、配薬間違いのないよう、患者席の名札と薬袋の名前、患者の顔を見て「〇〇さんですね。」と確認しながら渡し、服薬確認を行う。
- ・チューブやカテーテルを用いて投与する場合は、チューブ類の自己抜去や閉塞、誤接続、フリーフローにより薬剤の投与が中断されないことがないよう、薬剤投与ルートが確保されているか投与時だけでなく投与中も確認する。
- ・自己管理可能な患者には、1週間分の薬を投薬箱にに入れて渡し、看護師は服薬確認を行う。

②外用薬

- ・定期の外用薬も1週間分ずつ病棟に払い出し、看護師は定期薬・臨時薬ともに処置簿に入力し投薬を行う。

③注射薬

- ・看護師は、各患者1日分ずつ薬局より払いだされた薬剤と処方箋を確認し、注射剤ラベルをつけ保管管理し、それぞれの担当看護師が調製を行う。
患者氏名、空アンプル・バイアル等の確認、調製後の外観変化や異物混入、総液量を確認する。
- ・看護師は、指示に従って注射を施行し、処方箋に施行印を押す。

(2) 特に安全管理が必要な医薬品の投与

- ・入院患者のすべての医薬品使用における薬歴管理を薬剤部で行い、特に安全管理が必要な

医薬品は、投与日時、投与方法、投与時の注意点など情報提供を行い、病棟のフローシートを活用し、職種間で情報を共有する。

(3) 薬剤投与のための機器使用

①定量ポンプ

○定量ポンプの使用

- ・アラーム機能付き機器などを使用する。

○設置時の確認

- ・コンセントの差込、スタンド転倒に注意する。

○流量表示の確認

○正確な送液の確認

- ・輸液ポンプ注入開始後の目視による滴下速度の確認
- ・ラインの閉塞確認と解除時の過剰送液に注意する。
- ・取り出し時は必ずクランプしてから行い、多量送液を回避する。

○日常点検、定期点検

- ・ラインやシリンジの劣化に注意する。
- ・バッテリー充電

②吸入器（ネブライザー）

吸入器の使用

- ・医薬品の特性、副作用、使用方法、使用禁忌、使用上の注意等を理解した上で使用する。

(4) 輸血の実施（血液製剤の使用）

厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」を踏まえ、患者誤認、異型輸血の防止対策を徹底する。

7. 服薬指導

①患者、処方箋、薬剤を再確認し、写真入りの薬剤情報提供文書を作成する。

②薬剤の実物と薬剤情報提供文書を示しながら説明を行い、ここで患者・薬剤師の双方の目で薬剤を再確認し、患者の症状、訴えと処方内容に相違はないか確認を行う。（調剤過誤防止の最終のチェックポイント）

③患者の生活習慣、知識レベルを考慮し、適切な個別対応による下記の医薬品情報の提供、服薬指導を行う。

- ・薬効、用法・用量及び飲み忘れた場合の対処方法
- ・処方内容の変更点
- ・注意すべき副作用、初期症状および発現時の対処法
- ・転倒のリスク（服薬による眠気、筋力低下、意識消失など）
- ・使用する医療機器、医療材料などの使用方法等
- ・その他服用に当たっての留意点（注意すべき他の医薬品や食物との相互作用、保管方法等）

④指導した内容を服薬指導録に記録し、主治医に報告を行う。

8. 投与後の経過

- ・看護師は、服薬チェック表・指示録を用いて服薬の確認を行い、服薬上何か問題が生じた場合、医師・看護師に報告し、カルテに入力する。
- ・特に新薬の投与時や処方変更時は病態変化に注意し、患者の訴えや臨床検査値から副作用の可能性を検討し、処方医へ情報提供を行い、副作用の早期発見及び重篤化回避を図る。

9. 医薬品使用による患者容態急変時の応援体制の確立

自施設のみで対応が不可能とされた場合に、遅延なく他の医療機関へ応援を求める。

10. 医療用ガス

医療用ガスの定期的な管理、保守点検・記録

(昭和 63 年 7 月 15 日健政発第 410 号「診療の用に共するガス点検設備の保管管理について」に従う)

第 9 章 医薬品情報の収集・管理・提供

1. 目的

医療事故防止の観点から、常に最新の医薬品情報を収集し、適切に管理し、各職種に迅速に提供できる体制を整備することを目的とする。

2. 医薬品情報の収集・管理

- ・ 医薬品情報の収集・伝達は薬剤師が行う。
- ・ 緊急安全性情報や添付文書改訂情報の収集に努め、採用薬の添付文書やインタビューフォーム等収集・管理を行う。
- ・ 医薬品集、添付文書集等の作成と定期的な更新を行う。

3. 医薬品情報の提供

- ・ 緊急安全性情報については各部門、各職種へ速やかに提供行う。
- ・ 新規採用医薬品については、名称、成分名、適応症、用法・用量、相互作用、副作用、禁忌、使用上の注意、保管・管理上の注意、安全上対策の必要性等の情報を速やかに各部門、各職種へ提供を行う。
- ・ 製薬企業からの自主回収及び行政からの回収命令、販売中止、包装変更等について情報提供を行い、必要に応じて速やかに対応する。

4. 各部門、各職種からの問い合わせに対する体制整備

- ・ 各部門、各職種からの医薬品に関する問い合わせに常時対応できるように、幅広い情報を収集する手段をしり、それらの根拠や背景を知った上で利用しやすいように加工し、相互に関連づけながら伝えるべき内容を検討する。

◆主な問い合わせ先

佐賀県薬剤師会薬事情報センター : 0952-23-2771

アトル DI 室 : 0120-419303

富田 DI 室 : 096-373-1141

- ・ 問い合わせに対する回答内容について記録しておく。
- ・ 他施設からの問い合わせ

「他施設との連携」の 2. を参照

第 10 章 他施設との連携

1. 目的

患者に継続した薬物療法を安全に提供するためには、医療機関や調剤薬局間で正確な情報を提供し、共有することが重要である。その連携体制の確保のためを目的とする。

2. 情報の提供

(1) 情報の内容

○医薬品情報、患者情報の提供

・他施設への患者紹介や患者情報の提供を求められた場合等は、必要に応じ主治医に確認の上、提供する。個人情報取り扱いには十分注意する。患者本人の同意確認を得ることが望ましい。以下の内容について情報提供を行う。

- ・現に使用している医薬品の名称、剤形、規格、用法、用量。
- ・一包化など調剤上の工夫状況。
- ・過去の医薬品使用歴。
- ・服薬期間の管理が必要な医薬品の投与開始日等。
- ・アレルギー歴、副作用歴、禁忌医薬品、コンプライアンスの状況等。

(2) 情報提供の手段

○医療機関

・診療情報提供書等を使用して、情報提供を行う。

○薬局（院外処方の場合）

・薬剤情報提供書等を使用して、情報提供を行う。

3. 他施設からの問い合わせ等に関する体制整備

(1) 他施設及び薬局への問い合わせ

○問い合わせ手順

・問い合わせは緊急時を除き文書（FAX 等）で行うが、電話で問い合わせをする場合は原則主治医が行う。

○問い合わせ内容・回答の診療録等への記録・反映

- ・問い合わせの回答は速やかに主治医へ連絡する。
- ・問い合わせの内容、回答を必要に応じ診療録に記録する。
- ・回答書、診療情報提供書、服薬情報提供書、服薬指導文書、電話で受けた回答内容等を診療録に添付、入力する。

(2) 他施設及び薬局からの問い合わせ

○問い合わせへの対応手順

- ・電話での問い合わせに対しては、極力、FAX 等文書での問い合わせを依頼する。
- ・FAX 等の文書による問い合わせは速やかに確認し、必要に応じて主治医に対応を依頼する。
- ・電話での問い合わせについては、相手の確認を行い、必要に応じて主治医等がコールバックにて対応する。
- ・但し薬局からの処方せんに基づく疑義紹介については、上記に関わらず速やかに対応する。

○問い合わせ内容等の診療録等への記録・反映

- ・問い合わせの内容、回答を必要に応じ、診療録に記録する。

4. 院外処方せんの発行（院外処方の場合）

○院外処方せんの発行前の点検など

- ・主治医は、出力された処方せんの内容を点検する。変更がある場合は訂正し再度担当者に出力させる。手書きで訂正する場合は、主治医が二重線を引き訂正し訂正印を押す。

点検後、処方医氏名欄に押印する。

5. 緊急連絡のための体制整備

○地域の医療機関及び薬局との緊急時のための連絡体制

以下の緊急時対応連絡先等をまとめたファイルを作成し保管する。

- ・・地域の医療機関・薬局等の診療時間、休診日、夜間休日の対応等の一覧表
- ・・地域医師会の緊急連絡網
- ・・災害時の対応に関すること
- ・・事故発生時の連絡先

第 11 章 事故発生時の対応

1. 目的

医療事故が発生した場合、最初に行うべきことは、患者の健康被害の有無を確認し、健康被害が疑われた場合には、責任を持って適切な処置を行うなど、必要に応じた対応を講じることが大切である。同時に、事故の一報が連絡された段階から、全ての過程について客観的事実を詳細に記録することが重要である。この章では、これらの手順を定める。

2. 医薬品に関連する医療安全体制

(1) 医療安全管理対策を総合的に企画、実施するための委員会の設置

- ・医療安全管理委員会において、医薬品に関連する医療安全体制を総合的に企画、実施する。

(2) 責任者または管理者に速やかに報告される体制の整備

- ・事故発生時は、速やかに医療安全管理責任者に報告する。不在の場合は、事務長に報告し対応する。

(3) 緊急時に備えた体制の確保

- ・職員間の互いの携帯電話番号等を記載した緊急連絡網整備する。調剤事故が発生した時のための報告・連絡体制について平時に確認しておく。
- ・調剤事故発生時は、主治医または担当医に連絡し、患者情報、事故概要、経過など現状報告を行う。

(4) 患者相談窓口の設置

- ・調剤事故発生だけでなく、常に休日・夜間でも患者と連絡がとれる体制を整備するよう努める。

(5) 事故発生を想定した対応手順の作成と定期的な見直しと職員への周知

- ・「調剤事故発生マニュアル」を作成し、定期的に見直し、調剤過誤・事故発生時の対応手順の周知徹底に努める。

(6) 自他施設のインシデント事例の収集・分析とそれに基づく事故防止対策の策定・実施

- ・調剤の過程で起こった何らかの間違いで、患者に与薬される前に発見されたものをインシデントとしてとらえ、調剤業務インシデント、アクシデントレポートにて報告する。

以後の再発生を防ぐことを目的に医療安全管理委員会に報告し、防止対策を検討する。

(7) 医療安全に関する職員研修の実施

- ・事事故例の発生原因等を分析し、今後同様の事故が発生しないよう再発防止策を検討する。

また、ミス・過誤発生時の報告を受けた際には、個人の責任を追及するのではなく、組織として再発防止を考えるような薬局内の体制を整備する。さらに事故を踏まえた薬局内の職員の教育・研修を充実させる。

(8) 医師会・薬剤師会等との連携体制の確保

- ・医師会・薬剤師会等との連携をし、医薬品の安全管理に努める。

3. 事故発生時の対応

(1)救命措置

- ・患者に不利益が及ぶと思われる場合や現に健康被害を訴えている場合、外来患者の場合は、すぐに受診を促し、入院患者の場合は、主治医または担当医に連絡し・患者情報・事故概要経過など現状報告を行う。

(2)具体的かつ正確な情報の収集

- ・患者（過誤）の一報が入った際には、具体的かつ正確な情報収集に努める。その際には言葉使いにも注意し、不要な発言は避け、誠意が相手に伝わるように留意する。

●外来患者の時

- ・電話を受けた時点で、まず下記事項を確認する。

- 1) 患者の氏名
- 2) 電話をかけてきた人の名前（本人との続柄）
- 3) 電話番号（連絡先）
- 4) どのような間違いか
- 5) 服用前か後か
服用後であれば
- 6) 服用からの時間
- 7) 患者がどのような状態か確認する。

救急処置がすぐに必要と判断される場合には責任をもって受診を促す。

主治医へ連絡し、支持をあおぐ。

- 1) こちらで処方内容や交付薬剤等を確認の上、折り返し電話する旨を伝える。

（相手の電話番号を確認し、一度電話を切る。）

- 2) 折り返し電話する前に、処方箋記載の全ての医薬品と薬歴を手元に揃え、間違いが明らかな場合は、その間違えた薬剤に関する情報もあらかじめ収集の上、速やかに対応を行う。
- 3) 電話で回答する際には、電話をかけてきた本人であるかを確認する。本人以外には説明しない。本人不在の場合はかけ直すなどして伝言等で済まさない。
本人と話す際には、患者の勘違いや交付以外の薬剤でないかなども確認するが、患者の間違いを疑うという態度ではなく、他には間違いがないかを確認するためなど、あくまでも事実確認のために行うものであることが伝わるように注意する。

●入院患者の時

- ・電話を受けた時点で、まず下記事項を確認する。

- 1) 患者の氏名
- 2) 電話をかけてきた人の名前（本人との続柄）
- 3) 電話番号（連絡先）
- 4) 主治医からの求めに応じ、薬剤情報を提供する。
- 5) 状況が一段落した後、病棟師長より状況を確認する。

(3)患者・家族への説明（患者・家族への対応のポイント）

- ・重要な事実を省かない。間違えた薬が何であったか、それを飲むことによりどのようなことが起こる可能性があるかなど、例えそれが軽微なことであったとしても、その事実

はきちんと伝える。

- ・因果関係を省かない。今起こっていることが間違えた薬による主作用または副作用であることが考えられる場合、それが軽微なものであったとしてもその関係についてはきちんと伝える。
- ・明快に説明できないことがあれば率直にそのことを伝える。
- ・ミスの事実があれば、結果には影響を与えないものと考えられるものでも、包み隠さず伝える。
- ・心情に対する適切な配慮をする。

4. 事故後の対応

(1) 事故事例の原因等の分析

- ・個人の責任を追及するのではなく、事故事例の発生原因等を分析し今後同様の事故が発生しないよう再発防止策を検討する。

(2) 事故関係の記録、事故報告書の作成

- ・患者の状況や事故後の経過、患者側への説明内容等について、経時的に記録を取っておく。
特に患者側との話し合い状況については、いつ、誰が、どこで、何を話したかなど、詳細に記録しておくことが重要である。

(3) 再発防止対策あるいは事故予防対策の検討・策定・評価、職員への周知

- ・調剤事故の経過や今後の見通し等を薬局職員に説明する。また併せて職員全体の意識統一を図り、今後の事故予防対策についても検討する。
- ・管理者は当該事故について、薬局組織として明確な見解等を示し、その域をこえた疑問や質問等に対しては開設者の判断をあおぐ。また取材や患者側弁護士等からの質問には、誤解を招くような回答をしないよう注意する。

(4) 患者・家族への説明

- ・調剤事故をおこしてしまったら「ごまかさない」「かくさない」「非を相手に押し付けない」姿勢を基本に、患者側の質問・疑問・苦情に対し、誠実・冷静・かつ客観的に事実を伝えることが肝要であり、最後まで誠意をもって対応する。

(5) 処方医への連絡

- ・調剤事故が発生した場合は、その状況や対応などについての経過を随時主治医に報告し、常に医療機関と連絡を取り合い情報を共有する。

(6) 関係機関への報告・届出

- ・患者の健康被害が重篤である場合や、健康被害が複数の患者に及ぶと考えられる場合には都道府県医師会に連絡・相談の上、所轄の行政機関（都道府県、市町村、保健所等）に速やかに報告を行う。また保健所など関係行政機関が行う立入調査等についても、事故の発生原因の解明や再発防止の目的で実施されるものであるため、協力する。

第12章 教育・研修

1. 目的

医療安全や医薬品に関する研修を全職員に定期的に実施することで、職員個々の知識及び安全意識の向上を図るとともに、施設全体の医療安全を向上させることを目的とする。

2. 職員に対する教育・研修の実施

○ 医療安全、医薬品に関する事故防止対策、特に安全管理が必要な医薬品(要注意薬)などに関する教育・研修の実施

- ・ 医療安全に関する職員研修を年 2 回実施する。
年度途中の採用者については、導入研修時に実施する。
- ・ 事故事例の発生原因等を分析し、今後同様の事故が発生しないよう再発防止のための検討会を行う。
- ・ 医師会主催など外部の講習会・研修会への参加及び伝達講習会を実施する。研修費負担や研修受講の励行等、職員が外部の講習会・研修会に参加しやすい環境整備を行う。
- ・ 研修実施後、実施日(外部講習受講の場合は受講日)・場所・出席者・研修項目・配布資料があればその資料も合わせた研修記録を作成し、2 間保管する。
- ・ 職員は医療安全等に関する書籍や資料等による自己研修を行うことに努め、職員間で情報共有する。

安全管理が必要な医薬品（要注意薬）

下記の医薬品は、事故発生により患者に及ぼす影響の大きさ十分配慮し、使用上及び管理上、特に安全な取り扱いに留意しなければならない。

内服薬を手として記載となっており、「注射薬に関する特記事項」を別途記載した。

剤形によらず、各項目に該当する医薬品の取り扱いには注意が必要である。

なお、規制医薬品（麻薬、覚せい剤原料、向精神薬（第 1 種、第 2 種、毒薬・劇薬）については、関係法規を遵守する。

(1) 投与量等に注意が必要な医薬品

○抗てんかん薬

フェノバルビタール（フェノバル）、フェニトイン（アレピアチン）

カルマバゼピン（テグレトール）、バルプロ酸ナトリウム（デパケン）等

○抗精神薬

ハロペリドール（セレネース）、リスペリドン（リスパダール OD）

○ジギタリス製剤

ジゴキシン（ジゴキシン KY、ジゴシン注）

○糖尿病治療薬

経口血糖降下剤（グリメピリド、

○テオフィリン製剤

テオフィリン（テオドール、テオロング）、

アミノフィリン（ネオフィリン）等

(2) 併用禁忌や多くの薬剤との相互作用に注意を要する医薬品

ワルファリンカリウム（ワーファリン）

(3) 重篤な副作用回避のために、定期的な検査が必要な医薬品

、ピオグリダゾン（アクトス）、アトルバスタチン

〈注射薬に関する特記事項〉

1. 心停止等に注意が必要な医薬品

○カリウム製剤

塩化カリウム（KCL）

○抗不整脈薬

ジゴキシシン（ジゴシン）、キシロカイン（リドカイン）等

2. 呼吸拘束に注意が必要な注射薬

○麻酔導入・鎮静薬、麻薬（モルヒネ製剤）、非麻薬性鎮痛薬、抗てんかん薬等

3. 投与量が単位(Unit)で設定されている注射薬

○インスリン(100 単位/ml)

○ヘパリン(1000 単位/ml)

4. 漏出により皮膚障害を起こす注射薬

○強アルカリ性製剤

フェニトイン（アレビアチン）、炭酸水素ナトリウム（メイロン）等

○輸液補正用製剤

高張ブドウ糖液等

○その他

造影剤等

防犯管理マニュアル

文書番号（版）：佐賀リハー防犯—12（2）

発行日：H19.12.1

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

作成	署名： 武富邦夫 松永貴宏 原 孝一朗	日付：H19. 11. 30
承認	署名：吉原 正博	日付：H19. 12. 1

改定履歷

[illegible]

防犯管理マニュアル

<不審侵入防止及び侵入時の対応>

佐賀リハビリテーション病院

<目的>

医療現場では、医療上以外の予期しない状況や、好ましくない事態が発生し患者の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められており、日常診療以外の過程に幾つかのチェックポイントを設けるなど、施設防犯管理を行い、患者に実害の及ぶことのないよう仕組みを院内に構築することが必要である。

このような考え方のもとに、各医療従事者が医療施設全体の組織的な施設防犯体制を推進することによって、施設防犯事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して医療を受けられる環境を整備することを目的とする。

当院においては、防犯管理責任者(理事長)のもとに防犯管理副責任者、防犯責任者(事務長、看護部長、リハビリ部長、診療技術部長、診療技術部理事等)外全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の施設防犯安全を確保し必要な医療が提供できるよう積極的に取り組んで行くため、その手順を定めるものとする。

1.施設管理における事項

(1) 病院への出入口

① 病院への出入口の開錠時間

・平日

正面出入口 午前 7時 30 分 ～ 午後 8時

救急出入口 救急患者出入り時のみ開錠

通用口 午前 6時 ～ 午後 8 時 午後11時 30 分～午前 0 時

・休日

正面出入口 午前 7時 30 分 ～ 午後 8時

救急出入口 救急患者出入り時のみ開錠

通用口 午前 6時 ～ 午後 8 時 午後11時 30 分～午前 0 時

② 鍵の管理

・全出入口の鍵は、職員が各自責任を持って管理すること。

医事課・総務課から借りた鍵は、忘れずに返却し報告すること。

③ 防犯カメラによる管理

病院正面玄関、救急外来入口、職員通用口の防犯カメラによる 24 時間体制の監視を行なう。

(2) 来院者等のチェック

① 来院者の確認方法は、以下のとおり実施する。

・患者でないと思われる者に対して、受付で来院目的を求める。

・行先及び用途を再度口頭にて確認する。

(3) 施設内の点検

① 夜間の巡回は、以下のとおり実施し、その他の時間帯は、必要に応じて適時実施する。

警備は全日警佐賀との警備委託契約第 3 章警備計画書に基づき ANS システムにより火災・盗難及び不良行為の予防と安全確保を行う。

巡回時間

午後 8時 午後 11 時 30 分

巡回実施者

担当者

※巡回は、以下の点に注意して実施する。

- ・各出入口、窓等の施錠が行なわれているか。
- ・不審者が侵入していないか。
- ・施設環境が安全に保たれているかどうか。

2.防犯管理体制における事項

(1)防犯管理全般

責任者は、次のとおりとする。

防犯管理責任者

理事長

防犯管理副責任者

院長

防犯責任者

事務長・看護部長・リハビリ部長・診療技術部長・診療技術部理事

防犯委員

各部署責任者

責任者の主な任務は、次のとおりとする。

- ・非常事態発生時の指揮・対応及び警察等関連機関への連絡
- ・事後の措置に関する指揮及び対応
- ・防犯に関する研修会、訓練等の実施
- ・その他、防犯に関して必要な業務

(2)防犯カメラシステムに関する事項 [2008年追加事項](#)

- ・防犯カメラシステムは常に作動し続けるものとする。
- ・毎月 1 回防犯カメラシステムが正常に作動しているか(録画された映像、録画期間等)確認する。また、システムに問題が発生した場合は適時必要な措置を講じる。
- ・防犯カメラシステムの取扱説明書は、医事課に設置してある防犯カメラシステム本体に備えるものとする。

(3)日常の取り組み

- ①来院者への「あいさつ」や「声がけ」等を積極的に行なう。
- ②患者への防犯に関する指導
 - ・施設内での不審者を見かけた場合は、近くの職員に知らせること。
 - ・貴重品や金品等の管理は、患者の責任で行なうこと。
- ③防犯に関する情報の共有
 - ・対防犯対応事例があった場合には、「引継ぎ時」「ミーティング時」において情報の共有化を行う。
- ④防犯に関する訓練
 - ・必要に応じ、年 1 回程度実施する。

(4)非常時の対応等

- ①院内連絡体制

- ・確認した者は、医事課に連絡し、医事課職員は院内電話にて全館に状況の報告を行う。
休日・夜間等は、夜間オンコールが全館連絡する。

②外部への連絡

- ・警察等外部への通報は、防犯管理責任者が行う。
- ・休日・夜間等の緊急時には、その場の判断にて、職員が通報等を行う。

③不審者への対応方法

- ・不審者と思われる場合には、「緊急連絡」と同時に複数の職員で「声がけ」を行なう。
不審者への声がけは、言葉や相手の態度に注意しながら行い、その際相手に近寄り過ぎないようにすること。(最低 1m から 1.5m は離れること)。また、患者から通報があった場合にも、同様に「声がけ」から行なう。

この「防犯管理マニュアル」は常に見直しを行い、必要に応じ改訂すること。

今までに当院で取り組んだ危機管理面

- ・ 個人ロッカーには鍵をかける原則の徹底
- ・ 職員の身分証携帯 部署貼付
- ・ 声かけ挨拶の徹底 いつも誰かが見ている意識付け
- ・ 夜間出入りノート(時間外の出入り記載の義務付け)
- ・ 時間外出入り口の常備灯の点灯
- ・ 安全管理上重要な場所の警備会社直通の防犯ブザー設置
- ・ 玄関・救急玄関・通用口のセンサー灯り(防犯カメラ設置偽)
- ・ 駐車場の照明
- ・ 病院周辺での異常者、不害者出没(院内周知と城南中学へ発信)
- ・ 不害者対応へ遅くなったら単独行動はしない等の徹底
(北川副駐在所へ相談 巡回を増やしてもらった)
- ・ 院内で盗難発生(患者)時には警察より事情聴取
- ・ 女子更衣室での盗難に関しては個人責任とした(鍵のかけっ放し)
ルールを守らない迷惑行為。警察届けは本人辞退。男子更衣室同様
- ・ 介護者への暴言暴力に関しては
対策:状況家族へ説明後、場合によっては退院もしくは付き添いを認可依頼(現在の所なし)
- 患者より介助中に咬みつかれる(歯型、内出血あった場合、感染症扱いとする。)
- 実習生・CWの大人しい人を選んで強制的な卑整な言動(家族相談の上退院)
- 学生・CWを選んで身体に触る、卑猥な言葉を浴びせる(家人同伴で面談＝主治医
行動が続けば強制退院を通告)
- その他職員への暴言セクハラに関しては毅然とした態度で臨む。
- ・ 院内で不害者発見の場合は、部署長へ報告、院内へ周知させる。監視下へ。
- ・ 夜間巡回時に、駐車中の車は要マークして、人が居た場合は警備会社へ連絡する。
- ・ 患者さんへの危機管理面は医療安全対策に入っているが職員の危機管理については、
職員そのものが希薄である。

ルール無視による事態が発生しているので院内も決して安全ではない意識を持つこと。

※ 今後はセクハラ・パワハラが問題になってくる。連帯意識を持って職場の倫理を理解してもらわないといけない。(特に風紀上に関しては社会人としての責任ある行動)

全日警備 警備計画書

1 警備対象物

所在地 佐賀市南佐賀 1 丁目 17 番 1 号

名称 佐賀リハビリテーション病院

2 管轄基地局

佐賀市木原 3 丁目 7 番 16 号

株式会社 全日警佐賀 基地局

3 緊急対処要員の待機場所

佐賀市木原 3 丁目 7 番 16 号

株式会社 全日警佐賀 佐賀待機場所

4 警備目的

警備対象物の火災・盗難及び不良行為を予防し、かつ、安全を確保することを目的とする。

5 警備任務

(1) 火災・盗難及び不良行為の予防

(2) 事故確認時における関係機関への通報、連絡

(3) 事故発生時の事故拡大の防止

(4) 事故報告書の提出

6 警備方法

ANS システムによる機械警備 (一般加入回線使用)

7 警備信号の種類

① 警備開始

② 警備解除

③ 火災

④ 火災復旧

⑤ 停電

⑥ 停電復旧

⑦ マグネット発報

⑧ パッシブ発報

8 警備守備範囲

別添図面による。(図面朱線範囲)

9 警備担当時間

ANS システム セットからリセットまでの間 (但し、火災については、24 時間)

10 管制本部 (全日警佐賀管制センター)

株式会社全日警佐賀内に管制本部を設置し、本部に配備された ANS システム受信装置により警備対象物件の出退の状況及び異常の有無を連続的に監視する。

11 警備実施要領

(1) 警備態勢

ア 警報装置

警備対象物件から送出される出退信号及び警備対象物件で発生した異常事態を全日警佐賀管制センターへ自動的に通報する機能を有する。

イ 全日警佐賀管制センター

全日警佐賀管制センターでは、常時、自動警報受信盤を監視するとともに、非常事態発生を想定し、緊急対処の手段を準備し、常に緊急対処要員及び機動パトロール隊との連絡を保持する。

ウ 緊急対処要員及び機動パトロール隊

常に、全日警佐賀管制センターとの連絡を保持し、警備対象物件の異常事態に備える。

エ 警備機器の詳細

別紙のとおり

(2)警備開始の取扱い

ア 警備対象物件における取扱い

警備対象物件の担当者は、事故防止上必要な処置をなし、コントロールスイッチの操作により、警備(退社)にセットする。

イ 全日警佐賀管制センターにおける取扱い

警備対象物件のコントロールスイッチの操作により自動的に表示される警備開始(退社)の信号を確認自動記録し、警備を開始する。

(3)警備終了時の取扱い

ア 警備対象物件における取扱い

警備対象物件の担当者は、コントロールスイッチの操作により、警備解除(出社)にセットする。

イ 全日警佐賀管制センターにおける取扱い

警備対象物件煮のコントロールスイッチの操作により、自動的に表示される警備解除(出社)の信号を確認自動記録し、警備を終了する。

12 異常事態発生時における措置

(1)自動警報受信盤により、警備対象物件に不測の事態が発生したときは、必要に応じ110番、119番するとともに、直ちに巡回中又は待機中の緊急対処要員・巡回機動パトロール隊に通報連絡をとり現場急行せしめ、異常事態の確認を行い、事故の拡大防止に努め、万全の警備態勢をとる。

(2)警備対象物件に到着した緊急対処要員は、異常事態を確認後、管制センターへその状況を報告し、必要に応じて関係機関へ通報する。

(3)異常事態について急報を要するものについては、あらかじめ届け出のある当該緊急連絡者へ急報し、急報を要しないものについては、翌朝警備担当者に報告するものとする

13 事故報告書の提出

警備実施中に事故が発生した時には、事故報告書を当該警備対象物件の警備責任者に提出する。

14 鍵の預託

警備実施上必要な鍵は相互に預託し、預託された鍵は相互の責任において管理するものとする。

15 緊急連絡者名簿の提出

(1)警備対象物件の警備担当者は、あらかじめ緊急連絡者名簿を提出するものとする。

(2)緊急連絡者名に変更あるときは、遅滞なくその都度文章をもって通知するものとする。

16 その他

この警備計画書に定めていない警備実施上の事項については、その都度相互協議の上、文章にて取り決めるものとする。

パワーハラスメントに関する事項

文書番号（版）：佐賀リハー医療安全—13（2）

発行日：H16.8.1.

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	署名： 笹尾 和代	日付：H16. 8. 1
承認	署名：吉原 正博	日付：H16. 8. 1

改定履歷

[illegible]

パワーハラスメントについて

パワーハラスメントとは

- ・職場内のいじめや強要（立場を利用した時間外の執拗な誘い）（セクハラも入る）。
- ・度の過ぎた指導は嫌がらせに取られる問題であること
- ・仕事の問題であり、職場における人権侵害の問題であること
- ・働きやすい職場環境づくりの問題であること

取り組みポイント：管理職の認識を変えていくことが大切

- ①パワーハラスメントは、職員の個人としての名誉や尊厳を傷つける問題であり、人権侵害の問題であるとの視点でとらえる。
- ②パワーハラスメントは、個人の問題ではなく、雇用上の差別であり、人事・労務管理上の大切な問題であるとの認識を持つ。
- ③パワーハラスメントの防止を進めるためには、上下関係や男女の心理、意識の違いが問題の理解を困難にしていることに留意し、そのコミュニケーションギャップが何処から出てくるのかを理解する。
- ④パワーハラスメントは、男女がともに働きやすい快適な職場環境をつくりだす上での大きな障害となっているという認識を持つ。

パワーハラスメント対策

- ・問題発生の場合、迅速かつ適切に問題を処理するためには、相談窓口や上司に相談情報を寄せる（問題をキャッチする）
- ・寄せられた相談情報に対して相談窓口や上司が連携して迅速かつ適切な対応が大切（初期段階での対応）
- ・相談窓口での解決が困難な場合や重大な内容と判断される場合を考慮して、事実関係を調査・確認し、問題解決にあたる苦情処理体制の充実。苦情処理機関など公正で厳正に対応することが問題解決に向けて重要。（信頼される解決システム）
- ・セクシャルハラスメント規定に講じていく

パワーハラスメントの相談・苦情（入り口）から解決に向けた視点

- ①いじめは職員の個人としての名誉や尊厳を傷つける問題であることを基本に人権の問題であるとの認識を持って人権尊重の視点から対応する。
- ②いじめの問題は個人の問題にとどまらない、職場環境の問題であり、雇用上の差別ともなりうる人事・労務管理上の問題として捉えて対応する。
- ③加害者・被害者の心理や意識の違いから生ずるコミュニケーション・ギャップが問題の理解を困難にしている為、双方の意思疎通を図ることを重視した対応を進める。
- ④休みたい・やる気がない・集中できない等が察せられたら要注意見逃さない。

セクシャルハラスメントに関する事項

文書番号（版）：佐賀リハー医療安全—13（3）

発行日：H16.8.1.

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	署名： 笹尾 和代	日付：H16. 8. 1
承認	署名：吉原 正博	日付：H16. 8. 1

改定履歷

[illegible]

— セクシャルハラスメントの防止に関する規定 —

第1条(目的)

本規定は、就業規則第28条及び男女雇用機会均等法に基づき、職場におけるセクシャルハラスメントを防止するために職員が遵守すべき事項、並びに性的な言動に起因する問題に関する雇用管理上の措置などを定める。

第2条(定義)

- 1 セクシャルハラスメントとは、職場における性的な言動に対する他の職員の対応等により当該職員の労働条件に関して不利益を与えること、又は性的な言動により他の職員の就業環境を害することをいう。
- 2 前項の職場とは、勤務部署のみならず、職員が業務を遂行するすべての場所をいい、また、就業時間内に限らず、実質的に職場の延長と見なされる就業時間外の時間を含むものとする。
- 3 第1項の他の職員とは、直接的に性的な言動の相手方となった被害者に限らず、性的な言動により就業環境を害されたすべての職員を含むものとする。

第3条(禁止行為)

すべての職員は、他の職員を業務遂行上の対等なパートナーと認め、職場における健全な秩序ならびに協力関係を保持する義務を負うとともに、職場内において次の各号に掲げる行為をしてはならない。

- ① 不必要な身体への接触
 - ② 容姿及び身体上の特徴に関する不必要な発言
 - ③ 性的及び身体上の事柄に関する不必要な質問
 - ④ プライバシーの侵害
 - ⑤ うわさの流布
 - ⑥ 交際・性的関係の強要
 - ⑦ わいせつ図画の閲覧、配布、掲示
 - ⑧ 性的な言動への抗議又は拒否等を行った職員に対して、解雇、不当な人事考課、配置転換などの不利益を与える行為
 - ⑨ 性的な言動により、他の職員の就業意欲を低下せしめ、能力の発揮を阻害する行為
 - ⑩ その他、相手方及び他の職員に不快感を与える性的な言動
- 2 上司は、部下である職員がセクシャルハラスメントを受けている事実を認めながら、これを黙認する行為をしてはならない。

第4条(懲戒)

第3条に掲げる禁止行為に該当する事実が認められた場合は、就業規則第73条、他に基づき懲戒処分を行う。

第5条(相談及び苦情への対応)

- 1 セクシャルハラスメントに関する相談及び苦情処理の相談窓口は病院総務課及び各部署で設けるとし、各部署の責任者は各部長とする。各部長は、その内容について理事長、委員長

へ報告すると共に、以後の対応について指示を求めるものとする。

(対応マニュアルの作成及び対応に必要な研修を行う)

- 2 セクシャルハラスメントの被害者に限らず、すべての職員は性的な言動に関する相談及び苦情を各部署責任者・部長に申し出ることができる。
- 3 各部長は相談者からの事実確認の後、本社においては人事部長へ、相談者の人権に配慮した上で、必要に応じて行為者、被害者、上司並びに他の職員等に事実関係を聴取する。
- 4 前項の聴取を求められた職員は、正当な理由なくこれを拒むことはできない。
- 5 各部長は、問題解決のための措置として、理事長、委員長許可の上、第4条による懲戒の他、行為者の異動等被害者の労働条件及び就業環境を改善するために必要な措置を講じる。
- 6 相談及び苦情への対応に当たっては、関係者のプライバシーは保護されるとともに、相談をしたこと、又は事実関係の確認に協力したこと等を理由として不利益な取り扱いは行わない。

第6条(再発防止の義務)

理事長、委員長はセクシャルハラスメントの事案が生じた時は、周知の再徹底及び研修の実施、事案発生の原因と再発防止等、適切な再発防止策を講じなければならない。
また、パワーハラスメントにおいても同様の対応を講じなければならない。

付則 平成16年8月1日作成
平成20年4月1日改正

医療法人 智仁会
佐賀リハビリテーション病院

患者からのセクハラについて

①セクハラについて

- ↓ スタッフからの報告を受けやすいようにしとく
- ↓ 言葉や接触したがる患者はリストにあげる
- ↓ 実際さわられたり・卑猥な言動が聞かれたら上司報告

②報告を受けたら

- 課長（係長）もしくは副課長が注意に行く
- 「スタッフへ手を出されたり、ビックリするような言葉をかけられたらセクハラ扱いになりますのでご注意ください。」一回目の注意を促す。
- ・スタッフはきちんと対応する。さわられたら『止めて下さい』をきっぱり言う。
- 言葉に関しては相手にせず「ご家族へそのようにお伝えします。」
- ・当院ではセクハラ扱いになります。の方針注意を行う。

③課長（係長）より部長へ報告あれば

- ・部長より警告書を持って患者さんの所へ行く。
- ・それでもの場合は、勧告書・誓約書を書いてもらう

④主治医・理事長、委員長へ報告

- ・家族へ連れて帰って貰う。

⑤毅然とやる

- ※ まず声を出して人を呼ぶ
- ※ 叩くか・つねるか・蹴りをする（正当防衛範囲内）
- ※ 突き飛ばしたり振り払ったりして、相手を転倒させないようにする
- ※ 自分の身の安全第一に我慢はしない
- ※ 患者だから・病気だからの甘えにははじめをつけてもらう
- ※ 患者と馴れ合いにならないよう気をつける
- ※ 誤解させる隙を見せない
- ※ 自分たち自身がマンネリ化しない
- ※ 男性スタッフは逆の場合に注意する

病院組織としては見逃さない。

- ※ スタッフ間でも誤解を受ける言動には注意すること。

平成20年7月8日作成

院内暴力対策マニュアル

文書番号（版）：佐賀リハ一院暴一14（2）

発行日：H21.3.1

医療法人 智仁会

佐賀リハビリテーション病院

作成	署名： 笹尾和代 高森 真須美 松永貴宏 原 孝一朗	日付：H21. 3. . 1
承認	署名：吉原 正博	日付：H21. 3. 1

改定履歷

[illegible]

院内暴力対策マニュアル

目的

患者の権利と同様に職員が安全・安心して働ける環境を確保することを目的とする。

他規則との関係

当院における院内暴力の対策に関しては、この規則のほか、「防犯管理マニュアル」、「事故対策マニュアル」、「インシデント・アクシデント報告管理規定」も適用されるものとする。

院内暴力に対する基礎知識

1. 暴力のリスク

- ・暴力の既往
- ・薬物中毒
- ・アルコール中毒
- ・主要精神疾患の不安定期や進行期

2. 暴力の誘因となるもの

- ・喧騒で混雑した環境
- ・長時間の拘束（待ち時間、気分転換活動の不足など）
- ・不十分な説明、不親切（たらいまわしにする、わかりにくい標識など）
- ・不適切な空気管理（暑さ、寒さ、換気、湿度、臭気など）

3. 構造的要因

- ・整備が不十分なセキュリティ（防犯システム、アクセス管理など）
- ・照明が暗い

暴力の予防

1. リスクの共有

- ・診察録への記載（入力）
- ・申し送りの徹底
- ・来客に対する「声かけ」の徹底

患者の権利と義務の掲示を行い、守らない場合は退院や診療を断る場合があることを明示する

2. 誘因の排除

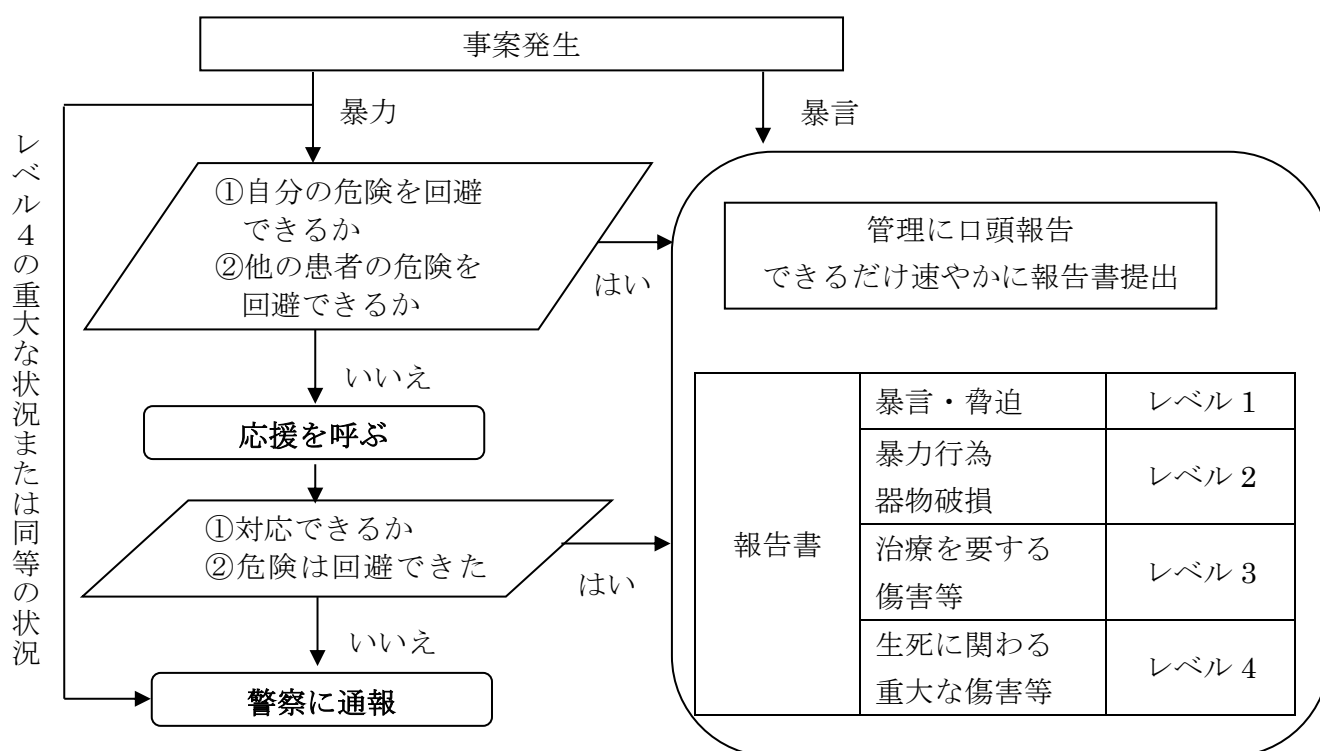
- ・前条に列挙している暴力の誘因となる事項の排除
- 持込物を指定し入院のしおりに明示する

3. セキュリティシステムについて

- ・医療安全管理のための指針で定める「防犯管理マニュアル」を参照とする。

暴力が発生したときの対応

1. 当事者の対応（フローチャートと区分）



※病院の体面等を気にして警察への連絡を躊躇する必要はない。

2. 対応の仕方について（レベル1～3）

1) 相手の怒りや攻撃性を和らげる（De-Escalation）

- ・低い声で静かに話す。
- ・批判や強迫的言動は避ける。
- ・慌てたり怯えたりせず、冷静に対応する。
- ・静かでプライバシーが守れる場所へ誘導する。
- ・不意に身体に触れたり、急激な動きをしない（「攻撃される」と誤解する）。
- ・馬鹿なことはやめなさい。そんなに怒ってどうするのか。など、感情的な対応をしない。

例：「今の状況だと〇〇さん自身も他のみなさんも危険になってきます。もし暴力が起きれば、みなさんの安全のために何らかの対処をしなければなりません。
どうか落ち着いてお話しませんか」など

2) 応援を呼ぶ（救急(99)コール）

- ・大きな声を聞いた者は駆けつける（慌てないこと、不必要に慌てると相手の怒りを増長させることになる）
- ・危険物（武器）になるようなものを除去する（杖、椅子など）。
- ・男子職員は駆けつける。

3) 説得に応じない場合や器物を壊したり、暴力をふるったりした場合は、警察へ通報する。

4) 電話による暴言の場合は、電話を医事課に設置してある録音可能な電話に切り替え、相手に録音する事を伝え（同意の必要は無い）、1)の事に留意しながら対応する。

電話回線を独占するなど診療を妨害するような場合、暴言の内容が著しく悪質な場合は警察へ相談する。

3.対応の仕方について（レベル3～4）警察への通報後の後方支援について

- 1)状況に応じ被害者の安全確保と医療措置を速やかに行う。
- 2)加害者が逃げている場合はむやみに追いかけない。
- 3)職員への連絡。（状況に応じて行う）
 - ・病院にいる職員へ医事課より全館放送にて速やかに知らせ状況に応じ応援、注意喚起、安全確保や待機指示を行う。
 - ・全職員へ緊急連絡網により連絡を行う。

4)重大事故発生時の対策本部の設置

- ・構成員は理事長、委員長、副院長、事務長、各部長とする。
- ・対策本部にて、
 - ①情報の集約と統率
 - ②病院機能の維持（患者、職員の安全確保を含む）
 - ③警察との連絡調整
 - ④マスコミ対応
 - ⑤当事者への対応
 - ⑥顧問弁護士の介入と調整
 - ⑦本部召集と解散の指示

等を協議する。

5)現場の保存

- ・通行禁止、監視などを行い現場の保存に努める。
- ・現場に残された証拠品又は、証拠品になりうる物の保存を行う。

6)現場検証

- ・関係部署主任又は総務課主任は必要に応じ関係者を招集しながら現場検証に立ち会う。

4.報告書について

- 1) 医療安全管理のための指針で定める「インシデント・アクシデント報告書管理規定」を参照すること。ただし、事故報告書については事案が様々であることが推測される事と、事案の集積が少ない事から決まった様式を定めず、5W1H方式（いつ、どこで、誰が、何を、なぜ、どのようにして）に則り報告書を作成すること。
- 2) 相手が患者やその家族である場合には、電子カルテにも経過を記載すること。
- 3) 報告書により把握した事について、病院は必要に応じ適宜対策を講じる。

事故発生後の中長期的対応

1.被害者とその家族及び関係者のメンタルヘルスケア

暴力を受けた職員は原則として労災扱いとする。

- ・院内外の医療機関、専門医をできるだけ早い時期から紹介し、対応する。
（院内メンタルヘルスケアシステムの立ち上げ）
- ・被害者に過失があるような言動は避ける。（批判はしない）
- ・話すことが可能であれば、少人数で状況やそのときの恐怖心や不安などを表出できるように援助する。15～30分程度の短時間

・公開してほしくないことは尊重する。(プライバシー保護)

2.警察への対応は、被害者などに配慮し、総務課課長が調整する。

3.賠償問題、訴訟問題については、顧問弁護士とも相談し、最善の対応を考える。

4.マニュアルの見直し

事故の発生、再発防止の観点から発生した事件の原因分析や他施設の事件の事件を参考に
見直しを行う。

セクシャルハラスメントについて

セクシャルハラスメントについても院内暴力として考える。その対策については医療安全管理
のための指針で定める「事故対策マニュアル」(セクシャルハラスメントの防止等に関する規定)
を参照とする。

教育と研修

当院職員と院内の委託職員を対象に、次のような研修を行い、評価しなければならない。

(1) 院内暴力に関すること。接遇、自己防衛術

(2) このマニュアルに関すること。

本マニュアルの見直し

このマニュアルは必要に応じて適宜見直しを行う。