

埼玉みさと総合リハビリテーション病院

医療安全対策マニュアル

2002年4月1日作成

2011年4月1日改訂

2012年4月1日改訂

2013年4月1日改訂

2014年4月1日改訂

2015年4月1日改訂

目次

<指針>

1. 総則
2. 報告等に基づく医療に係る安全確保を目的とした改善方策
3. 安全対策のための指針・マニュアルの整備
4. 医療安全のための研修
5. 事故発生時の対応
6. その他

<医療安全対策委員会規程>

- 第1条 目的
- 第2条 審議事項
- 第3条 構成
- 第4条 委員長設置
- 第5条 任期
- 第6条 開催
- 第7条 初期
- 第8条 記録の保存
- 第9条 更新及び改訂

<事故種類別マニュアル>

1. 転倒・転落事故対策／転倒転落（アクシデント）発生時フローチャート
抑制マニュアル／離床センサー種類
転倒転落アクシデントインシデント報告書作成手引き
2. 投薬事故防止対策
3. 指示受け事故対策
4. 誤認防止対策
5. 同姓入院患者対策／同姓同名患者対応マニュアル
6. 離院対策／離院フローチャート／外泊外出時帰院遅れフローチャート
7. 注射事故対策
8. 針刺し事故／針刺し事故フローチャート
9. 誤嚥防止対策
10. 栄養関連の事故対策
11. インフォームドコンセント事故対策

<フローチャート>

- ・レベル4以上重篤事故フローチャート
- ・夜間休日等主治医不在時の報告体制
- ・院内急変時の対応／エマージェンシーコール管理マニュアル

<その他>

- ・インシデントアクシデント報告書／作成手引き
- ・特殊ナースコール種類

医療安全対策指針

1 総則

1-1 基本理念と目的

医療現場では、医療従事者の些細なミス等が医療上予期しない状況を引き起こしたり、望ましくない事態に発展し、患者様の健康や生命を損なう結果を招くことがある。

我々医療従事者には、患者様の安全を確保するための不断の努力が求められているがさらに、日常診療で幾つかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故というかたちで患者様に実害を及ぼすことのないような仕組みを院内に構築する事が必要である。

本指針は上記の理念に基づき、各医療従事者個人における事故防止対策と、医療施設全体の組織的な医療事故防止対策の二つの方向より推し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者様が安心して安全かつ良質な医療を受けられる環境を整えることを目的とする。

1-2 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は、以下のとおりとする。

(1) 医療事故

診療の過程において患者様に発生した望ましくない事象
医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む

(2) 本院

埼玉みさと総合リハビリテーション病院

(3) 職員

本院に勤務する全ての職員

(4) 所属長

当該職員の直属の上司で管理的な立場にある者

(5) 医療安全管理者

医療安全管理に必要な知識及び技術を有する職員で、病院長の指名により、本院全体の医療安全管理を専任で担当する者

(6) 医薬品安全管理責任者

医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員で、病院長の指名により本院全体の医薬品の安全使用に関する業務の責任者で、専任、兼任の別を問わない

(7) 医療機器安全管理責任者

医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員で、病院長の指名により本院

全体の医療機器の安全使用に関する業務の責任者で、専任、兼任の別を問わない

(8) インシデント

日常診療の場で、誤った医療行為などが患者様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様に影響を及ぼすまで至らなかった事象

(9) アクシデント

医療事故を指し、医療においてその目的に反して生じた有害事象をさす患者様だけでなく、来院者、職員などに障害が発生した場合も含む

1-3 組織及び体制

本院における医療安全対策と患者様の安全確保を推進するために、本指針に基づき本院に以下の役職及び組織等を設置する

- (1) 医療安全管理者
- (2) 医薬品安全管理責任者
- (3) 医療機器安全管理責任者
- (4) 医療安全対策委員会
- (5) 医療安全管理委員会
- (6) 医薬品管理委員会
- (7) 医療機器管理委員会
- (8) 医療安全対策委員会規程
- (9) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (10) 医療に関わる安全管理のための研修

2 報告等に基づく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

2-1 報告とその目的

この報告は、医療安全を確保するための業務の改善や教育・研修の資料とすることを目的しており、報告者はその報告によって何ら不利益をうけることがあってはならない

2-2 報告に基づく情報収集

この報告に基づき、委員会は、本院における医療事故事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策するとともに、これからの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集する

2-3 報告すべき事項

- (1) 医療側の過失の有無を問わず、患者様に望ましくない事象が生じた場合は、可及的速やかに所属長へ報告するものとし所属長は直ちに医療安全管理者→院

長へと報告する

ただし患者様の生命の危険がある場合など特段の事由がある場合はこの限りではない

- (2) 医療事故には至らなかったが、発見、対応が遅れば患者様に有害な影響を与えたと考えられる事例については、速やかに所属長または医療安全管理者へ報告する
- (3) その他、日常業務の中で危険と思われる事象についても適宜、所属長または医療安全管理者へ報告する

2-4 報告の方法

- (1) 前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う
ただし緊急を要する場合はまず口頭で報告し、患者様に支障が及ばない範囲で遅滞無く書面による報告を行う

2-5 報告者名の省略

自発的報告がなされるよう所属長は、必要に応じて報告者名を省略して報告することが出来る

2-6 改善策の策定

委員会は、本指針2-4に基づいて報告された事例を検討し、医療安全対策上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、本院の組織としての改善に必要な防止対策案を作成するものとする

2-7 改善策の実施状況の確認

委員会はすでに策定した改善策が各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを定期的に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする

2-8 守秘義務

委員会の委員等は、個人情報に関するものを含み報告された全ての事例について、職務上知りえた内容を正当な事由なく他の第三者に告げてはならない
報告書の閲覧は原則禁止だが、医療安全管理者が許可した場合において、医療安全管理者の管理のもと閲覧可能とする

2-9 報告者の保護

本指針の定めにしたがって報告を行った職員に対し、これを理由として職務上等において不利益な扱いを行ってはならない

3 安全対策のための指針・マニュアルの整備

3-1 安全対策マニュアル等

日常業務における危険予知、患者様の安全に対する知識、事故を未然に防ぐ意識の高揚を図るため、本院において以下の指針・マニュアル等（以下「マニュアル等」という）を整備する

- (1) 医療安全対策マニュアル
- (2) 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書
- (3) 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び安全使用マニュアル
- (4) その他

3-2 安全対策マニュアル等の作成と改訂

- (1) 安全対策マニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備し、職員全員に周知徹底する
- (2) 安全対策マニュアル等は、1年に1度及び必要に応じて改訂し、その都度委員会の承認を得るものとする

4 医療安全のための研修

4-1 医療安全のための研修の実施

- (1) 医療安全対策の基本的な考え方、事故防止の具体的に手法等を全職員に周知徹底することを通じ、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させるため、研修計画を作成し、年2回以上、全職員を対象とした医療安全のための研修を定期的実施する
ただし、本院で重大事故が発生した後など、必要があると認めた時は、臨時に研修を行うものとする
- (2) 医薬品及び医療機器の安全使用のための研修を併せて実施しても差し支えない
- (3) 委員会は研修を実施した時は、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、5年間保管する

4-2 研修への参加

- (1) 全職員は、研修が実施される際には、受講するよう努めなければならない

4-3 医療安全のための研修の実施方法

- (1) 医療安全のための研修は、安全対策の講義、院内での報告会、事例分析、部外講師を招聘しての講話、部外の講習会・研修会の伝達報告会などによって行う
- (2) 医薬品及び医療機器の安全使用のための研修の内容については、安全管理者間

で内容を検討しそれぞれ担当者が講習会を開催する

5 事故発生時の対応

5-1 救命措置の最優先

事故が発生又は発見をした時は、患者様の安全確保を最優先させ、状況を確認する。異常のあるときは、迅速に医師に報告し治療を開始する。

5-2 インシデント・アクシデントレベル1～3の場合

明らかな状態変化の無いときは経過観察とし、異常の出現した時は、迅速に医師に報告をする。レベル3以上は、病棟責任者又は、管理ナースに報告する。当日もしくは後日、主治医に報告する。

5-3 アクシデントレベル4，5の場合

- (1) 事故の状況、患者様の現在の状況等必要事項を病棟責任者及び管理ナースより看護部長、主治医、医療安全対策委員長へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 委員長より院長、事務長へ連絡する。以上の連絡は事故発生後24時間以内に迅速に行うものとする。但しレベル5の場合は直ちに報告する。
- (3) 委員長あるいは院長は、必要に応じて医療安全委員会の開催を決定し、その内容は三役へ紙面報告する。

5-4 報告の記録

報告を行った従事者は、遅滞なくその事実及び報告内容をインシデント・アクシデント報告書、看護記録、作成すべき記録物に記録する。

5-5 患者様・ご家族・ご遺族への説明

事故発生後、救命措置等の遂行に支障を来たさない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者様本人、ご家族等に誠意をもって説明するものとする。カルテ開示の請求があった場合には「診療情報の提供及び開示に関する規定」に従って対応する。

また、患者様が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかにご遺族に説明するとともに、説明を行った医療従事者はその事故及び説明の内容を診療録、看護記録、作成すべき記録物に記録するものとする。

5-6 病院関係者への報告

- (1) 医療過誤によって死亡または障害発生が考えられる医療事故が発生した際、院長は報道関係機関からの情報が発表される可能性がある場合には予め職員の動揺を最小限にするために緊急全体会議を開催し、事実を正確に伝えるものとする。

- (2) 職員は事実関係が明らかになっていない部分を含め、言動には細心の注意を払うこととする。

5-7 記者会見を行う場合

- (1) 医療過誤によって死亡または障害等発生が考えられる医療事故が発生した際、院長は報道機関からの要請などにより、また確かな情報等により記者会見を行う際は、次の事柄に心がけるものとする。
- ①謝罪表明
 - ②原因究明
 - ③再発防止策
 - ④現状説明
 - ⑤責任表明
 - ⑥その他
- (2) 記者会見には院長、事務長、必要に応じ看護部長の出席の上、その他関係者は院長の判断に応じ出席するものとする。
- (3) 記者会見を行う際にはご本人またはご家族の同意を得てから行い、同意の得られない時は記者会見を開いてはいけない

5-8 来院者への報告

- (1) 来院者に対しては事実関係、その他必要事項を記載し、玄関に掲示するものとする
- (2) 必要に応じ事故発生科に受診をしている患者には別途説明を行う物とする

6 その他

6-1 本指針の周知

- (1) 指針の内容については、病院長、医療安全管理者、委員会等を通じて、全職員に周知徹底する
- (2) 周知方法
- ① 医療管理マニュアルを全部署に配布する
 - ② 院内マニュアルホルダ内の医療安全対策委員会フォルダにて閲覧できる
 - ③ 職員手帳に一部掲載されている

6-2 本指針の見直し、改訂

- (1) 委員会は、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) 本指針の改訂は、委員会の決定により行う

6－3 本指針の閲覧・公開

- (1) 病院ホームページに公開する
- (2) 患者様及びご家族から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする
- (3) 本指針についての照会には医療安全管理者が対応する

6－4 患者様からの相談への対応

- (1) 病状や治療方針などに関する患者様からの相談やクレームに対して誠実かつ速やかに対応するために、患者様相談窓口を設置し対応する
- (2) 患者様相談窓口担当者は、医療安全対策委員会と十分に連携し、患者様の声が安全対策につながる様に心がける

医療安全対策委員会規程

(目的)

第1条 埼玉みさと総合リハビリテーション病院において、医療安全対策を総合的に企画、実施するために医療安全対策委員会（以下「委員会」という）を設置する。

(審議事項)

第2条 委員会は、次の事項について審議、報告をする。

- ①医療事故防止対策の検討及び研究に関すること。
- ②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。
- ③医療事故の分析及び再発防止の検討に関すること。
- ④医療事故に対する対応、対策に関すること。
- ⑤医療訴訟に関すること。
- ⑥その他医療事故防止に関すること（研修、勉強会等の開催）。

(構成)

第3条 委員会の構成は次の通りとする。

- ①院長
- ②事務長
- ③看護部長
- ④医局
- ⑤看護部
- ⑥薬剤部（医薬品安全管理責任者）
- ⑦検査科
- ⑧放射線科（医療機器安全管理責任者）
- ⑨リハビリテーション部
- ⑩栄養科
- ⑪社会福祉相談室
- ⑫総務課
- ⑬医事課
- ⑭通所リハビリ
- ⑮居宅
- ⑯医療安全管理者

(委員長設置)

第4条 委員長は医師とする。

2 委員長は委員会を代表し、議事を進行する。

3 委員長が出席できない場合は、あらかじめ委員長の指名する委員がその職務を代理す

る。

(任期)

第5条 委員の任期は1年とする。但し再任を妨げない。

2 欠員により補充された委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(開催)

第6条 委員会は月1回定期的に開催する。ただし、委員長が必要と認める場合には臨時開催する。また、委員会は必要に応じて審議事項に関係ある職員を出席させることができる。

(書記)

第7条 書記は医事課より選出する。

(記録の保存)

第8条 議事録を作成し、これを5年間保存する。

(更新及び改訂)

第9条 委員会は年1回以上規程の見直しを行う。

2 改訂がなかった場合においても毎年3月末日をもって見直しを必ず行い、その旨を4月1日付けで更新及び改訂と規程に記載する。

3 記載する期間は5年間とし、施行年月日を残し順次古いものから消去していくものとする。

(附則)

この規程は2002年4月より施行する。

2008年4月1日 改訂

2011年4月1日 改訂

2012年4月1日 改訂

2013年4月1日 改訂

2014年4月1日 改訂

2015年4月1日 更新

事故種類別マニュアル

1. 転倒・転落事故対策

転倒、転落事故は本院で最も発生報告の多い事故である
リハビリテーション専門病院特有の要因として、入院患者様の不安定な日常生活動作レベルと高次脳機能障害、また車椅子使用者が大半を占める事も要因として挙げられる

<一般的防止対策>

1. 危険度評価

- (1) 転倒、転落の起きやすい要因を知っておく
- (2) 既往歴、現症から患者様の危険度を把握する
- (3) 「転倒転落アセスメントスコアシート」からの情報を共有する

2. 説明

- (1) 患者様とご家族へ説明と協力要請

3. 環境整備

- (1) 病棟内の整理、整頓
- (2) 解りやすい表示（移乗介助札・トイレ介助札・ナースコール促し札）

4. 日常の注意事項

- (1) 観察、巡視を密にする
- (2) 見守りの際は、安全確保をしてから見守る
- (3) 体位変換、トランスファーは正しい方法で行う
- (4) 転倒、転落防止用品の適切な使用
- (5) 抑制は基準に従い適切な方法で行う「身体抑制基準」参照

<具体的留意点>

1. ベッド

- (1) ベッドのストッパーは固定する L 字固定のカーもしめる。
- (2) 毎朝ベッド周囲の環境整備を行う（ナースコールの位置、危険物の排除など）
- (3) 転落の危険性の高い患者様が臥床している際は、ベッドの高さを最低にする
- (4) 危険行動のある患者様の場合
 - ①観察しやすい部屋への移動を検討
 - ②抑制（抑制帯、離床センサー、安全ベルト等）の検討

2. 歩行時

- (1) 靴を考慮する
- (2) 裾丈を調整した衣類を準備してもらう

(3) Dr の指示の下に歩行介助を行なう。

(4) 環境整備

①床の水はすぐに拭き取る

②廊下に障害になる物を置かない

3. トイレ

(1) Dr の指示のもとに介助を行う

(2) 患者様の傍を離れる時は、必ず声かけをし、ナースコールを促す

(3) ナースコールを押せない患者様や、危険行動のある患者様のトイレ介助の際は患者様の傍を離れない。

(4) トイレ介助札を1週間に1度見直し、ADL 状況にあった物を提示する。

4. 夜間トイレ介助

(1) Dr の指示のもとに介助を行う

(2) 照明の確保

(3) 排泄パターンを把握し、必要な場合は、排泄の誘導を行う

5. 浴室

(1) 入浴可能な状態か観察し判断する

(2) 浴室の環境を整える（階段、手摺り、障害物）

(3) Dr の指示のもとに介助を行う

(4) 危険行為のある患者様の場合は、目を離さない

2. 投薬事故防止対策

1. 処方切れ 看護業務基準「与薬カートセット方法」参照
2. 与薬カートへのセット 看護業務基準「与薬カートセット方法」参照
3. 患者様誤認対策
 - (1) 分包紙、印字を原則3回読む
 - ①手にしたとき・・・氏名、日時の確認
 - ②与薬時・・・本人と食札の確認
 - ③与薬後・・・分包紙の確認
 - (2) 経管栄養患者様
 - ①薬剤注入注射器に氏名をフルネームで記入
 - ②患者様それぞれテープの色を決め注射器に貼る
 - ③注入する看護師が準備する
4. ダブルチェック機能
 - (1) 与薬カートにセット・・・週に一度リーダー看護師が一週間分セットする
 - (2) 与薬前・・・受け持ち看護師が当日の内服薬を処方箋と照らし合わせ内容を確認する
 - (3) 与薬後・・・毎食後、配薬した看護師同士で相手の与薬カートをチェックし配り忘れがないか確認する
5. 自己管理者
 - (1) 看護業務基準「内服薬自己管理の手順」参照

3. 指示受け事故対策

1. 指示受け

- (1) 指示受けは原則リーダー看護師が行う
- (2) 指示受けは指示箋記載を原則とし、口頭指示は極力さける
- (3) 指示を受けた看護師は、指示箋の受けサイン欄に記名する
また、実施した看護師は実施サイン欄に記名する

2. 口頭指示

- (1) やむを得ず口頭指示を受ける場合は看護業務基準「口頭指示出し・指示受け」の手順に従う
- (2) 不明確な指示は再確認する
- (3) 同姓、類似名に注意する

4. 誤認防止対策

1. 患者誤認防止

(1) 返答可能な患者

- ①患者に氏名をフルネームで名乗ってもらう

(2) 返答不可能な患者

- ①カルテの写真と照合
- ②車椅子使用の方は車椅子ネームで確認
- ③持ち物の名前2点以上で確認（入院時、私物に名前を書くように伝えている）
- ④ベッド臥床時は、ベッドネームで確認

2. 部位誤認防止

(1) 返答可能な患者

- ①指示箋により部位を確認する
- ②患者に部位を口頭で告げてもらい照合する

(2) 返答不可能な患者

- ①指示箋により部位を確認する
- ②不明確な場合は、指示医師に照合する

5. 同姓入院患者対策

1. カルテに顔写真を貼る（クラーク）
2. 「同姓あり」のシール（黄色のテプラ）を貼る（クラーク）
 - （1）カルテ背表紙
 - （2）ナースコールボード
 - （3）配薬カート
 - （4）IDカード
3. 同姓者一覧をスタッフステーションに掲示する
4. すべてフルネームで確認する

* 同性同名患者入院時は「同性同名患者対応マニュアル」参照

同姓同名患者対応マニュアル

入院時

同姓同名患者入院（確認）



①院内各部署へ医事課よりメールにて連絡



②医事課で各患者の診察券へ「同姓同名有り」及び「漢字氏名」テプラ（赤色）貼付
カルテ背表紙へ「同姓同名有り」テプラ（赤色）貼付

同一病棟入院時はネームバンド（看護部長保管）を作成し看護師に渡す
記載は ID 漢字氏名 チーム



③病棟で患者に説明をしてネームバンドを付ける

顔写真を撮影し医事課にデータを送る

*同姓同名患者が同じ病棟内にいる場合はナースコールボード

配薬カートに「同姓同名有り」テプラ（赤色）を病棟で貼る



④医事課は院内共有ファイル内に「同姓同名入院患者情報」を設置する

漢字氏名、病棟、チーム、ID、生年月日及び顔写真画像を入力



⑤患者確認時はネームバンドの確認も行う

退院時

同姓同名患者退院（解除）



①院内各部署へ医事課よりメールにて連絡



②該当病棟で患者ネームバンド「同姓同名有り」及び「漢字氏名」テプラ削除



③医事課は院内共有ファイル内の「同姓同名入院患者情報」削除

6. 離院対策

発生要因として、患者様の認知障害、精神状態、治療・処置に対する不安・不満、医療従事者への不満、医療環境への不適合、社会的背景への不安などがある

1. 予防対策

- (1) 入院時、無断外出・外泊がないよう十分な説明を行う
- (2) 前病院での離院の既往の有無を把握する
- (3) 患者様の高次脳機能障害、精神状態を把握する
- (4) 患者様の日頃と異なる言動（「帰りたい」など）を注意して観察する
- (5) 医療スタッフは、患者様の不安や精神的ストレスを理解し、軽減に努める
- (6) 離院の可能性が高い患者様（ハイリスク患者様）には、院内の移動に際し、付き添い（看護・介護職、リハビリスタッフ・ご家族等）をつける
- (7) ハイリスク患者様には、頻回に巡視を行う
- (8) ハイリスク患者様には、ご家族の同意を得てアクセスコールの携帯を考慮する
看護業務基準「離院センサー」参照
- (9) ハイリスク患者様の情報提供を院内全体に周知させ、離院防止に協力を求める
（医事課には、顔写真を添付した情報提供を流す）
- (10) 週末、祭日は、特に離院リスクが高まるので常に所在を確認する

2. 事後対策

- (1) 患者不在を確認したら、スタッフ・同室者より情報を収集する
- (2) 院内を探す、同時に各部署への患者様の特徴情報を伝達し捜索を依頼する
- (3) 院内にいない場合、近隣を捜索する。また、ご家族にも連絡する
- (4) 30分以上捜索して発見できない場合、ご家族へ警察介入の許可を得る
- (5) 医事課に連絡して、吉川警察（048-958-0110）に電話をしてもらい病棟スタッフから事情を説明し届け出る
- (6) 警察に届出後も断続的に捜索をする
- (7) 発見時、患者様の全身状態を確認し、病棟連絡、速やかに帰院

離院フローチャート参照

7. 注射事故対策

本院はリハビリ専門病院の為、注射や点滴治療は他の病院に比べ少ない
事故防止の観点からも、日頃から看護手順マニュアルを閲読しておく必要がある

1. マニュアル

- (1) 採血、注射、点滴は、看護手順「注射」参照
- (2) 抗痙攣薬、抗不整脈剤、気管支拡張剤、造影剤、抗生剤は、看護業務基準「ハイリスク領域の安全確保マニュアル」参照
- (3) インスリン、ボスミンは、看護業務基準「ハイリスク薬剤の使用手順」参照

2. 薬剤使用時

- (1) 薬剤確認時は看護師2名で指差し呼称で確認する
- (2) 準備した薬剤は、速やかに使用をするが、時間を置く場合（目を離す場合）は誰が見ても解るようにしておく
- (3) 同時に複数の患者様の注射をベッドサイドに運搬しない
- (4) 患者様に名前をフルネームで言っていただき確認する
- (5) 注射後、点滴中は、頻回に訪室し患者様の状態を観察する

8. 針刺し事故

1. 針刺し事故防止対策

- (1) 注射針にリキャップをしない
- (2) 使用後の注射器は放置せず使用者がすぐに片付ける
- (3) 注射器を持ったままの状態での動作をしない
- (4) 針捨て容器は7～8分目で交換する

2. 針刺し事故発生時対策

- (1) 院内感染マニュアル内の『針刺し』事項に従い速やかに対応する

院内感染対策マニュアル 針刺し・切傷事故対策フローチャート参照

9. 誤嚥防止対策

1. 摂食前の注意事項

- (1) 覚醒状態を確認し、覚醒が不安定な場合は無理に摂食させない
- (2) 口腔内が清潔かどうか確認し、不衛生な場合は口腔ケアを行う
- (3) 食事に集中できる環境づくりを心がけ、集中できない場合は、視界や音を遮るなどのセッティングや、1人テーブルにするなどの工夫をする
- (4) 姿勢を正し、頸部が後屈しないように注意する
- (5) 耐久性低下や車椅子座位困難な患者様の場合はベッドサイドで摂食をおこなう
- (6) 吸引器をセッティングしておく

2. 摂食中の注意点

- (1) 液体にトロミが必要な場合は、適切なトロミ剤の量を確認してトロミをつける
- (2) 基本的に介助者は、患者様の利き手側から介助を行う
片麻痺の患者様の場合は、健側から介助を行う
- (3) 視覚障害などの知覚障害がある患者様や、ペースト食を摂食している方へ食事介助を行う場合は、どのような物を食べるかその都度説明をする
例：「次はお肉ですよ」など
- (4) 一口一度嚥下を心がけ、一口量を少なめ（小スプーン1杯など）にする
- (7) 介助者は患者様の口腔内に食べ物がある時に話かけない
- (8) 疲労がみられたら休む
- (9) 1回の食事時間が30分以上かかる場合、また摂取量が不十分な場合は、無理に摂食させず医師に報告し指示を受ける

3. 摂食後の注意点

- (1) 食後は口腔ケアを行う
うがいが困難な場合は、ガーゼ・吸引付き歯ブラシ等で対応する
- (2) 食後30分は臥床しない
- (3) 胃食道逆流のある患者様は、臥床時のベッド角度を30～45度に保つようにする

4. STによる摂食リハビリ

- (1) STによる摂食リハビリの誤嚥対策においては、リハビリ部のマニュアルを参照とする

10. 栄養科関連の事故対策

1. 衛生管理

- (1) 病院での食事の衛生管理は、厚生労働省より出されている「大量調理施設衛生管理マニュアル」に沿って行う
- (2) 大量調理衛生管理マニュアルは栄養科内に保管
- (3) マニュアルの内容に合わせて本院栄養科の「衛生マニュアル」がある
- (4) 栄養科施設管理マニュアル「食中毒」参照

2. 異物混入

- (1) 異物混入を防ぐ為、個人の自主管理を含めた対策を実行する
- (2) 栄養科医療事故マニュアル「異物混入」参照

3. 配膳ミス

- (1) 禁止項目の対象献立の場合は間違い防止のため他の患者より先に盛り付け・盛り込みを行う
- (2) 栄養科施設管理マニュアル「提供ミス」参照
- (3) 栄養科給食管理マニュアル「配膳チェック」参照

4. 個別対応

- (1) アレルギーや、宗教上の禁止食品に対応する場合、個別対応から配膳チェックを行うようにする
- (2) 病院食である為、嗜好による個別対応は最小限とし、ミスを起こす要因を極力減らす

1 1. インフォームドコンセント事故対策

1. インフォームドコンセントの定義

- (1) インフォームドコンセントとは、「投薬、治療、検査などの対象者である患者様が治療内容について説明を受け理解したうえで（インフォームド）方針に同意する事（コンセント）である

2. 本院におけるインフォームドコンセントの解釈

- (1) 本院のインフォームドコンセントとは、「今後の処置や病態、自宅への退院や転院について話をする事」とする

3. インフォームドコンセントにおけるリスクマネジメントの規定

- (1) インフォームドコンセントが行われた際、患者様やご家族と話し合った内容の要点は、看護日誌やカルテに記録を残す
- (2) 治療方針や転院先に選択肢があり、患者様の希望により選択された場合、その事実を看護日誌やカルテに記録として残す
- (3) 患者様やご家族と職員の間で、入退院や処遇その他の要件で問題が生じた場合、患者様相談係（医事課所属長）、リスクマネージャーに連絡をし、必要ならば医師、ソーシャルワーカー、看護師、リハビリスタッフで対策を講じる