

医療安全管理対策マニュアル

阿南医療センター

医療安全管理室

医療安全管理対策マニュアル 目次

総論

1 章

- 1-1 医療安全管理に対する基本指針
- 1-2 医療安全委管理体制
- 1-3 インシデント・アクシデント報告体制
- 1-4 緊急・重大事態発生時の対応手順
- 1-5 重大事故発生時の医療安全管理対策委員会の対応
- 1-6 公表について
- 1-7 警察への報告について

2 章

- 2-1～3 医療従事者の遵守すべき事項
- 2-4 インフォームドコンセント
- 2-5 患者と医療者のパートナーシップ
- 2-6 診療情報と個人情報管理
- 2-7 研修医について
- 2-8 実習生について

3 章 各論

- 3-1 緊急時の連絡マニュアル（コードブルー）
- 3-2 救急カートの整備・管理基準
- 3-3 安全のための確認基準
- 3-4 指示出し、指示受け、口頭指示
- 3-5 与薬に関する事
- 3-6 点滴・注射
- 3-7 麻薬の取り扱い
- 3-8 酸素吸入
- 3-9 気管内挿管時の安全
- 3-10 食事に関する事
- 3-11 窒息に関する要因
- 3-12 チューブ・ドレーン類の安全管理
- 3-13 胃管挿入時の基本
- 3-14 転倒・転落防止
- 3-15 身体拘束・抑制に関する基準
- 3-16 患者不在時の対応
- 3-17 患者クレーム対応
- 3-18 診察拒否患者対応
- 3-19 自傷行為防止のための対応
- 3-20 輸液ポンプ・シリンジポンプの管理
- 3-21 除細動
- 3-22 心電図モニター・ポンプ等
- 3-23 人工呼吸器
- 3-24 輸血

- 3-25 アナフィラキシーショック
- 3-26 血管外漏出予防と対応マニュアル
- 3-27 静脈血栓塞栓症の予防
- 3-28 中央採血室（採血時）
- 3-29 中央処置室（点滴室）
- 3-30 入浴に関する事
- 3-31 褥瘡予防対策
- 3-32 化学療法
- 3-33 腎センターにおける安全対策マニュアル
- 3-34 内視鏡関連
- 3-35 手術関連
- 3-36 分娩関連
- 3-37 放射線関連
- 3-38 リハビリテーション関連
- 3-39 病理関連

2023年6月改定

医療安全管理室

医療安全管理室室長 井上 善雄副院長

医療安全管理者 中田 ユウ子（看護師）

中野 敦子（看護師） 松橋 満寿美（看護師）

白濱 優子（看護師） 田渕 真希（看護師）

坂東 誉則（薬剤師） 湯浅 修子（薬剤師）

谷 哲史（臨床工学技士）

久次米 翔子（臨床検査技師）

役割 医療事故の予防と発生した有害事象への対応を担当する。管理室は恒常的に医療事故に医療事故やエラー等に関して報告された事例の整理や分析、調査、再発防止策の立案、マニュアル改定、研修会の企画・運営などを行い医療安全活動の推進拠点とする。

医療安全管理者

危機管理のためのシステムづくりや管理、実行を担当し、危機管理徹底を目的に機能する、病院長より任命された「医療安全管理者養成研修」を受講した者。

医療安全管理室の業務

医療安全管理者は、病院長から委譲された権限に基づいて、安全管理に関する病院内の体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止案立案、発生予防及び発生した事故の影響拡大の防止等に努める。そして、これらを通し、安全管理体制を病院内に根付かせ機能させることで病院内における安全文化の醸成を促進する。

1) 安全管理体制の構築

- (1) 病院内の安全管理体制の構築及び推進のため、職種横断的な組織として医療安全管理対策委員会、インシデント・アクシデント分析小委員会、患者さんの声検討委員会の運営に参画する。また、必要に応じて医療安全管理室室長と協力し、事故の内容や緊急性に応じて適宜対策を立案できる組織体制を構築する。
- (2) 安全管理に関する基本的考え方や、医療安全管理対策委員会そのほか病院内の組織に関する基本的事項等について明示した安全管理のための指針を策定する。
- (3) 安全管理に関する委員会等の組織の活動についての、定期的な評価と円滑な運営に向けての調整を行い、目的に応じた活動が行えるように支援する。

2) 医療安全に関する職員への教育研修の実施

全職員を対象に医療安全を確保するための研修を年 2 回開催する。

研修は病院における医療安全に関する方針の再確認、対策の周知徹底、さらに病

院における安全文化の醸成のために実施する。

- 3) 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故の発生予防及び再発防止のための情報を収集するとともに、病院内における医療安全に必要な情報を院内の各部署、各職員に提供する。

(1) リスクの把握

●リスクマネジメントの流れ

①リスクの把握（現状把握）→②リスクの分析（原因の分析）→③リスクの対応（対策の立案）→④対応の評価（対策の実施と有効性）というプロセスで行われる。SHELレポートとして提出された事例、患者相談窓口寄せられた医療安全に関する事象の情報を得る。

(2) 事故の分析（原因の分析）

事例については、職員や患者の属性、事故の種類、発生状況の分析を行い、医療安全に必要な情報を見出す。また、事例の事実確認を行い医療事故の発生予防及び再発防止のための検討を行う。

(3) 安全の確保に関する対策の立案

事例の分析と、医療安全に関する情報・知識を活用し、安全確保のための対策を立案する。対策の立案に当たっては、次の点を考慮する。

- ①実行可能な対策であること。
- ②病院の組織目標を考慮した内容であること。
- ③対策に根拠があり成果が期待されること。
- ④対策実施後の成果や評価の考え方についても立案時に盛り込むこと。

(4) フィードバック、評価

立案された改善策を実行し、現場で有効に実行されているかを確認していく。有効な対策は、マニュアルに活かしていく。有効でないと判断した場合は新たな対策を立案していく。

(5) その他

SHELレポートより同様のミスが発生した場合や、事故の対策案が不十分であると判断した場合は、事故発生部署に出向いて実際の業務の流れを把握し、カンファレンスに参加して、対策案をアドバイスするなど部署のラウンドを行う。

4) 医療安全管理対策マニュアルの整備

5) 患者相談窓口等との連携

患者窓口相談で寄せられた医療安全に関する事象に対し対応する。医療の内容に不安や質問がある患者・家族に対して速やかな対応をする。

6) 医療事故への対応

2023年3月更新

第1章 総論

1-1 医療安全管理に関する基本指針

第1条 医療安全管理のための基本理念

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。医療の場では事故の発生を防ぐことが原則であり、事故が発生した場合は、救命措置を最優先するとともに、再発防止に向けた対策をとる必要がある。本指針は医療事故を未然に防ぎ、質の高い医療を提供することを目的に策定する。なお、本指針における事故とは、J A徳島厚生連阿南医療センター（以下当院とする）の医療提供にかかわる場所で、医療の全過程において発生する全ての事故を指し、医療職員の過誤・過失の有無を問わない。

医療事故は、患者の心身に直接かかわり、最悪の場合は生命を奪うことにもつながりかねないため、医療機関としては決して犯してはならない過ちである。ひとたび医療訴訟が起きれば、損害賠償等の民事責任、業務上過失致死傷罪等の刑事責任、さらには資格取消等の行政責任を負わなければならない。また地域における信頼を大きく失う結果にもつながり、J A徳島厚生連の経営を大きく左右するといっても過言ではない。そのため医療事故を未然に防止することを、J A徳島厚生連全職員一人ひとりが常に心掛け、医療安全管理対策委員会の諸対策やリスクマネージャーの提言、ヒヤリハット事例集や医療事故防止に関わる講演会・研修会などを最大限に利用することが重要である。

当院においては、病院長の管理下のもと、医療安全管理対策委員長を中心に、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者に良質で安全な医療を提供していくものとする。全職員が医療安全の確保に深く参画し、病院全体として安全管理を促進するために以下の基本方針を定める。

第2条 医療安全管理対策委員会の設置

1. 委員会の設置

当院における医療安全対策と患者・職員の安全確保を推進するために、上記理念に基づき院内に医療安全管理対策委員会を設置する。委員会は院内の医療安全管理について主導的な役割を担うものとする。委員会は次に掲げる基準を満たすものとする。

- (1) 医療安全管理対策委員会の管理および運営に関する規定を定めること
- (2) 重要な検討内容について患者への対応状況を含め病院長などへ報告すること
- (3) 重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案および実施ならびに職員への周知を図ること

- (4) 医療安全管理対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要時ラウンドなどで調査し、見直しを行うこと
- (5) 月に一度開催（第4金曜日）するとともに、重大な問題が発生した場合は随時開催すること
- (6) 構成員は、委員長1名、副委員長1名、各診療科・各部門の医療安全推進者とする
- (7) 委員長に不測の事態があった場合は、副委員長がその職務を代行する
- (8) 医療安全管理対策委員会は、他の医療の安全に関する委員会（感染対策委員会・褥瘡対策委員会・輸血療法委員会など）と連携し、院内全体の医療安全管理体制を確保する

2. 委員会の任務

医療安全管理対策委員会は主として以下の任務を行う

- (1) 医療安全管理対策委員会の開催および運営
- (2) 医療事故防止に関する情報（インシデント・アクシデントレポート）収集、その集計・分析、評価、対策立案、現場へのフィードバックを行う
- (3) 医療事故発生時における発生部門ならびに患者・家族などへの対応
関連部署との連携・調整
- (4) 医療安全に関する組織的な改善策の立案・実施・評価およびマニュアル化
- (5) 職員への周知が必要と思われる事項の公表
- (6) 当事者へのカウンセリング
- (7) 医療安全に関する職員への教育・研修の企画・実施（2回/年）
- (8) その他の医療安全管理体制に関する事項

3. 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回の定例会を開催するほか、必要時委員長が招集する
- (2) 委員会開催後、クラークは速やかに検討の要点をまとめた議事概要を作成し、管理課にて2年間は保存する

第3条 医療安全管理部門の配置

医療安全管理のための体制確保ならびに安全管理の推進のため医療安全管理室を設置し、以下の安全管理者ならびに安全管理責任者を置く

1. 医療安全管理者

- (1) 医療安全管理者は、専従の医師・薬剤師または看護師のうちのいずれかの資格を有し所定の医療安全研修を修了した者を1名配置する
- (2) 医療安全管理者は、医療安全管理対策委員会の構成員となり医療の安全管理に関する体制の構築に参画し、医療安全に対する委員会などの各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報収集分析・対策の立案、事故発生時の対応、再発防止対策の立案、ラウンドによる防止対策の確認、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止などに努める。さらに、これらを通して安全管理体制を組織内に根付かせ、当院における安全文化の醸成を促進させる。
- (3) 医療安全管理者は、医療安全対策の推進と医療安全部門の各組織ならびに各安全管理者と連携して業務を行う。

2. 医薬品安全管理責任者

- (1) 医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を持つ医師または薬剤師のうちのいずれかの資格を有する者とする。
- (2) 医薬品安全管理責任者は、医薬品の安全使用のための業務に関するマニュアルを作成し、職員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施、医薬品の業務マニュアルに基づく業務の実施、医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策などの業務を行う。
- (3) 医薬品安全管理責任者は、医薬品に係わる安全管理のための体制を確保するため、医療安全管理者委員会ならびに各安全管理者との連携により、実施体制を確保する。

3. 医療機器安全管理責任者および実務責任者

- (1) 医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学士のうちのいずれかの資格を有する者とする。
- (2) 実務責任者は、放射線技師長、臨床検査科技師長、臨床工学科技師長がその任にあたる。
- (3) 医療機器安全管理責任者は、職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施、医療機器の保守点検に関する計画の策定や保守点検の適切な実施、医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策などの業務を行う。

- (4) 医療機器安全管理責任者は、医療機器に係わる安全管理のための体制を確保するため医療安全管理者委員会ならびに各安全管理者との連携により実施体制を確保する。

4. 医療安全推進者の配置

- (1) 医療安全推進者は、各部門からそれぞれ選出する。
- (2) 医療安全推進者は、主に以下の業務を行う。
- ① 各部門におけるインシデント・アクシデントの発生原因、傾向の分析、改善策など医療安全対策の推進に係わる検討および提言
 - ② 医療安全管理対策委員会において決定した方針、事故防止対策、改善策などに関する事項の各部門への周知
 - ③ その他、医療安全管理対策に関する事項

第4条 医療安全管理のためのマニュアルの整備

- 1) 当院において以下のマニュアルを整備する。マニュアルは関係職員に周知し、必要に応じて見直すものとする。また、作成・改変の都度、医療安全管理対策委員会に報告する。
- ・ 院内感染防止対策マニュアル
 - ・ 災害対策マニュアル
 - ・ 感染性医療廃棄物処理マニュアル
 - ・ 院内暴力対応マニュアル
 - ・ その他
- 2) マニュアル作成の基本的な考え方
- (1) マニュアル作成は、多くの職員がその作成・検討に関わることを通じて職場全体に日常診療における危険予知、患者の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め広める効果が期待される。全ての職員はこの趣旨を理解し、安全管理マニュアルの作成に積極的に参加しなくてはならない。
 - (2) 安全管理マニュアルの作成、また医療の安全、患者の安全確保に関する議論においては、すべての職員はその種類、資格、職位の上下に関わらず、対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなければならない。
 - (3) マニュアル作成時に注意しなければならないことは、実効性の乏しい非現実的なマニュアルを作成しても意味がないということである。記録に係わる時間の多さと共に、院内にマニュアルの数は多く、確認の手順を含め、各職種の業務量は非常に多い。全体の勤務時間、マニュアルを遵守するための仕事量、時間を考慮し実現可能なマニュアルの作成が必要である。

第5条 医療安全管理のための研修に関する基本方針

医療安全管理のための職員研修と実施方法

- (1) 医療安全管理対策委員は、研修計画に従い2回/年程度の定期的な研修会を開催すること。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的手法などを全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、病院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 当院の職員は、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。
 - ① 医療安全に必要な専門研修の開催ならびに外部機関研修会などへの参加を図る。
 - ② 研修を実施した場合、概要を記録し2年間保管する。
 - ③ 研修は、講義、報告会、事例分析、外部講師による講習、文献の抄読などの方法によって行う。

第6条 アクシデント・インシデントレポートによる報告制度

- (1) アクシデント・インシデントレポートによる報告とその目的
報告は、医療安全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料とすることのみを目的としており、報告者はその報告により、職務上において何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、①当院における医療事故や、危うく事故になりかけた事例などを検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発予防対策を策定すること。②これからの対策の実施状況や効果の評価・点検などに活用しうる情報を院内全体から収集することを目的としている。このため、すべての職員は以下に定める要領に従い、医療事故などの報告を行うものとする。
- (2) レポートの報告対象
当院内で次のような状況の発見者または当事者は、速やかに上司に報告するとともに、電子カルテの「阿南医療センターメニュー」の「インシデント管理入力」よりシステム入力する。ただし、緊急を要する場合は先に口頭で報告し、患者の救命措置を優先させることとする。
 - ① 医療事故（アクシデント）
医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合は、発生後ただちに所属長を通して直接病院長に提出する。
 - ② 医療事故には至らなかったが、発見・対応が遅れば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例（インシデント）、または医療事故には至らなかったが、場合によっては事故に直結したかもしれない一歩手前の事例（ヒヤリハット）

(3) レポート内容の検討・改善策の策定

医療安全管理対策委員会は、前項の定めに基づいて報告された事例の検討や再発防止の観点から改善策を策定し、内容を院内に周知する。また、改善策の実施状況などを点検・評価し必要に応じて見直しを図る。

(4) レポートの保管

レポートは匿名化を行ったうえで5年間保管する。

(5) 倫理的観点

病院長や医療安全管理対策委員は、報告された事例について職務上知り得た内容を、正当な理由なく第三者に告げてはならない。

(6) 事故当事者への配慮

管理者は、医療事故に関わった当事者に対して、精神的なケアや相談に応じる体制の整備、ならびに当事者の個人情報保護、患者・家族への対応など十分な配慮を行う。

第7条 重大事故発生時の対応に関する基本方針

1) 患者生命の最優先

医療側の過失の有無に関わらず、医療を行う過程で患者に予期せぬ重大な障害が発生した場合は、患者の生命を最優先とし、各部門の責任者に連絡し、診療の指示を仰ぎ医療に万全の体制で臨む。まず、院内の総力を結集して患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、当院のみでの対応が不可能と判断された場合には、速やかに他の医療機関の応援を求め、必要な情報、資材、人材を提供する。

2) 記録

職員は、事故経過を整理、確認し、事実経過を医療記録（電子カルテ）に正確に記入する。なお、事故に関連した器材、器具などは原因確定の物品として保管する。

3) 患者・家族、遺族への対応

心情に対する適切な配慮をもって、誠実で速やかな事故の説明を行う。重大事故については、責任者から事故の内容および予後を、医療記録（電子カルテ）などに基づき、事実過程を正確にわかりやすく説明する。説明を行った職員は、その事実および説明内容を医療記録に記入する。

4) 事故の報告

診療に支障をきたさない限り、可及的速やかに正確に、部門責任者、病院長に連絡する。報告を行った職員は、その事実および報告内容を診療録、看護記録、アクシデントレポートなど自らが医療に関して作成すべき記録を行う。

重大事故の場合、報告直後ただちに医療安全対策委員長は医療事故調査委員会を設置し、事例の検討、対応などを協議する。

5) 重大事故の公表

(1) 社会に対する説明責任

重大な医療事故に関しては、その公表について検討する必要がある。判断は病院長と厚生連本部との協議に委ねる。

(2) プライバシーの尊重

患者の守秘義務を考慮し、患者のプライバシーに最大限の配慮を払うべきである。事故の公表の前に、患者や家族、遺族と話し合い、公表する範囲を明確にしておく。また、当該医療事故の当事者の氏名なども公表しない。

(3) 当事者に対する配慮

病院長は、組織として適切な配慮を講じる必要がある。

6) 事故原因の調査

(1) 重大事故の場合は、病院長自ら院内事故調査委員会を招集し、病院長主導で調査にあたる。

(2) 調査を進めるにあたり、必要時病院と特別な関係を有さない外部の第三者の意見を求めること。

(3) 病理解剖は、遺族の希望があれば他の医療機関でも可能であることを伝える。

第8条 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針

1) 情報の共有

懇切丁寧な説明を受けたいと望む患者と、十分な説明を行うことが医療提供の重要な要素であるとの認識を持つ医療従事者が、協力し合う医療環境を築くことが必要であり、医療従事者側からの十分な説明に基づいて、患者側が理解、納得、選択、同意が得られるよう医療従事者は患者との間で情報を共有するように努めなければならない。

2) 指針の閲覧

本指針は、患者および家族からの閲覧の申し出があった場合には、速やかに応じるものとする。

第9条 患者からの相談への対応に関する基本指針

患者相談窓口の設置について

1) 患者などからの苦情や相談に応じられる体制を確保するため、院内に患者相談窓口があることを説明する。

2) 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者、対応時間など患者に対し掲示

する。

- 3) 相談を行った患者および家族に対して、これを理由に不利益な取り扱いをしてはならない。
- 4) 相談内容について職務上知りえた内容を、正当な理由なく第三者に情報を提供してはならない。
- 5) 相談を受けた内容は、記録するとともに病院長へ報告する。また、相談などで医療安全に関わるものについては、医療安全管理者とともに対応し、安全対策の見直しなどに活用する。

第10条 その他

指針の周知

医療安全管理対策委員会は、本指針を全職員に周知徹底する。

指針の見直し、改訂

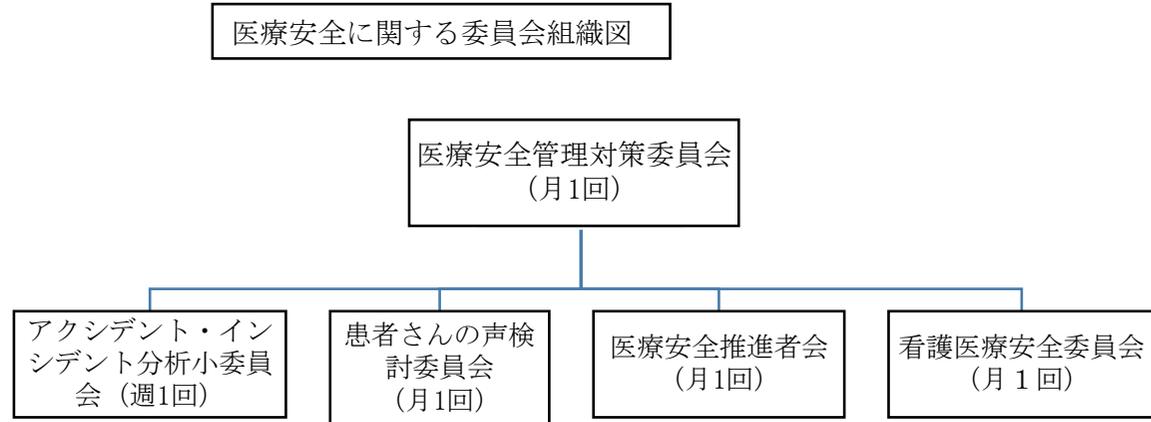
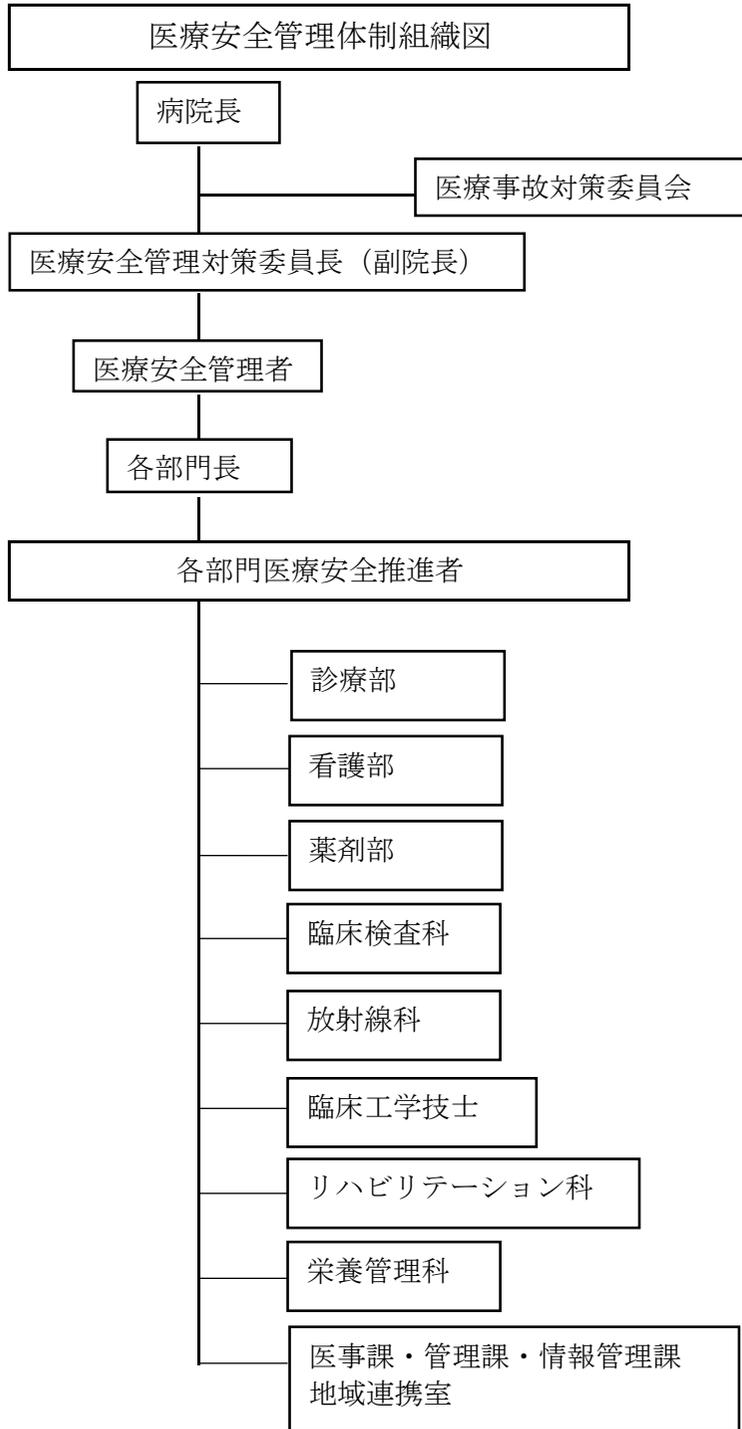
医療安全対策委員会は、少なくとも1回/年以上本指針の見直しを議事として取り上げ、検討するものとする。また、改訂は医療安全管理対策委員会の決定により行う。

令和元年5月1日制定

令和5年5月1日制定

令和6年6月制定

1-2 医療安全管理体制



各部門の医療安全推進者 (リスクマネージャー)

医療安全推進者は、各部門からそれぞれ選出する

(業務内容)

- ・各部門におけるインシデント・アクシデントの発生原因、分析、改善策など医療安全対策の推進に係わる検討および提言
- ・安全管理に関する指導・教育
- ・インシデントレポートの積極的な提出奨励
- ・改善策の遵守の確認と、より実効のある改善策の立案
- ・医療安全管理対策委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の周知・徹底
- ・医療安全研修への積極的な呼びかけ
- ・その他医療安全対策に関する必要事項
- ・院内ラウンド

医療安全管理対策委員会内規

1. 根拠

第1条 この内規は、「会議体設置規定」第3条に基づき定める。

2. 名称

第2条 この委員会は「医療安全管理対策委員会」と称する。

3. 目的

第3条 この委員会は、阿南医療センターにおける医療事故・紛争の防止対策、事故再発防止、院内の医療安全管理等の推進を図るため設置する。

4. 協議事項

第4条 この委員会は院長の命を受け、次の事項を協議する。

- ①医療事故の予防対策の検討及び推進に関すること。
- ②発生した医療事故及び医療紛争への対処方法に関すること。
- ③医療事故等の情報交換に関すること。
- ④その他、医療事故・紛争に関すること。

5. 構成

第5条 委員会は次に掲げる者で構成する。

院長、副院長、診療部長、事務長、看護部長、医事課長、事務次長、薬剤次長、検査次長、放射線部次長、リスクマネージャー、給食課長、他に院長の指名する者。

6. 委員長

第6条 委員会に委員長を置き院長が指名する者がこれにあたる。

- ①委員長は、会務を統合し委員会を代表する。
- ②委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長の指名する委員が職務を代理する。

7. 運営

第7条 この委員会の運営は、次のとおりとする。

- ①開催日
原則として、月1回第4金曜日に開催する。また、委員長が必要と認めた場合、臨時に招集する事ができる。
- ②招集手続き
委員会は、委員長が招集する。

8. 意見聴取等

第8条 委員会が必要があると認めたときは、委員以外の者を会に出席させ、意見を聞き又は委員以外の者から資料の提出を求めることができる。

9. 議事録の作成

第9条 委員長は会を開いたときは議事録を作成しなければならない。

10. 小委員会の設置

第10条 委員長は必要と認めるときは、小委員会を置くことができる。

- ①専門小委員会は、委員長の諮問に応じ第4条に規定する事項に関して専門的に調査、審議するものとする。
- ②専門小委員会は委員長の指名するもので構成する。

11. 秘密の保持

第11条 当委員会の委員として知りえた事項に関しては、正当な理由なくして他に漏らしてはならない。

第12条 委員会の庶務は管理課において処理する。

12. その他

第13条 前各号に定めるものを除くほか、委員会の運営その他必要な事項に関しては、委員長が別に定める。

令和元年5月1日制定

令和元年8月1日改定

令和5年5月1日改定

アクシデント・インシデントレポート分析小委員会内規

1. 根拠

第1条 この内規は、「医療安全管理対策委員会内規」第10条に基づき定める。

2. 名称

第2条 小委員会は「アクシデント・インシデント分析小委員会」と称する。

3. 目的

第3条 小委員会は、阿南医療センターにおけるアクシデント・インシデントレポートを分析することにより、医療事故の予防・再発防止のための対策を立案し、医療安全管理対策委員会にこれを提言することを目的とする。

4. 構成

第4条 小委員会は、医療安全管理対策委員会委員長が指名する若干名で構成する。

5. 運営

第5条 小委員会の運営は次のとおりとする。

- 1) 開催日：原則として週1回開催する
- 2) 召集手続き：小委員会は、委員長が召集する

6. 議事録の作成等

第7条 委員長は、小委員会を開催した時は、議事録を作成し、立案した対策を次回医療安全管理対策委員会で文書にて提言しなければならない。

7. 秘密の保持

第8条 委員会の委員として知り得た事項に関しては、正当な理由なくして他に漏らしてはならない。

令和元年5月1日施行
令和5年5月1日改定

患者さんの声検討委員会運営内規

1. 根拠

第1条 この内規は、「会議体設置規定」第3条に基づき定める。

2. 名称

第2条 この委員会は「患者さんの声検討委員会」と称する。

3. 目的

第3条 この委員会は、院内に設置されたご意見箱に寄せられる“患者さんの声”を迅速に検討・処理し、対応策を検討することを目的とする。

4. 構成

第4条 この委員会は次に掲げるもので構成する。

委員長、看護部長、医師若干名、看護師若干名、管理課1名、医事課1名、施設課1名、栄養課1名、放射線科1名、リハビリテーション科1名、臨床検査部1名、他に院長が指名する者。

5. 委員長

第5条 この委員会に委員長を置き、院長がこれを指名する。委員長は会務を総括し、委員会を代表する。

6. 運営

第6条 この委員会の運営は次のとおりとする。

- 1) 開催日：原則として、月1回開催する
- 2) 召集手続き：委員会は、委員長が召集する。

7. 議事録の作成

第7条 委員長は、委員会を開催した時は議事録を作成しなければならない。

8. 議事録の保管

第8条 議事録は原則として3年間管理課に保管する。

令和元年5月1日施行
令和5年5月1日改定

医療安全推進担当者（リスクマネージャー）会内規

1. 目的

第1条 医療安全推進担当者は阿南医療センターにおいて、医療安全管理者の活動に協力し、部門内の医療安全対策を確実に実施することを目的に設置する。

第2条【構成員】

所属長に任命する次に掲げるメンバーをもって構成する。

- ①医療安全管理者 ②看護師（各部署）③看護補助者 ④薬剤師 ⑤臨床検査技師 ⑥放射線技師 ⑦臨床工学技士 ⑧リハビリテーション技士 ⑨栄養士 ⑩事務職

第3条【業務】

業務は、以下のとおりとする。

- ①各部門におけるインシデント・アクシデントの発生原因、分析、改善策など医療安全対策の推進に係わる検討及び提言
- ②安全管理に関する指導・教育
- ③部署でのインシデントレポートの積極的な提出奨励
- ④改善策の遵守の確認と、より実効性のある改善策の立案
- ⑤医療安全管理対策委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の部署内での周知・徹底
- ⑥医療安全研修への積極的な呼びかけ
- ⑦その他、医療安全対策に関する必要事項
- ⑧院内ラウンド

第4条【運営】

委員会の運営は、次のとおりとする

開催日

原則として、月1回（第3月曜日）定例会を開催する。

令和元年5月1日施行

令和3年4月1日改定

令和5年5月1日改定

リスクマネージャー（医療安全管理者）の役割

1. リスクマネージャー（医療安全管理者）

危機管理のためのシステムづくりや管理、実行を担当し、危機管理徹底を目的に機能する。病院長より任命された、医療安全管理者。「医療安全管理者養成研修」を受講した者。

2. リスクマネージャーの業務

医療安全管理者は、医療機関の管理者から委譲された権限に基づいて、安全管理に関する医療機関内の体制の構築に参画し、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止案立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。そして、これらを通し、安全管理体制を組織内に根付かせ機能させることで、医療機関における安全文化の醸成を促進する。

1) 安全管理体制の構築

- (1) 医療機関内の安全管理体制の構築及び推進のため、職種横断的な組織としてのインシデント・アクシデント分析小委員会、医療安全管理対策委員会、患者さんの声検討委員会、医療安全推進者会の運営に参画する。また、必要に応じて医療機関の管理者と協力し、事故の内容や緊急性に応じて適宜対策を立案できる組織体制を構築する。
- (2) 安全管理に対する基本的考え方や、医療安全管理対策委員会その他医療機関内の組織に関する基本的事項等について、明示した安全管理のための指針を策定する。
- (3) 安全管理に関する委員会等の組織の活動についての、定期的な評価と円滑な運営に向けての調整を行い、目的に応じた活動が行えるように支援する。

2) 医療安全に関する職員への教育・研修の実施

職種横断的な医療安全活動の推進や部門を超えた連携に考慮し、職員教育・研修の企画・実施を行う。

3) 医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故の発生予防及び再発防止のための情報を収集するとともに、医療機関内における医療安全に必要な情報を院内の各部署、各職員に提供する。

(1) リスクの把握

リスクマネジメントの流れ

①リスクの把握（現状把握）→②リスクの分析（原因の分析）→③リスクの対応（対策の立案）→④対応の評価（対策の実施と有効性）というプロセスで行われる。各部署で発生したインシデント・アクシデント事例・SHELレポートとして提出された事例の情報を得る。

(2) 事故の分析（原因の分析）

事例については、職員や患者の属性、事故の種類、発生状況の分析を行い、医療安全に必要な情報を見出す。また、事例の事実確認を行い医療事故の発生予防及び再発防止のための検討を行う。

(3) 安全の確保に関する対策の立案

事例の分析と、医療安全に関する情報・知識を活用し、安全確保のための対策を立案する。対策の立案に当たっては、次の点を考慮する。

- ①実行可能な対策であること。
- ②各種医療機関の組織目標を考慮した内容であること。
- ③対策に根拠があり成果が期待されること。
- ④対策実施後の成果や評価の考え方についても評価に盛り込むこと。

(4) フィードバック、評価

立案された改善策を実行し、現場で有効に実行に実行されているかを確認していく。有効な対策は、マニュアルに活かしていく。有効でないと判断した場合は新たな対策を立案していく。

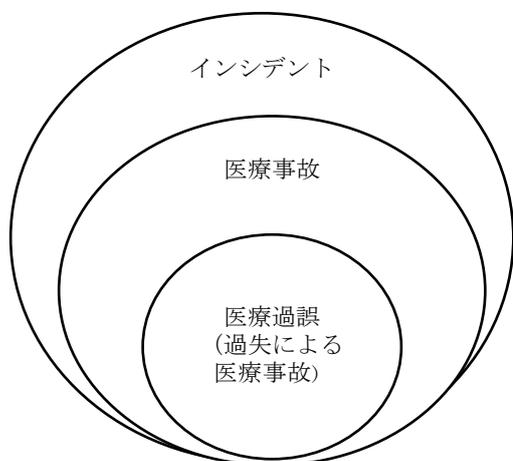
(5) その他

インシデント・アクシデントレポートより同様のミスが発生した場合や、事故の対策案が不十分であると判断した場合は、事故発生部署に出向いて実際の業務の流れを把握し、カンファレンスに参加して対策案をアドバイスするなど部署のラウンドを行う。

令和元年 5 月 1 日施行

1-3. インシデント・アクシデント報告体制

1. 用語の定義



1) インシデント

- ・報告のあったすべての事象をインシデントとする。
- ・患者の診療・ケアにおいて発生した好ましくない事象。本来あるべき姿から外れた事態、行為が発生したもの。医療現場において、患者には実施されなかったが、ヒヤリとした、ハッとした事象も含む。

2) 医療事故

- ・医療を通じて、患者に一定程度以上の傷害が「生じたもの。過失の有無を問わない。(合併症、偶発症、医薬品による副作用等や医療材料、機器の不具合によって引き起こされた事象、不可抗力も含む)

3) 医療過誤

- ・医療事故のうち、医療行為に過失があり、患者に一定程度以上の傷害を与え、傷害と医療行為に因果関係があるもの。

2. 報告制度

- ・インシデントを起こした又は発見した職員は、速やかに所属上司に報告し、インシデント・アクシデントレポートに入力し（事故の種類・事故影響度レベル・事故の状況・患者の状況・カンファレンス日、当事者、転倒・転落の場合は他人の項目）（他人）に患者の誘因（抗凝固剤の服用の有無、眠剤服用の有無、転倒歴、認知症の有無）を提出する。
- ・影響度レベル3b以上の事例または医療安全管理室より指示された事例は、インシデント・アクシデントレポートでSHEL分析し、イベントレビューとともに提出する。影響度レベル3b以上の事例は直ちに一報し、救命処置後レポートを提出のこと。影響度レベル0～3aの事例は24時間以内とする。

1) 報告の基準

患者に行われる医療の過程で患者に実施する前に発見・訂正されたもの、想定を超えた治療を要したものを含める。

2) 報告方法

インシデント発生の当事者、または関与者は速やかに上司に報告するとともに、電子のカルテの「アクシデント・インシデントメニュー」の「インシデント管理入力」よりシステム入力する。事故の状況はインシデント発生から24時間以内に入力する。

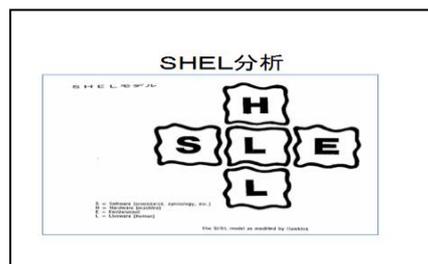
医療事故の判定の手順

- ・ インシデントレポートで報告すべき対象としている事象が発生した場合、当事者、発見者はインシデントレポートを作成し、医療安全管理室に報告する。
- ・ 医療安全管理室は、影響度分類に基づき、インシデントレポートで報告された事象のレベル区分を行う。
- ・ 影響度分類レベル3 b以上とした事象は、医療安全管理対策委員会に報告する。
- ・ 医療安全管理対策委員会は、医療安全管理対策室から報告のあった事象のレベル区分を行い、過失による医療事故か否かの判断を行う。

5) 影響度分類（報告時点）

レベル	傷害の継続性	傷害の程度	内容
0	—		エラーや医薬品・医療用具の不具合がみられたが、患者には実施されなかった
1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
3 a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
3 b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の減少、外来患者の入院、骨折など）
4 a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
4 b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを防ぐ）
その他			患者からの苦情、医薬品の紛失、盗難、自殺や自殺企図・暴力・コードブルー、医療従事者に発生した事態
			死亡退院報告：死亡・死産は全例報告

6) SHEL分析



SHELモデルは、ヒューマンファクター工学において事故発生後の原因分析をするための説明モデル。L（当事者）を中心にS（ソフトウェア）、H（ハードウェア）、E（環境）そして当事者以外の人との関係を現せられるようにもう一つのLがあり5つの要素で構成されている。それぞれの要素をタイルのような形にし、L（当事者）を中心にその他の要素を四方に位置することで、各要素間の関係を分かりやすくしている。タイルの凹凸は、知識の量や質・生理的限界・認知特性などの人間の諸特性を現しています。そしてヒューマンエラーは中心にあるL（当事者）の凹凸とそれを取り囲む各要素の凹凸がうまくかみ合わないところに発生している。

SHELモデルの5つの要素

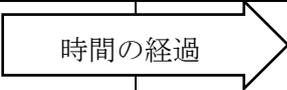
S（ソフトウェア）	マニュアル、規定などシステムの運用に関わる形にならないもの
	例：職場の慣習・読みづらい説明書・新人教育・マニュアルの有無
H（ハードウェア）	医療機器、器具、設備、施設の構造
	例：原因機材・作業台・寝衣・履物・補助具・リストバンド
E（環境）	物理的（照明・騒音・空調）だけでなく仕事や行動に与える全ての環境
	例：保管場所・業務範囲・労働条件・勤務時間・作業件数・仕事の困難さ・職場の発現しやすい雰囲気・勤務表・業務分担・組織風土
L（他人）	当事者以外の人々
	例：事故・インシデントに関わった他のスタッフや他職種（心身状態・経験・知識・技術）・患者自身や家族の誘因（年齢・安静度・ADL・服薬中の薬剤・疾患・身体障害・心理）
L（当事者）	事故・アクシデントに関わった本人
	例：心身状態・経験・知識・技術的問題・心理的要因

7) イベントレビュー

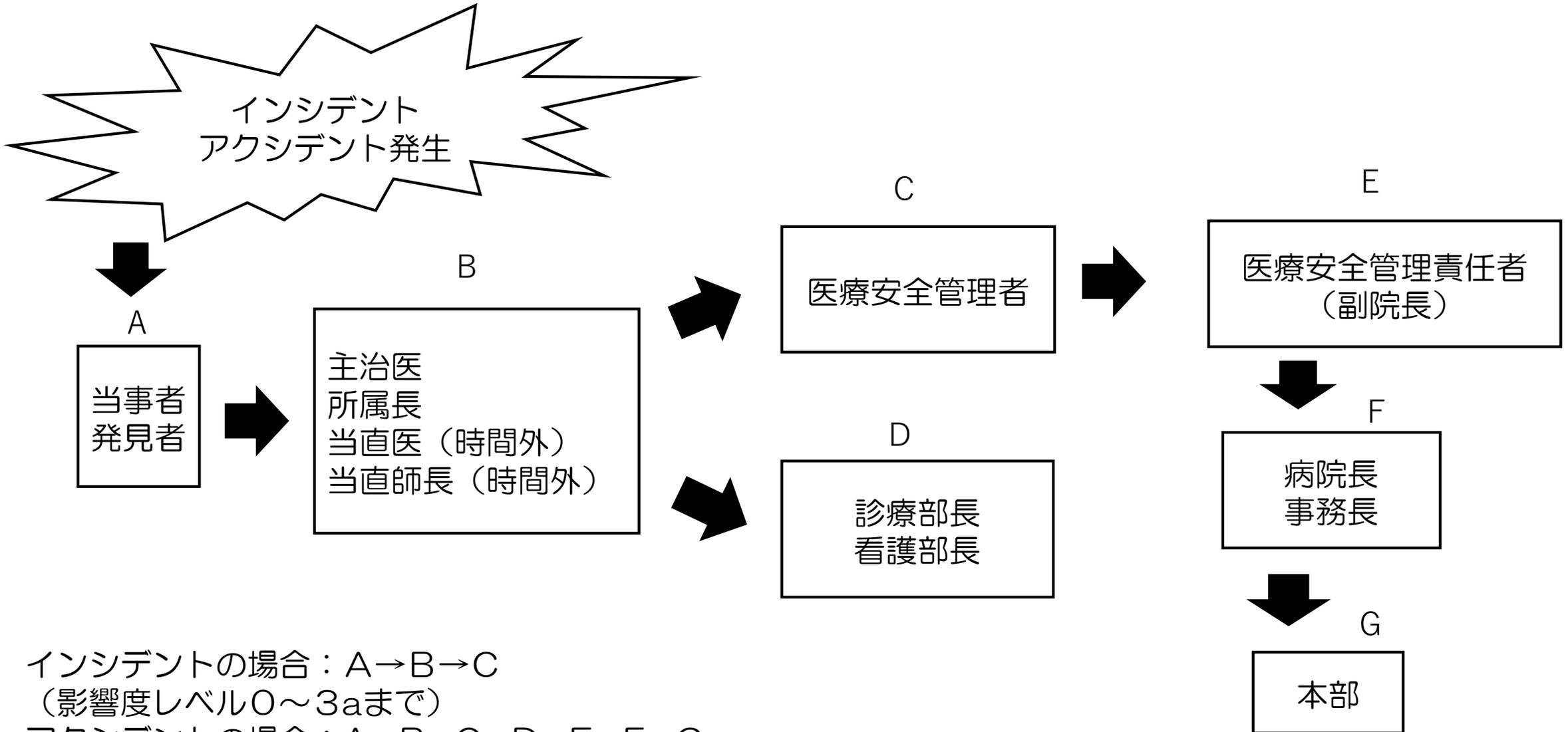
イベントレビュー・アプローチとは

情報を効率よく収集する便利な方法。イベントレビュー・アプローチとは、イベント（出来事）と「ヒトとの関係」「モノとの関係」「システムとの関係」を時系列に振り返って、インシデントやアクシデントの根本的な要因に関する情報を収集し整理する方法である。イベントレビュー・アプローチを行うことによって、①事故の関係者の行動だけでなく、その時の環境的な要因も漏れなく拾い出せる。②事故の全体像を時間的・空間的な広がりをもって把握できる③事故が起こった日とそれ以外の日の状況を比較することで事故の要因が抽出できる

○年○月 ○○氏イベントレビュー

	時間の経過 				
				△時△分	
患者A					
患者B					
看護師C					
医師E					
家族A					
看護部長					
院長					
医療安全管理者					
医療安全管理対策 委員長					

インシデント・アクシデント報告ルート



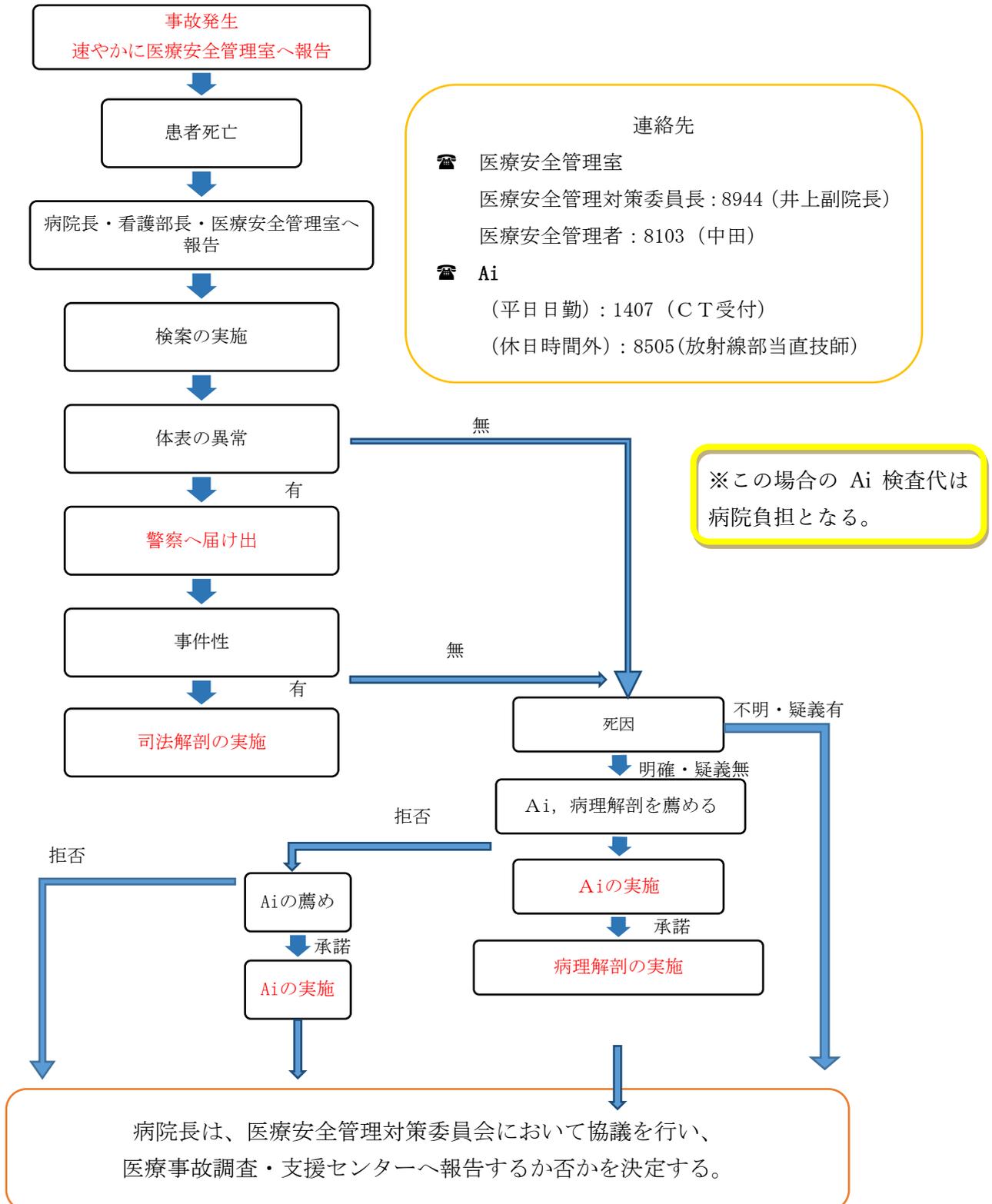
インシデントの場合：A→B→C
(影響度レベル0～3aまで)

アクシデントの場合：A→B→C→D→E→F→G
(影響度レベル3b以上)

緊急事態発生時はA～Eまでの報告を迅速に行う

1-4 緊急・重大事故発生時の対応手順

1) 事故発生時の初期対応フローチャート



1-4 緊急・重大事故発生時の対応手順

2) 緊急・重大事態とは

- (1) 予期せぬ死亡の事例
- (2) 予期せぬ心肺蘇生が行われた事例
- (3) 患者に重篤な障害を与えた事例
- (4) 明らかな医療事故と判断できるか、判断に迷う事例
- (5) 対応のスピードが求められる事例

3) 緊急・重大事故発生時の当事者および関係者の対応

(1) 患者の救命処置・初期報告

- ①第1発見者は他の医療スタッフに知らせる。
- ②医師(当直・担当医師)および、必要時、緊急応援要請の連絡を行い人員を確保する。
- ③患者に対する最善の処置を行う。
- ④処置を行う場合は、患者に処置の必要性を説明し、複数人で対応する。
- ⑤部署の管理者に速やかに報告する。
- ⑥発見者・関与者は情報を収集・整理し、可能な限り事実関係を明らかにしておく。
- ⑦状況により医療安全管理対策室に報告する。
- ⑧事例により、部門長に報告を行い、部門長から直接病院長に報告する。

(2) 現場、物品の確保

- ①患者に使用した薬剤・器具を保管する。
 - ・チューブやルート類、薬剤アンプル、注射器など医療材料は廃棄せず保管する。
 - ・使用薬剤や器具は、調査時には証拠物件として提出が必要な場合がある。
 - ・ゴミは最終的な調査が終了するまで捨てずに置いておく。
 - ・縊首の場合は、結び目をほどかずに首に巻き付いているものを切り取るようにする。
 - ・保管が不可能なものは、画像や写真などを撮って保存を考慮する。
 - ・患者の状況が異状の場合は、可能な範囲で現場保存を考慮する。

②データを確保する

- ・心電図モニターなどから、事故発生時の記録を呼び出して抽記しておく。
- ・時計機能を有している医療機器は、機器個々の時間のズレに注意し、基準時計(システムの時刻)との差を把握しておく。

③発生内容の診療録への記録

- ・発生した内容、実施した処置や治療を経時的に記録する。
- ・複数の職員が関わっている場合は、正確な時間を確認して記録する。
- ・処置が一段落後に事故関与者、発生時の職員が集まり、事実経過を詳細にしておく。

④家族への連絡・説明

事故発生後、可能な限り早い時期に家族に状況を説明する。

- ・発生した事実を伝え、救命処置を行うことを説明する。
- ・患者の連絡者に連絡がつかない場合は、連絡した時間、連絡先、状況を記録しておく。
- ・その後も連絡を取り続け、とり続けた状況も記録しておく。
- ・連絡は家族の気持ちを考慮しつつ、発生した事実を伝え、至急来院いただきたいことを主眼にして伝える。

⑤患者・家族への説明者を決定し、以後の説明は同一の説明者が行う。

⑥患者・家族への説明は事実関係に基づき、誠意をもって行う。

⑦説明の際は、一人では対応しない。

⑧説明内容はカルテに記載する。いつ、誰が、誰に、どのように説明したか、家族の反応も記載する。

(3) 当事者職員への配慮

①できるだけ現場から離し、誰かを付き添わせ、一人にしない。

②状況に応じて職員の家族にも連絡を行い、一緒にサポートする。

(4) 考慮すべきこと

①明らかに医療過誤が発生したと判断した、あるいは判断できない場合は、医療安全管理対策室に連絡する。

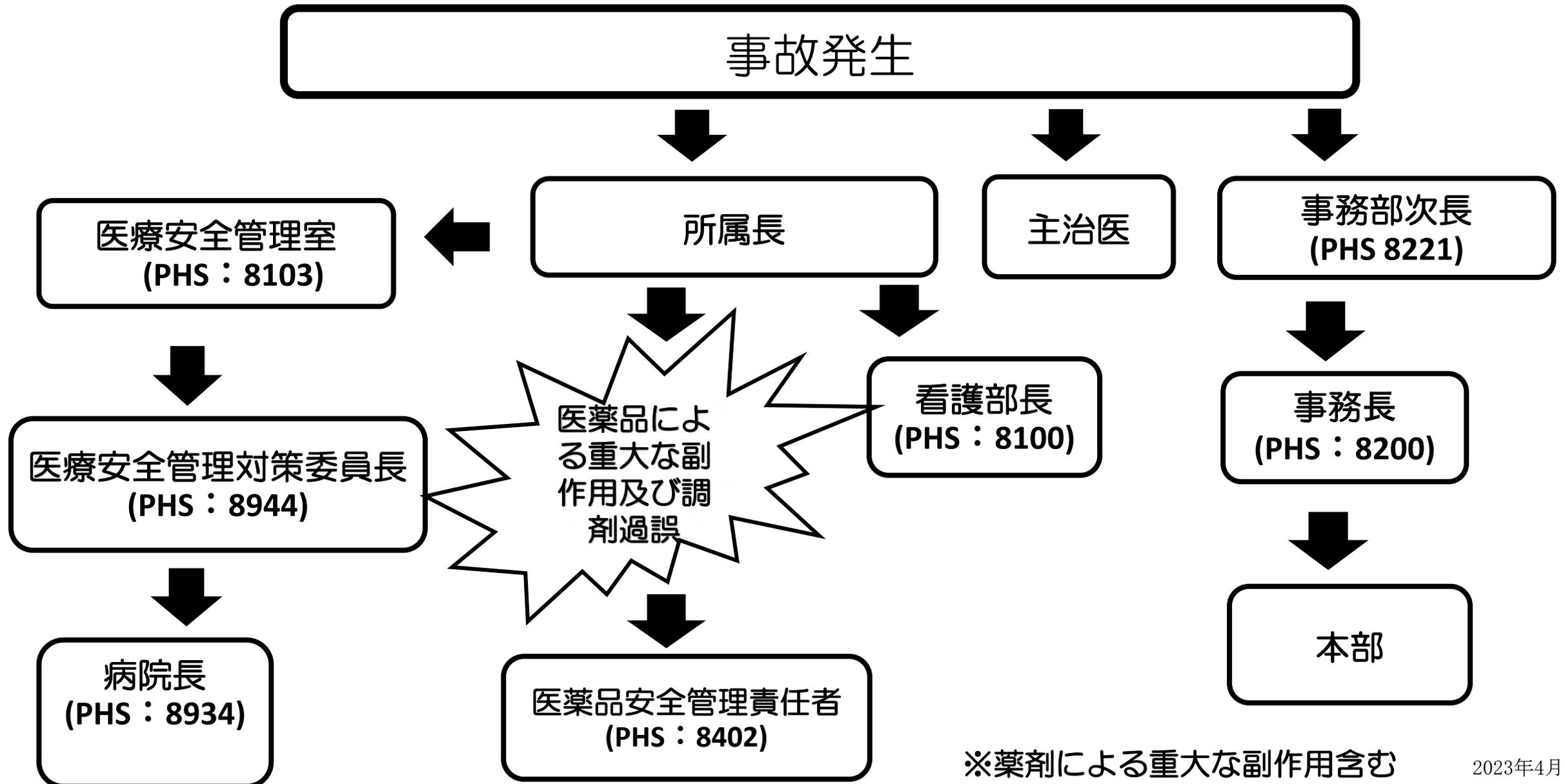
②患者が異常死（縊首、溺水など）と判断される場合は、24時間以内に担当医師が警察に届け出を行う義務がある。警察による検視により刑事事件の可能性が疑われた場合には、司法解剖となる。

③死亡事例のうち死因不明の死亡と判断した場合、担当医師は部門管理者と相談し、できる限り家族の同意を得て、病理解剖や画像診断などを行い死因解明に努める。

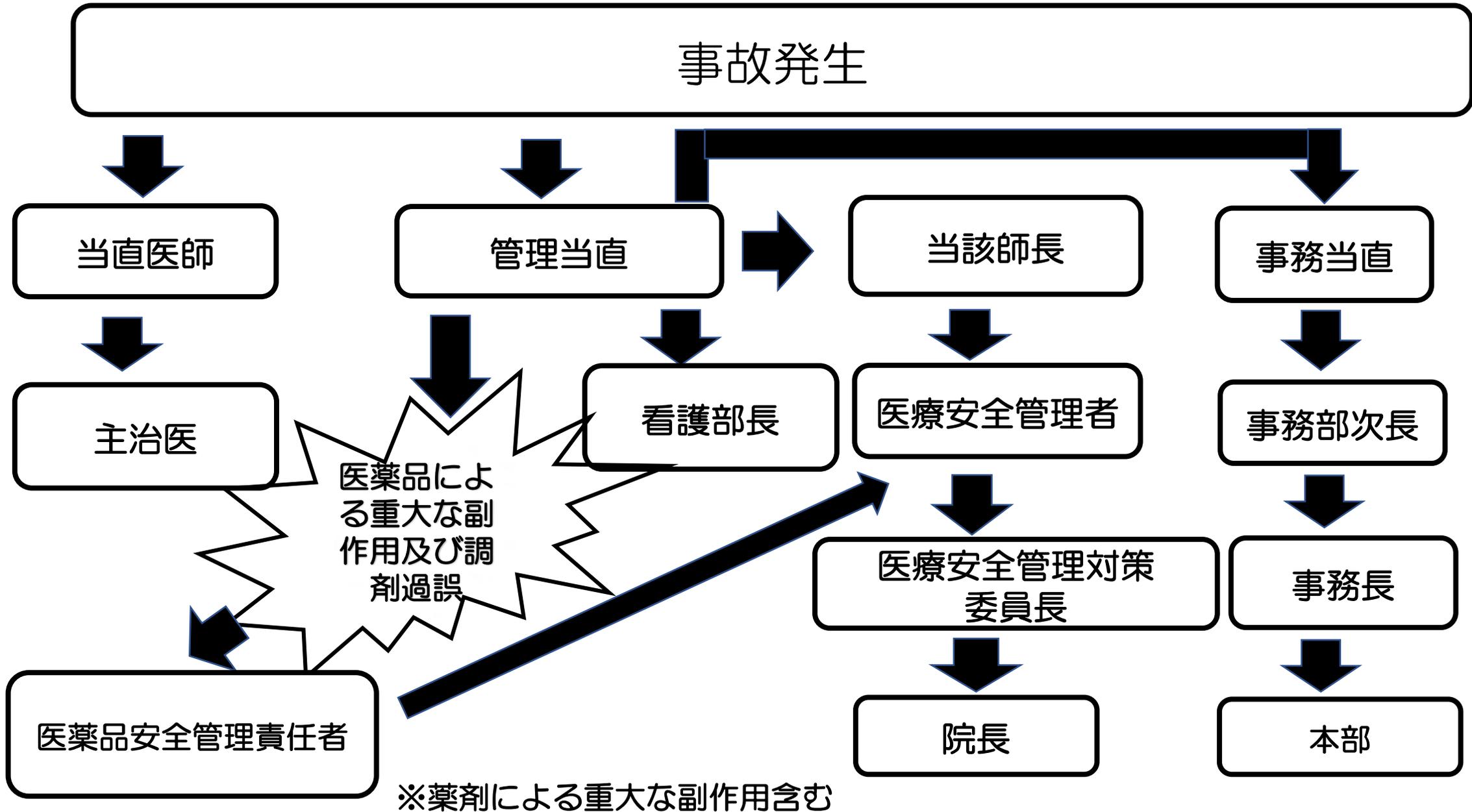
(5) その他の対応

重大インシデントのレポートは、記入後速やかに医療安全管理対策室への情報提供を行う。

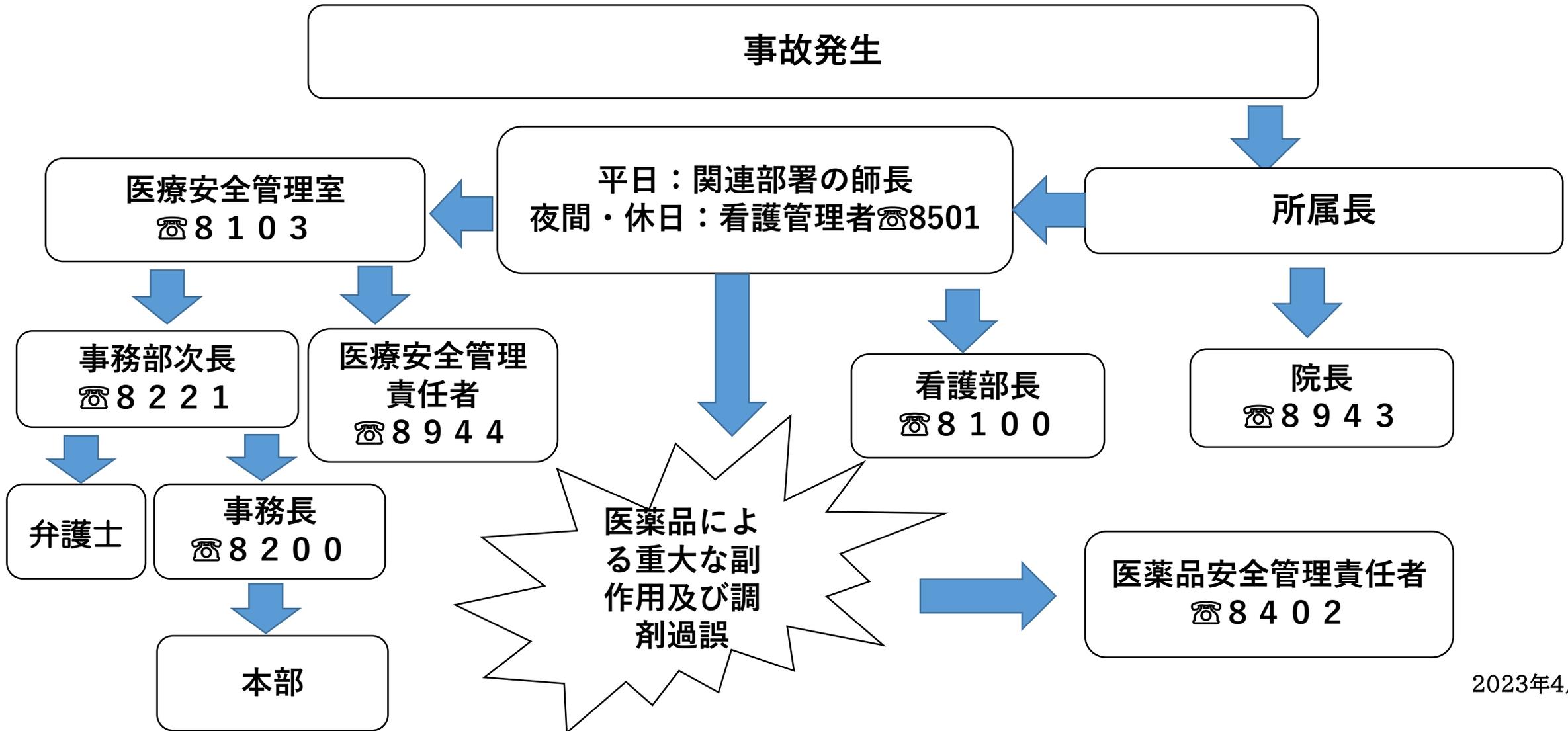
緊急・重大事故発生時の連絡網（平日）



緊急・重大事故発生時の連絡網（夜間・休日）



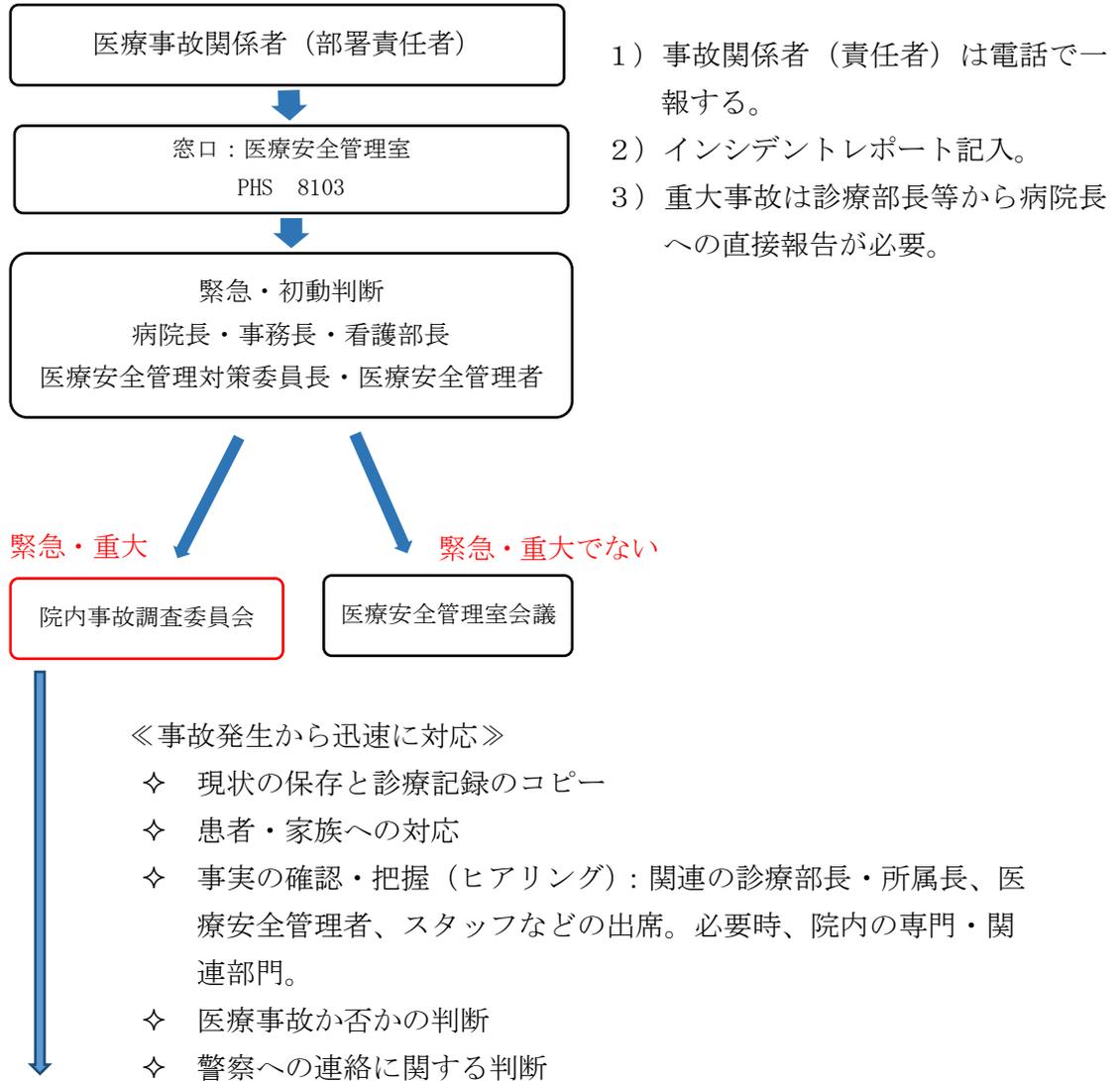
緊急・重大事故発生時の連絡網 (医師)



1-5 重大事態発生時の医療安全管理対策委員会の対応

1. 重大事態発生時の医療安全管理体制

～医療過誤（その可能性）があり、患者が死亡あるいは重篤な状態を来した



《病院側に明らかに過失のある医療事故（医療過誤）が発生したと判断された場合》

- ◇ 事故報告書の作成（その時点のもの）
- ◇ 現状に関する情報収集のまとめ・分析・意思決定統一・報告・広報など
- ◇ 院内への広報と情報共有（病院長から各診療部長・各部門へ通知）
- ◇ 院外への報告（本部・警察・保健所など）
- ◇ マスコミへの公表

2. 対応の注意点

《迅速な対応》

事故等重大事態発生時は、初動対応によって結果が大きく異なる。

＊病院長などの責任者に迅速に報告する（まず電話で一報・インシデントレポートの報告）

《組織的対応》

判断後「誰が、そのように、判断したか」について、患者や社会に対して、また院内に対して説明できなければならない。このため、病院長等の個人が判定するのではなく、組織が判定する。その際、中立的な第三者の意見の反映も考慮する。

《透過性》

「過誤」と判断した場合は、能動的公表や情報公開など医療の透過性を高め、公の機関として社会に対する説明責任を果たす。

3. 医療安全管理対策委員会の対応

《組織的対応》

1) 医療安全管理対策委員会の開催

- ・必要に応じて速やかにして事実を詳細に審議し、医療過誤か否かの判定をする
- ・医療過誤と判定した場合、事故対策についての検討を行う

2) 院内事故調査委員会の開催

- ・医療安全管理対策委員会で医療過誤か否かの判定が困難な場合に開催する
- ・インシデントの事実調査、原因分析を行う

3) 患者・家族への対応（原則として当該診療科が対応する）

《医師による患者・家族への対応》

- (1) 謝罪（起こった事実に対して）
- (2) 公表に関する説明・承諾（公表の時期・内容・方法）
- (3) 個人情報の保護
- (4) 患者・家族の心情の把握
- (5) 医師による患者・家族への対応記録

《情報の収集（医療安全管理者と他1名）》

時間内であれば、医療安全管理者と他1名が現場に出向き事故の概要を把握する。

- (1) 夜間・休日の場合は、電話による聞き取りになる場合もある。
- (2) 必要情報の確認
 - ①いつ、どこで、何が起こったか（事例によっては現場に居合わせたすべての職員からレポートの提出を求める）

②患者の状態、患者・家族への説明の状況、患者の基本情報

(3) 情報の整理・管理

- ①事故に関する誤った情報が流出すると、病院対応に不審を与えることを十分に念頭に置き、慎重に精査して整理する。
- ②確実情報と不確実情報を明確に区分する。
- ③不確実な情報は裏付けをとって整理する。
- ④関係者からの聞き取りは、正確な情報の収集に努め複数回にわたることもあるため、細心の注意を払う。
- ⑤情報は厳重に管理する。

*職員間の流布（守秘義務に違反しないことを職員に注意する。推定情報で会話は厳禁）

*患者・家族への誤情報の流出（患者・家族には、できるだけ早期に正確な情報に基づいて誠実に複数回、丁寧に対応する。対応者を決め、窓口は一本化し、質問されても対応者が回答することを厳守する。）

*院外への流出（J A阿南医療センターの職員として、医療者としての守秘義務を厳守する。）

4. 医療過誤発生時の患者等への対応

- 1) 明らかに病院側に過失のある医療事故（医療過誤）が発生した場合は、病院長、医療安全管理対策委員長、当該診療部長、医療安全管理者が対応を協議し、公表については医療安全管理マニュアル「公表する医療上の事故等の範囲および方法」に基づき対処する。
- 2) 医療過誤と判断されたときは、速やかに病院長、医療安全管理対策委員長あるいは当該診療部長が死亡、重篤、非重篤を問わず、原則として本院において患者およびその家族へ面談の上、謝罪を行う。ただし、状況によっては患者およびその家族の自宅を訪問し謝罪する。
- 3) 当該診療科は、医療安全管理室および管理課と連携を取り、事故発生以降の患者の治療状況を報告する。
- 4) 管理課は、患者およびその家族への損害賠償についての概要を早急に説明する。

5. 緊急・重大事態発生時の情報記録

情報記録			
日時：	年	月	日 曜日
報告者：			
診療科：		部署：	
患者氏名：		ID：	年齢： 性別：
所属長への報告：	未	済	
病院長への報告：	未	済	
1. インシデント状況			
2. 患者の状態			
<input type="checkbox"/> 死亡			
<input type="checkbox"/> 重篤な状態（意識レベルの低下 手術が必要 人工呼吸器の装着）			
<input type="checkbox"/> その他			
3. 現場の保存（薬剤・心電図・機器の時刻・病室・ゴミの処理など）			
4. 記録（経時記録			
5. 患者家族への対応			
<input type="checkbox"/> 二次被害： なし あり（ ）			
<input type="checkbox"/> 説明・謝罪			
誰が（ ）誰に（ ）行った。			
患者側の受け止めは？			
<input type="checkbox"/> 剖検について(死亡の場合)			
6. 過誤について			
<input type="checkbox"/> 明らかな過失は： なし あり（ ）			
<input type="checkbox"/> 患者の状態と過失に因果関係はあるか ある ない 不明			
7. 医療安全管理対策室から病院長への報告： 要 不要			
8. 警察への連絡： 要 不要			
9. 判断したメンバー：（ ）			

6. 医療事故発生時の患者・家族への対応

- 1) 患者家族に医療事故発生の実態を説明する。
- 2) 当事者は判断に窮することが多いので、必ず他の医師の応援を求め、複数で対応する。
- 3) 医療事故発生時は迅速に上席医への報告を行う。報告を受けた上席医は、患者への説明者を決定する。
- 4) 説明者は、状況に応じて担当医あるいは上席医とする。
- 5) 説明者が決定したら、事故関与者や現場にいた職員にこのことを周知させる。これは患者側への窓口を一本に絞る意味で大切である。
- 6) 説明は、上席医などが同席し複数人で実施する。看護師も同席し、患者・家族等の状態を把握し、以後の看護ケアに役立てるようにする。
- 7) 患者・家族等にもキーパーソンを含め複数の同席を求める。(言った、聞いていない等の回避) 家族が来院後、担当医師から状況と経過、現在の状態を説明する。
- 8) 説明は事実経過に基づき、誠意をもって行う。事故原因の判断や見解について説明を求められた場合は、調査を行い後日説明することを伝える。後に事故の実態を究明してから病院の公式見解として伝える。
- 9) 診療記録には、説明者の名前、説明時刻、説明内容、説明を受けた人の名前・患者との間柄、患者側の質問、理解度、反応、医療者の回答等を記録しておく。また後日説明を求められた場合は、担当医より患者・家族に対して適宜説明を行う。
- 10) 遺憾の意や謝罪は、当初予定していた治療計画と異なった状況になったことに対し、残念な結果の事実についてのみ明確に表現して行う。過失を認める謝罪とは異なることに留意する。間違いがなくても、重大な状況に対する共感と遺憾の気持ちを示す。
- 11) 患者に行っている治療やその効果、状態の説明は毎日行う。
- 12) 医療事故に至った経過の説明は、求められれば何度でも繰り返し行う。
- 13) 説明にあたっては、事故に関与した者だけでなく、管理者も出席する。
- 14) 患者が死亡された場合でも、家族への説明は継続して行う必要がある。検討会議開催等の対応状況、調査で判明した事実、会議の検討結果など、家族に連絡を行い、日を決めて経過を説明する。会議の最終結果が出た場合は、改めて事故発生の経緯から結果まで説明を行う。状況に応じて訪問して説明を行うことも検討する。

7. 事故発生以降の患者・家族への対応

- 1) 患者・家族には、事故発生直後から常に対話ができるように継続して対応を行う。
- 2) 情報を適切に提供し、信頼関係を回復・確保・継続できるように努める。
- 3) 信頼関係が回復できない患者の家族に対応する際は、医療者は複数名で対応するようにする。

8. 事故当事者・関係者への対応（メンタルサポート）

- 1) 当該部署の管理者は、状況により以下の関係者と共に当事者の心理的な支援を行う。
 - (1) 部門管理者による支援
 - (2) 当事者の家族、友人による支援
 - (3) 医療安全管理室による支援
- 2) 当該部署の管理者は、当事者の立場、心理を理解して適切な対応を行う。
 - (1) 事故当事者に抱える悩みを話させるよう対応する。
 - (2) 十分に話を聞き、気持ちを分かち合う受容的な態度で接する。
 - (3) 時間が取れない場合は、時間を作って話を聞くことを約束する。
 - (4) 当事者の勤務時間外のサポート者を考慮する。
 - (5) 周囲の職員は、元気がない、様子が違うことに気づいたら声をかけて話を聞く。
- 3) 管理者は当事者の業務に対する配慮を行う。
 - (1) 業務内容を検討する。
 - (2) 当事者を一人にしない。
 - (3) 当面、直接患者と接しないように業務配分する。
- 4) 医療安全管理室は、当事者および当該部署の管理者に対して心理的支援が充分なされているかを確認する。

1-6 公表について

1. 公表する医療上の事故等の範囲および方法

公表する医療上の事故等の範囲及び方法については、以下の要領にするものとする。

- 1) 「明らかに誤った医療行為または管理」に起因して患者が死亡し、もしくは患者に障害が残った事例または濃厚な処置もしくは治療を要した事例。
 - (1) 患者死亡または重篤で恒久的な障害が残存したもの
医療上の事故等の発生後または覚知後、可及的速やかに公表する。さらに院内事故調査委員会等で事故原因を調査した後、その概要、原因および改善策を自院のホームページに掲載する等により公表する。
 - (2) 一過性に濃厚な処置または治療を要したもの
病院内の医療安全に関する委員会で事故原因を調査した後、その概要、原因および改善策を自院のホームページに掲載するなどにより公表する。
 - (3) 「明らかに誤った医療行為または管理」は認められないが、医療行為または管理上の問題に起因して患者が死亡し、もしくは患者に障害が残った事例または濃厚な処置もしくは治療を要した事例（医療行為または管理上の問題に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。
 - (4) 上記（1）（2）のほか、医療に係わる事故の発生の予防および再発の防止に資すると考えられる警鐘的な事例（ヒヤリ・ハット事例に該当する事例も含まれる）。

2. 公表を判断するプロセス

インシデントレポート等により報告された医療上の事故等について、病院内の医療安全に関する委員会等において速やかに検討を行い、医療事故調査委員会の設置の必要性、検討事例が公表事例に該当するか否かの判断、公表の時期、内容、方法について、上記医療安全に関する委員会等での意見を踏まえ、病院長が決定する。

3. 公表に当たっての留意点

- 1) 患者・家族等への配慮
公表に際しては、家族等のプライバシーに十分な配慮をし、その内容から患者・家族が特定、鑑別されないように個人情報保護するとともに、医療従事者の個人情報の取り扱いにも十分配慮しなければならない。
公表に当たっては、患者・家族等への心情や社会的状況に十分配慮するものとする。
- 2) 患者・家族等からの同意
医療上の事故等の公表に当たっては、患者・家族等の医師を踏まえ匿名化するとともに、自院のホームページに掲載する等により公表する場合は、下記の要領にて取り扱うものとする。
 - (1) 原則として患者本人および家族等から同意を得る。

- (2) 患者が死亡した場合には、原則として遺族から同意を得る。
 - (3) 患者が意識不明の場合や患者に判断能力がない場合には、原則として家族等から同意を得る。この場合においても、患者の意識の回復その他の患者の判断能力が回復したときは(1)の原則により速やかに本人への説明を行い、同意を得るよう努める。
 - (4) 同意を得るにあたっては、公表することのみならず、その内容についても十分説明を行わなければならない。
- ①同意の有無、説明内容は診療記録への記載等により記録する。

4. 報道機関への対応

- 1) 重大な医療事故に対する報道機関からの電話対応については、窓口を一本化し、事態が鎮静化するまで対応責任者(管理課長)が対応する。
- 2) 窓口が一本化していることを全部署に連絡し、部署に電話があった場合は対応窓口があることを説明し、対応責任者に取り次ぐ。
- 3) 重大な医療事故発生時、職員に情報の守秘義務を周知し、個人情報の取り扱いについて特に留意する。
- 4) 記者会見など報道機関への対応の決定は病院長が担う。
- 5) 重大な医療事故に関する情報は、当該部署・部門の責任者が事実関係の把握・確認を行い病院長に伝え、情報の一元化を図り記者会見に備える。
- 6) 事故の概要を記載した文書(ポジションペーパー)を準備する。
- 7) 緊急時の記者会見では当院の医療事故に対する姿勢を示し、把握している事実・情報を積極的に発表し、説明責任を果たす。また組織として対応していることを表明し、誠心誠意真摯な対応を行う。
- 8) 原因を特定できない場合は、全容を把握するために全力で取り組んでいることを強調して説明する。
- 9) 記者会見後、必要に応じて経過説明など継続して説明するための会見を検討する。
- 10) 具体的な対応
 - (1) 設定する会見の開始時間を検討しマスコミへの連絡を行う。
 - (2) 記者会見会場を設定する。(広めの会議室、説明用ホワイトボードを準備し、病院側のスタッフのテーブルは窓際にする。)
 - (3) 司会を立てる。(会見の冒頭に、記者会見の目的、予定時間、院内の撮影、インタビュー、患者プライバシーへの留意点を説明し、記者会見を取り仕切る)
 - (4) 会見メンバーを決める。
 - (5) 家族へ記者会見を行うこと、ポジションペーパーをもとに内容について打ち合わせを行う。
 - (6) 会見開始時間を厳守し、開始が遅れる場合は理由を明確に伝える。
 - (7) 想定される質問に対する資料を準備し、会見者の情報の共有を図る。

《会見時の一般的注意》

- ①会見は服装、姿勢、話し方に注意し、厳しい質問にも感情的にならないように対応する。
- ②謝罪の礼は一斉に頭を下げ、一斉に上げる。
- ③会見中の連絡はメモなどを回して行う。
- ④大きな声でゆっくりと話し、シンプルで的確な言い方で病院の見解を説明する。
- ⑤否定的、言い訳的表現より、改善や努力の姿勢を示す。
- ⑥会見場には一斉に入り、一斉に出る。
- ⑦質疑の際は、質問者の方を向いて話す。
- ⑧予定しなかった質問については、病院側の出席者の各々の立場から回答する。
(チームワークが大切)
- ⑨質疑応答では言えないこと、言えることを明確にして置き、言えないことは率直に回答を差し控えることを繰り返す。
- ⑩「もし・・・」という質問には原則的に回答しない。
- ⑪わからないことは、「現在調査中、現在不明です」とはっきり言う。
- ⑫責任を問われた場合、明確ではない場合は「残念です」「遺憾です」などの表現を用い、責任が明確であれば謝罪する。
- ⑬会見で「医療事故」「医療過誤」が混在している場合は、はっきりさせる。

5. 記者会見時の準備

1) 事故の概要を記載した文書の構成

(1) 医療事故の概要の情報

- ①患者の属性、年齢、診断名
- ②事故発生時
- ③事故原因となる医療行為
- ④事故の時系列的な経緯と事故の原因
- ⑤現在の患者の容態
- ⑥事象について病院として検証した経緯、検証方法
- ⑦病院が医療事故と判断した理由
- ⑧家族に対する説明日時と内容
- ⑨監督官庁や警察などへの通報日時と内容
- ⑩調査委員会等の設置についての決定や予定など

(2) 作成上の注意

- ①患者、医療従事者を特定できる情報は記載しない
- ②裏付けのある情報だけを記述する

(3) 必要物品の準備

- ①正確な報道内容、時間の節約などのためにも必要に応じて配布資料を準備する。
 - ②適宜、図を描いたり、写真パネル、実物を供覧できるように準備する。
- 2) 患者および家族のプライバシー保護について要請文書の準備
- 患者および家族への取材を遠慮していただくよう要請する文書を準備する。

1-7 警察等への報告について

1. 警察への報告

1) 診療行為が関わるもの

- (1) 過失の存在が明白な場合、または過失の存在が強く疑われる時
- (2) 患者が死亡した場合、または重大な障害を与えた場合

ただし、(1)(2)の間に明らかな因果関係はないと考えられる場合はこの限りではない。

備考：医師法第21条には「医師は死体または妊娠4か月以上の死産児を検査して異常があると認めるとき、24時間以内に所轄警察署に届けなければならない」とある。しかし、日本法医学(教育委員会)「異常死」ガイドラインにあるように、医療事故によって患者が死亡したと思われるような事態が発生した場合には、同法の適応を受けるのか、未だ法的な解釈は確定していない。一方で医師法第21条に基づく届出義務とは別に、医療事故は内容によっては刑事事件として業務上過失致傷罪の対象となる可能性があることから、このことについてどのように対応するかは非常に難しい側面を有している。

2) 外因によるもの(犯罪捜査への協力義務)

- (1) 転倒、転落による死亡(ベッド以外での死亡)
- (2) 頸部や胸部への圧迫、気道閉塞、気道内異物などによる窒息死
- (3) 薬物またはその他の有害物質への接触、吸入、服用など中毒による死亡
- (4) 自殺(死亡者自身の故意に基づく死亡)
- (5) 外因の後遺障害で死亡した場合や疑いのあるもの

3) 内因か外因か不明

- (1) 診断のつかない死亡
- (2) 病院到着時に死亡が確認された場合
不明な場合、部長それに準ずる医師に速やかに報告する。

4) 外傷

- (1) 交通事故
- (2) 虐待(児童、配偶者、高齢者の虐待、育児・介護放棄など)

2. 届出前の対応

1) 警察への届出前に、診療部長・病院長に報告する。

2) 家族への対応

- (1) 死亡原因が不明な場合、原因を明らかにする努力を行う。状況により死後であっても検査(AI)を検討する。家族に検査の必要性を説明し理解を得る。
- (2) 検査の説明は、医師、看護師など複数名が同席して行う。
- (3) 説明内容を診療録に記載し、説明内容に関する家族の反応も記載しておく。

(4) 警察への届出が必要な場合は、家族に説明し理解を得る。

3. 届出後の対応

- 1) 届出後は現場を保存し警察の指示に従う。
- 2) 警察の現場検証に協力する。
- 3) 事件性があると判断された場合は司法解剖が行われ、事件性がなければ死体検案書を作成する。
- 4) 患者に対する処置や事態の経過を診療記録に記載する。
- 5) 紙に記載した記録やメモなどは複写をする。
- 6) 心電図モニターなど医療機器からデータを保存する。
- 7) 患者・家族への説明内容とその反応を記録する。

2-1 医療従事者の遵守事項

1. 医療従事者の遵守すべき事項

- 1) 医療安全に対する基本方針を知る
- 2) 事故発生時には、管理者に速やかに報告し、インシデントレポートの入力を行う
- 3) 医療安全研修を必ず受講する

医療法第6条の十等により、病院管理者は医療にかかわる安全管理のための研修を2回/年以上開催することが義務付けられている。医療安全管理室は、全職員を対象とする医療安全管理研修を開催し、医療従事者はこの研修を必ず受講し、安全管理のための考え方や、具体的方策についての理解を深め、自己研鑽を行わなければならない。

2. 各部門の管理者は次の役割を担う

- 1) 臨床能力と倫理観を備えた、その部門を代表する医療人としての役割
- 2) 部門の利害、私情等にとらわれない客観的で公正な役割
- 3) 所属部門における医療安全管理の責任者としての役割
- 4) 有害事象発生時における院内での医療専門家としての役割
- 5) 医療安全に関する重要事項について、部門内で周知・教育・指導する役割

《自部門での有害事象発生時》

- 1) 各部門長、医療安全管理室への連絡
- 2) 事象の情報確認、事実関係の整理、緊急処置治療対応等の指導
- 3) 医療安全管理室と連携した各種対応と患者説明

《他部門での有害事象発生時》

- 1) 医療安全管理室からの要請に応じた臨床的助言や部署内のエキスパートの紹介
- 2) 院内の最上級の部門横断治療チーム編成への協力

2-2 遵守すべき原則：診療記録

- 1) 可能な限り日本語で記録し、略語は最小限に止める。
- 2) 患者や家族への説明・やり取りは具体的に記録する。
- 3) 偏見に満ちた表現や感情的表現を用いない。
- 4) 正確で誤解のない表現を用い、根拠のない断定的な表現はしない。
- 5) 遅滞なく記録する。
- 6) 改ざんとみなされるような不適切な訂正、消去、追加はしない。
- 7) 反省文、他者の批判などは記録しない。

2-3 遵守すべき原則：患者・家族への説明

- 1) 重要な事実を省かない。
- 2) 因果関係を省かない。
- 3) 明快に説明できないことがあれば、率直にそのことは伝える。多少とも不明な点があることについては断定的な言い方はしない。
- 4) 客観的な事実のみを伝える。
- 5) 当初の説明と異なった、または超える処置をした場合は正確に伝える。

2-4 インフォームドコンセント

1. インフォームドコンセントに関する基本指針

患者と医療従事者が対等な関係を保ち、治療に関する意思決定を、共同作業で行っていくことは、医療の透明性を高め、水際での医療事故防止にも効果的である。

すべての職員が情報開示に努め、医療の透明性を確保するとともに、その説明責任を果たし、科学的根拠に基づいた医療、診療ガイドラインによる医療の標準化などを積極的に進める。

医療行為は常にリスクを内在しており、結果に対する誤解や不満を生じやすい。不必要なトラブルを避けるためには、インフォームドコンセントの主体はあくまでも患者であって、医師ではないことを再認識し、患者・家族との十分なコミュニケーションをとることが重要である。

安全で質の高い医療を行うため、インフォームドコンセントに関する基本指針を以下のように定める。

2. 患者の意思決定に必要な情報提供

患者自身が、ある医療行為を受けるかどうかを判断、決定するためには以下の情報提供が必要である。

- 1) 現在の病状および診断病名
- 2) その治療行為を採用する理由
- 3) 治療行為の具体的内容
- 4) 治療行為に伴う危険性の程度
- 5) 治療を行った場合の予後や改善の見込み、その程度
- 6) その治療を受けなかった場合の予後
- 7) 代替的治療法がある場合には、その内容および利害得失
- 8) セカンドオピニオンについて

治療行為に伴う危険性については、人によって誤解を生じる恐れがある。誤解を生じさせないためには、客観的な数字で表現できるものは、きちんと数字で示すことが必要である。例えば、生命への影響が高い合併症については学会が調査した全国的な発生率と当院での発生率を提示する等である。

また、「ほかにも治療法があると知っていたら、この手術は受けなかったのに」というようなトラブルも発生している。保存的治療を含めた代替的治療法の存在とその利害得失に関する説明は特に注意を要する。

3. 説明方法

説明に際しては

- 1) 誠意ある態度で対応する。

- 2) わかりやすい言葉を用いる。
- 3) 患者や家族に質問の機会を与えながら、十分な時間をかけて行う。
- 4) 理解できているかどうか、適宜確認をとる。

医師と患者の間で、治療のゴール、期待、認識が乖離していることによるトラブルも時にみられる。低侵襲手術といっても決して低リスクを意味するものではないということを理解できるような説明が必要である。
- 5) 医師や診療科によって手術適応や予後、告知の方法などが異ならないよう一貫性を保ち情報を提供する。
- 6) 患者が一人で理解・判断できない場合には、家族あるいはキーパーソンとなる代理人の同席を原則とする。

4. インフォームドコンセントの手順

インフォームドコンセントは「説明と同意」「理解と選択」と訳される。

1) インフォームド・コンセントが必要な医療行為

手術、麻酔、輸血、医療、検査、看護等の医療行為である程度侵襲性、危険性のある行為や当初予定していた範囲を超える場合にはインフォームド・コンセントを得なければならない。

2) インフォームド・コンセントの成立要件

患者の同意能力、患者への十分な説明と患者の理解、患者の自発的な同意と撤回の3つが満たされなければならない。

《患者の同意能力》

同意能力の判断が難しい場合として、意識喪失者、精神障害者、知的障害者、高齢者、認知症がある場合や、小児、または病状や医療上意識が明確でない状況が考えられる。同意能力の有無は、客観的な基準で判断できない。医療従事者は、インフォームド・コンセントを得る際には、患者に同意能力があるか否かを慎重に判断する必要がある。判断が難しい場合は、複数の医療従事者でこの判断をし、家族などに説明をし、家族等から同意を得なければならない。

《患者への十分な説明と患者の理解》

医療行為については、事前に十分な説明を行い以下の項目について口頭だけでなく、説明の内容の要点が診療録に記載されていなければならない。

- (1) 現在の病状及び診断病名
- (2) その医療行為を採用する理由、目的、必要性、有効性
- (3) 医療行為の具体的内容
- (4) 医療行為に伴う危険性とその発生率、合併症の内容と頻度
 - ①発生率が高いものについては必ず説明する。
 - ②発生頻度が低いものでも生命に危険を及ぼす可能性のあるもの、非可逆的で日常生活に支障をきたす可能性があるものについては説明する。

- ③美容上に関係するものは可能な限り説明する。
- (5) 医療を行った場合の予後や改善の見込み、その程度。
- (6) 代替的医療法がある場合はその内容および利害得失。
- (7) 医療を受けなかった場合に考えられる経過。

* 個々の患者に応じてその患者が理解できるように、専門用語は使わないようにわかりやすい言葉でゆっくりと繰り返し説明することが重要である。

《患者の自発的な同意と撤回》

患者の自発的な同意を得ることが重要であり、同意後の撤回も可能であること、またそれによる不利益がないことを十分に説明する。

5. インフォームド・コンセントの要件が免除される場合

患者自身の拒否、緊急事態、強制措置、患者に同意能力がない場合は、インフォームド・コンセントの要件をみたすことが免除される。

1) 自身の拒否

患者自身がインフォームド・コンセントを拒否した場合は免除される。

例：医療行為について細かい説明を受けることを拒否した場合

患者が「すべて先生にお任せします」といった場合

ただし、その後に行われる医療については、個々の医療行為ごとにインフォームド・コンセントを得るべきであり、注意を要する。

2) 緊急事態

患者の生命に重大な危険性がある緊急事態の場合は、インフォームド・コンセントの要件を満たすことが免除される。ただし、緊急の場合でも「説明」と「同意」は得る努力をする。

3) 強制措置

精神保健および精神障害福祉に関する法律に規定されている場合等、強制措置の場合にはインフォームド・コンセントの要件を満たすことを免除される。

4) 患者に同意能力がない場合

本人からのインフォームド・コンセントを得ることは免除される。しかし、この場合は代諾者に説明し、代諾者から同意を得なければならない。

《代諾者の選定》

代諾者は「患者の価値観を最も反映できる者」で、家族・親族から選定されることが望ましい。その判断が難しい場合は、配偶者、子、親、兄弟姉妹、他の親族の順に代諾者を決定する。紛争を防止するためには、家族や親族の合意に基づいて医療の内容が決定されることが望ましい。

《代諾について》

未成年者の場合は、インフォームド・コンセントは、原則として親またはその代理人から得る。患児（患者）に対しては、医療行為を理解できるときはその程度に応

じて、予定される侵襲とその経過について大まかな説明がなされる必要がある。意識喪失、ショック、思考の混乱、意思決定能力の後退等のために、自分で理解して同意を行える状態でない患者の場合は、代諾者に対して説明を行うことを原則とする。しかし、上記の患者において同意等の意思決定が可能となれば、直ちに患者自身に対して、医療行為に関する説明を行い同意を得るものとする。

5) 具体的な手順

(1) 説明者は以下の事項について十分な説明を行う

- ①現在の病状および診断病名
- ②その医療行為を採用する理由
- ③医療行為の具体的内容
- ④医療行為に伴う危険性の程度、合併症の内容と頻度
- ⑤医療を行った場合の予後や改善の見込み、その程度
- ⑥代替的医療法がある場合には、その内容及び利害得失
- ⑦その医療を受けなかった場合の経過
- ⑧セカンドオピニオンについて
- ⑨医療行為の実施者およびその責任者氏名と職名
- ⑩医療行為同席者の氏名と職名

患者に対しその医療行為の選択は任意であり、患者の自発的な同意を得るものであること、同意後の撤回も可能であること、またそれによる不利益がないことを十分に説明する。身体障害などにより説明文書を読むことができない患者に対しては、医療行為実施者以外の第三者が立ち合いの上、説明を行わなければならない。

(2) 説明時に医療従事者が注意すべき事項

インフォームド・コンセントの実施に当たっては、以下の点につき注意しなければならない。

- ①誠意ある態度で対応する。
- ②できるだけ優しい言葉を用い、正確な内容が患者・家族に伝わるよう配慮する。
- ③患者や家族に質問の機会を与えながら、十分な時間をかけて行う。
- ④理解できているかどうか、適宜確認をする。
- ⑤医師と患者の間で、医療の目的、期待、認識が異なることがありうることに注意する。低侵襲手術等の場合も危険を伴うことを理解できるような説明が必要である。
- ⑥診療科によって手術適応や予後、告知の方法などが異なるよう一貫した情報を提供する。(担当医師と医療行為施行医師が異なる場合には、担当医師と施行医師が情報提供の場に同席する)
- ⑦患者が一人で理解・判断できない場合には、家族あるいはキーパーソンとなる代理人の同席を原則とする。
- ⑧患者の自己決定を尊重する。

- ⑨医師の最終的な説明と、患者からの同意を得るまでにセカンドオピニオンを得る機会もあることを患者に説明する。
- ⑩患者・その家族のプライバシーを保護する。
- ⑪家族も含めた第三者の個人情報を保護しつつ、疾患などに関する正確な知識や情報を伝える。

(3) 同意書への必須記載事項

- ①病名（診断/病状名）
- ②その医療行為の目的、必要性、有効性
- ③医療行為の内容（可能な限り図示を含めて）
- ④医療行為に伴う危険性の程度、合併症の具体的内容と頻度とその対処方法（可能な範囲で客観的な数値を記載する。また、重篤な合併症、死亡等については発生率が低くても記載する。）
- ⑤代替可能な医療とそれに伴う危険性およびその発生率（可能な範囲で客観的な数値を記載）
- ⑥その医療を受けなかった場合に考えられる経過
- ⑦同意撤回に関する文書
- ⑧必要に応じて患者ごとの既往歴や病態や特徴により予測される事項
- ⑨医療行為実施者およびその責任者氏名と職名
- ⑩説明者および立ち合い者の氏名と職名
- ⑪説明実施日と同意した年月日
- ⑫患者・家族または（代諾者）の同意サイン

＊この同意書の写しの一部は患者・家族に渡し、一部は診療録に保存する。

(4) 診療録への記載

上記の説明内容については、要点を正確に診療録に記載し、患者・家族の理解度や反応についてもできるだけ具体的に記載しておく必要がある。

(5) 医療チーム内での情報共有

インフォームド・コンセントを得る場合は、患者・家族あるいはキーパーソンとなる代諾者の同席を原則とする。また、医療従事者も複数人同席する。さらに診療記録記載内容を医療チーム内で共有し、患者の満足につながるよう活用することが重要である。

2-5 患者と医療者のパートナーシップ

1. 医療安全のためのパートナーシップ

患者にとって、安全で安心できる質の高い医療を確保するために患者・家族も医療の一員として医療の各場面での積極的な参加の協力を得る。

- 1) 患者に応じた適切な医療を提供するために、患者・家族から正しい情報の提供の協力を求める。(既往歴、現病歴、症状、薬剤に関する情報等)
- 2) 十分なインフォームド・コンセントにより患者・家族による自己決定を支援する。
- 3) 医療行為実施時には、患者(家族)自身にフルネームで名乗ってもらうことにより、患者誤認の防止を図る。(患者自身が名乗れない場合は、リストバンドまたは診察券での確認を実施する)
- 4) 内服薬、注射実施時には、患者・家族と共に氏名・薬剤・用量・用法・時間を確認する。
- 5) 患者に副作用出現の高い薬の投与時は、病状の変化を務めて伝えるように説明・指導する。
- 6) 転倒・転落防止対策について患者・家族の積極的な参加、協力により事故を防止する。
- 7) 患者・家族は実施される医療の疑問点を解決し理解を深め、積極的に医療に参加する。
- 8) 患者からセカンドオピニオンの申し出があった場合は、情報提供に応じる。
- 9) 患者・家族から情報開示を求められた場合は、当院で定められた情報開示の取り扱いに基づき、情報開示の方法を説明する。
- 10) 医療者は、患者の社会復帰を目標に治療方針を共有し、具体的な療養環境について患者・家族と共に意見交換し、退院後は自らの健康回復に向け実践できるよう支援する。
- 11) 地域連携室(相談窓口)の活用により患者・家族の意見を尊重する。
- 12) 患者・家族の持つ社会的問題、社会復帰、医療費の負担、転院、他施設入所時の問題については地域連携室において相談に応じる。

2. 患者相談窓口

患者から医療に対するご意見や要望、相談は、医事課や地域連携室の患者相談窓口で受ける。職員は、患者が抱える社会的な問題を一緒に考え、社会生活が整うように相談に対応する。また、患者からのご意見は、管理課が当該部署に事実を確認し患者に対応(内容により謝罪)する。当該部署は、患者からの意見を真摯に受け止め改善を図る。

2-6 診療情報と個人情報管理について

1. 診療記録の提供

1) 個人情報保護の理念に基づく診療記録の開示

当院の患者は、当院が保有する自己の個人情報について、書面に基づいて開示請求することができる。

病院長が患者から事故の個人情報の開示を求められた場合には、主治医・記録作成者・その所属長らで協議の上、開示請求に応じるか否かを決定し、開示請求を受けた時から原則として10日以内に、書面より開示を含む場合にはその理由も付して請求に回答するものとする。

2) 診療記録等の開示を拒みうる場合

1) の規定に基づく協議において、患者からの個人情報の開示の求めが以下のいずれかの事由に該当すると判断された場合には、病院長は開示を拒むことができるものとする。

- (1) 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合
- (2) 当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがある場合
- (3) 開示することが法令に違反する場合

3) 診療記録の開示等を求めうる者

当院の規定に基づいて患者の診療記録等の開示を請求しうる者は、以下の通りとする。

- (1) 患者本人
- (2) 患者の法定代理人
- (3) 患者の診療記録等の開示請求をすることについて患者本人から委任を受けた代理人
- (4) 代理人からの請求に対する開示
- (5) 代理人など患者本人以外の者からの開示請求に応ずる場合は、開示する記録の内容、範囲、請求者と患者本人との関係等について、患者本人に対して確認のための説明を行うものとする。

4) 内容の訂正・追加・削除請求

当院の患者が当院の保有する患者本人に関する情報に事実でない内容を発見した場合には、書面により訂正・追加・削除（以下訂正等という）すべき旨を申し出ることができる。

病院長は、訂正等の請求を受けた際には、主治医・記録作成者・その所属長らを含む検討委員会にて協議のうえ、訂正等の請求に応じるか否かを決定し、訂正等の請求を受けた時から原則として3週間以内に書面により請求者に対して回答するものとする。

(1) 診療記録等の訂正等を拒みうる場合

(2) 規定に基づく患者からの個人情報の訂正等の求めが、以下のいずれかの事由に該当すると判断された場合には、病院長は訂正等を拒むことができるものとする。

- ① 当該情報の利用目的から見て訂正等が必要でない場合
- ② 当該情報に誤りがあるとの指摘が正しくない場合
- ③ 訂正等の対象が事実でなく評価に関する情報である場合
- ④ 対象となる情報について当院には訂正等の権限がない場合

5) 利用停止の請求

患者が、当院が保有する当該患者の個人情報の利用停止、第三者提供の停止、または消去（以下利用停止等という）を希望する場合は、書面によりその旨を申し出ることができる。

病院長は、利用停止等の請求を受けた際には主治医・記録作成者・その所属長らを含む検討委員会にて協議のうえ、利用停止等の請求に応じるか否かを決定し、請求を受けた時から原則として1週間以内に書面により請求者に対して回答するものとする。

6) 診療情報の提供に関する指針に基づく開示

患者からの診療記録等の開示請求が、医師・医療機関と患者等の信頼関係の構築、疾病や治療に対する正しい理解の助けとすることを目的としたものである場合には、当院の「診療情報の提供に関する規定」および日本医師会「診療情報の提供に関する指針」に基づいて対応するものとする。

2. 患者の個人情報管理について

職員は、業務を行う上で得た個人情報を遺漏のないように取り扱う。

1) 個人情報の要件

(1) 生存する個人に関する情報であること。なお、死者の情報は法律上の保護要件に含まれてないが「診療情報提供等に関する指針」により、生存者の情報と同等の管理を求められている。

(2) 情報に特定の個人を識別できるもの（個人識別性）があること

2) 個人識別性について

ある情報だけでは個人が特定できなくても、他のいろいろな情報を組み合わせると特定できる場合は、個人識別性があることになるため注意する。

3) 漏洩等の事故発生時の対応

(1) 遺漏、盗難、書類の紛失、送付間違いなど状況の確認を行い、影響範囲を確認する。

(2) 関与者および発見者は所属責任者に連絡を行う

(3) 所属責任者は管理課へ連絡を行う（内容により病院長に連絡を行う）

(4) 管理課は報告書を1週間以内に作成し本部に報告する。

(5) 必要時、対策会議を開催し対応や再発防止のための対策を協議する

4) 漏洩等発生防止のための事前対策

- (1) 患者の情報を送信する際には複数の職員で確認する。
- (2) 患者の情報書類であることがわかるような工夫を行い取り扱う。
- (3) 患者情報が入ったパソコンの保管管理は責任をもって行う。
- (4) 職員不在時の室内の施錠を確実にを行う。
- (5) 情報は必要な情報のみを取得する。
- (6) 取得後不要になった情報は速やかに廃棄する。

2-7 研修医が行う医療行為の範囲

区分	研修医が単独で行ってよいこと	研修医が単独で行ってはいけないこと
I. 診察	1. 全身の視診、打診、触診 2. 簡単な器具（聴診器、打腱器、血圧など）を用いる全身の診察 3. 直腸診 4. 耳鏡、鼻鏡、眼底鏡による診察 ※診察に際しては、組織を損傷しないように注意すること	1. 内診 2. 乳房、生殖器の診療
II. 検査 a. 生理学的検査	1. 心電図 2. 聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚 3. 視野、視力 4. 眼球に直接接触する検査 ※眼球を損傷しないように注意すること	1. 脳波 2. 呼吸機能（肺活量など） 3. 筋電図、神経伝達速度
b. 血液生化学検査	1. 検尿 2. 検血、生化学検査（院内実施のもの） 3. 血液ガス	1. 外注の生化学検査項目 2. 保険適用外の検査項目
c. 内視鏡検査など	1. 咽頭鏡	1. 直腸鏡 2. 肛門鏡 3. 食道鏡 4. 胃内視鏡 5. 大腸内視鏡 6. 気管支鏡 7. 膀胱鏡
d. 画像検査	1. 超音波 ※内容によっては誤診に繋がる恐れがあるため、検査結果の解釈・判断は指導医と協議すること。 2. 単純X線撮影 3. CT 4. MRI ※上級医と協議、または報告すること（妊娠等の可能性のあるものについて上級医が判断する）	1. 血管造影 ※CTA、MRI造影検査については上級医と協議して行う 2. 核医学検査 3. 消化管造影 4. 気管支造影 5. 脊髄造影
e. 血管穿刺と採血	1. 末梢静脈穿刺と静脈ライン留置	1. 中心静脈穿刺（鎖骨下、内頸、〔大腿〕）

	<p>※血管穿刺の際に神経を損傷した事例もあるので、確実に血管を穿刺する必要がある困難な場合は、無理をせずに指導医に任せる</p> <p>2. 中心静脈穿刺（大腿） ※一定の技量をもつと判断された研修医のみ可 ※留置の適応については上級医と協議する。困難な場合は無理をせず、指導医に任せる</p> <p>3. 動脈穿刺 ※肘窩部では上腕動脈は正中神経に伴走しており、神経損傷には十分注意する ※動脈ラインの留置は、研修医単独で行ってはならない ※困難な場合は無理をせずに指導医に任せる</p>	<p>2. 動脈ライン留置</p> <p>3. 小児の採血 ※特に指導医の許可を得た場合は、この限りではない ※年長の小児はこの限りではない</p>
--	--	--

区分	研修医が単独で行ってよいこと	研修医が単独で行ってはいけないこと
f. 穿刺	1. 皮下の嚢胞 2. 皮下の膿瘍 3. 関節	1. 深部の嚢胞 2. 深部の膿瘍 3. 胸腔 4. 腹腔 5. 膀胱 6. 腰部硬膜外穿刺 7. 腰部くも膜下穿刺 8. 針生検
g. 産婦人科		1. 膣内容採取 2. コルポスコピー 3. 子宮内操作
h. その他	1. アレルギー検査（貼布） 2. 長谷川式認知テスト 3. MMSE	1. 発達テストの解釈 2. 知能テストの解釈 3. 心理テストの解釈
Ⅲ. 治療 a. 処置	1. 皮膚消毒、包帯交換 2. 創傷処置 3. 外用薬貼布・塗布	1. ギプス巻き 2. ギプスカット 3. 気管挿管

2-7 研修医が行う医療行為の範囲

	<p>4. 気道確保</p> <p>5. 気道内吸引、ネブライザー</p> <p>6. 人工呼吸 (バック・バルブ・マスクによる徒手換気含む)</p> <p>7. 胸骨圧迫</p> <p>8. 導尿 ※前立腺肥大などのためにカテーテルの挿入困難な場合は、無理をせずに指導医に任せる ※新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない</p> <p>9. 洗腸 ※新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない ※潰瘍性大腸炎や老人、その他困難な場合は、無理をせず指導医に任せる</p> <p>10. 胃管挿入 ※医療安全マニュアル 13 経鼻栄養チューブ挿入マニュアル 13-1 経鼻栄養チューブ挿入確認マニュアル 13-2 経鼻栄養チューブ挿入時のフローチャートに従う。 (別添参照) ※新生児や未熟児では、研修医が単独で行ってはならない ※困難な場合は無理をせずに指導医に任せる ※経管栄養の適応については指導医と協議する</p> <p>11. 気管カニューレ交換 ※研修医が単独で行ってもよいのは、特に習熟している場合である ※技量にわずかでも不安がある場合は、上級医の同席が必要である</p>	<p>4. 除細動等</p>
区分	研修医が単独で行ってよいこと	研修医が単独で行ってはいけないこと
b. 注射	<p>1. 皮内 2. 皮下</p> <p>3. 筋肉</p> <p>4. 末梢静脈</p> <p>5. 輸血 ※輸血によりアレルギー歴が疑われる場合には、無理をせずに指導医に任せる</p> <p>6. 関節内</p>	<p>1. 中心静脈 (穿刺を伴う場合)</p> <p>2. 動脈 (薬剤注入で穿刺を伴う場合)</p> <p>※目的が採血ではなく、薬剤注入の場合は、 研修医が単独で動脈穿刺をしてはならない</p>
c. 麻酔	<p>1. 局所湿潤麻酔 ※局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診し、説明・同意書を作成する</p>	<p>1. 脊髄麻酔</p> <p>2. 硬膜外麻酔 (穿刺を伴う場合)</p>

2-7 研修医が行う医療行為の範囲

d. 外科的処置	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抜糸 2. ドレーン抜去 ※時期、方法については指導医を協議する 3. 皮下の止血 4. 皮下の膿瘍切開・排膿 5. 皮膚・皮下の縫合 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 深部の止血 ※応急処置を行うのは差し支えない 2. 深部の膿瘍切開・排膿 3. 深部の縫合
e. 処方	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般の内服薬 ※処方箋の作成前に、処方内容を指導医と協議する 2. 向精神薬、麻薬、抗悪性腫瘍剤（内服）の d o 処方 ※状態の変化がある場合などは指導医と協議する 3. 注射処方（一般） ※処方箋の作成前に、処方内容を指導医と協議する 4. 理学療法、言語療法 ※処方箋の作成前に、処方内容を指導医と協議する 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 内服薬（向精神薬、麻薬、抗悪性腫瘍剤）の新規処方 ☆法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は処方してはいけない 2. 注射薬（向精神薬、麻薬、抗悪性腫瘍剤）の新規処方 ☆法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は処方してはいけない 3. 向精神薬、麻薬、抗悪性腫瘍剤（注射）の d o 処方 ※処方箋の作成前に、処方内容を指導医と協議する
IV. その他	<ol style="list-style-type: none"> 1. インスリン自己注射指導 ※インスリンの種類、投与量、投与時刻はあらかじめ指導医のチェックを受ける 2. 血糖値自己測定指導 3. 診断書・証明書作成 ※診断書・証明書の内容は指導医のチェックを受ける 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病状説明 ※正式な場での病状説明は、研修医単独では行ってはならない ※ベッドサイドでの病状に対する簡単な質問に答えるのは、研修医が単独で行って差し支えない 2. 病理解剖 3. 病理診断報告

令和 4 年 7 月 改定
令和 5 年 6 月 改定

2-8. 実習生について

実習生とは、当院が受け入れている全ての実習生、研修生を示す。臨地実習中の医療事故は、実習生のみならず、患者または実習指導者をはじめとするスタッフも当事者となることがあり、事故発生に関しては迅速に対応し、関係各部署への連絡を滞りなく行う。臨地実習受け入れ担当部門等の責任者は、実習生受け入れ時に当院のインシデント発生時の報告体制を説明し、周知させるとともに遵守を徹底する。

1. 臨地実習生がインシデントを起こした場合

- (1) 実習生(当事者)は、インシデント発生後直ちに実習指導担当教員と実習施設師長（もしくは主任）に報告する。
- (2) 実習指導担当教員および実習施設師長（もしくは主任）はインシデントの患者影響レベルにより次の手順で報告する。

※レベル0～3aの場合

- ①実習指導担当者は実習施設師長（もしくは主任）に速やかに報告し、医療安全管理者の指示に従ってインシデントレポートシステムから登録をする。
- ②医療安全管理者は、患者が所属する診療部長などの責任者に報告する。

※レベル3b以上（重大事例）の場合

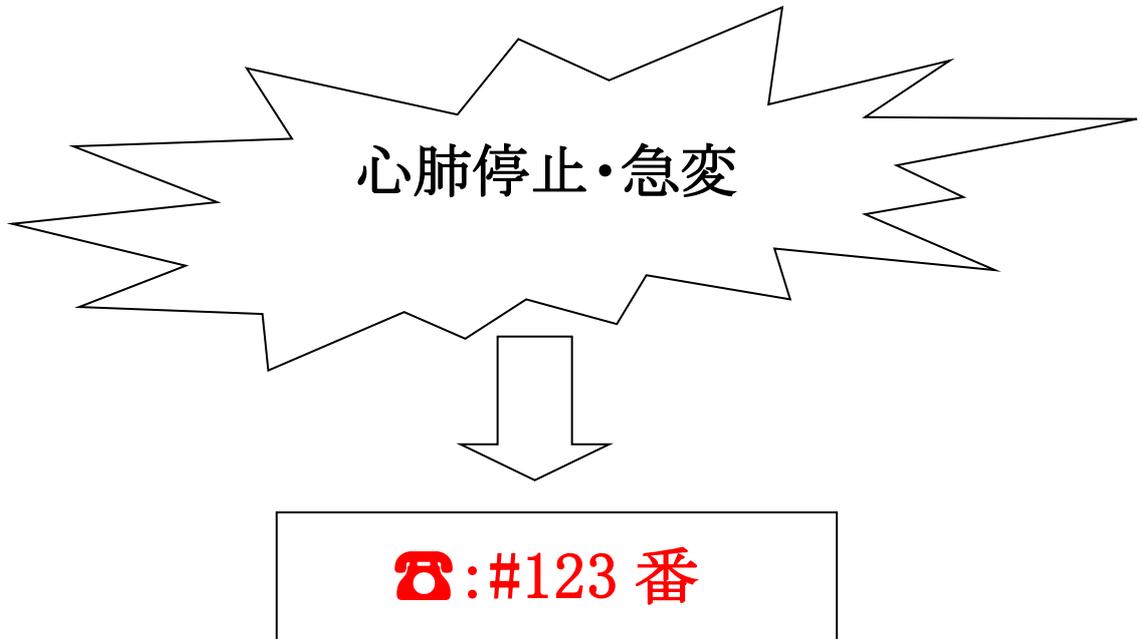
- ・ 実習指導担当者は、実習施設師長（もしくは主任）に速やかに報告し、医療安全管理者の指示に従ってインシデントレポートシステムから登録する。
- ・ 医療安全管理者は、実習指導担当者と共にインシデントレポート、および因果報告のための報告書を作成し、医療安全管理室に提出する。
- ・ 実習指導担当者は、医療安全管理者とともに患者が所属する診療部長等への報告する。
- ・ インシデントレポートおよび院外への事故報告提出後の医療安全管理体制は職員がレベル3b以上のインシデントを起こした場合と同様である。

2. 臨地実習生がインシデントに遭遇した場合

- (1) 実習生は近くにいるスタッフに知らせ、患者の救命を第一に、より安全・安心を配慮する。
- (2) 実習生は、実習指導担当者にインシデントの詳細を報告する。
- (3) 実習指導担当者は、インシデントの患者影響レベルにより医療安全管理者の指示に従って前記「実習生がインシデントを起こした場合」と同様の手順で報告する。
- (4) 実習指導担当者および医療安全管理者は、インシデント報告システムから「インシデントレポート」を登録することができる。

緊急時連絡マニュアル(コード ブルー)

緊急事態発生時:連絡方法(常時)



★原則、院内一斉放送は、午前 8 時～午後 9 時までとする

上記時間以外は当直医・管理当直 (PHS:8501) に連絡する

院内一斉放送(時間内は管理課、時間外は医事課担当者が一斉放送する)

- コード ブルー、コード ブルー ○○科(部)にお集まりください、
○○科(部)にお集まりください。
- コード ブルー ○○科(部)にお集まりください。
- コード ブルー ○○科(部)にお集まりください。

◆医療機器の整備・準備は各部署で点検し常備すること。

緊急カートの整備・管理基準

1. 目的

- 1) 病院内で患者急変時に適切な救急処置を実施するために、カート内を統一する。
- 2) 緊急時に常に迅速で安全に使用できるように救急カートの整備を行う。

2. 収納物品（別紙）

- 1) 各引き出しの薬品・物品を定数管理する。
一段目は薬品（最前列は共通した薬品）
二段目からは、挿管セット、各種点滴、輸液セット、絆創膏、吸引カテーテル、バックバブルマスク（リザーバー付きバッグ）、酸素マスク・カヌラなど
- 2) 薬品の表示方法を統一する。
通常薬剤は「白ラベル」、劇薬は「赤ラベル」で表示する。

3. カートの使用及び管理方法

- 1) 点検は「救急カート点検表」を用いて、毎日1回は必ず実施する。
- 2) 原則として救急カートは施錠する。
- 3) 使用後は必ず補充し点検する。

4. 物品管理方法は

- 1) 喉頭鏡
使用後、ハンドルはアルコール清拭を行う。
※ブレードは中央材料部へ洗浄依頼を行う。
- 2) バックバブルマスク（リザーバー付きバッグ）→使用後は洗浄し、MEで組み立てする。
使用時にフィルターを装着することが望ましい。
※患者毎にフィルターを交換する。
- 3) スタイレット、シリコンマスクなどの洗浄・消毒については、院内感染対策マニュアルの看護手順に準ずる。

救急カート薬品・物品一覧

- 1段目:救急薬品
- 2段目:留置針等
- 3段目:点滴
- 4段目:気管内挿管セット
- 5段目:BVM、吸引チューブ等



上には物品は置かない

1段目:救急薬品



薬品	定数	薬品	定数
1 アドレナリン注0.1%シリンジ	10	10 セルシン注5mg	2
2 アトロピン硫酸塩0.5mg	2	11 ヒドロコルチゾン注100mg	1
3 アミオダロン点滴静注150mg	2	12 50%ブドウ糖20ml	2
4 ニトロール注5mg	2	13 ノルアドレナリン注射液	2
5 注射用ソル・メドロール125mg	2	14 大塚生理食塩水20ml	3
6 プロタノール注 0.02%1ml	3	15 メイロン7% 20ml	2
7 カルチコール注8.5%	1	16 5%ブドウ糖20ml	2
8 注射用ソル・メドロール500mg	2	17 マグネゾール 20ml	2

9 キシロカイン2% [静注用] 2%5ml 2

2段目：留置針・タイマー等



3段目：救急点滴



輸液	定数	輸液	定数
1 ドパミン点滴600mg	1	5 大塚生理食塩水500ml	1
2 メイロン静注7% 250ml (袋)	1	6 ボルベン輸液500ml	1

3	ソリューゲンF500ml	1	7	大塚生理食塩水100ml	2
4	リプラス1号輸液500ml	1	8	5%ブドウ糖100ml	1

4 段目：気管内挿管セット



5 段目：BVM・吸引チューブ等

吸引チューブは折り曲げないで、束ねないで保管



注意

- ・吸引チューブは、曲げて保管しない
- ・物品は、輪ゴムで束ねない
- ・物品の定数を少なくし、取り出しやすいようにする（期限切れを防ぐ）

安全のための確認基準

職員は患者間違いが重大な医療事故につながるため、特に医療行為を行う場合は、患者が本人であることを確認後開始する。医療者は患者を確認する責任があることを認識し、患者確認は複数の方法を用いて行う。

1. 患者確認

1) 患者確認の基本

- (1) 医療者は常にフルネームで呼びかけ、患者自身にフルネームで名乗ってもらい確認する。
 - ①患者は他人の名前の呼びかけに応答することがあることを念頭に置き確認する。
 - ②同姓同名患者があり得ることを念頭に置き確認する。
 - ③患者の改姓があることを念頭に置き確認する。
- (2) 名前を名乗れない患者の場合は、患者が持っている診察券あるいはネームバンドで確認する。
 - ①診察券のフルネームや患者番号を読み上げ確認する。
 - ②付き添い者、家族に患者の確認をする。
- (3) その他
 - ①新生児は、出生後直ちに母親の名前を記載したネームバンドを母親と一緒にダブルチェックを行い装着する。母親と一緒に確認できない場合は、医療者がダブルチェックを行い装着する。

2) 患者確認を行うタイミング

- (1) 外来診察時、患者入院時
- (2) 採血、処置、検査時
- (3) 輸血時
- (4) 内服薬与薬時
- (5) 輸液、注射薬投与時
- (6) 配膳時
- (7) 手術室に入室時
- (8) 放射線科に入室時
- (9) 検査科に入室時
- (10) 書類手渡し時

3) 採血、投薬における患者確認

- (1) 採血時の検体採取時は患者確認を行う。
 - ①検体容器は検体ラベルを貼り使用することを原則とする。
 - ②検体ラベルを貼らない場合は、検体に患者名を明記して使用する。

- ③検体は一患者分ずつ取り扱う。
 - ④患者確認の基本に則り患者確認を行う。
 - ⑤採血実施前に検体ラベルの氏名を読み上げ確認する。
- (2) 注射投与時に PDA による患者確認を行う。
- ①患者確認の基本に則り患者確認を行う。
 - ②薬剤投与前に患者のバーコードと薬剤のバーコードを PDA で読み取り確認する。
- 4) 輸血時の患者確認
- (1) 輸血を患者に接続する前に、輸血のバーコードと患者のバーコードを PDA で読み取り確認する。

2. 検体の確認

- 1) 検体確認の基本
- (1) 検査者は一患者ずつの検体を担当する。
 - (2) 検査者は、検査結果をダブルチェックして登録する。

3. 部位の確認

- 1) 治療部位の確認
- (1) 患者の治療部位は複数の医療者で確認する。
 - (2) 両側に臓器がある場合（眼、耳、肺、乳房、腎臓、卵巣、手、脚など）は特に注意して確認する。

4. 検査部位の確認

- 1) 検査者はオーダー内容、検査目的を読み上げ、患者と一緒に確認する。
- 2) 病棟に出張して検査を行う場合は、病棟の医療者と一緒に患者名、検査内容を読み上げ確認する。

5. その他

各部門において作成された患者確認方法を遵守する。

指示出し・指示受け・口頭指示

1. 事故の要因

- 1) 注意不足・確認不足・思い込み
- 2) 口頭及び電話指示による不徹底と誤解
- 3) 分かりにくい指示書による誤解や勘違い
- 4) 指示内容の誤り
- 5) 指示の見落とし（変更・追加・中止指示等）
- 6) 医療従事者間の連携ミス（伝達不足）
- 7) 薬剤などに対する知識不足

2. 防止対策

- 1) 指示出し
 - (1) 医師は指示の前に、患者・家族に治療内容を説明しておく。
 - (2) 医師は患者の診療に関する指示内容を、原則として電子カルテより入力する。
 - (3) 医師は指示を出す際に、誰が見てもわかりやすい指示記載を心がける。
 - (4) 時間外の指示は、緊急時以外は避ける。
 - (5) 患者が共診の場合、他科医師からの指示は、担当医師等がその必要性・危険性等を十分理解した上で指示する。
 - (6) 研修医が出した指示は、指導医が内容を確認する。
 - (7) 医師は指示の開始日時を必ず入力し、特に急ぐ指示は看護師に連絡する。
 - (8) 当日の追加指示、指示の中止、指示変更がある場合は、各部署で取り決めた方法で、看護師に確実に指示が伝わるように連絡する。
 - (9) AKパス使用時は指示書として用いる。
 - (10) 手書き指示書を使用する場合は、医師が記載し署名する。医師以外の者は記載をしない。

3. 指示受け

- 1) 看護師は指示の意図を理解するように努め、指示を受ける。
- 2) 看護師は指示内容に疑問がないか確認する。
- 3) 看護師は医師の指示に疑問がある場合は、遠慮なく医師に確認する。
- 4) 看護師は医師より返答を受けた後も疑問が残る場合は理由を医師に伝え、最低2回確認する。また言い方を変えて確認する。経験のあるスタッフに相談する。

- 5) 看護師は指示を受けた後、指示が正確に実施されるように患者名（フルネーム）・内容などをメモし復唱確認する。
- 6) 看護師は患者または家族に、医師から治療について説明が行われているか、同意が得られているか確認する。患者や家族の理解が不十分な場合は、わかりやすく説明を補い、必要時は再度医師に説明を依頼する。
- 7) 看護師は指示を実施後、必ず電子カルテに実施入力しカルテに記載する。

4. 口頭指示出し

- 1) 医師は原則として口頭指示は出さない。
- 2) 医師はやむを得ず口頭指示を出す場合は、受け手に指示内容を指示受けメモに記載してもらう。
- 3) 医師は口頭指示後に、受け手に記載したメモの復唱を指示し、読み上げられる指示内容を確認する。
- 4) 医師は原則として、口頭指示後 24 時間以内に口頭指示内容を入力する。
- 5) 医師は指示が確実に行われているか確認を行う。

5. 口頭指示受け

- 1) 看護師は原則として口頭指示を受けない。
- 2) 看護師は医師の口頭指示を受ける際に、指示受けメモに指示内容を記載し、電子カルテに記載する。
- 3) 看護師は医師の口頭指示を聴き取ったあと、必ずメモに記載した内容を読み上げて医師に再確認する。
- 4) 同姓同名患者の確認、指示入力が患者入力間違いのないことなどダブルチェックにて確認し防止策をとる。
- 5) Todo は、チームで指示を確認しながら施行する。

6. 事故発生時

- 1) 指示受け間違い・入力間違いなどが発生した場合は医師・師長に報告する。
- 2) 指示受け間違い・入力間違いなどで患者に実施した場合は、速やかに一般状態を観察し実施内容の確認、医師・師長に報告し指示を仰ぐ。
- 3) 重大事故につながった場合は、マニュアルに準じて対応を実施する。

与薬に関する事

1. 事故の要因

- 1) 誤薬（薬剤名・日時・用法・用量・種類・回数間違い・重複投与など）
- 2) 与薬忘れ・渡し忘れ
- 3) 患者誤認
- 4) 知識不足
- 5) その他（薬物アレルギーによるショック）

2. 防止対策

1) 誤薬

(1) 指示受け時

- ①薬剤処方原則、医師が入力する。
- ②指示を受けた時、オーダー内容と薬の内容、開始日、用法、投与日数を確認する
- ③原則口頭指示は受けない。やむを得ず口頭指示を受けた場合は、声に出してメモを取り必ず復唱確認する。

2) 薬袋処理

- (1) 薬を受けた時は、投薬指示箋と薬袋の記載内容・薬の内容を照合し、投薬指示箋に印鑑を押す。
- (2) 病棟管理の場合、薬袋に患者名、薬剤名を用量・用法・投与方法が明記されているか確認する。
- (3) ヒートの場合、1回分ずつに切り離さずに薬袋に入れておく。
- (4) 服薬方法、時間指定がある場合は、分かりやすく薬袋に赤字で明記し、間違わないようにする。
- (5) 1回量が複数の場合は、赤字で分かりやすくラインを入れておく。
(1回2錠、1回3錠等)
- (6) 1日投与回数が毎食後の食後薬以外は、赤色で朝・昼・夕・朝夕・朝昼・昼夕・眠前を○で囲む。
- (7) 薬は個人別にビニール袋に入れ、準備時はビニール袋からすべての薬袋を出し、一袋ずつ確認し準備する。
- (8) 中止薬は薬袋の前に中止と明示し、別に保管する。患者に返却した場合は、必ず看護記録に記載する。
- (9) 入院時、持参薬（院外処方）がある場合は、システムより「持参薬確認書」を出力後、医師の指示に従い、薬袋に患者名、薬剤名、用量、用法、与薬方法が明記されているか、必ずダブルチェックする。患者に返却した場合は、必ず看護記録に記載する。

3) 与薬準備時

- (1) 与薬準備時は、患者名・薬剤名・用法・用量・与薬日時を指さし呼称で確認し、配薬ケースに出す。特殊な薬（麻薬・ステロイド・抗凝固剤・抗がん剤等）に関しては、薬袋に投薬日・残数・ダブルチェック欄を作成し確認印を押す。麻薬・抗がん剤・ステロイドは、残数確認も行い、残数を薬袋チェック欄に記載する。
抗凝固剤は
投与日のダブルチェック欄を作成し、確認印を押す。
- (2) 自分のチームの薬を準備し、他チーム、または他のスタッフがダブルチェックで確認する。
- (3) 水薬と薬以外の水溶液を同じ場所に保管しない。やむを得ない場合は、極端に外観が異なる容器にし、内容を明示する。

4) 与薬時

- (1) 準備した人が与薬まで責任を持って行うことが望ましい。
- (2) 与薬時は名前をフルネームで呼び、患者からも名乗ってもらう。患者が名乗れない場合はベッドネーム、リストバンドで確認する。
- (3) 患者の理解力に合わせた説明を行い与薬する。
認知症患者あるいは疑いのある患者に内服薬を渡す場合は、ヒートのまま服用する恐れがあるので十分に注意する。
- (4) 少しでも疑問のある時や自信のない時は、必ず与薬前に医師や先輩看護師に質問し、確認してから確実に与薬する。

3. 与薬忘れ、薬の渡し忘れ

- 1) 外出泊時は、日数分の薬を準備し手渡す。本人、家人へ内服薬の用法・用量の説明を行う。
- 2) 退院時に処方薬や持参薬を渡す時には、渡し忘れのないように必ず薬歴情報・持参薬鑑別で処方薬をダブルチェックで確認し、患者に用法・用量などを説明し薬袋のみ手渡す。薬事情報が必要な場合は、薬局に依頼し出してもらおう。
- 3) 患者にあらかじめ薬の内容や与薬方法を説明しておき、患者サイドからもチェックできるようにする。
- 4) 患者管理の場合は定期処方日に薬を渡す時に、空袋を預かり、残薬がないかを確認する。

4. 患者取り違え（同姓同名者の間違い、別患者の薬袋が混入）

- 1) 与薬ボックスから個人の薬袋を全部取り出し確認しやすい状況で作業する。
- 2) 薬袋とベッドネームと照合確認し、フルネームで患者自身に名乗ってもらい、与薬する同姓同名者がいる場合は、ナースコールボードに明示する。薬袋に生年月日、病室番号を記載しマークしておく（識別表示）。
- 3) 同姓同名患者の入院病室、受け持ち看護師は同じにしない。

- 4) 薬剤を取り扱う際は、同時に複数の作業や対応を避け、中断した場合は確認作業からやり直す。
- 5) 与薬時は名前をフルネームで呼び、患者に名乗ってもらう。患者が名乗れない場合はベッドネーム、リストバンドで確認する。

5. 知識不足

- 1) 薬の作用・副作用などを把握し、患者に適した薬が処方されているか確認しておく。

6. 誤嚥

- 1) 内服前に患者にひと口水をのんでもらう。(口を水でしめらすと飲み込みやすい。)
- 2) 薬剤が食道にとどまったり、吸収が不十分になってしまうのを防ぐために、最低でもコップに半分くらい(100ml程度)の水分と薬剤を一緒に飲み込んでもらう。
- 3) 薬剤の数が多い場合は複数回に分ける。

7. その他

- 1) 入院時に持参薬のある場合は、システムから「持参薬調査依頼書」を出力し、持参薬をまとめて薬局に手渡し、持参薬鑑別の作成を依頼する。
- 2) 薬局で持参薬鑑別書を作成後、主治医に中止・継続の確認を行い、持参薬鑑別書に記載する。ジェネリック薬は薬効を確認し、重複投与に注意する。
- 3) 入院中外来受診時の内服薬変更に注意する。
- 4) 入院時に外来で処方された薬がないか薬歴情報で確認する。
- 5) 過去に薬による反応を起こしたことがないかを確認する。システム内の患者基本で薬剤禁忌情報がないか確認を行う。
- 6) 薬剤は使用用途別に、置き場所を定めて保管する。

8. 事故発生時

- 1) 誤投与時は、投与薬剤名・量・副作用の有無をチェックする。
- 2) 医師・当該師長に報告し指示を受ける。
- 3) 過剰な薬剤や特殊薬剤が投与された場合、薬剤の除去をするかどうかを主治医と検討する。
- 4) 誤投与時は主治医(当直医)・当該師長(看護管理者)と相談し、患者に説明し、看護記録に残す。
- 5) 主治医の判断で決定できない場合は、医療安全管理対策委員長に報告し指示を仰ぐ。
- 6) 退院時、薬の渡し忘れは、電話にて謝罪し郵送する旨を伝える。

抗血小板薬・抗凝固薬の術前休薬期間の目安（経口薬）

休薬期間は、あくまでも目安であり、個人差、合併疾患の病態、外科的手術・処置による侵襲や出血の程度、また該当薬中止による血栓リスクの大きさ等を考慮してご判断ください

※抜歯、白内障手術、術後出血への対応が容易な体表の小手術等は、抗凝固薬(ワルファリンは至適治療域にPT-INRをコントロール)や抗血小板薬の内服継続下での実施が推奨されている。※1,2

分類	一般名	商品名 ■ 当院採用薬 (2017年5月現在)				写真 (当院採用品のみ表示しています)	休薬期間の目安 (大手術)	作用の 可逆性	備考
抗血小板薬	アスピリン	バイアスピリン錠	ゼンアスピリン錠	アスピリン腸溶錠	アスピリン原末 ^{※1}		7~14日※1,2	不可逆的	血小板の寿命が7~10日
		タケルダ配合錠 (アスピリン・ランソプラゾール配合剤)		注1)アスピリン原末は抗血小板薬としての保険適用はなし					
	アスピリン・ダイアルミニウム配合剤	バファリン配合錠A81	ファモター配合錠A81	パッサミン配合錠A81	ニトギス配合錠A81		7~14日※1,2	不可逆的	血小板の寿命が7~10日
		アスファネート配合錠A81							
	チクロピジン塩酸塩	パナルジン錠 細粒	チクロピジン塩酸塩錠	マイトジン錠	シルペンダー錠		7~14日※1,2	不可逆的	血小板の寿命が7~10日
	クロピドグレル硫酸塩	ブラビックス錠	クロピドグレル錠				7~14日※1,2	不可逆的	血小板の寿命が7~10日
	アスピリン・クロピドグレル配合剤	コンブラビン配合錠					アスピリンとクロピドグレルの項目を参照		
	プラスグレル塩酸塩	エフィエント錠 (緊急採用薬)					14日以上※IF	不可逆的	血小板の寿命が7~10日
	チカグレロル	プリリント錠					5日以上※IF	可逆的	PLATO試験において、最終投与からCABGまでの期間が4日を超えると出血の発現率が低くなる※IF
	シロスタゾール	プレタールOD錠、散	シロスタゾールOD錠	コートリズム錠	シロシナミン錠		3日※1,2	可逆的	最終投与48時間後には、血漿中濃度は低下し、血小板凝集抑制効果は消失する※IF
シロスレット内服ゼリー		プレトモール錠	ホルダゾール錠						
イコサパント酸エチル	エパテルS エパテルカプセル	エパロスカプセル エパロス錠状カプセル	イコサパント酸エチルカプセル イコサパント酸エチル錠状カプセル	メルプラールカプセル メルプラール錠状カプセル		7~10日※4	不可逆的	血小板の寿命が7~10日	
	エパラカプセル、錠状カプセル			ソルミラン錠状カプセル					
ベラプロストナトリウム	プロサイリン錠	ドルナー錠	ベラプロストNa錠	ベルナール錠		1日※4	可逆的	半減期1.1時間、作用持続6~8時間程度※4 ベラプロストNa徐放錠の作用は、120μg投与後12時間程度持続※IF	
	ベラストリン錠	プロルナー錠	ケアロードLA錠	ベラサスLA錠					
サルボグレラート塩酸塩	アンブラーグ錠 細粒	サルボグレラート塩酸塩錠				1~2日※4	可逆的	血小板凝集抑制作用は投与後1.5時間で最大になり、4~6時間持続 12時間後には凝集能は回復傾向※IF	
抗凝固薬	ダビガトランエテキシラートスルホン酸塩	プラザキサカプセル				24時間~4日※3,IF Cor: 50mL/min ¹ ~2日 Cor: 30~49mL/min ² ~4日	可逆的	150mg単回投与時の半減期※IF 健康被験者:13.4時間 軽度腎障害:15.3時間 中等度腎障害:18.4時間 高度腎障害:27.2時間	
	エドキサバントシル酸塩	リクシアナ錠				24時間以上※IF	可逆的	半減期10~14時間 30mg単回投与で血液凝固時間(PT,APTT)は投与後1時間で最大延長、投与後24時間後には投与前と同程度の値に回復※IF	
	リバーロキサバン	イグザレルト錠 細粒				24時間以上※2,IF	可逆的	半減期5~13時間 第Xa因子活性阻害率は投与後0.5~4時間に最高値になり、24時間でベースラインの3~16%に戻る※IF	
	アピキサバン	エリキウス錠				24時間以上※2,IF (出血リスクが低い場合) 48時間以上 (出血リスクが中~高の場合)	可逆的	半減期は約12時間であり、抗Xa因子活性は血漿中濃度と比例 最終投与後24時間及び48時間で定常状態のトラフ濃度と比較して49%及び80%、定常状態のピーク濃度と比較してそれぞれ74%及び89%低下すると推定※IF	
	ワルファリンカリウム	ワーファリン錠 顆粒	ワルファリンK錠、 細粒				3~5日※1,2 (INRの確認)	非可逆的	12~24時間で抗凝固効果発現、十分な効果は36~48時間後に得られ、48~72時間持続※IF
血管拡張薬	リマプロスタアルファデクス	オバルモン錠	プロレナル錠	リマプロスタアルファデクス錠		1日※4	可逆的	半減期0.511時間 血小板凝集抑制作用は投与後3時間で消失※4	
高脂血症治療薬	ω-3脂肪酸エチル	ロトリガ錠状カプセル				7~10日	不可逆的	血小板の寿命が7~10日	

<参考文献>

※1 循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン（2009年改訂版）（2008年度合同研究班報告）

※2 心房細動治療（薬物）ガイドライン（2013年改訂版）日本循環器学会 日本心臓病学会 日本心電学会 日本不整脈学会

※3 ファーマナビゲーター 抗凝固療法編

※4 月刊薬事 2003.3 (Vol.45 No.3) 医療現場のファーマコネティクスABC

※IF インタビューフォーム

名称類似医薬品一覧(頭三文字一致)

R5年11月

薬剤名①	薬効	薬剤名②	薬効
アスパラC A錠200m g	カルシウム製剤	アスパラカリウム錠300m g	カリウム製剤
エストラサイトカプセル156.7m g	抗悪性腫瘍薬	エストリール錠1m g	女性ホルモン製剤
エストラーナテープ0.72mg	女性ホルモン製剤	エストリール膣錠	女性ホルモン製剤
ストロカイン錠5m g	胃粘膜局所麻酔薬	ストロメクトール錠3m g	抗線虫薬
セファドール錠25m g	鎮暈薬	セファランチン錠1m g	白血球減少症治療薬
セロクラール錠20mg	脳循環・代謝賦活薬	セロクエル25mg錠	抗精神病薬
トラセミド0D錠4mg「TE」	ループ利尿薬	トラゼンタ錠5mg	糖尿病治療薬
ニトロールRカプセル20m g	狭心症治療薬	ニトロペン舌下錠0.3mg	狭心症治療薬
バイアスピリン錠100m g	抗血小板薬	バイアグラ錠50m g	勃起不全改善薬
フスコデ配合シロップ	鎮咳去痰薬	ブスコパン錠10m g	鎮痙薬
フェロミア錠50m g	鉄剤	フェロベリン配合錠	腸疾患治療薬
フェロ・グラデュメット錠105m g	鉄剤	フェロベリン配合錠	腸疾患治療薬
プロスタール錠25	排尿障害治療薬	プロスタグランジンE2錠0.5m g 「科研」	子宮収縮薬
プロペシア錠1m g	脱毛治療薬	プロペラ錠	黄体ホルモン製剤
マイスリー錠10m g	睡眠薬	マイスタン錠5m g	抗てんかん薬

名称類似医薬品一覧(注射薬)

R5年11月

薬剤名①	薬効	薬剤名②	薬効
アドレナリン注シリンジ	心不全治療薬・昇圧薬	ノルアドリナリン注	心不全治療薬・昇圧薬
アルプロスタジルアルファデクス 注射用	血管拡張薬	アルプロスタジル注	血管拡張薬
KN3号輸液	電解質輸液	KNMG3号輸液	電解質輸液
セファゾリンNa点滴静注用1gバッグ 「NP」	抗菌薬	セファランチン注	白血球減少症治療薬
ドパミン塩酸塩点滴静注液	心不全治療薬・昇圧薬	ノバミン筋注	制吐薬
ニトロール注	硝酸薬	ニトログリセリン点滴静注	硝酸薬
ハイカムチン注射用	抗悪性腫瘍薬	ハイカリックRF輸液	中心静脈栄養用基本液
フェノバル注射液	抗てんかん薬	フェンタニル注射液	麻薬
プロタノールL注	強心薬	プロタミン硫酸塩静注	ヘパリン拮抗薬
ホスミシン静注用	抗菌薬	ボスミン注	昇圧薬
ミルセラ注シリンジ	エリスロポエチン製剤	ミルリーラ注射液	心不全治療薬
リドカイン点滴静注液1%「タカタ」	抗不整脈薬	リトドリン塩酸塩点滴静注液50mg 「日医工」	子宮収縮抑制薬

名称類似医薬品一覧(頭三文字以外)①

R5年11月

薬剤名①	薬効	薬剤名②	薬効
アストミン錠10mg	鎮咳薬	アスペノンカプセル20mg	抗不整脈薬
アロチノロール塩酸塩錠5mg 「DSP」	本態性振戦治療剤	アロプリノール錠100mg「杏林」	高尿酸血症治療剤
イミグラン錠50mg	片頭痛治療薬	イムラン錠50mg	免疫抑制薬
エパデールS900	抗血小板薬	エバミール錠1.0mg	睡眠薬
エチゾラム錠0.5mg「JG」	抗不安薬	ブロチゾラムOD錠0.25mg「テバ」	睡眠薬
カルデナリンOD錠1mg	降圧薬	カルナクリン錠25	血管拡張薬
クラビット錠500mg	ニューキノロン系抗菌薬	クラリシッド錠200mg	マクロライド系抗生剤
カナグル錠100mg	糖尿病治療薬	カナリア配合錠	糖尿病治療薬
グリクラジド錠40mg「サワイ」	糖尿病治療薬	グリメピリド錠1mg「オーハラ」	糖尿病治療薬
ザルティア錠5mg	排尿障害治療薬	ザイティガ錠250mg	前立腺癌治療薬
タチオン錠50mg	解毒薬	タリオンOD錠10mg	抗アレルギー薬
タプロス点眼液0.0015%	緑内障治療薬	タリムス点眼液0.1%	免疫抑制薬
ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒	抗不安薬	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒	胃腸機能改善薬
テオドール錠100mg	気管支喘息治療薬	テグレート錠200mg	抗てんかん薬

名称類似医薬品一覧(頭三文字以外)②

R5年11月

薬剤名①	薬効	薬剤名②	薬効
デザレックス錠5mg	抗アレルギー薬	レナデックス錠4mg	ステロイド
ジャディアンス錠10mg	糖尿病治療薬	トラディアンス配合錠AP	糖尿病治療薬
フォイパン錠100mg	膝疾患治療薬	ブスコパン錠10mg	鎮痙薬
フラジール内服錠250mg	抗菌薬	プラノバル配合錠	女性ホルモン製剤
プロスタール錠25mg	排尿障害治療薬	エビプロスタット配合剤	排尿障害治療薬
ベシケアOD錠5mg	過活動膀胱治療剤	ベタニス錠50mg	過活動膀胱治療剤
ペルジピンLAカプセル40mg	Ca拮抗薬	ベニジピン塩酸塩錠4mg「NIG」	Ca拮抗薬
ユリーフOD錠4mg	排尿障害治療薬	ユリノーム錠50mg	尿酸排泄促進薬
ラミクタール錠25mg、100mg	抗てんかん薬	ラミシール錠125mg	抗真菌薬
リクシアナOD錠15mg 、30mg、60mg	抗血栓薬	リフキシマ錠200mg	抗菌薬

点滴・注射

1. 事故の要因

- 1) 患者誤認（同姓の間違い・よく似ている姓名の間違い・思い込み）
- 2) 注射方法
 - (1) 薬品名の間違い、単位・量間違い、開始日・中止日の間違い
 - (2) 施行時間の間違い
 - (3) 流量・速度の間違い
 - (4) 点滴内注射と側管注射、静脈注射と筋肉注射
- 3) 注射の実施忘れ
- 4) 二槽バック薬剤の開通忘れ
- 5) 口頭指示受け間違い
- 6) 個人別ワークシートの間違い（指示変更など）

2. 防止対策

- 1) 患者誤認
 - (1) 点滴ボトルには必ずバーコードのある点滴ラベルを貼付する。
 - (2) 名前はフルネームで呼び、可能なら名前を患者自身に確認してもらい照合し、患者自身にも名乗ってもらい確認する。
 - (3) 点滴・注射の氏名とベットネームを照合し、投与時は必ず PDA を使用し、注射処方箋と患者のリストバンドを照合する。
 - (4) 1 患者 1 トレイで個別に準備し、患者サイドに持っていく。
 - (5) 同姓同名者は、同室を避ける。ナースコールの氏名の名字を囲んだり印をつけたりして区別する。スタッフ間で情報を共有する。
- 2) 注射方法
 - (1) 作業台はいつも整理整頓をしておく。
 - (2) 点滴注射準備時は、応対や会話は避けて集中して行う。準備作業を中断した後は、初めから確認しなおし作業を再開する。
 - (3) 注射ワークシートまたは注射処方箋で、準備している点滴・注射の氏名と薬品名・規格・日時・数量・回数・投与方法等を必ず照合し、一人はワークシート（注射指示箋）、一人は薬剤を見て声に出し、ダブルチェック後調合する。ダブルチェックが不可能な場合は、必ず指さし呼称を行い確認する。
 - (4) 実施直前に注射ワークシートで実施方法を再度確認する。
 - (5) 注射薬の効果及び配合禁忌・使用目的を認識する。
 - (6) 予定の持続時間を確認し、注入速度を調整する。

- (7) 特殊薬剤などの初期投与時は、開始後数分間ゆっくり滴下させ、異常がないことを確認して指示量の滴数を投与する。
 - (8) 点滴セットの種類（マイクロドロップか他の種類）と滴数を確認する。
 - (9) 巡視時には、ルートの点検・閉塞・漏れ・抜去のないことを確認する。患者氏名・薬剤名・滴下数・点滴ボトルの残量を必ず確認する。
 - (10) 微量及び指示の滴下量を要するときは、輸液ポンプを医師の指示により使用する。
 - (11) 輸液ポンプ使用時は開始時・使用中・中止時などに輸液ポンプチェック表を用いて、指示の滴下数や作動状況を各勤務で確認する。
- 3) 注射の実施忘れ
- (1) 注射ワークシートにて予定の注射が実施できているか確認する。
注射実施時は PDA にて照合後、ワークシートに実施印を押す。
 - (2) 注射の追加・変更があれば必ず注射ワークシートをプリントアウトし確認・実施する。
 - (3) 各勤務で予定の注射が実施されているか、チーム毎に確認し業務を終了する。
 - (4) 未実施がある場合は実施したかどうか担当者に速やかに確認し、実施済みチェックをする。
- 4) 二層バックの開通忘れ
- (1) 点滴の外袋を開封し、ワークシートと照合したと同時に隔壁開通する。
 - (2) 隔壁部の赤点線の開通を確認後バックの吊架孔についている開通確認シール（赤字に白抜き文字）を外す。
- 5) 口頭指示受け間違い
- (1) 口頭指示はできるだけ受けない。
 - (2) 口頭指示を受ける時は、必ず声に出して復唱確認し、メモをとる。
 - (3) 口頭指示を受けた場合は、指示内容をカルテ記事に記載する。
- 6) 注射ワークシートの間違い（指示変更など）
- (1) 日勤業務内に翌日の注射ワークシートをプリントアウトし、当日と翌日の注射ワークシートを確認し、内容・施行順番・時間・指示量などをチェックし、表示する。
 - (2) 注射の追加・変更があれば必ず注射ワークシートをプリントアウトし、確認実施する。
 - (3) 必要時指示での注射の追加時はプリントアウトした注射指示箋を使用し、重複投与にならないように細心の注意をする。

3. 事故発生時

- 1) 調剤直後に誤調剤に気づいた時は、新たに調剤し直す。
- 2) 配合中に白濁などの配合変化が起きたとき、薬剤部に報告し、その薬剤を混合しないなどの対処を行うとともに、問題の有無について主治医に報告する。
- 3) 誤投与時は、直ちに点滴を止めるかルートを抜去する。
 - (1) 既に注入した薬液量をチェックする。
 - (2) 患者のバイタルサインをチェックするとともに、当該師長、主治医・当直医等に連絡する。
 - (3) ショック等に速やかに対処する。
- 4) 過剰な薬剤や特殊薬剤の誤調剤が投与された場合、薬剤の除去をするかどうか主治医等と検討する。
- 5) 主治医の判断で決定できない場合は医療安全管理対策委員長に報告し指示をうける。

麻薬の取り扱い

1. 麻薬

麻薬の依存性は身体的、精神的依存の両依存性があり、また耐性が速やかに形成されることから、最も危険な薬物といえる。麻薬の濫用による弊害は、濫用者個人の問題のみにとどまらず、強い依存性のため麻薬の欲しさが原因となる二次犯罪の発生、家庭生活の破壊など、社会に与える危害も非常に大きい。以上のことから、麻薬の持つ重大な危険性、重要性を認識する必要がある。

2. 麻薬及び向精神薬取締法

1) 第一条の目的

「麻薬の輸入、輸出、製造、譲渡、譲受、所持等について必要な取締りを行うとともに、麻薬の中毒者について必要な医療を行う等の措置を講ずることにより、麻薬濫用による保健衛生上の危害を防止し、もって公共福祉の増進を図ることを目的とする」と規定されている。つまり、麻薬の用途を医療上および学術研究上のみに限定し不正な使用を一切禁じ、取締るための法律である。

2) 麻薬処方箋（取締法第 27 条）

麻薬処方せんとは、麻薬施用者が麻薬を記載した処方箋で患者氏名、住所、麻薬の品名、分量、用法用量、使用期間、発行年月日、麻薬施用者の氏名と免許番号、業務所の名称と所在地、押印、以上の記載事項が必要である。

3) 診療録の記載（取締法第 41 条）

麻薬を施用した場合には診療録に次の事項を記載しなければならない。

①患者氏名・住所

②病名・主要症状

③施用した麻薬の品名・数量

④施用した年月日、また記載にあたり①略名を用いないこと、②数量は実際に施用した数量を記載すること

（施用量が 1A 未満の場合は A 単位ではなく mL 単位で記載）、③麻薬を施用した診療録には、他の診療録と区別できるように麻の記号を朱書すること等の注意事項があげられる。

4) 麻薬の保管（取締法第 34 条）

麻薬は盗難を防止し、不正施用、濫用を避ける為、施錠保管を義務付けられている。この場合の保管庫は堅牢な金属製の金庫で固定されて施錠できなければならない。

5) 麻薬の事故届（取締法第 35 条）

管理している麻薬が消失、盗難、所在不明、その他の事故（アンプルの破損による流失など）が生じた時は、麻薬管理者は麻薬の品名、数量、事故の状況を明らかにするための必要な事項を都道府県知事に報告しなければならない。

6) 麻薬の廃棄（取締法第 29 条）

診療科などで不要になった使用残りの麻薬は勝手に破棄することは禁止されている。

廃棄破棄する際には、麻薬の品名、数量、廃棄方法について県知事の許可が必要である。つまり麻薬の不正使用を防止し、麻薬を確実に破棄することを目的としている。ただし、注射薬の場合は患者に施用した使用量と残量を確認のうえ、残りの麻薬を麻薬管理者の責任の元に破棄処分することが許可されている。

3. 事故の要因

- 1) 患者誤認
- 2) 服薬確認不足
- 3) 指示・投与方法の誤認
- 4) 副作用に関する確認不足
- 5) 麻薬管理不足
- 6) 知識不足
- 7) その他

4. 防止対策

- 1) 処方オーダー
 - (1) 麻薬施用者免許証を持った医師が処方する。
 - (2) 患者氏名、患者ID、生年月日、性別、処方内容（薬品名・規格・投与量・用法）が合致していることを確認し、麻薬処方箋に病名もしくは症状を記載し捺印する。
 - (3) 夜間・休日にはできる限り避け日中のうちに処方してもらう。
- 2) 調剤
 - (1) 薬剤師（麻薬取り扱い者）は麻薬処方箋の内容が適切か確認する。適切な内容でないことが疑われる場合は、医師に疑義照会を行う。
 - (2) 処方箋に従って調剤する（Fウエイブを使用する）
 - (3) 調剤後、別の薬剤師が、処方の内容と薬剤の間違いが無いか監査する。
- 3) 受領
 - (1) 医師または看護師は、麻薬処方箋の記載事項を確認後、薬剤部に提出する。
 - (2) 薬剤部で出力された麻薬使用伝票と薬剤を薬剤師と共に声に出し、患者氏名、薬品名、指示量、数量を確認し受け取り、受領者（医師または看護師）は受領印を捺印する
 - (3) 保管
 - ①薬剤部より受け取ってきた薬剤を投薬指示書と患者氏名・薬剤名・指示量・用法・日付を看護師2人でダブルチェックする。
 - ②注射以外の薬剤には、薬袋に投薬日・回数・数量・投薬施行者印・確認者印・残量の確認しサインができるように記載する。
 - ③各部署で鍵のかかる麻薬金庫へ保管し、常時施錠しておく。
 - ④麻薬金庫の鍵は、所属長が管理し、所属長が不在時は、その代行者が鍵の管理を行う。
 - ⑤麻薬金庫内に麻薬以外の薬剤を一緒に保管しない。
 - ⑥病棟保管の麻薬については患者氏名、薬剤名、数量を各勤務者で確認を行い、申し送る。
 - (4) 施用
 - ①処方開始時・処方変更時は、医師は治療方針を患者または家族に説明する。
 - ②与薬業務を行う際はダブルチェックする。
処方内容と薬袋の患者氏名、投与日、投与時間、使用回数、投与量、残数を確認し捺印する。
 - ③実施者は、患者本人であることを確認する（フルネームで患者または家族に名乗ってもらう。名乗れない場合は、ベッドネームとリストバンドでフルネームを声にだし指差し確認する。）。
 - ④内服の場合は必ず服用したか確認する。
 - ⑤頓服の内服が処方された場合は、患者氏名・薬剤名を記入した配薬トレーを準

備する。服用時は、配薬トレーで薬剤を準備し患者氏名、薬剤名、用量、用法、投与時間、目的をダブルチェックし、配薬時に患者と照合する。

⑥薬の作用・副作用の観察を行う。

⑦使用後の空アンプル・残薬は必ず持ち帰り、破棄しない。

⑧使用後の空アンプル及び残薬は麻薬保管庫に保管し、速やかに薬剤部に提出する。

(5) 記録

①麻薬使用時は、原則、赤字で麻と記載後、薬剤名を記載する。

②内服

定期内服・頓服を問わず、服用した、日時・時間、薬剤名・用量を記録する。

③貼用剤

貼り替え時には、必ず、貼用部位、皮膚状態、用量を記録する。各勤務帯で必ず貼用状態を記録する。

④注射薬

単回使用の注射

使用日付、使用時間・薬剤名・規格・投与量を記録する。

持続で使用する場合

使用日付、使用時間・薬剤名・規格・投与量を記録する。

開始時、流量変更時、濃度変更時（薬剤量に変更時）、注射液更新時、中止時、終了時には必ず記録する。早送り時も記録する。

各勤務1回は、薬剤名・流量・残量・穿刺部状態等を記録する。

5. 麻薬製剤の返品

1) 主な手順

(1) 内服・外用の場合

① 麻薬返却伝票に必要事項を記載。

② 麻薬返品伝票と返品現物をいっしょに薬剤部に持参する。

③ 薬剤師と看護師のダブルチェックで返却する。

④ カルテに返却した記録をする。

(2) 注射薬の場合

①麻薬製剤が入っているシリンジまたは補液ボトルは、破棄せず回収する。

②硬膜外注入に使用しているシリンジエクター、シユアフューザーなどは、必ず自然流出するのを防ぐようにしておくこと。

③麻薬注射液残量報告書に必要事項を記載し、返品現物と一緒に薬剤部に返却する。

④カルテに施用残量、施用残の生じた理由を記載し、返品する旨を記載する。

(3) 死亡時の場合

処理方法は、上記に同じ。特にカルテの記載を忘れないようにする。

6. 麻薬製剤でトラブルが発生した場合

1) 発生した場合は、速やかに担当医師、薬剤部、看護師長に連絡を入れること。

2) 夜間休日に発生した場合は、速やかに薬剤部の勤務者及び看護管理当直者に連絡を入れること。

- 3) 紛失、重複投与、患者誤認の場合は、日中夜間問わず薬剤部に連絡を入れること。
- 4) 重複投与、患者誤認の場合は、主治医に連絡し、指示を受けること。
- 5) 不明な場合は、薬剤部に相談し報告、届出等を行う。
- 6) トラブル発生時は、詳細を早急に把握しインシデントレポートを作成し防止対策をたてる。
- 7) 薬剤部は、麻薬管理者に報告し対応する。
 - (1) 主な手順
 - ①錠剤・坐薬を落とした場合
落とした麻薬について回収し返品伝票に詳細を記載し返品伝票とともに薬剤部に返品。
 - (2) 散剤をこぼした場合
こぼした麻薬について可能な限り回収し、返品伝票に詳細を記載し回収できた麻薬を返品伝票とともに薬剤部に返品。
院内麻薬（紛失・破損）事故届に必要事項を記載し薬剤部に報告する。
 - (3) 注射薬を落として破損した場合
こぼれた麻薬について可能な限り回収し、回収できた麻薬を速やかに薬剤部に返品。
院内麻薬（紛失・破損）事故届に必要事項を記載し薬剤部に報告する。
 - (4) 注射薬を間違えて調製した場合
返品伝票と間違えて調製した麻薬を速やかに薬剤部に返品。
院内麻薬（紛失・破損）事故届に必要事項を記載し薬剤部に報告する。
 - (5) 麻薬を誤投与した場合
院内麻薬（紛失・破損）事故届に必要事項を記載し薬剤部に報告する。
 - (6) 麻薬を紛失した場合
可能な限り検索する。
保健所に紛失した事実について麻薬管理者が一報を入れる。
盗難の可能性のある場合は事務長が警察にも連絡をいれる。
院内麻薬（紛失・破損）事故届に必要事項を記載し薬剤部に報告する。

酸素吸入

1. 事故の要因

1) 指示、投与法の誤認

(1) 医師指示の入力

医師は、入院時指示書もしくは診療記事（指示コメント等）に指示内容を正確に入力する。

(2) 電子カルテの医師指示確認と受領

- ① 看護師が医師指示を確認し受領する。
- ② 機器が正常に作動するか確認する。
- ③ 機器点検時に不良・破損のものがあれば直ちに交換する。
- ④ 流量計の見方
ボウル状の浮きは球中心
駒状の浮きは上端の目盛りを読む。
TOP と center の記載がある流量計は合わせる。

2) 機器の取り扱いと確認不足

(1) 酸素吸入の開始

- ① 担当看護師は、指示された方法を電子カルテで確認後、酸素吸入を実施する。
- ② 担当看護師は、訪室時は必ず、酸素供給量と機器を確認する。
- ③ マスク・酸素カニューレの装着を確認する。
- ④ ルートや接続を確認する。



蒸留水（酸素 5 L 以上）

酸素流量計の接続部を中央配管の供給口に接続する

3) 患者・家族への指導不足

4) 酸素使用中の定期的点検不足

(1) 車椅子・ストレッチャー用の酸素ボンベの管理

- ① 酸素ボンベの残量点検を行う。酸素残量早見表を目安にする。
- ② 点検し、空の時は「空」と表示しておく。
- ③ 常時予備を確保しておく。
- ④ 加湿器の蒸留水は不要（短時間であるため）

(2) 酸素ポンベの保管場所

- ・冷暗所でポンベスタンド等に立てて、安全な場所に保管する。

【酸素ポンベからの酸素吸入】

図表1. 酸素流量計の取り付け



酸素ポンベに圧力計つき酸素流量計が、床に垂直になるように取り付ける

擦式アルコール手指消毒薬を使用した場合、完全に乾燥してから酸素ポンベを取り扱う。ハンドクリーム（油脂類）などを使用した直後は、酸素ポンベや酸素流量計には触らない

酸素早見表を付ける

図表2. バルブを開ける



酸素ポンベのバルブをゆっくり回して開ける

圧縮された酸素が急激に調整器内に進入すると、圧縮断熱が発生し、調整器内に塵、アルミ粉、油分などが存在すると爆破発火につながるおそれがあるので、ゆっくりと回す。

※空になると、全開にした状態では開いているのか閉まっているのかわからなくなるため、バルブは全開したのち、半回転戻す。

図表3. 酸素の排出



酸素流量計のダイヤルを回し、酸素を排出させる

酸素ポンベ使用後は、酸素ポンベのバルブを閉め、圧力計の目盛が0になったことを確認する。

※バルブと酸素流量計の接続部分に残った酸素を排出させる

【酸素流量と吸入器酸素濃度の目安】

鼻カニューラ		酸素マスク		リザーバ付き酸素マスク	
酸素流量 (L/分)	吸入気酸素濃度 (%)	酸素流量 (L/分)	吸入気酸素濃度 (%)	酸素流量 (L/分)	吸入気酸素濃度 (%)
1	24				
2	28				
3	32				
4	36				
5	40	5~6	40		
6	44	6~7	50	6	60
		7~8	60	7	70
				8	80
				9	90
				10	90~

酸素ボンベ残量早見表

(500L)

ポンベの圧力											
Mpa	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	
Kgf/cm ²	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	
酸素流量(L/分)	0.5	760	700	650	595	540	485	435	380	325	270
	1	380	350	325	295	270	240	215	190	160	135
	2	190	175	163	145	135	120	105	95	80	65
	3	125	115	105	95	90	80	70	60	54	45
	4	95	85	80	70	65	60	54	47	40	34
	5	75	70	65	59	54	48	43	38	32	27
	6	60	58	54	49	45	40	36	31	27	23
	7	54	50	46	42	38	34	31	27	23	19
	8	47	44	40	37	34	30	27	24	20	17
	9	42	39	36	33	30	27	24	21	18	15
10	38	35	32	29	27	24	22	19	16	14	

気管挿管時の安全

救急救命のうえで気管内挿管は非常に重要であり、気道確保が迅速に行われなければ患者の生命に影響を及ぼす。緊急的対応が求められる場合もあり、短時間で適切に行われるように、関係者の連携が必要であり、より安全・確実な方法で行うべきである。

1. 気管挿管の目的

- 1) 確実な気道確保が必要な場合
 - (1) 上気道閉塞に対する気道確保
 - (2) 人工呼吸管理
 - (3) 意識障害者の誤嚥予防
 - (4) 気管、気管支に貯留した分泌物の効果的な除去
 - (5) 全身麻酔中の呼吸管理

2. 気管内挿管までの注意事項

- 1) 気管内挿管までに十分な酸素化を行う。
- 2) 気管内挿管に必要な物品及び手順についてはマニュアルを参照する。

3. 気管挿管時の注意事項

- 1) 気管挿管を施行前に、必ず患者又は家族に説明を行い、同意を得る。
- 2) 心電図モニター、血圧計、SP02 モニターを事前に装着する。
- 3) 指示が出された場合、受ける側は復唱して確認する。
- 4) 患者の処置実施前に、実施内容を声に出して実施する。
- 5) 処置後は使用薬剤や投与量、使用時間、使用物品の太さ、挿入位置、実施者、患者の状態、注意点などをカルテに記載する。

4. 気管挿管後の観察

- 1) 心窩部を聴診する。(食道挿管の否定)
- 2) 呼吸音を確認する。(片肺挿管の否定)
⇒上部・下部の肺胞音を聴診する。
- 3) 呼気に含有される水蒸気を確認する。
⇒気管チューブのくもり、水滴付着の程度を確認する。
- 4) 再度心窩部を聴診する。(食道挿管の否定)
- 5) バックバルブマスク加圧時の胸郭の上下動を確認する。確実に気管内に挿入されて

いることを確認する。

- 6) 酸素がつながっていることを確認する。
- 7) SP02 モニターを装着し観察する。
- 8) 胸部レントゲン撮影を行い、チューブの長さや位置を医師に確認してもらう。

5. 防止対策および事故発生時対応

- 1) 挿管チューブは挿入位置（口角の位置）にマジックで印をつける。
- 2) 確認事項は勤務開始時・勤務中に定期的に確認する。
- 3) 挿管チューブのテープをしっかり固定し訪室毎に確認する。
- 4) 挿管チューブのテープが緩みかけている場合は速やかに医師に再固定を依頼する。
- 5) 自己抜管や挿管チューブが誤って抜けた場合は直ちに医師に報告、診察を依頼し再挿管できる準備をする。
- 6) 再挿管までの間は人工換気を持続して行う。
- 7) 喉頭鏡の定期点検時には点灯確認を行い、電池を早めに交換する。
- 8) 挿管前にはチューブが不潔にならないように開封し、カフエアを膨らませてカフに破損がないかを確認する。
- 9) 歯牙、歯肉の損傷を起こさないように、ハンドルの下方・接合部近くを持つようにする。

食事に関する事

1. 原則

- 1) 食事は医師がオーダー入力する。
- 2) 配膳時は、氏名、食札を確認のうえ、患者に氏名を名乗ってもらい配膳する。
- 3) 患者の食事に疑問のある場合は患者スタッフに質問して改善する。
- 4) 患者の状態に応じて嚥下咀嚼状態を観察する。
- 5) 嚥下咀嚼状態に応じた食事が提供できるようにする。

2. 起こりやすいエラーと防止策

- 1) 治療食や検査食の変更、食事停止ができていない。
 - (1) 検査、処置と延食、絶食の必要性を理解しておく。
- 2) 配膳時の誤り（患者間違い、食種の間違い、延食・絶食時の間違い、食物禁忌・アレルギー食品の配膳）
 - (1) 配膳時は、患者氏名、食札、食種を確認して配膳する。
 - (2) 配膳時は患者自身にフルネームを名乗ってもらい食事を手渡す。
 - (3) 配膳時、患者に食札に記載されている氏名の確認を依頼する。
 - (4) 看護師は、患者が延食や絶食時は延食用紙をベッドサイドに設置し、患者への説明を行い、注意を喚起する。
 - (5) アレルギーのある患者、家族には、配膳された食事内容の確認を依頼し、誤った食事が配膳されないようにする。
 - (6) 配膳時、患者が不在の場合は、一旦お膳を持ち帰る。
- 3) 異物の混入
 - (1) 蓋のないものは特に混入の有無に注意する。
- 4) 誤嚥・誤飲
 - (1) 患者の状態から誤嚥、誤飲の発生リスクを評価する。
 - ①絶食から食事を開始する場合、または食事形態を変更する際にはV E（嚥下内視鏡検査）やV F（嚥下造影検査）を依頼する。
 - ②誤嚥、誤飲を起こしやすい因子
 - ③高齢者
 - ④状況の理解力が低下している患者（認知症などの患者、乳幼児を含む）
 - ⑤舌や咽頭などの運動麻痺や感覚麻痺
 - ⑥不適切な食事の提供
 - ⑦口腔、頸部の手術後
 - ⑧長期の気管挿管後や気管切開後
 - ⑨体位制限や座位保持が困難

- ⑩意識が低下した状態
- ⑪オピオイド使用患者
- ⑫口腔内の衛生不良
- ⑬乳幼児など嚥下機能が未熟
- ⑭胃、食道逆流症
- ⑮胃切術後
- ⑯咽頭、喉頭腫瘍
- ⑰経鼻胃管、胃瘻の使用

(2) 誤嚥、誤飲が予測される患者への対応

① 食事前の対応

- ・ 飲水、摂食許可を確認する。
- ・ 意識状態、理解度を確認する。
- ・ 適切な食事内容が提供されているかを確認する。
- ・ 食事介助の必要性を検討する。
- ・ 摂取時は体位を適切に整える。

② 食事中、食事後の観察

- ・ 飲水や摂食後の「むせ」の有無
- ・ 呼吸状態や狭窄音の聴取の有無
- ・ 嘔気、嘔吐の有無
- ・ 気道分泌物の増加

③ 異物誤嚥予防

- ・ 乳幼児に豆類（ピーナッツ、煎り大豆など）を食べさせない、近くに置かない
- ・ 誤嚥リスクの高い患者の近くにコイン、ビーズ、細かい部品のあるおもちゃなどを置かない。
- ・ ぐらつきのある歯や義歯、金属冠がないか確認し、必要であれば歯科受診を検討する。

車椅子乗車時の良い例、悪い例



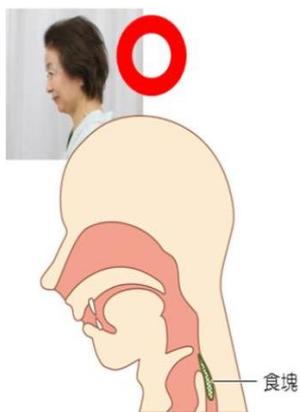
フットレストに
足を乗せて安定



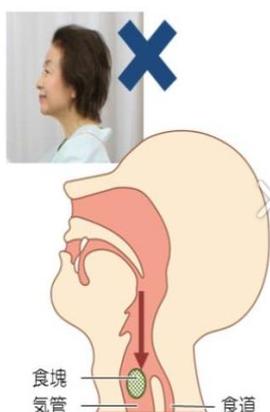
高すぎる
オーバーテーブル
頸部が後屈している

食事姿勢の良い例、悪い例

頸部前屈位
(顎を引く姿勢)



頸部後屈位
(顎を上げた姿勢)



3. 発生時の対応

- 1) 誤って配膳した場合は、患者に丁寧に謝罪し新しいものと交換する。
- 2) 異物混入時は、栄養部に連絡し、そのまま返納して新しいものと交換する。
- 3) 患者が誤ってアレルギーのある食品を口にした場合は、医師に報告し状態に応じて対応する。
- 4) 誤嚥した場合は、誤嚥した旨を担当医師等に報告すると共に、以下の処置を速やかに行う。
 - (1) 嘔吐時は顔を横に向け窒息を防止する。
 - (2) 患者が誤嚥した場合は応援を呼び、口腔にある食物を吐き出させる、掻き出すようにする。
 - (3) 気管切開患者の場合は、気管内吸引を行う。
 - (4) 異物を誤飲した場合は、内視鏡的な摘出も考慮して検討する。

窒息に関する要因

【エラー発生要因】

1. 食事

1) 嚥下機能の把握不足

(1) 嚥下機能評価

- ①入院時・患者が絶食状態から食事を開始する時は、嚥下テストを行い評価する。
- ②特に脳の疾患・認知機能障害のある患者。

2) 不適切な食事の姿勢

(1) 食事姿勢の工夫（安全な姿勢）

- ①基本姿勢は、食物が通過しやすいように頸部と脊柱が、垂直になるように頸部を前屈させる。
- ②食後しばらく坐位、ファーラー位または右側臥位等、安楽な体位をとる。
- ③嚥下障害がある場合は、垂直坐位よりも半坐位とする。(30～60度)
- ④片麻痺のある場合は麻痺側を上にし、健側に傾けた体位とする。
- ⑤片麻痺のある患者は健側の舌の上に食物を乗せる。

3) 食事介助技術の未熟

(1) 患者の状態に応じた食事介助

- ①患者の状態や嚥下機能を把握する。
- ②摂食のペース、1回量などを患者個々に応じて行う。

(2) 環境の整備

- ①食事中の会話はリラックスできるように話す。

(3) 食事形態の工夫

- ①患者の状態や嚥下能力を考慮し、医師・看護師・栄養士間の連絡をとり、食事形態を工夫する。
- ②ある程度、粘度のある物（ゼリー、プリン）や粥また柔らかく煮込んだ食べ物が飲み込みやすい。極端に熱い物や冷たい物、塩辛い物は避ける。

4) 病態・病状の把握不足

(1) 患者の観察と状態把握

- ①医師、看護師は胸部を聴診し、喘鳴の程度や部位、SpO₂を把握する。
- ②窒息のリスクの高い患者をスタッフステーションの近い部屋に移動し、観察が密にできるようにする。
- ③電子カルテの看護記録に喘鳴の程度や部位、SpO₂・呼吸困難の有無、痰の性状・量・回数などを記録しておく。

2. 痰

- 1) 観察とアセスメントの不足
- 2) 手技の未熟
- 3) 基礎知識の不足

(1) 排痰しやすい体位

- ① 体位ドレナージやネブライザー吸入を行い、痰吸引を行う。
- ② 痰量の多い患者は、十分に排痰を行い、聴診して喘鳴音が残っている場合は、残っている肺野を上にして側臥位をとらせる。
- ③ 吸引器の準備、使用吸引圧は、80～120mmHg（11～16KPa）
吸引時間 大人 10 秒～15 秒、乳幼児 5 秒～10 秒
- ④ 1 回の吸引で痰が切れない時は、呼吸、心拍、血圧の状態に注意しながら行う。
- ⑤ 気管内吸引は無菌操作で行う。
- ⑥ 鼻腔からの吸引は、陰圧をかけずにカテーテルを 15～20cm 挿入して回転させながら吸引する。

(2) 救急カートの準備

救急カートは毎日で点検票に沿って点検し、常時使用できるよう準備する。

チューブ・ドレーン類の安全管理

患者に挿入されるチューブ・ドレーンの中には、トラブルが発生すると、致命的な重大事故に直結するものがある。事故発生時に患者に与える影響の大きいものについて手順を定め、細心の注意を払い管理を行う。

1. 気管チューブの安全管理

- 1) 気管チューブには、経口・経鼻的に挿入されるもの、気管切開により挿入されるものがある。気管チューブの事故は患者の生命に直結するため、誤挿入・誤抜管・チューブ閉塞などに注意する。
- 2) 気管内挿管チューブの確認事項
 - (1) 気管チューブの種類・サイズ・カフエア量・挿入の深さを使用開始時・更新時に記録する。担当看護師は、各勤務1回チェックを行う。
 - (2) 気管内吸引施行前に、気管チューブ挿入の深さ・テープの固定状態を確認する。
 - (3) 気管吸引時、チューブの挿入状況と分泌物の観察をする。
 - (4) 呼吸音、呼吸状態の観察
 - (5) 胸部写真撮影時、肺野の状態や気管チューブ先端の位置確認をする。
- 3) 気管切開カニューレ使用時の確認事項
 - (1) カニューレの固定ベルトや紐の締め具合の状態
 - (2) 首周囲の皮膚刺激の有無（発赤・腫脹・傷の有無）
 - (3) 気管チューブの種類により内筒の取り扱い方法、付属物
 - (4) 皮下気腫の有無

2. 事故防止及び事故発生時の対応

- 1) 確認事項は勤務開始時・勤務中に定期的に確認する。
- 2) 気管内挿管チューブの固定テープが緩みかけている場合は、速やかに医師に再固定を依頼する。
- 3) 体位変換時は、気管チューブの口元を持って行う。または、人工呼吸器を気管チューブから外して行い、体位変換後もテープ固定の状態や気管チューブの牽引が生じていないか確認する。必ず2名以上で体位変換する。
- 4) 気管内吸引チューブの挿入が行えず、分泌物が粘稠な場合は医師に報告し、診察依頼する。
- 5) 事故発生に備えて、救急カート内に各サイズの気管内挿管チューブを使用可能な状態で常備しておく。
- 6) 気管チューブが誤って抜けた場合は、直ちに医師に報告し再挿管に備えた物品の準備を行う。

- 7) 気管チューブが抜け、医師が到着するまでの間、看護師はアンビューマスクで換気を行う。
- 8) 気管切開カニューレ使用時は、首周囲の皮膚状態を確認する。適切でない場合は再固定や固定紐の変更を検討する。

3. 動脈ラインの安全管理

動脈ラインは目的により持続的に血行動態をモニターし頻回な動脈血検査を行うもの、広義的には悪性腫瘍に対し抗がん剤を注入するもの、血液透析をおこなうもの、大動脈バルーンパンピング等の挿入カテーテルなどがあり事故発生時の大量出血に注意する。

1) 動脈ラインの確認事項

(1) 刺入部の状態

- ①留置針・留置カテーテルの種類・大きさ・挿入部位
- ②刺入部の状態・留置針の固定状態・採血時の血液の逆流状態の観察

(2) ラインの状態

- ①接続部の緩み、ラインの牽引がないか確認
- ②動脈圧をモニタリング中は、モニターされる動脈圧波形の観察
- ③抗凝固輸液の残量、加圧装置の圧の確認

2) 注意事項

- (1) 動脈ラインの観察事項は、勤務開始時、勤務中、終了前に確認する。
- (2) 患者の状況により動脈ライン挿入前に、患者家族に必要性和実施内容を説明し患者が誤って抜去しないように挿入後の日常生活における注意点を説明する。
- (3) 動脈ラインは強固に固定し、留置部位によりシーネ固定を行う。
- (4) 動脈ライン刺入部にラインの荷重が直接かからないようにループを作り固定する。
- (5) 抗凝固輸液の残量不足または加圧装置の圧不足により、閉塞に至らないようにする。
- (6) 動脈ライン抜去時は確実に圧迫止血を行い、以後止血状態を確認しておく。
- (7) 動脈ライン挿入中は患者の精神的状態を常に注意して観察する。

4. 事故防止及び事故発生時の対応

- 1) 動脈ラインの事故として、誤抜去・屈曲・閉塞・血管外漏出等がある。
- 2) 留置針が抜けてきていて動脈圧波形が出ないなど、動脈ラインにトラブルがある場合、看護師は医師に報告し診察依頼する。指示を得て対応する。
- 3) 固定テープが剥がれかけている場合は、医師に報告し固定テープの貼り替えを一緒に行う。
- 4) 留置針刺入部に膿の付着がある、刺入部より血液の漏出がある場合は医師に報告

し、刺し替えを行う。

5) 動脈ラインを誤抜去した場合

- (1) 刺入部より少し中枢側を圧迫止血する。
- (2) 血圧を測定し、医師に報告する。可能であれば出血量を確認する。
- (3) 止血を確認したあと、圧迫固定を行う。
- (4) 圧迫固定後も穿刺周囲の腫脹の有無を確認する。
- (5) 医師は、動脈ラインの再挿入の必要性を検討する。

5. 再確保に侵襲を伴うチューブ・ドレーンの安全管理

1) 再確保に侵襲を伴うチューブ・ドレーンとして、中心静脈ラインと外科的ドレーン(腹腔ドレーン・胸腔ドレーン) などがある。誤抜去・挿入位置異常・閉塞・遺残などに注意する必要がある。

2) 中心静脈カテーテル挿入時の安全管理参照

3) 外科的ドレーンの確認事項

- (1) ドレーンの種類・本数・挿入部位・固定状態・吸引圧・ドレーン排液の性状や量などの観察をする。

4) 腹腔ドレーン

- (1) 手術時に皮膚縫合を確実にを行う。クローズドドレーンの場合は絆創膏固定（シルキーテックス）を必ず追加しておく。
- (2) クローズドドレーンは出来るだけ着衣などで屈曲しない位置に固定する。
- (3) 包交時に縫合・絆創膏による固定をチェックする。
- (4) 患者の術後経過と共にドレーンの位置が移動し、体内に遺残することもあるため、手術創の確認時はドレーンの有無や本数、挿入部位の確認を毎回行う。
- (5) ドレーン固定テープの貼り替えを定期的に行う。
- (6) レントゲン撮影時は、ドレーンの挿入位置を確認する。
- (7) 1日1回排液量チェックを行いカルテに入力する。
- (8) 患者の安静度の解除とともに、抜去事故防止に向け日常生活行動時の注意点を指導する。
- (9) 体内脱落が疑われた場合は、速やかに腹部X線撮影などにてドレーンの有無、位置などを確認する。
- (10) 体内脱落があれば主治医及び診療科長に報告し、患者・家族に状況を説明、ドレーンを取り出す。
- (11) ドレーンを抜去した場合は、必ずカルテに記載する。

5) 胸腔ドレーン

- (1) 逸脱防止のため確実に縫合・絆創膏（シルキーテックス）で固定する。
- (2) 接続部はタイガンなどで必ず止めておく。

- (3) できる限り充電式低圧持続吸引器（メラサキューム）を使用する。
- (4) 低圧持続吸引中（メラサキューム装着中）は圧設定を確認する。
- (5) 陰圧の程度や気漏の有無を絶えずチェックする。
- (6) 気漏がある場合は回路の漏れ・ドレーンの自然抜去・接続部のはずれの有無などを確認する。
- (7) 移動時はドレーン2カ所をペアンにてクランプする。（クランプが不要な場合もあるため医師に確認する）
- (8) 低圧持続吸引器（メラサキューム）のコンセント・コードが抜けないように注意する。
- (9) ドレーン固定テープのチェックを行い、必要時貼り替えを行う。
- (10) 排液の性状を把握し、異常があれば医師に報告する。
- (11) 出血が持続する時は必要に応じて止血術を行う。
- (12) レントゲン撮影時は、ドレーンの挿入位置を確認する。
- (13) 1日1回排液量をチェック、カルテに入力する。担当看護師は、各勤務1回は排液状態をチェックする。
- (14) 災害・停電時は、ドレーン2カ所クランプする。
- (15) ドレーンの抜去時は、カルテに記録する。

6. 事故防止及び事故発生時の対応

- 1) ドレーンの数が合わない、抜けてきている・抜けてしまった等の場合は医師に報告し、指示を得る。
- 2) その他のチューブ・ドレーン類の誤抜去防止に向けた工夫、患者の手がチューブやドレーンに届かないようにする。
- 3) ラインやドレーン類の固定方法、固定の向きを変えてみる。
- 4) 患者の皮膚の状態に応じて固定するテープを選択する。
- 5) 手が病衣の中に入らないように、病衣の変更や衣類の合わせをテープ固定してみる。
- 6) ラインやドレーン類の位置を、患者から見えないように工夫する。
- 7) ラインの必要性を医師と共に考慮し、減らす様に検討していく。
- 8) いろいろな方策を試みたことや患者の反応を記録に残し、それでもドレーン管理が安全に行えない場合は、医師に報告して抑制を検討する。
- 9) 自己抜去に至った場合は、原因追究し、繰り返し起こらないようにする。

胃管挿入時の基準

1. 胃管挿入前の説明と同意

- 1) 経鼻経口栄養チューブを挿入し、経管栄養を行う前には、経管栄養の意義・経鼻チューブの誤挿入・誤嚥などのリスクその対処法などを事前に本人・家族に説明する。内容と説明に対する反応は診療録に記載する。

2. 胃管誤挿入のリスク評価

- 1) 通常間違っってチューブが気管に迷入すると、異物に対する咳嗽反射が起きるため誤挿入に気付くことが多い。しかし、以下の患者は迷入しても分かりにくいいため誤挿入ハイリスク患者とし、位置に対する確認を厳密に行う。
 - (1) 意識障害がある患者
 - (2) 嚥下障害がある患者
 - (3) 麻酔や鎮静薬を投与されている患者
 - (4) 挿管中の患者
 - (5) 咳嗽反射が低下または抑制されている患者
 - (6) 嘔気・嘔吐が頻回にみられる患者
 - (7) 外科的手術にて解剖学的に変化がある（胃摘除後）

3. 胃管の挿入

- 1) 挿入する胃管は、線不透過の経鼻栄養チューブを使用する。チューブ挿入時は、鼻出血・誤嚥に注意して行う。
 - (1) 胃管カテーテル挿入時は看護手順に沿って挿入する。
 - (2) 挿入後の確認
 - ①胃管挿入後、口腔内を観察し、カテーテルのたるみがないことを確認する。
 - ②確認は、胃液吸引、胃内エアー音の聴取を行う。
 - ・注射器で胃液を吸引する
 - ・心窩部に聴診器をあて、10～20ml 前後の空気を素早く注入し「ゴホッ」というエアー音の確認、必ず複数名（最低2人）で確認をする。聴診器を①右下肺②左下肺③心窩部の3か所にあてそれぞれの部位で空気を注入し、エアー音が聞こえるか？最強音が③であるか？を確認する。
 - ③気泡音の確認作業は、栄養剤・薬剤注入前に毎回行う。
 - ④挿入時は必ず胸腹部のレントゲンを撮影し、医師に位置確認を依頼する。
 - ・栄養剤・薬剤注入以外の場合は、レントゲン撮影は不要
 - ・新生児の場合は、主治医の判断で撮影する

- ・嚥下評価の際に胃管を再挿入した場合は、術者の判断で撮影する
- ⑤レントゲン撮影が必要であるが、夜間などで撮影ができない場合は、位置が確認されるまで栄養剤・薬剤を注入しない。レントゲン撮影で確認後、栄養剤を注入する。
- (3) 胃管の固定

胃管の脱出防止のため、胃管挿入部に油性マジックで印をつけ、毎日確認を行う。
- (4) 確認用注射器は、専用シリンジに患者氏名を貼り、患者のベッドサイドに備え付ける。

4. レントゲン撮影後の確認ポイント

図1 栄養チューブの正しい走行

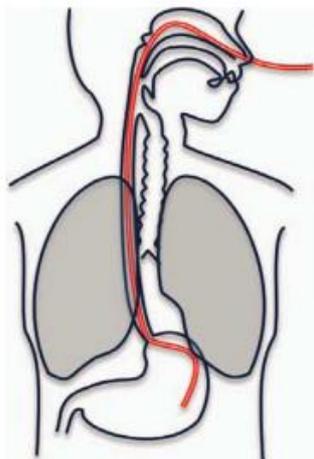
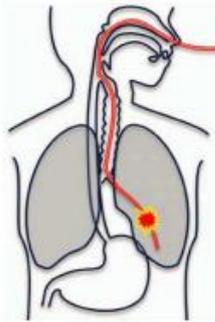
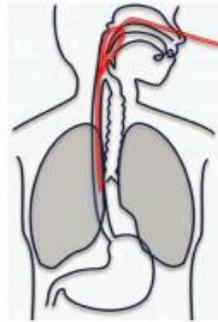


図2 疑義照会が必要な典型的な迷入事例

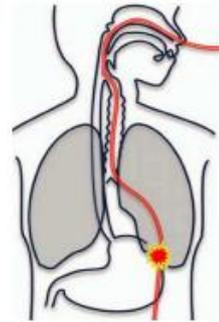
[1]
チューブが気管支を走行し、先端が肺野に誤挿入している



[2]
チューブの先端が胃に到達していないため、逆流による誤嚥の危険がある



[3]
チューブは横隔膜を通過し、腹腔内を貫通している



図版提供：株式会社ジェイ・エム・エス

- 1) 栄養チューブの正しい走行 (図1)
 - (1) 食道を沿って気管分岐部を越えている。
 - (2) 気管分岐部で屈曲していない。
 - (3) 胸郭の正中で、横隔膜を越えている。
 - (4) チューブの先端は噴門部から 10 cm程度挿入されている。
 - (5) 医師・看護師複数で確認する。
 - (6) 実施したことを記録する。

※迷入事例として 3 つを図2で紹介する

5. 栄養投与前の観察

栄養剤投与前の観察

- ま** マーキング位置
- マーキングの位置や挿入長はズれていないか
 - 固定テープが剥がれていないか



- み** 耳で呼吸漏れがない
- 耳でチューブの接続部からの呼吸漏れがないか
 - チューブの接続部の破損やリークは見られないか



- む** むせ込みがない
- むせ込みや咳嗽や湿性咳嗽は見られないか
 - 逆流や嘔吐は見られないか
 - 腹部膨満や下痢は見られないか

- め** 目で口腔内を診る
- 口腔内のチューブの位置
 - チューブ抜去など危険行動は見られないか



- も** モニター(パルスオキシメーター)の確認・記録
- 95%以上もしくは日頃の正常値
 - 呼吸状態、SpO₂値の記載



写真提供：株式会社インターメディカ

栄養剤投与前の確認	栄養剤投与中の確認
<p>1. チューブ内の保全</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 栄養剤投与前のフラッシュ <input type="checkbox"/> 薬剤投与前のフラッシュ <ul style="list-style-type: none"> ※20mL以上の注入器（カテーテルチップシリンジ）を使用 <p>2. 栄養剤投与前の減圧と胃内残留量の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 胃内容物や空気の吸引 <input type="checkbox"/> 胃内残留測定 <p>3. 栄養剤投与前の位置確認</p> <p style="text-align: center;">5つの確認“まみむめも”</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ま：マーキングの位置をチェック <input type="checkbox"/> み：耳で呼吸もれがないことを聴く <input type="checkbox"/> む：むせ込みがないことを観察する <input type="checkbox"/> め：目で口腔内のチューブがとぐろを巻いていないかを見る <input type="checkbox"/> も：モニター（パルスオキシメーター）95%以上である、もしくは日頃の正常値を確認し、記録する <p style="text-align: center;">※気道内分泌物上昇、及び口腔内に喀痰貯留がある場合は、投与前に吸引しておく</p>	<p>4. 栄養剤投与中の観察</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 正しく（指示通り）滴下されている <ul style="list-style-type: none"> ※注入速度の目安 胃内（200～300mL/h） 腸内（100mL/h） <p>5. チューブの固定の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マーキングの位置や挿入長はずれていない <input type="checkbox"/> 固定テープの剥がれがない <p>6. ルートの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 接続部の外れや緩みがない <input type="checkbox"/> テンションが掛かっていない <input type="checkbox"/> 屈曲がない <input type="checkbox"/> 閉塞がない（滴下はスムーズか） <input type="checkbox"/> 漏れがない <p>7. 患者の観察</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> セッティング時の体位・姿勢が保持できている <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 安楽な（苦痛がない）体位である <input type="checkbox"/> 呼吸状態が安定している <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SpO₂値95%以上あるいは低下がない <input type="checkbox"/> 気道内分泌物の量が増えしていない <input type="checkbox"/> 咳込みや湿性咳嗽がない <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 逆流や嘔気・嘔吐がない <input type="checkbox"/> 腹部膨満がない <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 下痢がない <input type="checkbox"/> 危険行動がない

6. 栄養剤注入時の対応

- 1) 注入時、患者はファーラー位以上の坐位を基準とし医師の指示速度で注入する。
 - (1) 栄養剤注入中は定期的に呼吸状態の観察を行い異常の早期発見に努める。
 - (2) 注入後 30 分程度は胃食道逆流による誤嚥を防ぐためファーラー位以上の坐位を保つ。
 - (3) 患者の状態により経管栄養を自己抜去する可能性のある場合は身体行動制限の観察を行い、必要時は患者・家族に説明し拘束同意書提出後に身体抑制を行う。
 - (4) チューブに応じた注射器を使用する。
 - (5) 栄養・薬剤注入時、氏名をベットネーム・リストバンドなどで確認し、栄養チューブが適切か確認後に注入する。

7. 事故発生時

- 1) 誤注入時は何がどのくらい注入されたかを確認しルートを止める。
- 2) バイタルサインのチェックを行い、主治医・当該師長に報告する。
- 3) ショック等に速やかに対処する。
- 4) 必要時は内容物の吸引を行う。
- 5) 過剰な薬剤や特殊薬剤が投与された場合、薬剤の除去を行うか主治医の指示を仰ぐ。
- 6) 胃管チューブ類の自己抜去時は、主治医又は当直医に報告する。再挿入が必要な場合は、医師の指示のもと再挿入する。
- 7) 誤投与患者には主治医・当該師長と相談し、主治医より患者に説明する。

- 8) 主治医の判断で決定できない場合は医療安全委員長に報告し、指示を仰ぐ。
- 9) 医療安全委員長・リスクマネージャー・看護部長・当該師長は必要時、重大事故発生対応策を考え指示する。

転倒・転落防止

1. 患者の転倒転落のアセスメント

- 1) 「転倒・転落アセスメントスコア表」を用いて、全患者の入院時に転倒・転落の危険度を評価する。
- 2) 患者及び家族に入院生活における転倒・転落の危険性や注意事項、防止策についてリーフレットを用いて説明し、転倒・転落の危険性と防止に向けた対策への理解と協力を求める。
- 3) 転倒・転落危険度は、原則1週間であるが、患者の安静度や状態が変化した場合にも再評価を行う。
- 4) 転倒・転落危険度が高い患者には、患者の状況に応じた看護計画を立て、カンファレンスを実施するなど、スタッフ間で情報を共有し対応する。
- 5) 転倒・転落予防策の実施は看護記録に記載し、評価は看護計画の評価に残す。

2. 起りやすいエラーと防止策

1) 病棟・外来での転倒

- (1) 患者の運動機能と生活パターンを把握し、患者と家族と共に注意する。
- (2) 履物は、個人にあった安定性のある滑りにくい着脱の簡単なものを選ぶ。
- (3) 床や通路の状態に注意し、水こぼれの生じやすい場所（浴室・シャワー室の出入り口、洗面所、トイレ等、）や雨天時の玄関は、気づいた時にスタッフが直ちに拭き取り、患者にも注意を促す。
- (4) 手すりが中断されることのないよう障害物は通路には置かない。
- (5) 点滴スタンド、車椅子、ポータブルトイレ、尿器や医療機器コードの配置に注意する。
- (6) 患者の後方から声をかけない。
- (7) 車椅子使用時には、ストッパーとフットレストの使用と確認について説明する。
- (8) 治療・検査のため、鎮痛剤・鎮静剤使用後の初回歩行時に転倒しやすいため注意する。

2) ベッドからの転落、ベッド周囲での転倒

- (1) 入院前の転倒歴について、聞き取りをする。
- (2) 患者の運動・身体能力を理解する。
- (3) ベッド自体を工夫する。(ベッドは低位置にし、差し込み式のものを外せないように拘束する。電動リモコンは誤って操作しないように設置場所を配慮。褥瘡予防のマットレス使用時は、滑りやすく反発力が高いため不安定になるため注意する。)
- (4) 病室を看護ステーションに近い場所を選択し、観察・対応をしやすくする。
- (5) 患者の情報を正しくチームで共有する。

- (6) 危険度に応じた「転倒・転落の危険防止策」を実施する。夜間の勤務者に予防策を確実に引き継ぐ。
 - (7) 危険度評価は原則1週間毎であるが、患者の状態に応じて再評価する。
 - (8) ナースコールに連動したセンサーマットを効果的に使用する。患者・家族に必要性を説明する。離床センサーマットは日中の早い時間から設置し、患者のベッド昇降を把握したうえで、効果的に設置し活用する。センサーマットを使用した場合は、定期的に必要性を評価し、看護記録に毎日記載する。
 - (9) 場合によっては、抑制帯・マットレスを使用する。ベッド周囲にマットレスを敷く。
 - (10) 介助により定期的な排泄習慣を確立する。(緩下剤や利尿剤、輸液との関連で排泄習慣が変化することがある。)
 - (11) ナースコールは患者の行動に合わせ、手の届く位置に設置するが、患者に押しってもらうことを期待しない。排泄習慣を予測して訪室することが望ましい。看護師が訪室した時には眠っていたが、人の気配で覚醒し直後に転倒・転落が発生することもしばしばある。あらかじめ患者と相談してトイレを誘導することも検討する。
 - (12) ポータブルトイレは設置方法を患者の行動に合わせて十分に検討する必要がある。
 - (13) 点滴台・オーバーテーブル・キャスター付の備品は患者が支えにやすく転倒しやすいので、患者に説明し注意する。
 - (14) ベッド周辺の物品の配置には注意し、通路には物品をおかない、ストッパーは必ずかける。
- 3) 検査・処置用ベッド・ストレッチャー・車椅子からの転落
- (1) 医師・看護師・家族など一人が必ず横に立つ。
 - (2) 移動式ベッドやストレッチャーのストッパーをかけ、片側を壁面に寄せる。
 - (3) 車椅子への昇降やベッドの移動時はストッパーを確認し、出来れば複数で介助する。
 - (4) キャスターやベッドハンドルに足を引っ掛けて転倒することもあるので、キャスターやハンドルは内側に納めておく。

3. 発生時の対応

- 1) 看護師は転倒を医師に報告する。
- 2) 報告を受けた医師は判断により診察を行い、必要な処置や専門医への診察依頼を行う。
- 3) 転倒の状況から患者が頭部を打撲していると思われる場合は、意識状態に注意する。事故発生時は患者の意識状態に異常がなくても、以後変化する場合もあり、受傷後は患者が眠っているのか、意識レベルの低下なのか、確認することをためらわない。
- 4) 患者の転倒後24時間は、頭部の打撲も考えて定期的に観察を行う。
- 5) 転倒後の対応や観察事項はカルテに記載しておく。
- 6) インシデントレポートを提出し、再発防止策を検討・実施する。

転倒・転落事故発生

転倒転落の状況

バイタルサイン・意識レベル・打撲部位・打撲痕・打撲痛の程度の確認

頭部打撲（予測も含む）

意識レベルの低下

打撲部の腫脹・変形

強い痛み

バイタルサインの著明な変化

頭部以外の打撲

打撲痕・打撲痛なし（軽度も含む）

意識レベル・バイタルサインに変化無し

し

当直医師に報告

内科系→内科系当直医師

外科系→外科系当直医師

管理当直に連絡

医師・家族に連絡

経過観察

翌日、主治医・管理当直に報告

家族に連絡

*なるべく安静を保持する

- ・転倒・転落発生時より全ての段階において記録が重要である
- ・転倒した時の状況、症状、医師への報告の有無、指示の有無、転倒後の患者の状態を症状に合わせて継続して観察し記録を行う
- ・頭部打撲時は1時間毎に観察し記録を書く

転倒・転落の危険因子の把握と評価



<p>身体側要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・生活状況及び既往疾患（過去に転倒、失神、めまい、痙攣発作） ・身体的機能（知覚・運動障害、言語・視力・聴覚障害、骨・関節の異常） ・精神的機能（理解度・判断力低下、不眠、不穏、多動、徘徊など） ・性格（自立心が強い、遠慮深い、我慢強い） ・活動状況（車椅子・歩行器・杖使用、移動に要介助、点滴・胃管、尿道留置カテーテル・ドレーン類による行動制限） ・薬剤の使用（鎮痛剤・睡眠剤・降圧・利尿剤・筋弛緩剤・向精神薬） ・排泄（頻尿、夜間の排尿、下痢、要介助、ポータブルトイレ使用） ・当日の状態（発熱、貧血、脱水、検査後、手術後、リハビリ訓練中） ・環境の変化（入院・転入後2日以内、ベッド・トイレ・浴室設備の操作の不慣れ）
<p>ケア提供者側の要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクに対する意識が低い ・患者の危険度の把握が不十分 ・監視体制の不備（センサーマットなどのアラーム器機の不足、多忙） ・入院・転院患者へのオリエンテーションが不十分 ・睡眠剤等投与後の観察不十分 ・適切な履物・寝衣の選択、歩行指導が不十分 ・補助具、ポータブルトイレ、点滴スタンドの選択や設置場所が不適切 ・車椅子のストッパー操作や介助の不慣れ、安全ベルトの装着忘れ
<p>環境の要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド（患者の身長に合わないベッドの高さ、不適切なベッド柵の使用、電動ベッドの操作方法の説明不足、電動ベッドの誤操作） ・ナースコール・床頭台（不適切な位置） ・床の状態（滑りやすい材質や清掃による水漏れ、つまずきやすい敷物段差など） ・環境整備（老化、ベッドサイドなどの障害物、防火扉の不備、介助バーの不足や不適切な設置） ・構造（わかりにくい表示、不適切な照明）

<転倒・転落危険度別予防策対応表>

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ (危険度Ⅰを加える)	危険度Ⅲ (危険度Ⅱを加える)
患者の観察	<ul style="list-style-type: none"> ADLの評価 自立性を把握 入院前の状態を把握 バイタルサイン 身体状況の把握 	<ul style="list-style-type: none"> 排泄パターンを把握 睡眠薬・精神安定剤・下剤の影響をアセスメント ADLに変化がないか観察 	<ul style="list-style-type: none"> 精神状況・不眠などの状況を把握し注意する 内服薬の変更がある時は体調の変化を把握し注意する
環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ナースコールの位置の確認 ベッドの高さが適当かストッパーの固定、周辺に障害物がないか確認する ベッドの向き麻痺との調整 患者の身の回りの必要物品の確認と整理 床にものを置かないように指導 車椅子のストッパー、停止位置を確認 廊下に障害物を置かない 	<ul style="list-style-type: none"> 車椅子は適切な姿勢を保てるようクッションや滑り止めマットを使用 夜間の照明を工夫 点滴スタンドは安定感のあるものを使用 ベッド柵は外れないように必要であれば固定 ベッド柵は患者の状態に合わせた方法で使用 排泄の援助時は側を離れない 勤務毎にチェックリストを使用し、ラウンドする 	<ul style="list-style-type: none"> ナースコールを押し知らせるよう表示 ベッドの周囲にマットを敷く センサーマットを使用 ベッドからベッドマットに変更 ベッド柵にクッション材をあてる 柵に隙間がないようにボードを固定 勤務毎にチェックリストを使用しラウンド
指導・援助	<ul style="list-style-type: none"> 適切な衣類・履物を指導 排泄状況に合わせて夜間は、ポータブル・尿器などを使用 電動ベッドやナースコールの使用方法を説明 車椅子・枕・歩行器・装具の使用方法や注意点を説明 患者や家族に正しい移乗・移動動作介助技術の指導 日中の離床を促す 患者や家族に危険度の説明と協力を要請 	<ul style="list-style-type: none"> ナースコールに素早く対応 歩行状況に合わせて車椅子・歩行器・杖などを使用 危険度の説明を患者や家族に説明し自覚を促し納得してもらう 	<ul style="list-style-type: none"> 医師を含めたチーム全体で連携して観察 家族の同意を得て抑制を行う 家族の付き添いを依頼し協力を得る

転倒・転落予防チェックリスト

様

転倒転落アセスメントスコア

点 危険度()

看護医療安全委員会

月/日		/			/			/			/			/			/		
勤務帯		深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準
1	ベットのストッパーを確認している																		
2	ベッドのハンドルの収納を確認している																		
3	ベット柵を()本使用している																		
4	ベッドの高さは患者に適している																		
5	補助具使用の時にストッパーやフットレストの確認をしている																		
6	車椅子は患者の移動する際に用意している。又は目の入らない場所に置いてある																		
7	ポータブルトイレは患者が使用する際に用意している。又は目の入らない場所に置いてある																		
8	ナースコールが押せる位置に置いてある																		
9	床や廊下にゴミや水が落ちていない																		
10	滑りにくい靴を使用している																		
11	身の回りの物品は整理整頓できている																		
12	薬剤(睡眠導入剤・緩下剤等)を服用しているか確認している																		
確認者サイン																			

身体拘束・抑制に関する基準

1. 身体拘束の三原則

- 1) 切迫性：行動制限を行わない場合、患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い（意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮）
- 2) 非代替性：行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない（薬剤の使用、病室内の環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など）
- 3) 一時性：行動制限は一時的であること

2. 身体拘束をせざる終えない場合の要件

- 1) 対象者の生命に及ぼす危険性を評価する
- 2) 原因を探る：必ず医師、看護職、チームメンバー間で原因について検討する（年齢、身体状況、環境、治療の側面）
- 3) 原因の除去に努める（恐怖を与えないような対応をして、体動を制限する要員を可能な限り早期に取り除く。睡眠確保、苦痛症状コントロール、家族や友人等の面会、気分転換、リラクゼーション、必要時薬剤使用などを行う）
- 4) 回避・軽減（代替）方法を検討する
 - （1）点滴は必要か
 - （2）注射は内服に変更できないか
 - （3）胃管カテーテル留置の必要性は
 - （4）尿道カテーテル留置の必要性は
 - （5）安静度は拡大できないのか
 - （6）病室の移動はできないのか
 - （7）生活のリズム確立のためのどんなケアができるのか

* 1)～4) までの方法を検討しても対象者の状態に改善が望めない場合は次項5)に進む。

- 5) チームカンファレンスを開催し、身体拘束の目的、開始の判断について検討する
 - （1）身体拘束の目的、方法、期間についてチーム内での同意が必要
 - （2）上記の判断については部署責任者が方針をスタッフに示す
 - （3）部署責任者あ身体拘束実施、継続の判断についてスタッフと共に考える
 - （4）看護職だけの判断でなく他職種の意見も取り入れる
 - （5）身体拘束に関する患者と家族の思いをよく聞く
- 6) 話し合いの結果を記録する

3. 身体拘束者の把握

- 1) 部署責任者は、身体拘束対象者数を報告する。身体拘束が短時間（夜間のみ、点滴時のみ）でも対象者として報告する。

4. 身体拘束の解除基準

- 1) 身体拘束期間を超える

- 2) 身体拘束三原則を満たさない

(1) 身体拘束実施

①医師、看護師複数名で「身体拘束実施の検討」にて指示の確認を行う。身体拘束が決定すれば、家族に伝える。

②同意書を作成し、医師より患者・家族に説明を行う。

※家族に身体拘束についての思いをよく聞く。

※身体拘束実施の三原則を満たさない場合、家族が同意しない場合は、身体拘束を行ってはならない。

③身体拘束施行時は、「効果的な身体拘束のポイント<資料2>」を参考に実施する。

- 3) 実施後

(1) 身体拘束開始の直後、それ以降は2時間毎に次の項目を観察し、記録する。

①患者の訴え（精神状態）

②体動状況（効果的な拘束が実施できているか）

③拘束部位の皮膚状態（色調・温度・感覚）

(2) 毎日、日勤帯で、実施している身体拘束の必要性和適切かのカンファレンスを医師と病棟責任者・スタッフ間で評価し、記録を行う。

(3) 医師が身体拘束を不必要と判断すれば、速やかに解除を行う。

※記録のタイトル、形式は問わない。

- 4) 解除後

(1) 解除後も、引き続き観察、アセスメントを行い、患者状態の記録を行う。

※この場合の記録は、形式を問わない。

(2) 危険性があると判断した場合は、医師に報告し、「身体拘束実施の検討」で確認を行い、実施する。

※家族に連絡する。同意書の有無は医師の指示に従う

- 5) 緊急やむを得ず身体拘束が必要な場合

(1) 看護師複数名で、テンプレートの「身体拘束回避を検討すべき状態のアセスメント<資料1>」に従って患者状態のアセスメント、身体拘束回避ケアを行う。

(2) 患者家族・管理当直へ連絡する。

*必要であれば、当直医、主治医にも連絡する。

(3) 家族に説明をし、口頭で同意を得る。

※家族が了承しない場合は、身体拘束を行ってはならない。

※身体拘束を行わない場合、医師に報告し対策を検討する。

- 6) 経過を詳細に記録する。
 - 7) 翌日医師から家族へ説明してもらい同意書をもらう。
 - (1) 身体拘束の回避を検討すべき状態のアセスメント
 - 8) 身体拘束を検討する対象患者
 - (1) チューブ、ドレーン類が挿入されている
 - (2) 治療目的で安静保持の指示がある
 - (3) 手術による創部や、負傷による創傷や骨折がある
 - 9) 身体拘束を検討すべき、患者の状態
 - (1) チューブをしきりに触る
 - (2) しきりに起き上がろうとする
 - (3) 興奮・イライラ
 - (4) 幻覚
 - (5) 繰り返し説明が必要
 - (6) 意味不明の発語
 - (7) ぼんやり・うつろ
 - (8) 多弁
 - (9) 表情が硬い（無表情）
 - (10) 一点を凝視している
 - 10) 注意すべき患者の状態（せん妄を起こす恐れがある要因）
 - 〈身体的要因〉
 - 心疾患 頭部疾患 高齢者 意識障害 視覚・聴覚障害 麻酔
 - 鎮静剤使用 呼吸状態不安定 低酸素状態 循環動態不安定
 - 負荷の多い処置や検査 毎日のアルコール習慣
 - 〈精神的要因〉
 - 現状の理解不足 不安定な精神状態（強度の不安やパニック） 混乱
 - 見当識の低下 不眠 苦痛・疼痛 喪失体験 気がかりな体験
 - (1) 身体拘束回避のケア
- 《方法》
- ①再度、患者にわかりやすく、繰り返し説明した。
 - ②看護師間で情報共有し、チームで観察している。
 - ③訪室時は危険行動がないか意識して観察している。
 - ④近くを通るスタッフは意識して観察するようにしている。
 - ⑤チームリーダー、担当看護師が、検査や巡視時以外にも訪室し観察を行っている。
 - ⑥患者との会話を多くしている。
 - ⑦ボディータッチ、マッサージなどで快刺激を行っている。
 - ⑧昼間に刺激をし、生活リズムをつけ、夜間の良眠を図っている。
 - ⑨医師と相談し、チューブの早期抜去を行った。

- ⑩医師と相談し、中心静脈ルートを末梢ルートに変更した。
- ⑪チューブを寝衣の中に通す、包帯などで覆う工夫をした。
- ⑫家族に必要性を説明し、協力を求める
- ⑬観察しやすいベッドの位置に変更した。

《ケア実施後の患者状態》

《結果》

- ①身体拘束が回避できた。
- ②回避できないため、身体拘束の検討を行った。 →身体拘束実施の検討

《三原則の適応》

- ①切迫性・非代替性・一時性の適応がある。

《目的》

- ①ドレーン・チューブ類の抜去予防
- ②安静保持
- ③創部の保護が必要
- ④転落防止
- ⑤4点柵（ベッド周囲全てが囲まれている状態）
- ⑥介護衣
- ⑦車椅子安全ベルト
- ⑧センサーベッド
- ⑨センサーマット
 - *ナースコールの代用として使用するため、身体拘束に含めないが、身体拘束同様に患者家族説明、チェックリスト等は身体拘束と同等に取り扱う）
- ⑩その他

《身体拘束の方法》

- ①ミトン
- ②安全帯
- ③安全ベルト
- ④シーネ
- ⑤その他：

《身体拘束時間》

- ①24時間継続
- ②夜間のみ
- ③処置時
- ④患者をひとりにする時
- ⑤その他：

(2) 効果的な身体拘束のポイント

11) 抜かれない、抜けないための拘束方法

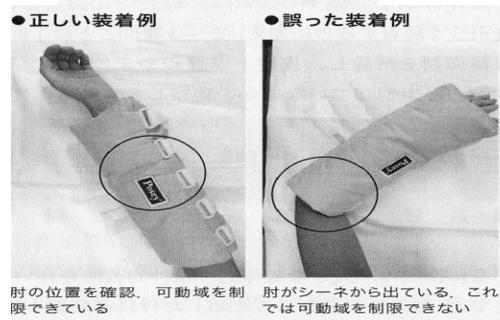
- ①用具の老朽化・不具合等、使用前点検を行う
- ②適切な拘束具・サイズを選択する
- ③拘束帯はスライドする場所に固定しない
- ④拘束具のひも先端部分に患者の手が届かないようにする
- ⑤ファーラー位になった際に、体が足側にずれることを認識する
- ⑥顔が左右に向いても対応できるよう余裕を持たせる
- ⑦拘束後に上肢を動かして、チューブや輸液ポンプに手が届かないことを確認する
- ⑧体位変換は必ず2名以上で行う
- ⑨体位変換後は拘束の状態をダブルチェックする
- ⑩ナースコールを手に握らせて、その上からミトンを着用する

12) 身体拘束の実際と注意点

(1) ミトン



(2) シーネ



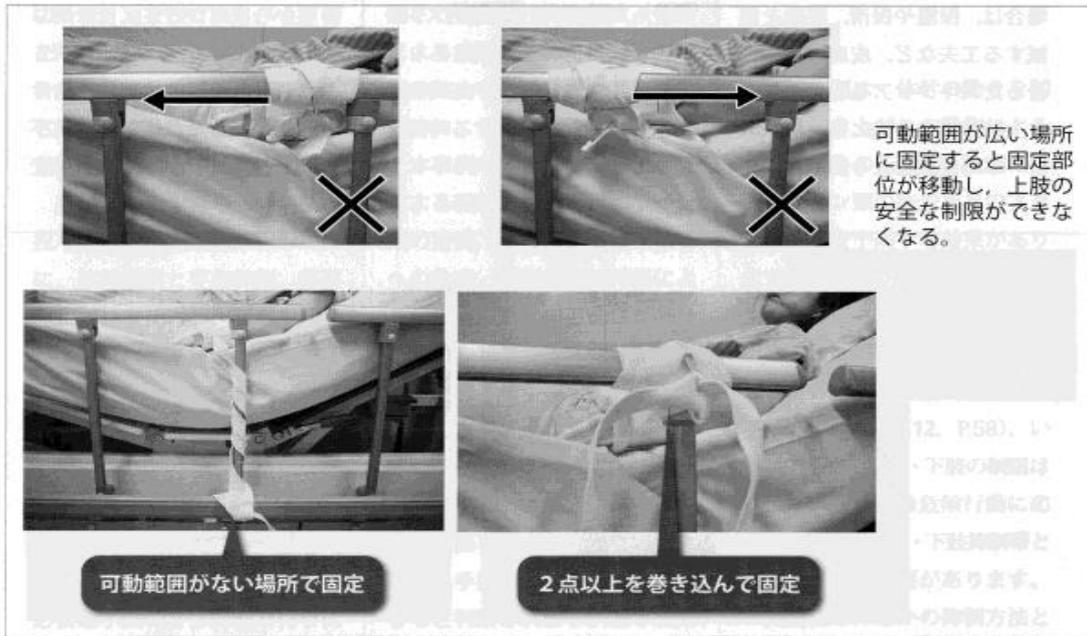
(3) ミトンをしていても抜管の恐れがある



(4) 気管チューブに手が届きにくく、完全な可動域を保った上肢拘束



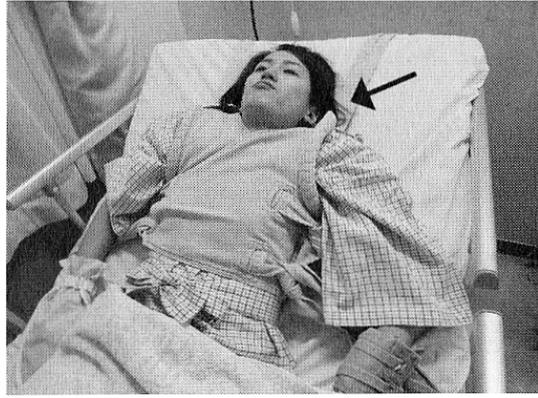
(5) 安全帯の固定位置が可動しない方法



(6) 安全帯の適切な余裕



(7) 安全な装着の状態と、体勢が崩れた状態



(8) 拘束を定期的に解除し、自動・他動運動を行う



患者不在時の対応

1. 患者の所在不明や無断離院

- 1) 患者が無断で所在不明になる。
- 2) 外出や外泊時の帰院時刻になっても帰って来ず連絡がつかない。

2. 発生時の対応

- 1) 入院患者の所在が不明になった場合は、必要な患者情報（患者氏名、年齢、性別、いなくなった時間、身長・体重、髪型、服装など）を収集し、捜索を依頼する。

	日中（時間内）	休日・夜間（時間外）
病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・速やかに主治医・当該看護師長に報告する。 ・看護師長は病棟を離れず、病棟内で指揮をとり自らも病棟内をくまなく捜索する。 ・当該部署スタッフは、看護師長の指示のもと、病棟内及び外来、病院周辺を捜索する。 ・看護師長は、看護部長に報告し応援を依頼する。 ・看護師長は、他病棟や他部門に不明状況・患者情報を伝え応援依頼する。 ・情報の収集と情報発信の窓口は一本化する。 ・タクシー会社などへ協力依頼する。 ・当該師長は家族へ連絡し、警察への捜索願について相談し、届ける場合は、家族から警察への届け出を行うよう依頼する。 ・家族等の同意をとり院内放送を依頼する。 ・患者が帰院後、医師に報告し診察を依頼する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師長の代行として、病棟を離れず指揮をとり他患者への対応をしながら自らも病棟内をくまなく捜索する。 ・速やかに当直医師、主治医、病棟師長に連絡する。 ・管理当直に報告し、各フロア内での患者確認と捜索の協力を依頼する。 ・家族に連絡し、情報収集するとともに警察への捜索願の提出について相談し届ける場合は、家族から警察への届け出を行うよう依頼する。 ・タクシー会社、その他交通機関等へ協力依頼する。 ・施設課、警備員に連絡し敷地内の捜索を依頼する。 ・患者が帰院後、当直医師に報告し診察を依頼する。
医師	可能な範囲で捜索にあたる	可能な範囲で捜索にあたる
事務部	可能な範囲で捜索にあたる	可能な範囲で捜索にあたる
警備	可能な範囲で捜索にあたる（敷地外）	可能な範囲で捜索にあたる（敷地外）

施設課	可能な範囲で捜索にあたる（防犯カメラの確認）	可能な範囲で捜索にあたる（防犯カメラの確認）
-----	------------------------	------------------------

＊捜索のポイント＊

- ◆ 患者の不明になった時間や患者の運動・身体能力から推定される行動範囲を推察する。
- ◆ 初動を迅速に開始する。
- ◆ 発見時の対応を考え、できるだけ2人で行動する。
- ◆ PHSの圏外へ出る場合を想定して携帯電話を持つ。
- ◆ 連携を密にとり、情報交換をする。

3. 患者が外出や外泊から帰院時間になっても帰ってこない場合

- 1) 外出時には、患者・家族に緊急時や帰院時間が過ぎれば、病院から連絡することを説明し、連絡がとれる体制を整えてもらう。
- 2) 患者の携帯電話などに連絡を試みる。
- 3) 家族等と連絡を取り、家族から患者への連絡および病院への状況報告を依頼する。

4. 防止策と留意点

検査、散歩など病棟を離れる時や外出手続きの徹底など、事前の指導が重要となる。特に入院患者としてのモラルに反する行動をとる患者には、家族も含め繰り返し充分説明しておくことが必要である。

日常的に患者の行動を観察し、行動範囲を把握しておく。

- 1) 無断外出の可能性のある人を周知し、チーム内で共有しておく。
- 2) 日常着を把握しておく。
- 3) 家族、関係者の連絡先を最低2か所は確認し明記しておく。

患者クレーム対応

1. クレーム対応のポイント

- 1) 傾聴（共感）の姿勢を示す。（相手のほうを向いて話を聴く）
- 2) 不快感に対して謝罪する。（起こった事例に対して謝罪してはいけない）
- 3) 相手の要求を十分確認する。
- 4) 複数で対応する。（相手と2人きりにならない）
- 5) 相手に誤解や過大な期待を抱かせるような発言をしないよう注意を払い、最小限の発言にとどめる。
- 6) 記録をする等立証措置をとる。（状況に応じて録音やカメラを使用することを伝える）
- 7) 職員個々の判断で即答しない。常に病院組織で対応する。
- 8) 相手の要求に応じて謝罪文・念書などの文書は書かない。
- 9) 相手が当事者・トップを呼ぶように要求しても基本的には応じない。
- 10) 暴力を受けそうになったら、警備員に連絡する。

2. クレーム対応の手順（電話の場合も可）

- 1) 1次対応（クレームが発生した場所及び電話を受けた職員が行う）

- (1) 事実確認

- (2) 不快感に対しての謝罪

「ご指摘頂きありがとうございます」

「ご不快な気持ちにさせてしまい申し訳ありません」

「それはお困りでしたね。申し訳ございません」

- (3) 記録

- (4) 情報収集（カルテ確認）・当該部署へ連絡

- 2) 2次対応（当該部署・事務次長・医療安全管理者）

2次対応は各部署の所属長と医事課長（不在時は事務次長）が行う。

医療安全に関する事案は医療安全管理者も参加する。

- (1) 事実確認

I Cレコーダーで客観的な状況把握

「お話しをお伺いするに当たって、お互いに後で、言った言わないなど無用なトラブルは避けたいので、会話の内容を記録しておきます。」

- (2) インシデント・アクシデントレポート提出

3. 注意事項

1) 1次対応方法

- (1) 自分がしたことでもなくともじっくり話を聴く。相手からみれば同じ病院の職員であり丁寧な対応が求められる。「私がしたことではないのでわからない」など逃げ腰で言い訳をするとクレームが増大する。
- (2) 謝罪
誠心誠意相手が不快な思いをしたことのみ謝罪する。
事実確認・調査をしてから後日連絡することを伝える。相手の都合を聞いて連絡する日時を決める。
- (3) 記録内容
相手の氏名、連絡先を確認する。(クッション言葉を入れて)
いつ、どこで、何が起こったのか、だれに対するクレームか、どうして欲しいのか。
- (4) 情報収集
記録内容を元に事実確認を行う。また、自部署へのクレームではない時は、記録した内容を2次対応者に伝える。

2) 2次対応方法

- (1) 1次対応者から連絡を受けたら事実確認し、クレームが事実であれば真摯に謝罪する。相手が誤解している場合は、事実を分かり易く丁寧に説明する。不快な思いを抱かせたことに対しては謝罪する。
- (2) 謝罪しても受け入れられず、不当な要求をするような強いクレームの場合は、医療安全管理対策委員会で検討する。

4. 暴力行為があった場合

1) 診療時間内

管理課へ連絡➡直ちに課長あるいは次長が駆けつけるとともに110番通報
(22-0110)する

2) 時間外

当直事務へ連絡➡直ちに警備員が駆け付けるとともに110番(22-0110)通報する

5. 暴言・脅しの場合

1) 診療時間内

管理課へ連絡➡課長あるいは次長を含めた3人以上のスタッフで対応
➡応じない場合➡管理課から110番(22-0110)通報

2) 時間外

当直事務へ連絡 ➡ 警備員を含めた 3 人以上のスタッフで対応

➡ 応じない場合 ➡ 当直事務から 110 番 (2 2 - 0 1 1 0) 通報

暴言・暴力への対応

1. 暴力の危険を感じる場合の対応

- 1) 患者等からの暴力に関する情報を関係者で共有する
- 2) 患者等と1対1で対応しない（2人以上で対応）
- 3) 部屋のドア・カーテンなどを開け出口側で対応し、逃げ道を確保する
- 4) 必要以上に患者等に近づかず、まさに暴力をうけそうになったときはともかく逃げる
- 5) 医事課長（7011）、不在時は医事課長代理（1007）に連絡し、近くに待機してもらう
- 6) 上司、所属長に報告し、対応を協議する

2. 実際の武力に対応する対応

【院内の暴力レベル】

レベルⅠ：暴言・脅迫

レベルⅡ：器物破損

レベルⅢ：暴力（医療処置を要する障害）

レベルⅣ：暴力（生死にかかわる重大な傷害）

連絡体制

レベル I

近くにいる職員を呼ぶ

やめるよう説得

やめない場合

レベル II・III・IV

医事課長：7011

(不在時は医事課長代理：
1007)

警備：8229

施設課：8508

事務当直：8504

警備：8229

当直医

看護管理：8501

現場へ直行
警察へ通報

1. 警察への対応
通報・報告・加害者確保

2. 現場への対応
1) 被災者の救助と処置
2) 他の患者の安全確保
3) 職員の安全確保
4) 加害者情報の把握
5) 現場保存と現場検証
6) 被災者家族への対応

診察拒否患者対応

1. 診療拒否患者

入院誓約書に記載されている6項目に該当する患者。

診療拒否患者は、病院運営委員会で診療契約解除の可否を検討する。診療契約解除が決定すれば事務長・医療安全管理者が患者に通知書を提示し説明する。

1) 【6項目】

- (1) 診療及び入院生活における指示等については固く守ります
- (2) 無断で離院をしません
- (3) 入院料その他の諸料金は指定日までに支払います
- (4) 退院の指示があった場合には指示どおりに従います
- (5) 院内での暴力・暴言やセクシャルハラスメントにより強制退院の指示があった場合はこれに従います
- (6) 病院の備品を不注意により破損・汚染・焼損・紛失した場合は、弁償致します

時間外：日直・当直管理日誌にある「診察不可患者一覧表」のリストアップされた患者は、医師に確認する必要なく全科で診察不可とみなしてよい。

リストアップされた患者はシステム上、顔マークに「！」が付加され「！」をクリックすると注意患者としてコメントが入力されている。

自傷行為防止のための対応

医療者は、入院患者が心のバランスを崩し、発作的に自傷行為を実行する可能性を考え、患者の危険行動への気づきを高め、行為を予防するため以下の対応を行う。

1. 早期発見のための対応

- 1) 患者の訴えや様子から精神状態に注意を払い、患者の情報をスタッフで共有する。
 - (1) 患者の「死にたい」などの自殺願望・意思表示、抑鬱状態や不安の増強、の変化に注意する。
 - (2) 自傷行為発生の危険要因に関する患者の過去の情報を把握するように努める。
 - (3) 必要時、「自傷行為リスク・チェック項目」で確認を行う。
 - (4) 疾病の治療経過や告知、病状説明直後は注意し、心のケアに配慮するように努める。
 - (5) 患者の入院前の生活や精神状態について家族と情報交換を行い、スタッフは情報を共有する。
- 2) 患者の状態を専門家に相談する。
 - (1) 患者に抑鬱症状や行動の変化・異常などが認められた場合は、公認心理師の介入や精神科等の受診を検討する。受診を行う際は、事前に患者や家族にその必要性を説明し理解を得る。
- 3) 日常使用しているものが自傷行為の道具になることを知り注意する。
 - (1) 病室の窓や非常階段などの施錠状態を確認する。
 - (2) 縊首に使用される道具として、タオルや衣類、寝具、紐、電気コード、ナースコールや輸液ポンプのコード、カーテン、抑制帯などがある。ナースコール、輸液ポンプのコード類は位置や長さに注意する。
 - (3) 患者の入院時にハサミ・ナイフの持ち込みを禁止し確認する。患者の状態に応じて家族の協力を得て所持品の確認を行う。
 - (4) 業務で使用する刃物や清掃用・消毒用薬剤の管理に注意する。
 - (5) 持参薬（大量の安定剤など）の有無、持ち込みの可能性などを顧慮し、確認を行う。
- 4) 他の入院患者も自傷行為をしないように注意を払う。
 - (1) 患者と親しい入院患者の心の状態に注意を払い個別に関わりを行う。
- 5) 管理者は自傷行為発生後、関わった医療スタッフや家族の精神的ケアと支援を行う。
 - (1) 専門家の助言やカウンセリングなど医療スタッフに必要なサポートを行う。
 - (2) 家族の思いを傾聴し誠意をもって真摯に対応する。
- 6) 管理者は自傷行為の再発防止に向け、話し合いの機会を持つ。
 - (1) 事故直後には、事例の検討や事故の再発防止のための話し合いを行い、事故

再発防止に向けて取り組む。

2. 起こりやすい事例と防止策

- 1) 精神疾患患者（うつ病、統合失調症など）および身体疾患患者（がん、難治性疾患など）に生じやすい。
 - (1) 自殺・自傷の既往の有無を聴取・確認する。
 - (2) 抑鬱状態を把握する。（不眠、食欲、意欲の低下、希死念慮）
 - (3) 日頃からコミュニケーションを図り自殺・自傷の恐れがないか情報共有する。
 - (4) 危険物（ナイフ、ハサミ、かみそり等）を一時預かる。
 - (5) 予後や診断告知（がん、遺伝子診断等）に伴う精神的支援を十分行う。

3. 発生時の対応

- 1) 直ちに診察・検査し、必要な医学的処置を行う。
- 2) 事実関係を家族に連絡し、担当医師・看護師長等に報告するとともに診療録に記載する。
- 3) 死亡した場合、担当医師もしくはそれに代わる者が警察署に連絡する。

自傷行為のリスク・チェック項目

項目		チェック欄
患者の 訴え	死や自殺願望・意思を口にしている	
	絶望感やあきらめを口にしている	
	身体機能の喪失、疼痛により強い苦悩・苦痛を訴えている	
既往歴・ 家族歴	精神疾患の既往歴がある	
	自傷・自殺企図の既往がある	
	自殺の家族歴がある	
症状・ 疾病	抑鬱状態にある	
	強い不安状態ないしは焦燥状態にある	
	不眠や食思不振が続いている	
	明かな行動上の変化・異状を認めている	
	慢性ないしは進行性の身体疾患に罹患している（難病・がん）	
	自身の身体や健康に無頓着である	
生活環境	最近、親しいものと離別・死別があった	
	失業や経済的破状を経験した	
	家族や介護者、相談者がおらず孤立している	

日本医療機能評価機構・認定病院患者安全推進協議会

4) 自傷行為のリスク・チェックリストの使用方法について

- (1) 患者の状態により、患者の危険行動への気づきを高め、行為を予防するために活用する。

輸液ポンプ・シリンジポンプの管理

輸液ポンプ・シリンジポンプは、速度をセットすれば、輸液を血管内に持続注入する。しかし、投与する薬剤によっては、投与速度や操作間違いにより、患者の生命に大きな影響を与えるおそれがある。機器の特性や操作手順、注意事項を理解して使用する必要がある。

1. 輸液ポンプ・シリンジポンプの管理

- 1) 輸液ポンプ・シリンジポンプは、MEセンターで管理する。
- 2) 各部署がポンプを使用する場合、原則としてMEセンターで借用する。
借用年月日、病棟名、借用者名を専用パソコンに記入し入力する。
- 3) 各部署は、ポンプ使用后、MEセンターに必ず返却、点検を依頼する。
- 4) MEセンターは全ての輸液ポンプのシリンジポンプの点検を行い、常に正常に使用できる状態で管理する。

2. シリンジポンプの安全な使用

- 1) 少量の薬液を正確な速度で血管内注入する。危険薬の注入、乳幼児の輸液に用いる。
- 2) 使用前・使用開始・使用中の確認
 - (1) 輸液ポンプチェック表を用いてチェックする

使用前	使用開始時	使用中
<ul style="list-style-type: none"> ・ポンプ取り付け位置 サイフォニング現象 防止のためベッドと 同じ高さにする ・架台へのネジの締め 具合 ・電源コンセントの 接続 	<ul style="list-style-type: none"> ・シリンジセット前の機器通 電状態 ・操作開始時の正常動作点滅 サイン ・ポンプフランジスリットへ の注射器フランジ装置状態 ・シリンジのセット状態（目 盛が見える） ・シリンジ押し子と、シリン ジスライダーとの隙間の ないセット ・使用シリンジと、機器シリ ンジサイズ表示の一致 ・設定流量（桁間違い注意） 	<ul style="list-style-type: none"> ・流量設定（設定流量値） ・輸液の残量 ・ルートの状態 →接続部の漏れや閉塞 ・針刺入部の状態 →皮膚の状態、薬液の血 管外漏出 ・アラーム原因 ・電源コンセントの接続 ・AC/DC ランプの点灯

3) 使用後の取り決め

- (1) 薬液中止時は、三方活栓を閉じてからラインをはずす。
- (2) 使用後はシリンジポンプを環境クロスで清拭後、外観点検を行いMEセンターに返却し点検を依頼する。

3. 輸液ポンプの安全使用

1) 使用前・使用開始・使用中の確認

(1) 輸液ポンプチェック表を用いてチェックする

使用前	使用開始時	使用中
<ul style="list-style-type: none"> ・ポンプの外観 ・滴下ブローブの異常 ・輸液台の取り付け位置 取り付け台、床からの高さ、重心の位置、安全性、取り付けネジの締め具合 ・電源コンセントの接続 ・バッテリーランプの点灯 ・輸液セットの選択 ・開扉時のフィンガー部分の動き ・閉塞センサーの動き 	<ul style="list-style-type: none"> ・送液部に挟む輸液ルートの状態、捻じれ、たるみ、牽引がない ・輸液クレンメの位置 (輸液ポンプより下側にセット) ・閉扉時のルートの挟み具合 ・流量の入力 ・使用開始後の輸液の滴下状態 ・ルートの状態 (漏れ、閉塞の有無) ・薬液に応じた点滴セット 	<ul style="list-style-type: none"> ・設定流量の値 ・輸液の残量 ・輸液に応じた点滴セット ・ルートの状態 →接続部の漏れや閉塞 ・刺入部の状態 →皮膚の状態、薬液の血管外漏出 ・アラーム鳴動時の原因 ・輸液回路の使用期間 ・電源コンセントの接続 ・AC/AD ランプの点灯

2) 使用後の取り決め

- (1) 薬液中止時は、クレンメを閉じてからラインをはずす。
- (2) 外観点検を行い、MEセンターに返却し点検を依頼する

4. 起こりやすいエラーと防止策

1) 電源を入れても作動しない。

- (1) 電源コード、電源プラグ等に破損、断線などがいないか確認する。
- (2) 電源供給により作動ランプが点灯することを確認する。
- (3) 機種によっては、専用の輸液セットやシリンジを装着しないと正常に作動しないタイプもあるので注意する。また、予定輸液総量やシリンジの容量を設定しないと誤作動するタイプもあるので注意する。

2) 患者搬送中に急に作動しなくなる。

- (1) 定期的に充電をしておく。
- (2) 昇圧剤投与している場合は、近くのACコンセントにつなぎ、代替品を用意する。

3) 各種のアラームが鳴る。

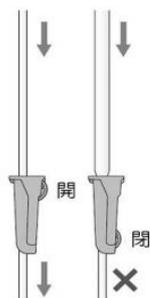
- (1) 過負荷、残量、気泡混入、電圧低下、バッテリー切れなどに注意する。過負荷は点滴漏れや三方活栓での閉塞が原因のことが多い。
- (2) 定期的にバッテリーの寿命や充電状態をチェックする。

輸液ポンプの主なアラーム機能

- **閉塞アラーム**
チューブの折れ曲がりや針先の詰まり、輸液セットのクランプの開け忘れによりチューブ内の内圧が上がったことを、間接的に閉塞警報検出センサが検知したとき
- **気泡アラーム**
チューブ内の気泡（空気）をセンサが検知したとき
- **ドアアラーム**
ドアが開いたことを検知したとき
- **バッテリーアラーム**
バッテリー作動中にバッテリーの残量が少なくなったことを検知したとき
- **流量異常アラーム**
滴下センサ使用時に流量異常（フリーフローが発生したとき）

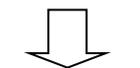


閉塞アラームが発生する主な原因



- チューブ内圧が上昇することによって、径が太くなる
- チューブが膨らんだこと（チューブが硬くなる）を検知することで、閉塞を間接的に検知する
- 輸液セットのクレンメ・三方活栓の開け忘れが多く見受けられる

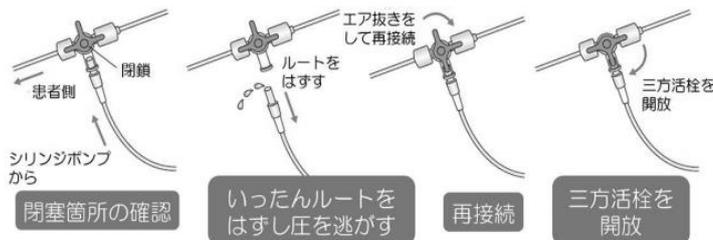
【注意】
閉塞部位を開放すれば、この膨らみ分の薬液が一気に流れる（急速注入）



もし…

閉塞アラームが表示されたら？

- 閉じていた三方活栓を開く前に、ルートをはずし、
圧を逃がす（過剰な薬液を除去する）



閉塞アラーム解除後は、
血圧などの変動に
注意しバイタルサイン
をチェックする

閉塞アラームに関する注意

- 穿刺針先端が血管外にあるくらいの注入抵抗では閉塞検知はすぐにはできない
- フィルターが目詰まりなどでも閉塞警報が発生する可能性がある
- 輸液セットのクレンメは、必ずポンプの下流側にセットする。クレンメを下流側にセットすることで閉塞解除や気泡除去が安全に行える



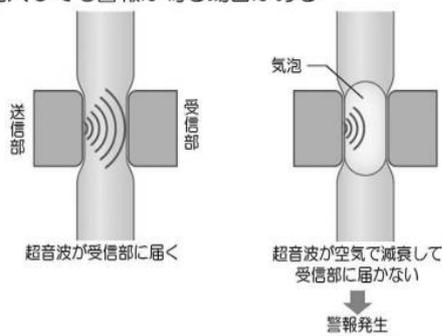
気泡検出センサ



- 輸液ポンプは自然滴下と異なり、ポンプで薬液を注入している。そのため、気泡検出センサがはたらかないと空気を送り続けることになる
- おおむね、輸液ラインに1cm以上の気泡が混入すると警報が鳴る
- 小さな気泡が混入しても警報が鳴る場合がある



気泡検出センサにラインを押し込む



ドアアラームの原因

- 運転中にドアが開いた
- 転倒・落下してドアが閉まらない



ドアを閉めてアラート解除
ドアを閉めても表示される場合は点検

バッテリーアラームの原因

- バッテリーで動作時にバッテリーの残量が少なかった

すみやかに電源コードを接続



- コードを接続しても警報が出る場合
 - ・ コードの断線
- 十分充電しているにもかかわらず、すぐに警報が出る場合
 - ・ バッテリーの機能低下（内部バッテリーの交換）

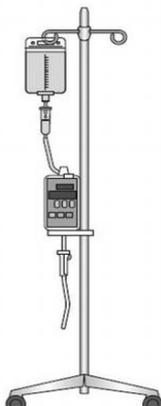
流量異常アラームの原因

- 正しくチューブをセットしていますか？
- 輸液セットから液漏れ
- 指定外の輸液セットの使用
- 滴落センサの装着位置が正しいですか？
- 点滴筒に傷・汚れなどありませんか？
- 滴落センサ面が汚れていませんか？
- 滴落センサが直射日光や強い光にあたっていませんか？

- 4) 輸液ルートとの接続部がゆるんで薬液が漏れる。
 - (1) 輸液ルートとの接続部は確実にとめる。
 - (2) 薬液注入後や新しい薬液との交換時に、三方活栓の閉め忘れや開け忘れが多いので注意する。
- 5) 輸液が設定通りに入らない。
 - (1) 輸液状態を定期的に残量でチェックする
 - (2) 各設定の確認をする。
 - (3) 輸液ルートを確認する。(24時間以上の使用は精度のずれに繋がる)
- 6) 輸液アラームが鳴り直ちに確認したが、閉塞していた。
 - (1) 輸液が微量の注入では、輸液ラインの閉塞検知に時間がかかることを知っておく。
 - (2) 輸液ルートは穿刺部から薬剤までルートをたどり確認する。
- 7) 穿刺部位が腫脹していた。

- (1) ポンプは血管外の漏出を検知できず、薬液を送り続けることを知っておく。
 - (2) 定期的に穿刺部の確認を行い、刺入部の腫脹に注意する。
- 8) 側管にポンプを使用すると、自然滴下の主輸液が落下していなかった。
- (1) 輸液ルートの側管から複数のルートで薬液を注入時、ひとつにポンプを使用し他方は自然落下で投与した場合は、注入圧差が生じて、自然落下の輸液が正常に落下しない場合があることを知っておく。
 - (2) 定期的に薬剤の残量を確認し、輸液状況を把握する。
- 9) 医療機器に水や薬品をかけてしまう
- (1) 電源プラグの部分は注意する。また、医療機器の内部に水が入った場合は、すぐに代替品を用意し、点検を依頼する。
 - (2) 異常音や異臭がした時は、すぐに代替品を用意し、点検を依頼する。

ポンプ取り付け時のポイント



ポンプは高い位置に設置しない

キャスターの多いスタンドを使う

ポンプ専用のスタンドも考慮する

セルフチェックの確認

全点灯確認



不具合があったら
使用しない



プライミングの手順



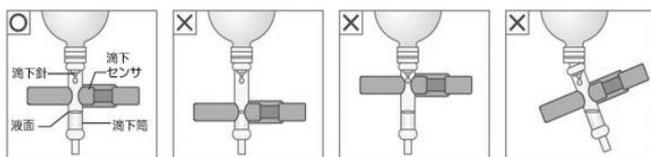
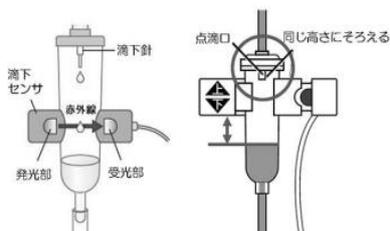
1. 輸液ラインのクレンメ閉鎖
2. 薬液ボトルに接続
3. 点滴筒の1/3を薬液で満たす
4. クレンメをゆっくり開放し、輸液ラインに空気が入らないよう落差を利用し、薬液を満たす
5. クレンメを閉鎖

滴下センサ（プローブ）の取り付け

（滴数制御式のときは絶対必要）

取り付け時の注意点

- 滴下針より下
- 液面より上
- 滴下針にかからないように可能な限り近づける
- 斜めにしない



除細動器の管理

当院では、除細動器と AED がある

1. 除細動の管理

- 1) 除細動器は、臨床工学技士・購入業者が管理する。
- 2) 臨床工学技士と部署が除細動器の動作点検を行う。
- 3) AED は、臨床工学技士・購入業者が点検を行う。

2. 点検について

- 1) 日常点検
 - (1) 部署は、定期的にチェック項目を確認する。(基本動作・充電・時計表・付属品・外観など)
 - (2) 臨床工学技士は、定期的にチェック項目を確認する。
- 2) 臨床工学技士は、AED 及び除細動器の動作点検を定期的に行い、機器個体の保守管理点検記録を作成し、管理する。

3. 起こりやすいエラーと防止策

- 1) 電源スイッチを入れても作動しない。
 - (1) 常に充電しておく。
 - (2) 電源コード・電源プラグ等に破損・断線がないかどうかを確認する。
 - (3) 毎週電源を入れ、テスト作動し、正常に作動することを確認する。
 - (4) 使用時に作動しない場合は、他部署から借用して使用する。
- 2) 必要備品の不足・不備
 - (1) 皮膚パッド・ゼリー等、必要なものは除細動器と同じ場所に置き、動作チェックと共に備品のチェックも行う。

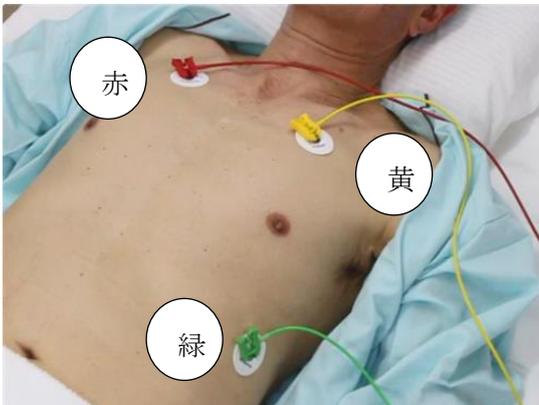
心電図モニター

1. 【ミスを起こしやすい要因】

- 1) 機器についての知識不足
- 2) アラーム装置無作動
- 3) 装着中の観察不足
- 4) 家族への説明不足

2. 【防止対策】

- 1) 心電図モニターの使用方法について認識しておく。
- 2) 心電図モニター装着時には、必ずフルネームで氏名入力を行う。
- 3) 訪室時は、電極が正しく貼付されているか、皮膚の観察・チェックを行う。



電極は右鎖骨下付近、左鎖骨下付近、左側腹部付近に貼りつける

- 4) アラーム音は常時作動するようにセットしておく。アラームが鳴ったら、必ず患者の状態を観察する。(モニター電極が患者からはがれていないか、リード線がモニター電極からはずれていないかなどを確認する)
- 5) 心電図の取り扱い・緊急対応が必要なアラームや波形の学習会をする。
- 6) 使用後は、常時使用できるように電池・電極など揃えておく。
- 7) 家族への説明をしておく。

除細動

1. 【ミスを起こしやすい要因】

- 1) 整備点検の不備
- 2) 機器についての知識不足
- 3) 患者・操作者の火傷
- 4) 操作中の観察不足

2. 【防止対策】

- 1) バッテリーは常時充電できているか確認しておく。
- 2) 操作手順を除細動器に付けておく。
- 3) 患者にピップエレキバン・貼用薬剤・貴金属など付いていたら取り除く。
また、患者の胸部が水や薬液で濡れていないことを確認する。
- 4) ペーストは電極と皮膚の間に隙間のないように電極面に塗布する。
- 5) 除細動中に患者・誘導ケーブル・リード線・ベッド柵・その他電流となり得る物に、介助者が触れていないことを確認する。
- 6) 実施者の手は乾燥させプラスチック手袋を着用し、パドルの把手にペーストがつかないようにする。
- 7) 除細動についての学習会を行う。

【備考】

除細動設置場所：救急室・2病棟・3階南病棟・4階南病棟・5階北病棟、OP室・心臓リハビリテーション室

AED設置場所：中央処置室・整形外科外来・腎センター・消化器病センター・ドック・ST室・リハ室・回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟
(1F)

AED・除細動器設置部署一覧表

R2年 6月1日

AED	除細動器
中央処置室（東棟2階）	救急室
内視鏡センター	2病棟
整形外来	3階南病棟
ドック	緩和ケア病棟
透析室	5階北病棟
4階南病棟	手術室
ST室	心臓リハビリ室
回復リハビリ病棟	

※2021年度より、緩和ケア、地域包括ケア病棟がコロナ病棟となっているため、4南病棟の除細動器をコロナ病棟に地域包括病棟のAEDを4階南病棟へ一時的に配置転換している

人工呼吸器

1. 【ミスを起こしやすい要因】

- 1) 整備点検の不備
- 2) 機械についての知識不足
- 3) 人工呼吸器装着における指示の確認不足
- 4) アラームの無作動
- 5) 装着中の観察不足

2. 【防止対策】

- 1) 人工呼吸器の種類と使用方法や点検方法について理解しておく。
- 2) 作動開始時は必ずテストバックにて作動可能か確認する。
- 3) 医師による人工呼吸器回路の始業点検を行い、設定とモニターを照合する。
- 4) 作動開始時、変更時は人工呼吸器運転記録に医師が記録する。
- 5) 各勤務 1 時間ごとに指示された設定で正しく作動しているか人工呼吸器運転記録に沿ってチェックする。また設定が変更された際にもチェックを行う。
- 6) アラーム音は常時作動するようにしておく。またアラーム音が鳴った場合は患者状態を観察し、呼吸回路を点検する。
- 7) 指示されたマーキング位置に気管また挿管チューブが固定されているか確認する。挿管チューブ固定のテープのゆるみがないか確認する。カフのエアの膨らみやエア量も確認する。
- 8) 吸引による気管損傷に注意する。
- 9) 体位変換は二人以上で行い呼吸器回路から目を離さないようにする。ケア後は蛇管の固定や位置を確認する。
- 10) 電源は非常電源を使用しコードが抜けないうビニールテープで固定する。
- 11) 人工呼吸器使用中、パルスオキシメーターを装着する。
- 12) 蛇管内の水滴が、気管内に入らないように注意しウォータートラップ内の水は適宜捨てる。
- 13) 加湿器の蒸留水のチェック、入れすぎに注意する。
- 14) 自己抜管が確認された場合は、速やかに医師に報告する。
- 15) 自己抜管が予測される場合は、拘束の同意書を依頼したあと家族に説明し抑制を行う。
 - (1) 医師から人工呼吸器設定条件の変更時、看護師は必ず変更通りの設定がされているかを確認する。
 - (2) 加温加湿器を使用する場合は、加湿水の量、加湿水の温度を目視及び手で触れて確認する。(回路内の結露の程度によって判断する)
 - (3) 人工呼吸器使用中の観察項目

- ①患者状態：胸郭の動き、顔色、呼吸パターン、SPO₂値、バイタルサイン
- ②設定条件：換気モード、酸素濃度、1回換気量、呼吸回数、吸気圧、呼気終末圧、
PS
- ③実測値：1回換気量、呼吸回数、気道内圧
- ④警報設定：最高気道内圧、分時換気量、呼吸回数、1回換気量、無呼吸
- ⑤確認事項：呼吸器回路の接続、必要時加温加湿状態（加湿水量、温度）、カフ圧、
接続電源、生体情報モニターのアラーム設定、呼吸器アラーム設定
- ⑥サーボガードは毎日交換する。人工鼻使用時は加温・加湿器使用禁止。

<対処>

- ①アラームが発生した場合は、患者の状態を確認して、呼吸回路に問題がないか点検する。
- ②抜管が確認された場合には、医師に連絡し、速やかに気管チューブを抜去し、吸引を行った後、酸素吸入を行う。
- ③医師が再挿管を行うまでは必要に応じて看護師は気道確保を行いBVM（バックバルブマスク）にて換気を行う。

<機器点検>

- ①使用後は器具を院内感染マニュアルに沿って消毒し、消毒された器具を設置する。
- ②CEに点検依頼をして常時使用できる状態にしておく。依頼書を添え、透析器材室（MCE）に持っていく。
- ③点検が終了した人工呼吸器は、CEがMEセンターで保管する。

輸血

用語：赤血球濃厚液：RBC—LR 新鮮凍結血漿：FFP—LR 濃厚血小板：PC

1. 事故の要因

- 1) 輸血の指示受け間違い
- 2) 患者誤認
- 3) 血液製剤の不適切な取り扱い
- 4) 異型輸血
- 5) 血管外への漏れ
- 6) 副作用と合併症
- 7) 同意書の確認不足

2. 防止対策

- 1) 輸血の指示受け間違い
 - (1) 口頭指示は受けない
 - (2) 血液製剤依頼票と本人の血液型（システム）が合っているか2人で確認し、検査室に提出する。
 - (3) 交差適合試験報告書で指示の輸血製剤と合っているか確認する。
 - (4) 患者の血液型申告をうのみにしない。外部からの転院患者の場合は、当院での血液型判定を必ず行う。
- 2) 患者誤認
 - (1) 輸血受払時（マッチング済み）、出庫製剤リストと血液バックの患者氏名・血液型・製剤種類・LOT番号・有効期限を検査室と看護師の2人で声に出し確認、血液バックに異常（破損）がないか確認し、出庫リストにそれぞれの確認印を押す。
 - (2) 出庫製剤報告書と輸血製剤との照合を医師が行い、輸血ラベルに医師が署名し、出庫製剤リストにも捺印する。
 - (3) 輸血準備時、出庫製剤報告書と血液製剤の患者氏名・血液型（ABO式・RH式）・製剤種類・LOT番号・有効期限・使用日を2人で声に出し確認、血液バックに異常（破損）がないか確認する。
 - (4) 輸血実施時、患者に名前と血液型を確認し、リストバンドの名前と血液バックのバーコードをPDAにて照合し、適合ラベルの氏名とが一致していることを確認する。
 - (5) 外来、腎センターはリストバンドの代わりに基本伝票でバーコード確認を行う。

1. 血液製剤の外観を確認する



2. プラスティック針の差し込み



輸血口の1か所を開封し、プラスチック針のカバーをはずしてまっすに差し込む

3. ろ過筒を満たす



クレンメを開き、ろ過筒ができるだけ血液製剤で満たされるようにプライミングをする

(6) 輸血施行時は、患者に氏名と血液型を名乗ってもらい、血液バックの氏名と血液型を患者に見せて確認する。

(7) 輸血施行前、出庫製剤報告書に実施印をする。

3) 血液製剤の不適切な取り扱い

(1) 各製剤の保存方法

製剤種	保管法・取り扱い
照射赤血球濃厚液 自己血全血 CPD-A1	・ 2～6℃血液保冷庫に保存する ・ 約30分室温保存した製剤は、4時間以内に投与開始しなければならない
新鮮凍結血漿 (FFP)	・ マイナス20℃以下の冷凍庫に保存する ・ 溶解後約3時間以内に投与する ・ 一度溶解したものは再凍結できない ・ 落下等により破損しやすいので注意する
照射濃厚血小板	・ 室温（20℃～24℃）で振とう保存する ・ 冷蔵庫／冷凍庫保存は不可

①赤血球は40℃以上の加温や0℃以下の凍結融解で溶血する。

②凍結血漿は50℃以上の加温で蛋白変性する。

③血小板は4℃保存で寿命短縮する。

(2) FFP-LR 融解時、バーコードシールなどがはがれないようビニール袋に入れて融解する。

(3) FFP-LR は輸血バックの破損の有無に留意するため、融解後、破損がないかチェックする。

(4) 輸血セットは製剤により異なるので正しい輸血セットを使用する。

(5) 輸血製剤保管は検査室で行い、輸血開始直前に検査室より出庫し、常温で長時間放置しないように気を付ける。

(6) 検査室での受払いは必ず交差試験報告書と輸血バックとセットで行う。

(7) 血液製剤とブドウ糖液など注射液との混合は溶血や凝血をおこしやすいので避ける。

(8) 血液バックに輸血セット装着時は、平らなところに置き、血液バックを破損しないように気をつけてセットする。

4) 異型輸血防止

(1) 輸血の指示がでたら、血液型報告書と交差試験報告書とが合っているか2人で確認する。

(2) 輸血受払時（マッチング済み）、出庫製剤リストと血液バックの患者氏名・血液型（ABO式・RH式）・製剤種類・LOT番号・有効期限を検査室と看護師の2人で

声に出し確認、出庫リストにそれぞれの確認印を押す。

- (3) 出庫製剤報告書と輸血製剤との照合を医師が行い、患者氏名を輸血ラベルに医師が署名し、出庫製剤報告書にも確認印を押印してもらう。
- (4) 輸血準備時、出庫製剤報告書と血液バックの患者氏名・血液型（ABO 式・RH 式）・製剤種類・LOT 番号・有効期限を 2 人で声に出し確認する。
- (5) 患者に氏名と血液型を確認し、血液製剤の型と適合ラベルの氏名と血液型が一致していることを確認する。
- (6) 緊急輸血時は血液型報告書と血液製剤の型（ABO 式・RH 式）が合っていることを確認してから実施する。

5) 血管外への漏れ

- (1) 原則、輸血用として末梢ルートを確認する。その場合、20G 針のサーフロー針を使用し、薬剤は生理食塩水 100ml 又は 500ml を使用する。
但し、血管確保が困難な場合は既存のルートの側管ルートを使用することもある。
- (2) 血管に確実に入っているか逆流を確認してから輸血ルートを接続する。
- (3) 輸血実施 5 分間は腫脹の有無を確認する。
- (4) 刺入部の熱感・疼痛・腫脹などの異常を感じたら報告するよう説明する。

6) 副作用と合併症

- (1) 輸血中は副作用の有無の観察を十分に行う。輸血開始後 15 分間はゆっくり 15～20 滴/分で始め、5 分間はベットサイドで観察した後、指示の滴下数とする。
- (2) 輸血開始後、5 分・15 分・30 分とバイタルサインのチェック及び副作用の有無の観察を行い、出庫製剤報告書と看護記録に記載する。
- (3) 刺入部の熱感・疼痛・口周囲の違和感・発熱・悪寒・蕁麻疹などの異常を感じたら連絡するよう説明しておく。
- (4) 輸血中は度々訪室し、副作用の有無を観察し、時間とおりの滴下数か確認する。
- (5) 急速輸血を行う場合は、加温器を使用し 37℃で加温する。
- (6) 輸血時の副作用を確認し、輸血使用伝票の副作用記入欄に副作用の有無を医師がチェックする。
- (7) 副作用が起こった場合は詳細に原因を追究し次回からの輸血に備える。

7) 同意書の確認不足

- (1) 輸血実施が決まったら医師より輸血に関する説明を本人や家族に説明し同意を得る。
- (2) 輸血実施前には必ず輸血同意書が提出されているかの確認を行い実施する。
- (3) 輸血同意書は原則 1 入院あたり 1 回の同意書、外来や透析患者においては最低 3 か月に 1 回程度、同意書を提出してもらうが主治医に確認する。

3. 事故発生時

- 1) アレルギー症状等の輸血の副作用が出現したら、医師に報告し指示を仰ぐ。
- 2) 不適合輸血による症状は、輸血最初の2～3mlで出現するので、症状が発生した場合は緊急処置として直ちに輸血を中止する。
- 3) 輸血針を残したまま、輸液セットを新しく交換し、ラクテック 1000ml を最速（全開）で点滴する。
- 4) ショック対策（下肢拳上、ステロイド剤や昇圧剤等）、急性腎不全対策（導尿、利尿処置）、DIC 対策（抗凝固剤等）を速やかに適切に対処する。（医師の指示にて）
- 5) 副作用が発生した場合、原因究明のために使用した輸血バックは保存する。
- 6) 輸血バックが破損している場合は輸血を中止する。
- 7) 使用期限切れの血液製剤の廃棄処分は検査室にて、手続きを行う。
- 8) 患者誤認や異型輸血などおこなった場合は、輸血を即時に中止しルート交換する。（血管確保の目的で抜針はしない）
- 9) 担当医師・看護師長に直ちに報告し医師の判断で医療安全委員長に連絡する。
- 10) 担当医師より本人及び家族に説明報告する。

4. 輸血拒否患者の対応

輸血は、人類に最初に行われた臓器移植である。かつ、血液成分の欠乏・機能不全による臨床的異常を是正するための補充療法であり、必要不可欠な医療行為である。疾患の種類によっては、輸血療法を行わずして治療は成功しない。

一方、輸血に伴う副作用・感染などの合併症が皆無ではないため、輸血は必要最低限であることが望ましく、かつ現代社会では様々の医療行為を行う際には、患者の意思を尊重し患者主体の医療を行うことが不可欠になっている。（インフォームド・コンセント）

このような見地から、1997年4月より厚生労働省は輸血前にインフォームド・コンセントを行うことを義務づけ、患者が知らされないまま輸血を受けるということはなくなった。この際、同意書として文書で行うことが義務づけられており、本院でも①輸血の必要性、②輸血によっておこりうる副作用、③輸血方法と予定される輸血量、④輸血に関連する検査事項、⑤その他の留意点などの事項を内容とした共通の文書を作成し、患者（家族）に十分に説明しながら使用している。

十分な説明を行っても同意が得られない場合や、「エホバの証人」に代表される宗教上の輸血拒否の場合は、既に種々の医療施設で検討されているが、患者及び家族の意思を尊重し、医師は、輸血を強制できない場合が多く、また輸血をしないための法的責任を負うことはないと考えられるが、可及的な代替療法にて最善の手をつくすことが必要である。さらに、患者ごとの個々のケースで異なる対応をするのでは、緊急時に適切な対応ができない恐れがある。

当院では、「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」に準じて対応する。

アナフィラキシーショック

アナフィラキシーは薬剤投与開始直後から短時間で症状が現れる事が多く、重症になると、生命に影響を及ぼす重篤な事態となる。アナフィラキシーショック発現の可能性を考えながら投与し、患者の状態を観察するとともに症状発生時は適切に対応できるようにする。(薬剤関連アレルギーの項も参照する。)

【事故防止策】

1. 薬剤投与時の確認

- 1) 患者の食物・薬品などのアレルギーの既往を確認する。
- 2) 医薬品での副作用、アレルギー反応の既往を確認する。
- 3) 薬剤投与の必要性を検討する。
- 4) アレルギー反応陽性の既往がある場合は当該薬剤の投与は禁忌とする。
- 5) 抗菌薬・抗がん剤などは点滴投与開始から 30 分間は終了安静に保ち、医師又は看護師が十分な観察を行う。
- 6) 投与時時は必ずショック等に対する救急措置のとれる準備をしておく。

2. 発生しやすい薬品

- 1) 抗がん剤、解熱消炎鎮痛剤、抗菌薬、血液製剤、生物由来製剤
- 2) 小児では、卵由来の成分を含む塩化リゾチーム、牛乳由来蛋白を含むタンニン酸アルブミン、乳酸菌製剤、経腸栄養剤、インフルエンザワクチンによるものなど
- 3) 造影剤

3. アナフィラキシーショックの症状

1) アナフィラキシー発現の早期発見

抗菌剤等の投与直後は特に、慎重な観察により「即時型アレルギー反応を疑わせる症状」を早期に発見する。

- (1) 早期の皮膚症状：蕁麻疹、掻痒感、紅斑、皮膚の発赤などの全身的な皮膚症状
- (2) 皮膚症状に続く症状（こちらが先行することもある）
 - ①消化器症状：嘔気、嘔吐、胃痛、下痢など
 - ②眼症状：視覚異常、視野狭窄など
 - ③呼吸器症状：嘔声、鼻閉塞、くしゃみ、咽喉頭の掻痒感、胸部圧迫感、言語不明瞭呼吸困難、喘鳴、チアノーゼなど
 - ④循環器症状：頻脈、不整脈、血圧低下、発汗など
 - ⑤神経関連症状：不安、恐怖感、意識の混濁など

4. アナフィラキシーの診断基準

- 1) 食物も含め様々な原因によるアナフィラキシーを対象とした診断基準である。
- 2) 診断基準は、下記の3項目のうちいずれかに該当すればアナフィラキシーと診断される。
- 3) 注射剤によるアナフィラキシーは5分以内に症状が出現することが多い点に留意する。

1. 皮膚症状(全身の発疹、痒痒または紅潮)、または粘膜症状(口唇・舌・口蓋垂の腫脹など)のいずれかが存在し、急速に(数分～数時間以内)発現する症状で、かつ下記a、bの少なくとも1つを伴う。



皮膚・粘膜症状

さらに、少なくとも右の1つを伴う



a. 呼吸器症状
(呼吸困難、気道狭窄、喘鳴、低酸素血症)



b. 循環器症状
(血圧低下、意識障害)

2. 一般的にアレルゲンとなりうるものへの曝露の後、急速に(数分～数時間以内)発現する以下の症状のうち、2つ以上を伴う。



a. 皮膚・粘膜症状
(全身の発疹、痒痒、紅潮、浮腫)



b. 呼吸器症状
(呼吸困難、気道狭窄、喘鳴、低酸素血症)



c. 循環器症状
(血圧低下、意識障害)



d. 持続する消化器症状
(腹部痛、嘔吐)

3. 当該患者におけるアレルゲンへの曝露後の急速な(数分～数時間以内)血圧低下。



血圧低下

収縮期血圧低下の定義：平常時血圧の70%未満または下記

生後1ヵ月～11ヵ月	< 70mmHg
1～10歳	< 70mmHg + (2 × 年齢)
11歳～成人	< 90mmHg

Simons FE, et al. WAO Journal 2011; 4: 13-37. Simons FE. J Allergy Clin Immunol 2010; 125: S161-81. Simons FE, et al. アレルギー 2013; 62: 1464-500 を引用改変

5. 【事故発生時の対応】

1) 薬剤使用時の観察

- (1) アナフィラキシー発症の危険性が高い薬剤(造影剤・抗菌薬・筋弛緩薬等)を静脈内注射で使用する場合には、投与開始から「5分間」は注意深く観察する。
- (2) 症状の例：ふらつき・のどの痛み・しびれ・むずむず感・嘔気・息苦しさ・くしゃみ・体熱感・皮膚の紅潮・眼球上転・痙攣・急速な換気困難・心電図のST上昇など

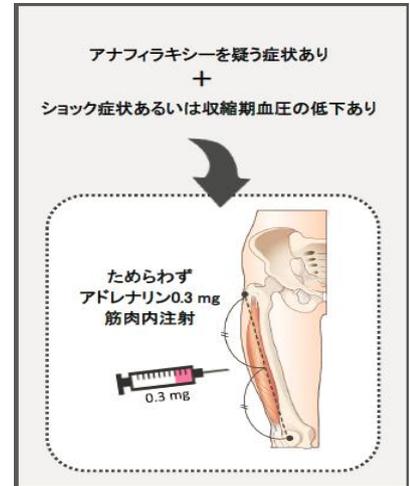
*アナフィラキシーの診断において皮膚症状は必須ではありません。

2) 症状の把握とアドレナリン(当院採用薬はボスミン)の準備

- (1) 薬剤投与開始から5分以内に皮膚症状出現の有無に関わらず、症状が出現した場

合はアナフィラキシーを疑う。

- (2) アナフィラキシーを疑ったら薬剤の投与を中止する
- (3) 助けを呼び、バイタルサインを測定することと並行して、アドレナリンの筋肉内注射を準備する。
- (4) アナフィラキシーを疑う症状を認め、ショック症状あるいは収縮期血圧の低下がみられる場合は、成人の場合直ちに**アドレナリン（当院採用薬はボスミン）0.3 mg、**を大腿前外側部に筋肉注射する。（エピペンでも可）
 - *収縮期血圧の低下：目安として90 mm Hg 未満あるいは通常血圧より明らかな低下
- (5) アドレナリン0.3 mgの筋肉内注射であれば有害事象が起きる可能性は非常に低い。
 - *抗ヒスタミン薬、副腎皮質ホルモン薬はあくまで第2選択薬であり、救命に寄与するとのエビデンスは存在しない。



- ①医療事故調査・支援センター「医療事故の再発防止に向けた提言 第3号」
- ②看護手順「抗菌剤の用法と副作用の観察（注射用）」を参照

血管外漏出予防と対応マニュアル

1. 輸液（薬剤）による血管外漏出皮膚障害

薬剤の血管外漏出の影響は、全く障害を起こさない症例から、皮膚壊死をおこし後遺症を残す重篤な症例まで様々である。一番大切なことは、血管外漏出を予防することである。しかし、血管外漏出が生じた場合、皮膚障害の程度は薬剤の種類、濃度、濃度、量、部位患者の基礎疾患・全身状態により異なり、正確に予想することは難しく経過観察とその都度の適切な対応が重要である。

2. 血管外漏出のリスク要因

1) 患者因子

- (1) 年齢：高齢者や乳児は訴えがはっきりしない、高齢者の欠陥は脆弱で血行不全もあり得る
- (2) 麻痺：(脳血管障害・脊髄障害)：浮腫を起こしやすい、痛みを感じにくい
- (3) 意識障害：自覚症状(疼痛・腫脹)の訴えが無く、発見が遅れる
- (4) 咳や嘔吐：体動による留置針の血管壁貫通

2) ルート関連因子

- (1) 確保部位：足背、手背静脈は静脈炎、漏出のリスクが高く、皮下組織が少ないため、血流障害を起こしやすい。関節部付近は動きにより血管損傷を起こしやすい
- (2) 輸液ポンプ使用：圧センサーが反応するまで漏れていても持続して圧入される

3) 環境因子

- (1) 就寝中の点滴：意識障害と同様に体動による留置針の移動、症状自覚の遅延

4) 薬剤因子

- (1) 抗がん剤は全般的に要注意
- (2) 抗生物質や通常の輸液製剤でも浸透圧やPH(酸性・アルカリ性)により障害を起こしやすい薬剤があるので注意

3. 予防法

1) 穿刺部位

- (1) 固定しやすく柔らかい留置針を使用する(翼状針は避ける)
- (2) 軟部組織に乏しく直下に腱・神経などが存在する手背/足背を極力避ける
- (3) 同一部位に再穿刺は行わない
- (4) 同一血管の末梢は避ける(特に抗がん剤)
- (5) 下肢の静脈は極力避ける(静脈血栓を生じやすい)

2) 血管確保

- (1) 確実な血管確保の確認：点滴ボトルを穿刺部位より下げて、輸液ルート内への血液逆流を確認する
- (2) 室温が低いとき、血管が細くルート確保が難しい場合は、あらかじめ腕を温めて血管を拡張させる
- (3) 中心静脈カテーテル：長期に刺激性薬剤を使用するときは、中心静脈カテーテル(CV・PICC)を積極的に検討する(ルート確保困難、高リスク薬剤使用時)

3) 観察

- (1) ルート確保部位を観察しやすくする（不透明なテープや脱脂綿で覆わない）
- (2) 局所観察：漏出の兆候（発赤、紅斑、浸潤、腫脹、水疱など）をバイタルサイン測定時または、巡視時に観察する
- (3) 患者の訴え：腫脹・疼痛の訴えに真摯に対応する（感度が一番高い）
- (4) 患者の協力：注意すべき薬剤の点滴中はなるべく安静を保ち、違和感や疼痛等の症状は遠慮なくスタッフに知らせるよう説明する
- (5) 時間帯：リスクの高い抗がん剤投与などは、スタッフの多い日勤帯に終了できる予定を依頼する。

4. 薬剤の血管外漏出時の対応

原則：血管外漏出発生時対応フローチャート（資料1）に沿って対応を行う

薬剤漏出に対する確率された治療方法は少なく、従来から実施されてきた治療も、かえって障害を助長する可能性もあるため、本マニュアルでは有効性の確立していない処置は医師の裁量で行うこととし、ルーチンでは行わないこととした。

時間外（夜間・休日）に専門医を常にコールすることは、通常業務に支障を来すおそれもあるため、（専門外）の担当医・主治医が（通常勤務時間帯に）専門医に紹介するまでに行うべき処置に関して記した。（ただし担当医・主治医の判断による紹介を制限するものではない）

1) 発見者による初期対応

- (1) 発見：薬剤漏出が生じ、刺入部の発赤、皮膚色変化、腫脹・硬結、水疱、皮膚からの浸出液漏出などがみられた場合は、ただちに投与を中止する
- (2) 吸引・抜去：留置針を抜く時に 10m 1 氏稟議で陰圧をかけながら内容を吸引し漏出薬剤を可能な範囲（3～5m 1 程度）で回収しながら針を抜去する。
針孔から薬剤が流出する場合は流出を促す圧迫は行うが、無理
- (3) レベル分け：漏出薬剤の種類により対応が異なるため、抗がん剤なら表 1、抗がん剤以外なら表 2 を参照に、レベル分類をする（掲載無しはレベル I）
- (4) 記録：漏出部位をよく観察し患者の状態を記録に残す
- (5) 経過観察：最もリスクの少ないレベル I に対しては、原則経過観察となる。
皮膚障害は遅くとも漏出後 3 日以内には出現するので、2～3 日の観察が望まれる。
- (6) 患肢挙上：有効性は明らかではなく積極的には推奨しない
- (7) アクリノール液（リバノール）を用いた湿布：有効性は明らかでなく、アレルギー反応を起こす場合もあるので原則行わない

2) 医師による初期対応

- (1) レベルⅢに関しては原則すぐ医師（主治医、担当医、時間外「なら管理当直医師」）に報告し対応を仰ぐ
- (2) 皮膚科への紹介は、担当医の初期治療の後、（原則）日勤帯で行う
- (3) 温罨法・冷罨法：多くの薬剤で有効性が明らかでないため、表 1.2 に示す有効性が証明されている薬剤漏出の場合以外は行わない。また、過度の温罨法・冷罨法はかえって皮膚障害を生じる可能性もあるため、資料 2 に示す形で 1 回 15 分を 1 日 4 回で行い、長時間の温罨法・冷罨法は行わない。
- (4) ステロイド軟膏：デルモベート軟膏（クリーム剤はびらんがある場合刺激になるため原則軟膏を使用）貼付して、ガーゼで覆う。

- (5) ステロイド局注：有効性が証明されている薬剤は少ないが主治医、担当医の判断にて施行してもよい。施行する場合は資料3を参照して行う。

高知医療センター
血管外漏出予防と対応マニュアル参照

- 3) ガベキサートメシル酸塩使用については、血管外漏出がなくても血管炎を起こすことにより、深い潰瘍を生じることが知られている（濃度依存性）。ガベキサートメシル酸塩を末梢血管から投与する際は、輸液の濃度を0.2%以下（本剤100mgあたり50mL以上の輸液）とすることを周知徹底する。中心静脈より投与する場合のみ高濃度可とする。

血管外漏出発生時 対応フローチャート

血管外漏出を
発見

【発見のポイント】

自覚症状：疼痛・しびれ・冷感・熱感
挿入部観察：発赤・腫脹・水泡・硬結
皮膚色変化
その他：滴下不良、逆血の消失
不穏状態、身体抑制中は特に注意する

【発見者による初期対応】

- ①ただちに投与中止
- ②吸引・抜針：10mlのシリンジを使用して、陰圧をかけながら内容を吸引し点滴抜去する
- ③漏出薬剤によるレベル分け：抗がん剤は表1、その他は表2を参照しレベル分類して以下の対応
※レベルⅡとⅢはマーキング、インシデントレポート提出
- ④観察と記録：漏出部位を良く観察し患者の状態を記録する（発見時間、部位、症状、漏出薬剤）
- ⑤説明と報告：患者に説明（意識障害や認知障害がある場合は家族に説明）
レベルにより医師への報告をする

レベルⅠ
(表にない薬剤)

レベルⅡ
(炎症性の薬剤)

レベルⅢ
(壊死性の薬剤)

・軽度の腫脹、浮腫

★注意★

水泡形成、循環障害、神経
症所がある場合レベルⅢで
対応

・発赤、腫脹、熱感、紫斑
・皮膚からの浸出液漏出

★注意★

水泡形成、循環障害、神経症
所がある場合レベルⅢで対応

・水泡、血疱・紫斑形成
・皮膚の色調変化（白色）
・疼痛、皮膚壊死
・循環障害
・神経症状

・経過観察
(2~3日、日勤帯で評価)

・必要時温罨法・冷罨法
・経過観察の上、医師へ報告
①日勤帯は主治医へ報告
②夜間は翌日、主治医へ報告

・医師に報告（主治医・担当
医、不在時は管理当直医師）
・医師による診察・処置
①必要時温罨法・冷罨法
②ステロイド軟膏塗布
(適宜局注)
③平日日勤帯に皮膚科紹介
基本緊急時は主治医対応で！

・医師の判断にて皮膚科紹介（原則平時時間内）
・局所ステロイド皮下注は医師の判断にて実施

高知医療センター
血管外漏出予防と対応
マニュアルより抜粋

表1.要注意薬剤一覧(抗がん剤の注射薬)

平成30年作成

	薬剤名(抗がん剤)	リスク	レベル	救急処置
ア行				
	アクプラ静注用10mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	アクラシノン注射用20mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	アバスチン点滴静注用100mg・400mg	非炎症性	レベルⅠ	
	アービタックス注射液100mg	非炎症性	レベルⅠ	
	アブラキサン点滴静注用100mg	壊死性	レベルⅢ	温
	アリムタ注射用500mg	非炎症性	レベルⅠ	
	注射用イホマイド1g	炎症性	レベルⅡ	冷
	エクザール注射用10mg	壊死性	レベルⅢ	温
	ファルモルピシン10mg・50mg	壊死性	レベルⅢ	冷
	エルプラット点滴静注液50mg・100mg	炎症性	レベルⅡ	温
	注射用エンドキサン100mg・500mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	オブジーボ100mg	非炎症性	レベルⅠ	
	オンコピン注射用1mg	壊死性	レベルⅢ	温
カ行				
	カイプロリス点滴静注用40mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	カドサイラ点滴静注用100mg・160mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	カルセド注射用20mg・50mg	壊死性	レベルⅢ	冷
	キロサイド注20mg・N注400mg・N注1g	炎症性	レベルⅡ	冷
	ゲムシタピン点滴静注用200mg・1g	炎症性	レベルⅡ	冷
	コホリン静注用7.5mg	非炎症性	レベルⅠ	
サ行				
	注射用サイメリン100mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	サンラビン点滴静注用150mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	シスプラチン点滴静注10mg・25mg・50mg	炎症性	レベルⅡ	冷
タ行				
	ダウノマイシン静注用20mg	壊死性	レベルⅢ	冷
	ダカルバジン注用100	炎症性	レベルⅡ	冷
	ドセタキセル20mg・80mg	壊死性	レベルⅢ	温
	テモダール点滴静注用100mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	トーリセル点滴静注液25mg	非炎症性	レベルⅠ	
	ドキシル注20mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	ドキシソルピシン塩酸塩注射液10mg	壊死性	レベルⅢ	冷
	トポテシン点滴静注40mg・100mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	トレアキシン点滴静注用25mg・100mg	壊死性	レベルⅢ	冷

	薬剤名(抗がん剤)	リスク	レベル	救急処置
ナ行				
	ノバントロン注10mg	壊死性	レベルⅢ	冷
ハ行				
	パージェタ点滴静注420mg/14mL	非炎症性	レベルⅠ	
	ハーセプチン注射用150	非炎症性	レベルⅠ	
	ハイカムチン注射用1.1mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	パクリタキセル注30mg・100mg	壊死性	レベルⅢ	温
	ハラヴェン静注1mg	非炎症性	レベルⅠ	
	パラプラチン50mg・150mg・450mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	ピシパニール注射用1KE・5KE	非炎症性	レベルⅠ	
	ピダーザ注射用100mg	非炎症性	レベルⅠ	
	ピノルビン10mg・20mg	壊死性	レベルⅢ	冷
	5-FU注250mg・1000mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	ファルモルピシンRTU注射液10mg	壊死性	レベルⅢ	冷
	注射用フィルデシン3mg	壊死性	レベルⅢ	温
	ブレオ注射用5mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	ベクティビックス点滴静注100mg・400mg	非炎症性	レベルⅠ	
	ベルケイド注射用3mg	炎症性	レベルⅡ	冷
	ポテリジオ点滴静注20mg	非炎症性	レベルⅠ	
マ行				
	マイトマイシン注用2mg	壊死性	レベルⅢ	冷
	注射用メソトレキセート5mg・1000mg	非炎症性	レベルⅠ	
ラ行				
	リツキサン注100mg・500mg	非炎症性	レベルⅠ	
	ロイスタチン注8mg	非炎症性	レベルⅠ	

高知医療センター
血管外漏出予防と対応マニュアル参照

表2. 要注意薬剤一覧(抗がん剤以外の注射薬) 平成30年作成

薬剤名(抗がん剤)	薬効分類	レベル	救急処置
ア行			
アシクロビン点滴静注250mg	抗ウイルス薬	レベルⅡ	冷
アドレナリン注0.1%シリンジ	血管収縮薬・昇圧薬	レベルⅢ	温
アレビアチン注250mg	抗痙攣薬	レベルⅢ	温
アルプロスタジルアルファデスク5μg・10μg	血管拡張剤	レベルⅡ	冷
インデラル注射薬2mg	抗不整脈薬	レベルⅡ	
イントラリボス輸液20%・10%	脂肪乳剤	レベルⅢ	
献血ヴェノグロブリンIH5%静注0.5g・2.5g・5g	血漿分画製剤	レベルⅢ	
エルネオパ1号・2号輸液(末梢静脈経路では不可)	高カロリー輸液	レベルⅡ	温
大塚食塩注10% (高濃度で注意)	電解質液	レベルⅡ	温
カ行			
カルチコール注射液8.5% (高濃度で注意)	電解質液	レベルⅡ	温
カンレノ酸カリウム200mg	利尿剤	レベルⅡ	
クリンダマイシン注300mg・600mg	抗菌薬	レベルⅡ	
クラフォラン0.5g	抗菌薬	レベルⅢ	冷
ガベキサート100mg・500mg	蛋白分解酵素阻害剤	レベルⅢ	
コアヒビター10・50・100・150	蛋白分解酵素阻害剤	レベルⅢ	
サ行			
セファランチン注10mg	その他	レベルⅡ	
セルシン注射薬5mg・10mg	鎮静薬	レベルⅡ	冷
造影剤(X線)イオパミロン・オムニパーク	造影剤	レベルⅡ	冷
タ行			
ダイアモックス注射用500mg	利尿剤	レベルⅡ	
タンデトロン注射用20・50	血管拡張薬	レベルⅡ	冷
ダントリウム静注用20mg	その他	レベルⅢ	
デノシン点滴静注用500mg	抗ウイルス薬	レベルⅡ	冷
テルフィス	アミノ酸製剤	レベルⅡ	
ドパストン静注25mg・50mg	その他	レベルⅡ	
ドパミン塩酸塩点滴静注1mg	血管収縮薬・昇圧薬	レベルⅢ	温
ナ行			
ニカルジピン塩酸塩注射薬2mg	血管拡張薬	レベルⅡ	
ネオアミュー輸液	アミノ酸製剤	レベルⅡ	
ネオシネジンコーワ注1mg	血管収縮薬・昇圧薬	レベルⅢ	温
ネオフィリン注250mg	気管支拡張薬	レベルⅡ	温
ノルアドレナリン注1mg	血管収縮薬・昇圧薬	レベルⅢ	温
ノーベルパール静注用250mg	催眠・鎮静・麻酔剤	レベルⅡ	冷

薬剤名(抗がん剤)	薬効分類	レベル	救急処置
ハ行			
ハイカリック液RF液(末梢静脈経路では禁忌)	高カロリー輸液	レベルⅡ	温
点滴用バンコマイシン0.5	抗菌薬	レベルⅢ	冷
ビーフリード輸液	糖加アミノ酸製剤	レベルⅢ	温
ピソルボン	気道粘膜溶解剤	レベルⅡ	
ピトレシン注射液20	血管収縮薬・昇圧薬	レベルⅢ	冷
フェジン静注40mg	鉄剤	レベルⅡ	冷
フォリアミン注射液	葉酸注射液	レベルⅡ	
大塚糖液20%・50%	糖類製剤	レベルⅡ	温
フロセミド注20mg	利尿剤	レベルⅡ	
1%プロポフォール注200mg・1000mg	催眠・鎮静・麻酔剤	レベルⅡ	
点滴静注用ホスカビル注24mg/ml	抗ウイルス薬	レベルⅡ	冷
ボスミン注1mg	血管収縮薬・昇圧薬	レベルⅢ	温
マ行			
静注用マグネゾール (高濃度で注意)	電解質液	レベルⅡ	冷
マンニトールS	浸透圧利尿剤	レベルⅡ	冷
ミオコール静注50mg	血管拡張薬	レベルⅡ	冷
ミダゾラム注10mg「サンド」	催眠・鎮静・麻酔剤	レベルⅡ	
ミノサイクリン塩酸塩点滴静注用100mg	抗菌薬	レベルⅡ	温
メイロン静注 20ml・250ml・7%	アルカリ化製剤	レベルⅢ	温
メトロプラミド	消化管運動賦活剤	レベルⅡ	
ヤ行			
ラ行			
リン酸Na補正液0.5mmol/ml (高濃度で注意)	電解質液	レベルⅡ	

高知医療センター
血管外漏出予防と対応マニュアル参照

静脈血栓塞栓症の予防

深部静脈血栓症（DVT）と肺血栓塞栓症（PTE）は一連の疾患で、静脈血栓塞栓症（VTE）と総称される。下肢の深部静脈血栓が飛散して、心臓を経て肺動脈を閉塞させ、PTEを発症すると重篤になるため、予防と発症後の早期対応が求められる。予防対策の施行にあたっては、担当医師の判断が最優先されるものとする。

1. 静脈血栓塞栓症の発症予防対策

1) 患者のリスク評価

- (1) 各診療科別リスク分類より、治療による発生リスクを評価する。
- (2) 治療による発生リスクに、患者の状態によるリスクを高める危険因子を加味して総合的に肺血栓塞栓症の発生リスクを評価する。
 - ①強い付加的危険因子があれば発生リスクを一段階高める。
 - ②弱い付加的危険因子が複数個重なれば、リスクレベルを高める。
 - ③患者の状態により付加的危険因子は変化するため継続的に評価し、リスクレベルを変更する。
 - ④発生リスク点数が高い場合はより注意して観察を行う。

2) リスクレベルから予防方法を選択する。

- 3) 内科領域は基本リスクに加わる急性リスクの組み合わせで判断する
- 4) 脳神経外科領域は、ツールを使用して発生リスクを評価する。
- 5) 整形外科領域は、定めたリスク分類と危険因子から発生リスクを評価する。

2. 各領域の静脈血栓塞栓症のリスクの階層化

リスクレベル	一般外科・泌尿器科・ 婦人科手術	整形外科手術	産科領域
低レベル	60歳未満の非大手術 上肢の手術 正常分娩 40歳未満の大手 術	上肢の手術	正常分娩
中レベル	60歳以上、あるいは 危険因子のある非 大手術	腸骨からの採骨や下肢からの神経 や皮膚の採取を伴う上肢手術 脊椎手術 脊椎・脊髄損傷 下肢手術 大腿骨遠 位部以下の単独外傷	帝王切開 術（高リ スク以 外）
高レベル	40歳以上の癌の大手 術	人工股関節置換術・人工膝関節置換 術・股関節 骨折手術（大腿骨骨幹部	高齢肥満 妊婦の帝

		を含む) 骨盤骨切り術 (キアリ骨盤骨切り術 や寛骨臼回 転骨切り術など) 下肢手術に VTE の付加的な危険因 子が合併する 場合 下肢悪性腫瘍手術 重度外傷 (多発 外傷) ・骨盤骨折	帝王切開術 静脈血栓 塞栓症の 既往ある いは 血 栓性素因 の経膈分 娩
最高レベル	静脈血栓塞栓症の既 往あるいは 血栓性 素因のある大手術	「高リスク」の手術を受ける患者に 静脈血栓塞栓 症の既往あるいは血 栓性素因の存在がある場合	静脈血栓 塞栓症の 既往ある いは 血 栓性素因 の帝王切 開術

3. 静脈血栓塞栓症の付加的な危険因子の強度

危険因子の強度	危険因子
弱い	肥満 エストロゲン治療 下肢静脈瘤
中等度	高齢 長期臥床 うっ血性心不全 呼吸不全 悪性疾患 中心静脈カ テーテル留置 癌化学療法 重症感染症
強い	静脈血栓塞栓症の既往 血栓性素因 下肢麻痺 ギプスによる下肢 固定

4. 深部静脈血栓 (DVT) 予防

リスクレベル	予防法
低リスク	早期離床および積極的な運動
中リスク	弾性ストッキングあるいは間歇的空気圧迫法
高リスク	間歇的空気圧迫法と弾性ストッキングの併用あるいは 低用量未分化ヘパリン
最高リスク	間歇的空気圧迫法と弾性ストッキングの併用 低用量未分化ヘパリン併用

中央採血室（採血時）

1. 事故の要因と対策

1) 患者誤認

- (1) 患者の呼び出しは原則、採血システムに採血指示簿（バーコード）を読ませて採血番号の呼び出しにて行う。システムを用いない（入院患者など）場合は、患者をフルネームで呼称し呼び入れる。採血椅子に座った時点で再度、患者自身又は家族（付き添い者）から名乗ってもらい確認を行う。患者の持っている採血番号札（バーコード）をシステムでマッチングさせている。
- (2) 患者自身又は家族（付き添い者）からフルネームで氏名を名乗ってもらい、採血容器ラベルと同一氏名である事を確認、採血を実施する。（名乗れない場合は診察券をみせてもらい確認する。）

※同性同名の患者がいる場合は、基本伝票に「同性同名患者あり」という印字がされる

2) 接遇及びプライバシー保護

- (1) 採血椅子や採血台の安全を確認する。
- (2) 言葉がけは、患者に理解できるように分かりやすく、丁寧に行う。
- (3) 待ち時間がある時は、必ず「お待たせしました」と言葉がけをする。
- (4) 不必要に大声で患者の名前を呼んだり、個人の情報を話したりしない。
- (5) 体調が悪そうな患者がいれば、採血後診察までの間ベッドで休めることを説明する。
- (6) 不必要な私語は避ける。

3) 採血による合併症防止

- (1) アルコール消毒によるアレルギー反応に対し、事前に確認を行って実施する。もし、かぶれた場合、様子を観察し、必要に応じて皮膚科受診を勧める。
- (2) 神経損傷を避ける。可能な限り、浅い角度で深く刺しすぎず、表面に浮き出た血管を選んで採血を行う。採血時に血管痛を訴えた場合は、直ちに採血を中止する。痛みの持続やしびれの有無を確認し、異常があれば診療科の主治医に報告をして指示を受ける。
- (3) 採血中や直後に血管迷走神経反応を起こし、失神する患者がいることを念頭におき、観察を十分に行う。
- (4) 採血後の皮下出血を認めた場合には患者に謝罪し、細胞組織内に吸収されるには日数を要することを説明する。
- (5) 止血不十分な場合や抗凝固剤を服用している場合は、完全に止血できるまで押さえておくように説明する。
- (6) 幼児の採血は2人以上で行い、安全に採血できるよう、1人は採血部位を固定する。

4) 感染防止

- (1) 高熱や咳が出ている患者にはマスク着用を勧めて、医療従事者もマスクを着用する。
- (2) 採血操作で患者に病原体が体内に侵入しないように、手洗いと手袋着用の徹底と、部位の消毒を確実にする。

中央処置室（点滴時）

1. 事故の要因と対策

1) 患者誤認

- (1) 入室時、基本伝票を見て、患者の名前をフルネームで呼称し呼び入れる。
- (2) 名前と生年月日を名乗ってもらうと同時に、基本伝票と注射指示箋の氏名・生年月日・IDが同じであるか確認を行う。
- (3) 診察券の持参がない場合や、体調が悪く、診察券の用意ができそうにない場合などは、患者自身に氏名と生年月日を名乗ってもらい、基本伝票と注射指示箋の氏名・生年月日が同じであるか確認を行う。
- (4) 点滴ボトルの患者氏名を患者自身に見てもらい、氏名の間違いないか確認をしてもらう。
- (5) スピッツを患者と確認する。
※同性同名の患者がいる場合は、基本伝票に「同性同名患者あり」という印字がされる

2) 注射薬剤の誤認

- (1) 基本伝票・注射指示箋・点滴シールの名前を確認後、患者名・実施日・薬剤名・容量・用法・投与時間をお互いに声に出して、指先呼称をしながら、ダブルチェックを行う。
- (2) 患者1人に1トレイを使用する。

3) アレルギー反応

- (1) アルコールや抗生剤などによるアレルギー反応に対し、事前に確認を行って実施する。
- (2) 異常時には、すぐにナースコールを押して知らせてもらうよう説明する。

4) 注射時の組織の損傷（筋・神経損傷）

- (1) 神経走行を熟知したうえで刺入し、神経痛を訴えた場合は直ちに中止する。
- (2) 誤って、動脈を穿刺した場合は直ちに抜去する。注入薬剤による末梢の塞栓により、組織の壊死を起こすことを知っておく。

5) 薬液漏れによる組織の損傷

- (1) 注射部位の選択は、点滴時間・症状を考慮したうえで、針の固定が十分可能な部位に実施する。
- (2) 逆流の確認、発赤、疼痛、刺入部の漏れを定期的に観察・確認し、血管炎があれば速やかに抜去し、必要があれば主治医に報告し指示を受ける。
- (3) 輸液が血管外にもれた場合、薬液の内容により診療科の主治医に報告・指示を受ける。
- (4) 異常のサインである疼痛が出現すればすぐに知らせてもらうように、危険性と共にその必要性を患者に説明し協力を得る。

6) 速度調節不備による過剰投与・過小投与

- (1) インスリン、降圧剤、昇圧剤、カリウム製剤の注入時は特に指示容量に注意する。
- (2) 体位や四肢の屈曲によるラインの圧迫、閉塞の有無を確認する。
- (3) 症状の変化と薬剤の関連について注意する。
- (4) 側管ルートからの開始、停止時はその都度注入速度を確認し調節する。
- (5) 患者の年齢・症状と薬液の内容などで、副作用の有無などの観察をしながら調節する。特に高齢者や心疾患患者には注意する。

7) プライバシー保護

- (1) 点滴中はカーテンを閉めるなどの配慮を行う。
- (2) 点滴終了後、患者氏名のシールは丸めて字が見えないようにして捨てる。

8) 転倒・転落

- (1) ベッド柵を必ず取り付けて、転落防止のために観察や介助を行う。可能な限り、家人に付き添っていただく。

入浴に関する事

1. 事故を起こしやすい要因

- 1) 患者側の要因
 - (1) 高齢・状況の理解力が低下している（認知症）・機能障害
- 2) 介助者側の要因
 - (2) 観察不足、知識不足、技術不足、温度調節の不備、器具の不具合、環境の不調性

2. 防止対策

- 1) 患者のADLや状態を把握し介助する。
 - (1) リスクの高い患者は、原則として2人で行う。
 - (2) 疾患や麻痺の有無・部位などにより入浴方法・介助方法を検討する。
 - (3) 転倒・転落・溺水・熱傷などの危険性を意識し、介助にあたる。危険性のある患者の入浴時は、傍を決して離れないようにする。
 - (4) シャワーチェアを使用する場合、操作時に患者の上肢下肢など挟まないように注意する。
 - (5) 他のスタッフにも声掛けをし、入浴患者を周知してもらっておく。
- 2) 浴室の環境を整える。
 - (1) 手すりや洗面器などの物品を患者の手の届く範囲内に置く。
 - (2) 湯の温度を温度計で確認（40℃～42℃）後、手を入れて確認し熱傷等に注意する。
 - (3) シャワー・混合栓の温度調節に不備がないか確認する。
 - (4) 湯温と浴室温との差を少なくするために浴室を暖めておく。
- 3) 気管切開患者、痰の多い患者への対応。
 - (1) 緊急に備え救急カート、酸素ボンベを用意する。
 - (2) 入浴前に吸引しておく。
- 4) チューブ類を挿入している患者は、抜けないように固定を工夫する。
 - (1) 尿道留置カテーテル挿入している場合は、入浴前にバックを空にしてビニール袋で排尿バックを包む。
 - (2) 尿道留置カテーテルは膀胱の位置より高くないように注意する。
 - (3) 入浴後は、必ずテープ固定を確認する。
- 5) 機械入浴や機材は使用前で確認を行い、正しい操作で行う。
- 6) 1人で入浴できる患者は、入浴前に入浴方法を説明する。
 - (1) タイルが滑りやすいこと、湯の温度調整について説明しておく。
 - ①入浴中は時々浴室に行き声をかけ、入浴中の患者把握をしておく。
 - ②入浴前後は、看護師に声をかけるよう説明しておく。
 - ③浴室や脱衣室のナースコールの使い方・位置を説明しておく。
 - ④食前・食直後の入浴はさける。特に糖尿病患者（内服・インスリン治療中）の場合、空腹時の入浴は避けるよう説明する。
- 7) 可能な患者は、入浴後水分補給をすすめる。

3. 事故発生時

- 1) 溺水した患者を発見したら、他のスタッフを呼び、速やかに患者を浴槽の外に出す。
- 2) バイタルサインを測定し医師に報告し、救命処置を行う。
- 3) 緊急の場合はコードブルーをかける。

- 4) 患者家族に連絡する。
- 5) 主治医より患者家族に説明する。
- 6) 蘇生困難な患者が発生した場合は、医療安全管理対策委員長に報告する。
- 7) 可能な限り現場保全に努める。

褥瘡予防対策

褥瘡は医療の質・安全に関する指標の一つとしてあげられ、質の良い医療の提供のためには、褥瘡発生リスクを予測し、早期に適切な褥瘡予防対策を実施する必要がある。また、医師・看護師・栄養士・薬剤師など職種がチームを組み、褥瘡発生防止に向けて取り組む必要がある。（詳細は、褥瘡対策マニュアル参照）

1. 患者の状態評価

- 1) 患者の日常生活の自立度を評価する。
- 2) 看護師は、全ての入院患者に対して、入院後 24 時間以内に日常生活の自立度判定を行う。
- 3) 日常生活自立度判定で B1～C2 をリスク有りとして、褥瘡発生スケールを用いてリスク評価を行う。
- 4) 褥瘡対策計画書を作成し、褥瘡発生評価により褥瘡委員と連携をとる。
- 5) 褥瘡発生のハイリスク状態を評価する。
 - (1) ベッド上安静の患者で、以下のいずれかに該当する状態をハイリスクとする。
 - (2) 可能な限り褥瘡好発部位を毎日観察し、早期に褥瘡担当看護師と連携する。
 - ①ショック状態
 - ②重度の末梢循環不全状態
 - ③麻薬などの鎮痛・鎮静剤を持続的に使用している状態
 - ④長時間の特殊体位・側臥位により全身麻酔下における手術を行った状態
 - ⑤皮膚が極度に脆弱な状態（低出生体重児・長期ステロイド剤の使用・浮腫）
 - ⑥栄養状態が悪く骨突出や関節拘縮がある又は肥満など体圧が高い状態
 - ⑦すでに褥瘡が発生している状態

2. 褥瘡予防対策の計画の立案

- 1) 褥瘡対策計画書を作成し、リスク患者には予防対策の計画を立案する。
- 2) 褥瘡担当看護師と連携をとり、褥瘡予防ケアを相談し実践する。
- 3) 体圧分散用具の計画を立てる。
- 4) スキンケア計画を立てる。
- 5) 患者の栄養状態により医師に報告し、栄養状態改善に向けた計画を立てる。

3. 褥瘡防止ケア

- 1) 適切な姿勢を保持し、体圧分散を行う。

看護師は、臥床患者の体位変換を原則 2 時間毎に実施し評価する。

臥床患者の体位変換は、枕を使用して 30 度側臥位を原則とする。

- 2) 体位交換の実施時は、それまでの体位で圧迫されていた骨突出部位の皮膚の観察を行う。
- 3) 体圧分散寝具の特徴から、患者に適したマットやクッションを選択し使用する。
- 4) 体位交換の実施と皮膚の状態を記録する。
- 5) スキンケアを行う。
- 6) 摩擦・ズレを定期的に確認する。
- 7) 皮膚のアセスメントを行い、乾燥や湿潤対策を行う。
- 8) 栄養管理計画書を記入し、栄養状態を整える。
- 9) 食種変更、形態の変更、栄養補助食品の使用を検討する。
- 10) 必要に応じて NST チーム や嚥下チーム・栄養部に連絡を行い、助言を得る。
- 11) 栄養状態の指標データや変化を把握する。

4. 褥瘡発生時の対応

- 1) 必要に応じたケアを実施する。
- 2) 計画に沿った実施評価をおこない記録する。
- 3) 褥瘡予防対策委員会にて指示を受けケアを評価する。
- 4) 必要時、褥瘡チーム回診による評価を行い、早期治癒を図る。
- 5) 発生時は本人・家族に説明しケアの実施を行うことを記録する。
- 6) 転院・退院に際しては、継続療養が図れるよう支援する。

化学療法

1. ミスを起こしやすい要因

- 1) 患者間違い（同姓の間違い、よく似ている姓名の間違い）
- 2) 与薬方法の間違い（投与順序、投与所要時間の間違い、投与スケジュール間違い、薬物の種類・投与量、前投薬の投与忘れ）
- 3) 血管外漏出と副作用による合併症のリスク
- 4) 抗がん剤曝露

2. 防止対策

- 1) 前投薬が必要な薬剤について知識をもつ。
- 2) 化学療法指示書と準備している点滴の薬品名・規格を照合し、ダブルチェックする。
- 3) 抗がん剤を病棟で溶解する時には、ゴーグル・マスク・キャップ・袖付ガウン・プラスチック手袋を2重に着用し、化学療法専用ボックスを使用する。
- 4) 専用の点滴セットを使用する薬剤についての知識をもつ。
- 5) 必ずPDAを使用し、注射処方箋と患者のリストバンドを照合し確認する。患者にはフルネームで声をかけ、ベッドネームを確認する。外来は化学療法指示書を確認患者に名前を名乗ってもらう。
- 6) 血管外漏出・副作用についての知識をもち、発生時には医師に報告し、早期対応を行う。
- 7) 使用済みの点滴ボトルは、交換するたびに針用医療廃棄ボックスに廃棄する。化学療法終了時、最後の点滴ボトル・点滴セットなどをチャック付ビニール袋に入れて針用医療廃棄物ボックスに廃棄する。
- 8) 患者の吐物や排泄物の処理についての知識をもつ。

腎センターにおける安全対策マニュアル

透析患者は、通常の状態でも複数の危険因子と共にあり、医療スタッフのわずかなミスが、患者の身体に影響を与えかねない事を理解していなければならない。

安全性に対して十分気を配り、異常の早期発見・適切な対応が必要であり、被害を最小限に食い止め、未然に防ぐように心掛けなければならない。

透析業務を行う際は、院内で決められている感染防止対策に則り行動するとともに、具体的に業務内容・要因に対し、安全対策を行う。医師・臨床工学技士・看護師は協力して患者の安全確保に努める。

1. 患者の観察と記録

- 1) 透析開始前に体重測定と一般状態を観察し、状態により医師に報告、記録する。
- 2) 定期的に身体所見に異常がないか、透析条件・透析用監視装置の警報機能の設定が正しく行われているかをチェックリストに沿って確認する。特に食事や体位交換などの後は穿刺針と血液回路の固定を再確認する。
- 3) 透析中の患者状態の観察に努めるとともに、血圧、脈拍などのバイタルサインを定期的に測定し除水量を記録する。薬剤輸液の投与、輸血、治療条件、抗凝固剤の注入量、穿刺部位の出血・接続状態を確認する。
- 4) 患者の状態に変化がある場合は状態により医師に報告、記録する。

2. ミスを起こしやすい要因・安全対策

		ミスを起こしやすい要因	安全対策
指 示 受 け	転記エラー	STEPの「連絡事項」欄に記入できていない STEPの「次回注意点」に入力できていない 入力間違いが確認できていない	・回診時の指示変更は必ず「連絡事項」欄に記入 ・必要な項目はSTEPの「次回注意点」に入力する ・3回位前までの透析記録を確認する
	内服薬	医師の入力間違い (薬の量、処方日数、入力忘れ、処方日) 患者誤与薬	・ダブルチェックで確認する ・ゆっくりあわてず確認する ・患者と共に名前を確認し、与薬する ・昇圧剤など与薬した場合は透析記録に記入する

	注射薬	種類間違い 単位間違い (ネスプ・エポエチン・ミルセラ・オキサロール) 入力間違い 入力忘れ	<ul style="list-style-type: none"> ・処方入力・修正を正確にし、W チェックする ・STEP による指示入力、指示変更を熟知する ・指示書を確認しながらリーダーが注射薬を配布 ・メンバーが配られた注射薬を透析記録で確認しチェックする ・透析終了者が薬剤を注入する時に透析記録で確認する
準備	血液回路ダイアライザーの落下・破損	ダイアライザーを用意した時 ダイアライザーを配っている時	<ul style="list-style-type: none"> ・取り扱いは丁寧にする ・滅菌・有効期限、袋の破損、異物や不良の有無、キャップなどを確認した後透析用監視装置に装着する
	ダイアライザーの間違い	よく似た製品名の間違い 同じ種類の面積の間違い	<ul style="list-style-type: none"> ・透析記録とベットネームも合わせてダイアライザーを配る ・透析準備表で W チェックする ・プライミング、チェック時に透析記録と合わせて確認する
	抗凝固剤の間違い	種類間違い 単位間違い 入力間違い	<ul style="list-style-type: none"> ・透析準備表で W チェックする ・プライミング、チェック時に透析記録と合わせて確認する ・検査後・OP 後は注意・確認する
	穿刺針の準備	数種類の穿刺針があり、患者毎に組み合わせが違う時がある	<ul style="list-style-type: none"> ・一覧表に特殊針の患者名を記入する ・穿刺針が変更になったときは STEP 入力・一覧表・透析記録の記載を変えておく ・穿刺針を入れたシートに名前を記し、確認して配る

除水設定	体重測定間違い	<p>体重計の0設定を確認せず、体重測定を行う</p> <p>正しく体重がはかされていない</p> <p>車椅子が正しく乗っていない (他所に触れている)</p> <p>車椅子の重さが表示と違う</p> <p>患者自身の自己管理意識が低い</p> <p>体重カード間違い</p> <p>体重測定が異常値であるのに確認を怠っている</p> <p>同一条件で測定していない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・体重測定前の0設定は厳密に行うため事前に1Kgの砂のうで確認する ・体重計が他の所に触れていないか確認する ・患者や車椅子が他の所に触れていないか確認する ・車椅子に支柱台がついていないか、ポケットに何か入っていないか確認する ・車椅子の透析前後の体重は、スタッフが確認し2回測定する ・前回の体重とも比較し、おかしいと感じた時は、再測定する ・衣類の重さをほぼ一定に、同条件で測定するよう患者に依頼する ・季節による衣類の変化を念頭におき、同一条件で測定する
	除水計算間違い	<p>体重測定不適切</p> <p>時間除水量・総除水量計算ミス</p> <p>入力ミス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・前体重を患者と確認し、計算・入力した後、コンソールの画面で、受持ちチェック時に再度計算し、患者に確認する ・透析時間が4時間以外の患者は、記録のHD時間を赤丸○で囲む ・4時間、5時間以外の患者は三角錐をテーブルに置き、注意喚起する。
検査	採血エラー	<p>思い込み・勘違い・確認ミス</p> <p>検査の目的・内容の認識不足</p> <p>検査項目の見落とし</p> <p>定期採血以外の容器準備忘れ</p> <p>他科依頼時、容器の確認忘れ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施行時、患者に声かけながら実施する ・検体の確認(名前・日付等) ・検査項目の把握 (氷詰や真空採血のものなど) ・定期採血以外の採血指示時は分担表に「採血あり」と記入する ・他科採血は、外来受付をして容器を患者さんに持参してもらう

	検査未実施 (CT、カメラ等)	検査目的・検査日時の説明 不十分	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が理解できるよう説明用紙を用いて説明を行う ・説明用紙を必ず渡す ・検査日の前回透析日等に再度説明を行う ・検査内容により内服中止時は、コメント欄に記入、STEP 入力する ・検査 (OP) オーダーチェック表を活用する
針 刺 し	誤針	<ul style="list-style-type: none"> ・クランプキャス内筒針による針刺し ・抜針時、セーフティ針の収納が不確実 ・セーフティ針のロックが不十分 ・片付け時、針の先端部分をガムテープで覆えていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者穿刺後、内筒針はリキャップせず針入れボックスに直接入れる ・セーフティ針の収納が曖昧なときは、止血後確認する ・片付け時、針先をビニール袋に入れ先端を隠すようにしてガムテープで覆い、ダイアライザーに固定する
開 始 時	<p>穿刺針と回路接続不良</p> <p>A V 接続間違い</p> <p>ペアン外し忘れ</p> <p>クレンメ止め忘れ</p> <p>スイッチ入れ忘れ (透析・シリンジ・気泡)</p>	<p>知識不足 (シャント・透析原理)</p> <p>透析監視装置が理解できていない</p> <p>バスキュラアクセスカルテの不備</p> <p>医療従事者の体調不良・健康管理不足</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・穿刺針と血液回路はなど、接続部は可能な限りロックできるものを利用する ・バスキュラアクセスカルテを開始者 2 名で確認後、A・V を接続し、指差し確認する ・ペアン・クレンメを声出し確認後、開始する ・シリンジスイッチ、透析スイッチは開始者 2 名が必ず確認しながら押す ・透析監視装置について知識を得る (HD 開始の緑ランプの確認する) ・開始後、開始者 2 人がチェックリストに沿って確認する ・確認しやすいよう回路固定する

	穿刺ミス	知識不足 経験不足	<ul style="list-style-type: none"> ・ 穿刺するバスキュラアクセスの状態を見極める。 ・ バスキュラアクセスカルテで必ず A・V 確認する
	除水入力ミス	除水のかけ忘れ 除水量・速度の入力間違い 透析時間の入力間違い 衣替えによるリンス量の計算違い 透析中の食事摂取有無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 除水が進んでいる事を確認してから離れる ・ 担当が入力後、開始者 2 人で W チェックする ・ 受け持ち看護師が開始時チェックをする ・ 開始時入力出来ていない時は看護師が仮入力し技士に除水量確認する
透析中	接続部の逸脱による出血	コネクト部ねじ込みが不十分 プライミング不備 穿刺針の固定が不十分 回路と穿刺針の接続不良 V 圧ラインと器械の接続不良 ヘパリンラインとシリンジの接続不良 点滴ラインの接続不良	<ul style="list-style-type: none"> ・ プライミング・開始時に回路とダイアライザーの接続部を確認する ・ 針元の固定は充分に行う・回路は引っかからないように固定 ・ 接続部のねじ込みはしっかりかける ・ 圧がかかる部位の接続は充分に行い、確認する
	ダイアライザーの血液漏出（リーク）	ダイアライザーの透析膜の不良 ダイアライザーに過度の圧が加わり透析膜が破損	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過度の圧がかからないよう開始時などペアンは必ず外す ・ ダイアライザーの交換を行う ・ 血液漏出したダイアライザーの使用は避け、メーカーに調査依頼する

<p>静脈圧の上昇</p>	<p>静脈側クランプの解除忘れ 不適切な針の位置と向き 針先の血栓 穿刺部の狭窄・閉塞 静脈側血液回路・チャンバーの凝血 ヘパリンの注入忘れ 穿刺部の漏れ 凝固能の亢進 回路の閉塞・折れ曲がり</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回路を閉じたままで血液ポンプを回さない ・回路のチェック・クランプのチェックを行う ・針の位置が不適切でないか確認し、異常があれば固定し直す ・穿刺部に漏れがある場合は、穿刺し直す ・静脈穿刺部の閉塞を確認する ・チャンバーの凝血があればチャンバー交換を行う ・患者の体動や機械操作時におこるV側の閉塞と考え、血液回路に折れ曲がりがないかをチェックする
<p>穿刺針の逸脱</p>	<p>穿刺針の固定が不十分 穿刺針の挿入が浅い 患者の状態把握の不十分 患者が自分で固定テープをはがす（痒み・痛み・認知症など） 発汗によるテープのはがれ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の情報収集を十分行う（不穩・認知面など） ・患者に応じた固定方法を工夫する（シルキーポアで固定） ・抜針の危険を患者・家族に指導・教育する ・医師に報告し必要に応じて拘束同意書を取り、アームカバーを使用する ・家族背景を理解した上で協力を得る ・時間ごとまたは必要に応じて、穿刺針の確認を行う
<p>空気誤入</p>	<p>回路と穿刺針の接続不良 穿刺針の亀裂や横穴からの混入 気泡検知機の入れ忘れ 気泡検知機の動作不良 微小気泡を検知できない 補液回路のクランプ忘れ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・プライミング・開始時に回路とダイライザーの接続部を確認する ・ペアン・クレンメを声出し確認、気泡検知器作動確認後、開始する ・透析開始時静脈回路内に空気が入っていないか必ず確認する

警報解除後のスイッチ入れ忘れ	中断時、解除に気を取られている 操作後の確認不足 警報ランプの確認をしていない	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち着いて動作する ・無理な場合は他のスタッフに依頼する ・警報解除後の再開始時は開始チェックに沿って確認する ・コンソールパネルのモード確認 ・警報ランプの確認
透析（HD・OHDF）とECUM入れ間違い	透析・ECUMの認識不足 時間の把握ができていない 透析（HD・OHDF）という思い込み ECUM使用後の解除不備 透析監視装置の機械操作不備	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の確認（透析《HD/OHDF》or ECUM) ・他のスタッフによるWチェック確認 ・ECUM 使用時は、透析に戻すカードを使用する ・モード変更時は、Wチェックする ・各種類の透析監視装置の器械操作を熟知する
点滴	作動を確認していない 開始忘れ 終了時クレンメ止め忘れ	<ul style="list-style-type: none"> ・開始時の確認 ・開始時受け持ちチェックでの確認 ・透析記録を確認し、輸液ポンプチェックリストにチェックする ・受け持ちチェック時透析開始時以外の開始では、に透析記録の時間軸に点滴名を明記する ・透析終了時までは、点滴セットを輸液ポンプから離脱しない ・終了時点滴ローラランプと回路クレンメの2か所を閉じる
昇圧剤設定ミス	輸液ポンプの点滴セットの滴下数を60滴/mlに設定できていない 作動を確認していない	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴セットとポンプの使用方法を確認する ・ルートに昇圧剤名を表示する ・予定量は50ml未満とする ・昇圧剤使用の注意事項を把握する ・輸液ポンプチェックリストにチェックする

	血圧低下	大幅な体重増加、体調不良 食事に関する血圧低下 対処遅延 薬剤使用の時期の不適切	<ul style="list-style-type: none"> ・自動血圧計の設定を個々の患者に合わせる ・透析前の昇圧剤の服薬確認する ・食前の血圧を測定する ・患者が薬剤使用拒否した時は、必要性を説明（拒否時は記録に残す） ・患者の体調を十分に把握する
	転倒・転落	(別紙マニュアル参照)	ベッド柵を必ずつける
終了時	注射忘れ	緊急終了時（血圧低下、下肢ひきつり時で急を要するとき） オーバーテーブルの上が片付いていない 注射薬の見落とし 透析記録の見落とし	<ul style="list-style-type: none"> ・オーバーテーブルの上を整理整頓しておく ・透析記録・注射薬剤を確認して、抜針前に再度確認する ・患者さんに声をかけながら実施する ・注射薬、注射器の包装は注入時まで破らない ・小さな薬剤（シリンジ等）は箱の外へ見えるようにしておく
終了後	止血不良	止血が確認できていないのに腕を曲げる 高血圧	<ul style="list-style-type: none"> ・透析終了後最低5分間は腕を曲げないよう説明する ・個々のブラッドアクセスの状態を理解しシャントにあった止血を行う。 ・止血延長しサージセル使用時は、サージセルを除去し、完全に止血している事を確認後帰宅してもらう

3. 事故発生時の対応

1) 穿刺ミス

- (1) 血腫が生じた場合は速やかに抜針し、止血し、出血を最小限にする
- (2) 血腫が生じていない場合は穿刺針を少し抜いて素早く修正して、目的とする血管に穿刺する。

2) 血液漏出（リーク）

(1) 大量血液漏出の場合

- ①透析続行は不可能である。
- ②A側チェンバーから下部の血液を注射器で体内に返血するか、回収せずに廃棄

するのか判断し実施する。

③透析液の体内流入の可能性もあるので、医師に報告し採血や抗生剤投与などの指示確認を行う。

(2) 少量血液漏出

①透析液出口のカプラを外し、ヘマスティックでリークを確認。

②ヘマス (+) ならば、透析運転にし、0 除水で、血流 100ml 以下でポンプを回し、膜の目詰まりを待つ。10 分後に、透析運転を停止し、再度ヘマスティックで確認しリークが (-) になれば、透析の運転、除水・血流も通常で行う。

③リーク (-) にならない場合は回収し、再度新しいダイアライザーと血液回路でプライミングして透析を再開する。

(3) ダイアライザーの不良による血液漏出

①透析続行は不可能である。

②速やかに血液の回収を行なう。

③同じ製造番号のダイアライザーは避け、製造番号を控えメーカーに調査依頼する。

3) 穿刺針の逸脱

(1) 発見しだい回転ポンプを止め直ちに止血する。

(2) 出血量を確認し、医師に報告（出血量により検血検査を行う）。

(3) 再穿刺もしくは再接続のあとポンプ停止間に回路内凝固の確認を施行し透析を再開する。

4) 空気誤入

(1) 少量の場合

①経過観察

(2) 大量の場合

①医師に報告する。

②上半身低位（1:左側臥位にする 2:トレンデンベルグの体位）をとる。

③酸素吸入・心電図モニターを装着する。

④頻回の血圧測定、患者観察、ショックの処置をする。

5) 止血不良

(1) 30 分以上圧迫を行っても止血せず止血困難が見られた場合は、止血綿を使用することもあるが、止血綿は必ず除去し止血の観察を行う。

(2) 止血困難が続く場合は、医師に報告し、穿刺部処置を行う

(3) 抗凝固剤の検討をする

6) 針刺し事故

(1) 針刺し事故マニュアルに準ずる。

内視鏡関連

1. 内視鏡検査

1) 内視鏡の原則

- (1) 内視鏡検査・治療患者に対して、十分なインフォームドコンセントを行う。
インフォームドコンセントの内容、検査の必要性、内容、合併症、偶発症の危険性とその発症率についてデータで示す。また、発症時の対処方法についても同意書に記載し、言及し、同意を得ておく。特に稀な合併症でも発症時は重大なものについては注意を要する。
- (2) 検査前に問診票・消化管内視鏡申込書・同意書の確認を行う。
- (3) 病棟、外来の連携により検査前後の患者情報を共有し、継続したケアを提供する。
- (4) 医師内視鏡レポート、内視鏡画像は電子カルテで内視鏡看護記録は電子カルテで入力し継続看護に活用する。
- (5) 同意書、問診票、レポート1枚を紙ベースでも保管し紙カルテに綴じる。

2) 起こりやすいエラーと防止策

(1) 患者間違いに関するエラー

- ① 外来患者は診察券を預かり、検査ファイルにはさむ。入院患者はネームバンドで確認。
- ② 検査実施前に、患者氏名の照合と共に何の検査を受けるか患者か（上部消化管か下部消化管かなど）を確認する。
- ③ 検査室入室時はフルネームで患者を呼び、患者自身にもフルネームで名乗ってもらい、診察券でシステムに登録し氏名を確認する。入院患者はネームバンドでスキャナする。
- ④ 検査直前にタイムアウトを行う。

3) 検査処置時の薬剤に関するエラー

- (1) キシロカイン、抗コリン剤、グルカゴン、鎮静剤、ヨード製剤などが用いられる使用薬剤の副作用、禁忌について十分理解する。
- (2) 問診用紙の内容は直前に患者に確認し、カルテ情報・依頼情報・前処置履歴などから医師と看護師が禁忌情報を確認後に薬剤を使用する。
- (3) 鎮静剤使用時は
 - ① 静脈ルートを確保し必要時酸素を投与する。
 - ② 酸素飽和度モニター、血圧モニター、必要時心電図モニター装着を行い患者の全身状態と意識状態を頻回に把握し、安全管理に勤める。
 - ③ 誤飲防止のための吸引を適宜行う。
 - ④ 鎮静剤投与量は、年齢・体重を考慮し必要最小限の投与量とする。

- ⑤ベッドからの転落に注意し、移動はストレッチャーを使用する。
 - ⑥検査終了後はリカバリールームで1～2時間安静にし、バイタルサイン・意識状態・歩行状態などを活用して確認してから帰宅してもらう。
 - ⑦抗コリン剤の前処置による頻脈、尿閉に注意する（虚血性心疾患、前立腺肥大症、緑内障などの既往歴を確認し禁忌疾患の患者には投与せず、必要時グルカゴンを使用する。）
 - ⑧キシロカイン使用時はアレルギー、中毒症に注意する。（高齢者、肝機能障害者など高リスク患者には量を少なめにする。）キシロカインショックに対する救急カートを準備しておく。
 - ⑨ヨード剤使用患者には、アレルギー有無を確認し、使用後の患者の状態に注意する。
- (5) 義歯の脱落および残歯の損傷に関するエラー
- ①上部消化管と気管支内視鏡検査時は義歯の有無を確認し、検査前に除去を確認する。
 - ②義歯を除去した患者の残歯の状態を観察し患者にも残歯の損傷の可能性を説明し、適切なマウスピースを選択する。また検査は残歯の状態に注意しながら行う。
- (6) 患者の内服、治療中の薬剤に関するエラー
- ①検査実施前に、出血傾向の有無と抗凝固剤、抗血小板剤の投与の有無を調べておく。直前に患者からも確認する。
 - ②抗凝固剤、抗血小板剤の投与は必要時検査前に内服薬に応じて数日前から服薬を休止する。疾患の状態により休止できない場合もあるため、休薬できていない場合は医師に確認する。
 - ③てんかん、強心剤、降圧剤などの内服は、主治医に相談のうえ、内服して来院してもらう。
 - ④検査予約時に、糖尿病の患者の内服、インスリンは検査終了後食事ができるまで休止するよう説明する。
- (7) 転倒・転落
- ①患者が検査ベッド移動、昇降時は十分注意し介助を行う。原則として患者の傍をはなれない。
 - ②ベッド柵がないため、患者が臥床中は傍から離れない。
 - ③リカバリーで安静臥床中の患者には、一人で行動しないように説明する。ナースコールの使い方を説明し、家族がいる場合は協力を依頼する。
 - ④鎮静剤使用患者の更衣時は、患者の傍で見守りまたは介助を行う。
- (8) 組織検体に関するエラー
- ①組織生検前に必ずボトルの側面に患者氏名と日付・検体番号を記載する。

- ②生検組織をボトルに入れる際には、他の患者のものと混同しないようにボトルの名前の確認および他の検体が入っていないか確認する。
 - ③組織を載せた濾紙は組織が外れないよう静かにボトルの中に入れ、濾紙の番号を間違わないよう注意し、施行医師と番号の確認をしながら採取する。
 - ④組織検体と病理伝票、ラベルの確認を行う。
- (9) 内視鏡機器・処置具に関するエラー
- ①内視鏡機器・処置具の定期的なメンテナンスを行い、内視鏡機器の破損・損傷がないことを確認する。
 - ②内視鏡検査前には吸引・送気・送水が確実にできることを確認し、画像保存のトラブルを予防するためのモニター上でサーバーとの接続を確認する。
 - ③APC装置のアルゴンガス、気腹装置の二酸化炭素のボンベ内の容量を確認、予備ボンベを準備しておく。
 - ④高周波発生装置 APC 装置使用時は金属類の除去と対極板（アース）の添付を確実にし熱傷トラブルを防止する。
 - ⑤光源装置のランプの残量を確認し、適切な時期に交換する。
 - ⑥内視鏡処置具は使用前に作動確認し予備の処置具を準備する。
- 4) 感染対策
- (1) スタンダードプリコーション（標準予防策）を理解し実践する。
 - (2) 1 症例毎あるいは汚染時にはその都度手洗い・アルコール消毒を実施する。
 - (3) 施行医師、介助者は交差感染防止のため、1 症例ごとにビニールエプロン・手袋を交換し、汚染された手袋で検査環境に触れない。
 - (4) 接触、飛沫による汚染の可能性のある光源ユニットの前面、内視鏡システムのキーボード、スコープケーブルなどは、1 症例ごとにアルコールシートで清拭消毒する。
 - (5) 使用後の内視鏡の洗浄消毒は、洗浄消毒の基準を遵守して行う。内視鏡スコープは「内視鏡の洗浄、消毒に関するガイドライン」に基づいて洗浄、消毒が行われる。検査、治療に使用された内視鏡スコープは、検査後すぐに専任の職員によりかん子口の洗浄の後、内視鏡スコープ専用の自動洗浄機により洗浄、消毒され、所定の保管庫に保管される。保管庫の内視鏡スコープを取り出す際は、手袋着用の上取り出す。
 - (6) リューザブルの処置具は十分な超音波洗浄後適切に滅菌されたものを使用し、できるだけディスポーザブル製品を使用する。
 - (7) 内視鏡の洗浄消毒装置は、始業前に点検と消毒薬の濃度テストを行い、適切な時期に消毒液を交換して使用する。洗浄液交換日の記録を残す。
 - (8) 細菌の繁殖を防ぐため、消毒後の内視鏡は乾燥した清潔な場所に、ボタン類はすべてはずし、つるして保管する。
 - (9) 感染対策上のデータとして、洗浄・消毒の記録の履歴を残す。

- (10) 内視鏡機器・周辺環境の定期的なサーベランスを行う。内視鏡スコープおよび使用機器などについて、年1回細菌検査を行い、洗浄・消毒に関するクオリティコントロールを実施する。

5) 暴露対策

- (1) フタラール製剤、過酢酸の暴露および病原微生物からの暴露対策として、内視鏡・処置具の洗浄・消毒時は手袋・キャップ・ゴーグル・マスク・防水エプロンを着用する。
- (2) 透視化での検査時は、被爆を最小限とするため、照射時間の短縮と適切な防護具を使用する。
- (3) 結核菌等の感染症が疑われる場合は、マスク（N95型）を必ず着用する。

6) 高度な内視鏡治療

- (1) 内視鏡的粘膜切除術（EMR）、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）、内視鏡的乳頭切開術（EST）など、観血的な処置を伴う内視鏡的な治療を行う際の注意点
- ①術前の全身状態、合併症の確認しておく。
 - ②酸素飽和度モニター、心電図モニター、自動血圧計を装着して治療を行う。
 - ③施行中の出血に対応できるよう止血用の機器の準備を整えておく。
 - ④施行中の急な血圧低下や呼吸抑制に対応できるよう救急薬品、救急処置用具を準備しておく。

7) インフォームドコンセント

- (1) すべての内視鏡検査、内視鏡治療を受ける患者・家族に、検査・治療前に、検査の必要性・目的・内容・合併症や偶発症・予測される危険性について、その発症率をデータで示す。また、発症時の対応についても同意書に記載し、口頭でも十分に説明し、理解と同意を得ておくことが重要である。稀な合併症についても同意書に記載し、言及しておく注意がある。内視鏡検査、治療に関する同意書は電子カルテより印刷する。同意書にサインをもらい、電子カルテに内にスキャンをしてから消化器科の紙カルテに保管する。
- (2) 高度な内視鏡下治療に関しては、治療施行者が担当医師同席の上で患者と患者家族にその内容を説明し、インフォームドコンセントを得る。

8) 内視鏡レポート

- (1) 内視鏡検査・治療の結果は検査当日に施行者により内視鏡レポートとして電子カルテ上に記載される。生検病理報告書は施行者、担当医師などによって確認される。なお、内視鏡の検査の歴や内視鏡写真は電子カルテより参照できる。

9) 検査・手術後

- (1) 検査終了後には、起こり得る重篤な合併症（消化管での出血・穿孔）念頭におき、患者の状態を観察する。

手術関連

1. ミスを起こしやすい要因

- 1) 患者間違い
- 2) 手術部位の間違い
- 3) 情報不足
- 4) 関連部署の連絡不足
- 5) 指示、投薬の誤認
- 6) 執刀医と看護師の情報交換不足
- 7) 患者の安全確保不足
- 8) 異物遺残確認不足
- 9) 検体の取り扱い
- 10) 麻酔器の取り扱い

2. 患者間違い

- 1) 防止対策
 - (1) 術前患者訪問時に術前訪問用紙に沿ってシステムにて患者情報を把握する。
 - (2) 入室時、看護師は同時に複数の患者を乗り換えホールへ入室させない。
 - (3) 入室時、乗り換えホールで患者自身にフルネームで名前を名乗ってもらいリストバンド個人ファイルの患者名を確認する。患者自身が名乗れないときは、担当看護師と共に氏名を確認する。
 - (4) 同姓同名、類似氏名、同科は手術室看護師間で情報共有しておく。
 - (5) タイムアウト時に、基本、執刀医か主治医・麻酔科医・直接介助看護師・間接介助看護師で術前訪問用紙の氏名、性別、年齢、術式の確認を行う。
- 2) 事故発生時対応
 - (1) 執刀医がカルテ、レントゲン、個人ファイルなどで正しい患者を確認する。
 - (2) 患者へ説明し手術の同意を得る。
 - (3) 意識がない患者の場合は、代理として患者家族に手術の同意を得る。

3. 手術部位の間違い

- 1) 防止対策
 - (1) 手術部位に左右、上下のある場合は、病棟にて主治医がマーキングを行い、入室時とタイムアウト時に手術連絡表、手術予定表で確認を行う。
 - (2) 執刀前、執刀医（主治医）・麻酔科医・直接介助看護師・間接介助看護師でタイムアウトの時に執刀医（主治医）が声をだして病名、術名の確認を行う。
 - (3) 同日の類似術名等は、朝のミーティング時に手術室看護師間で情報共有しておく。

2) 事故発生時対応

- (1) 執刀医がカルテ、レントゲン、個人ファイルなどで正しい手術部位を確認する。
- (2) 患者へ説明し手術の同意を得る。
- (3) 意識がない患者の場合は、代理として患者家族に手術の同意を得る。

4. 関連部署の連絡

【防止対策】

- 1) 手術が決定したら、主治医は速やかに手術決定表を入力する。
- 2) 手術入室時間は、麻酔科医師の診察後に決定し、各部署から手術室に連絡する。入室時間が未定の場合は決定後に手術室から執刀医と病棟に連絡する。
- 3) 緊急手術の場合、各部署は患者氏名、年齢、性別、手術部位、術式、麻酔方法を手術室に連絡する。手術室は担当看護師、手術の部屋を決め、システムの決定入力をして手術準備を行う。入室時間が決まれば執刀医と当該部署に連絡する
- 4) 入室時、術前訪問用紙に沿って氏名、手術部位、承諾書、アレルギー、感染症、血液型、シャント・ペースメーカー・義歯・コンタクト・補聴器・アクセサリ・マニキュア・化粧の有無を確認する。外せていないときは、乗り換えホールで外してもらい紛失しないように家族に渡してもらう。
- 5) 入室時間が決定したら、関連部署は必要に応じて放射線科、病理、検査室、臨床工学技士などに連絡する。

5. 指示、投薬の誤認

1) 防止対策

- (1) 術前訪問時に術前訪問用紙に沿ってシステムにて既往歴、現病歴、禁忌薬、アレルギーを確認する。
- (2) 薬剤及び輸血施行時は、医師に確認し指示された薬剤と量を復唱し、間接介助看護師と麻酔科医でダブルチェックを行う。
- (3) 薬理作用を理解し投薬ルート、投薬方法の確認を行う。
- (4) 麻薬、毒薬などは（使用後のアンプルも含め）鍵付きの金庫に収納する。
- (5) 手術が終了して、未使用の輸血用の血液は病棟看護師に持ち帰ってもらう。

2) 事故発生時対応

- (1) 執刀医、麻酔科医へすみやかに報告を行い、指示に従い対応する。

6. 患者の安全確保

1) 転倒転落

(1) 防止対策

- ①手術準備時に手術台の固定ができていないか確認する。

- ② 手術台に移動時、ストレッチャー・ベッドのストッパーを確実に行き上下肢や身体の一部・点滴・尿道留置カテーテルなどが安全であることを確認、移動を行う。
- ③ 手術時の体位交換時は必ず看護師が付きそう。
- ④ 麻酔覚醒時は抑制がきかない事が多いので患者の左右に看護師が一人ずつ立つ。
- ⑤ 歩行や車椅子での入退室時、転倒など危険を予測し、患者移動時は必ず看護師が付き添う。
- ⑥ ストレッチャー、ベッドでの移動時にはベッド柵の設置を必ず行う。

2) 事故発生時対応

- (1) 患者を介助して手術台または車椅子・ストレッチャーに移動する。
- (2) 患者状態、バイタルサイン、打撲部位の確認をする。
 - ① 緊急度の高い障害があれば専門医の診察を依頼する。
- (3) 点滴ルートやカテーテル類の抜去の有無を確認する。

7. 皮膚、神経、循環障害

1) 防止対策

- (1) 患者にとって安全で安楽な苦痛を与えない体位の保持を行う。また術者に良好な視野がとれ、麻酔管理が確保できる体位の保持を行う。
- (2) 手術体位の条件
 - ① 関節可動域であること。
 - ② 循環系、呼吸器系、末梢神経系、皮膚、骨筋肉系に障害を残さないこと。
 - ③ 過剰な圧迫や伸展、牽引が加わらないようにすること。
- (3) 術中の体位は手術部位、術式に応じて決定され、体位固定による皮膚、神経循環への影響を考慮し適切な固定用具、保護材の選択を行う。
- (4) 固定器具及び保護材の条件
 - ① 術台は手術術式にあったものを選択する。
 - ② 固定器具は損傷がないか確認してから使用する。
 - ③ 手術時間や身体的特徴を考慮して保護材を選択する。
- (5) 皮膚障害、循環障害、神経障害を避ける体位の保持を行う。1時間毎の体位チェックとともに、固定器具の確認を行う。
- (6) 患者の年齢、身体的特徴、皮膚状態、栄養状態、合併症を確認しアセスメントを行い起こりうる障害を予測し対応する。
- (7) 電気メスなどのME機器による漏電、熱傷の危険がないように、手術器具の取り扱いを行う。
- (8) 対極板は骨突出部、癬痕部などは避け、なるべく手術野に近い場所で、血行に富んだ筋肉の部分に貼付する。ただし、対極板と皮膚の間に消毒液が流れ込まないように密着させる。ペースメーカー挿入患者は反対側に貼付する。

- (9) 体位交換がある手術において、対極板は装着部位を考慮し体位交換時は再確認する。
- (10) 電気メスを使用する場合は、患者の皮膚に金属が付着していないか確認する。
- (11) 電気メスの電極スイッチを、誤って押すと熱傷の原因となるので注意する。

2) 事故発生時の対応

- (1) 患者の事故発生時には皮膚・神経・循環障害部位の観察を行い、病棟看護師に観察の継続を依頼する。
- (2) 手術に関わった看護師、麻酔科医、執刀医がその原因について協議し考えられる原因について執刀医から患者へ説明する。
- (3) 必要時は専門医の診察を依頼する。
- (4) 職員が障害を発生した場合は、必要に応じて受診する。

8. 異物遺残確認

1) 防止対策

(1) ガーゼ等の取り扱い

- ①手術前にガーゼ等の数を確認しホワイトボードに記載しておく。
- ②開腹手術時は必ずX線造影ライン入りガーゼを必ず使用する。
- ③開腹手術時は、必ずレントゲン撮影で異物の残存がないか確認する。
- (2) 手術中、体内に入れた全ての材料は、直接介助看護師から間接介助看護師に伝え、ホワイトボードに記載しておく。材料を体内から取り除いた時点でホワイトボードの記載を変更する。(マーキング針含む)
- (3) 柄付ガーゼは、柄付部分にペアンをはさみ目印とする。
- (4) 間接介助看護師は検体を受け取った時、ガーゼの混入がないか確認する。
- (5) 腹膜閉鎖前に、ガーゼカウントを行う。ガーゼの不一致が生じた場合、腹膜の閉鎖を中断してもらい再度術野周辺、部屋の中を確認する。
- (6) 手術使用中のガーゼは持ち出さない。また、持ち込まないようにガーゼの取り扱いに注意する。
- (7) 患者入室時にガーゼを持ち込まない。

2) 器械の取り扱い

- (1) 手術準備時は手術に使用する器械、針等の数量や損傷の有無を確認し、手術終了時の体内遺残を防止する。
- (2) 術式に応じた器械のセットを使用する。
- (3) 器械のセット組時は、定数表に沿って器械の点検をしながらセット組みし滅菌する手術時には滅菌期限と滅菌できていることを確認し、器械の数と種類、不備がないことを確認する。

3) 事故発生時の対応

- (1) レントゲンでガーゼ・器械の有無を確認する。

- (2) ガーゼ・器械の遺残が判明した場合は医師の指示を仰ぐ。
- (3) 事故発生時は原因について協議し考えられる原因について執刀医から、患者に説明する。

9. 検体の取り扱い

1) 防止対策

- (1) 手術中の検体を受け取る際には、直接介助看護師は執刀医に名称、保存方法、個数、提出時期を確認し復唱する。間接介助看護師に再度復唱し渡す。保管して置く時には、乾燥を防ぎ保存しておく。
- (2) 組織の迅速や細胞診、培養など術中に検査室への提出が必要な検体は、病棟看護師に検査室への提出を依頼し、検体を提出してもらう。検査室に連絡し、手術室番号を伝えて結果を連絡してもらう。
- (3) 間接介助看護師は検体を受けとった時、ガーゼの混入がないか確認する。
- (4) 採取した検体は誤って破棄しないように、氏名、部位、個数等を記録し指示通りに保存する。
- (5) 手術中に検査オーダーをする場合は、二人でダブルチェックし入力する。

2) 事故発生時の対応

- (1) 検体を紛失または、提出不可能になった場合は執刀医に報告する。再採取などの指示に従う。
- (2) 検体提出後、迅速診断結果の連絡が予想時間より遅い場合は検査室に問い合わせる。

10. 麻酔器の取り扱い

1) 防止対策

- (1) ※手術前に看護師か臨床工学技士が麻酔器の点検を行い、麻酔医が再度使用する前に確認をする。
- (2) 麻酔器の接続
 - ①麻酔器の電源は非常用電源のコンセントに接続する。使用していない時も、充電のためにコンセントへ接続しておく。
 - ②麻酔器についているガス供給ホースを中央配管（酸素：緑、空気：黄）へ確実につなぐ。
 - ③麻酔器の回路内ガスが過剰になりすぎないように、余剰ガス排気用ホースをつなぎ圧縮空気のコックを開く。吸引量が 30 L/min 以下になるように調節する。

2) 麻酔器使用前の点検と薬液の補充

- (1) 酸素バックを膨らませフラッシュできるか確認する

3) ベンチレーターの作動確認の実施。

- (1) バックベンチレーターセレクトスイッチをベンチレーターに切り替える。
 - (2) 酸素フラッシュボタンを押しベローズを最上位まで上げる。ベローズを観察し、1分間に100ml以上下降しないことを確認する。
 - (3) ベローズが動き出しバックが収縮することを確認する。3分ほど作動させて、アラームやメッセージがでないことを確認する。
- 4) リーク確認の実施。
- (1) バックベンチレーターセレクトスイッチをバックに切り替える。
 - (2) APLバルブのノブを時計方向に完全に回し、Yピースの先端を手でふさぎ、気道内圧計が30cmH₂Oを示すまで酸素バックを膨らませる。
その後40～50 cmH₂Oになるまでバックを加圧し、バック開放後約10秒間30cmH₂Oが維持されることを確認する。
 - (3) 気道内圧が下がる場合はリークがあるので原因を除去する。
- 5) 患者からの呼気に含まれるCO₂を迅速に吸引除去するために、ソーダライムが紫色に変化または、変色している場合は交換する。
- 6) 気化器の麻酔薬の量の確認を行い、不足時は補充する。補充後は注入栓を必ず閉める。
- 7) 事故発生時の対応
- (1) エラーメッセージなどでエラー箇所を特定し、対応する。患者接続後のエラー発生時は麻酔科医の指示に従い対応する。

分娩関連

1. 分娩時

1) 事故の要因と防止策

- (1) 分娩時は刻々の変化に対応して適切な対策をとることが要求され、対応の遅れが問題となる。
- (2) 胎児心拍数、陣痛の状態、分娩進行に関する監視を適切な間隔で行い、パルトグラム（分娩経過表）に記録する。
- (3) 診察所見や分娩経過は適宜患者及び家族に対して説明する。
- (4) 産婦の訴えは異常の早期発見のためにも注意して聞き、記録する。

2) 分娩に関する産科的診察と同時に母体の一般状態についても適宜検診する。（血圧、脈拍、呼吸の状態、浮腫など）

3) 出血量は必ず計測し、記録する。

4) 特に胎児機能不全（胎児の安全保障が難しい）に対する処置についてエラーが起こると重大な問題となる。

5) 胎児機能不全などで急速墜娩する時は、患者及び家族に説明し、その内容を記録しておく。

6) 新生児仮死が予想される場合は、小児科医師にも協力を求める。

2. 事故発生時の対応

1) 直ちに診察、検査し、必要な医療処置を行う。

2) 胎児機能不全に対して、帝王切開、吸引分娩等の急速墜娩を行う。

3) 新生児仮死に対しては産科医師・小児科医師の協力のもとに、児の蘇生にあたる。

3. 出産時における新生児の取り違え

1) 事故の要因と防止策

(1) 分娩室・手術室・新生児室・授乳室等における新生児の取違え

(2) 出生後、患者の氏名を記載した母児標識ネームバンドをできるだけ早く装着する。

- ①母児標識ネームバンドの装着は出生直後、インファントウォーマ上にて装着する。（母は手、児は左手足2カ所 必ず母と番号確認してもらう）

- 2) 麻酔下の分娩や分娩時の異常のために装着できない場合は、母児標識ネームバンドを装着するまでは絶対に他の児との接触をさける。
- 3) 処置のために母児標識ネームバンドを外さなければならないときでも、処置終了後直ちに装着する。
- 4) 分娩が同時進行している時は、分娩室で出産した児は分娩室内のインファントウォーマにて処置を行う。
 - (1) 処置室（陣痛室）にて出産した児は、新生児室のインファントウォーマへ移動後、処置を行い、母児標識ネームバンドを装着するまでは絶対に他の児との接触は避ける。
- 5) 多胎の新生児は取違えに特に注意する。
 - (1) 順番を表示した母児標識ネームバンドをできるだけ早く装着するよう特に注意する。（例：〇〇第Ⅰ子、〇〇第Ⅱ子、〇〇第Ⅲ子等）
- 6) 多胎妊娠の分娩時の、児の蘇生には1患児に1人以上の医師が担当し、ベビー室への搬送時には、児を別々に抱っこまたはクベース収容する。
- 7) 授乳時、母児同室制での児の受け渡し時、沐浴からの移動時など、母児の番号と照合する。退院時にも必ず母親とともに確認する。
- 8) 1患児1コットとして母親の部屋への移動時もコットにて移動し母児標識ネームバンドにて照合後受け渡しを行う。
- 9) 児の連れ去りを防止するために、母以外の家族への受け渡しは行わず、母児標識ネームバンドにて照合後受け渡しを行うことを説明し実施する。

4. 事故発生時の対応

- 1) 母児標識ネームバンドが緩んで外れたり、処置終了後装着が遅れた場合は、すみやかに再装着する。

放射線関連

放射線科における検査および治療は各診療科の医師の依頼により実施される。各診療科、病棟と連携・協力しながら検査および治療がスムーズにおこなえるよう努める。

放射線検査における被曝低減に努める。

1. 起こしやすいエラーと防止策

- 1) 検査診察台からの転落および転倒、機器への衝突、可動部でのはさみ込み
 - (1) 患者の移動、寝台への昇降、装置の移動には十分注意して検査中も患者から目を離さないようにする。
 - (2) 装置の可動域を把握して、危険個所を覚えておく。
 - (3) 装置の始業点検や定期点検を行い異常の発見に努める。
 - (4) 患者間違い、検査部位間違い
 - (5) 患者を検査室に招き入れる時「フルネーム」で呼ぶ。
 - (6) 患者自身に「フルネーム」で名乗ってもらい、本人確認を行う。
 - (7) オーダー内容、検査目的を確認し、患者に検査部位や撮影方法を説明する。
 - (8) 患者の話をよく聞いて矛盾があれば必ず依頼医師に確認をとる。
 - (9) 撮影方法、撮影部位、撮影方向を確認しながら撮影を行う。

2. 各検査手順

- 1) 受付
 - (1) 患者確認は、外来患者（診察券、受付票）、入院患者（診察券・ネームバンド）などを利用し、行う。
 - (2) 行先検査室を明瞭に説明する。
- 2) 一般撮影室
 - (1) 患者情報取得はMWMにより取得し、展開する。
 - (2) 患者誘導はフルネームで行い、検査室内で、患者自身に「フルネーム」で名乗ってもらい本人確認を行う。
 - (3) 撮影指示内容に疑問を感じた場合は主治医に確認する。
 - (4) 妊娠可能な女性患者には妊娠可能性の有無を確認する。
 - (5) 患者が検査台へ昇降するときは立ち会う。
 - (6) ベッド、車いす、ストレッチャーなど、検査台への移動時はストッパーを固定する。
 - (6) 患者を移動させる場合は、ドレーン・チューブ類に注意し抜去しないようにする。
 - (7) 検査中は、患者の動作（特に小児・高齢者）に注意し、危険が予測される場合は、検査終了まで患者に付き添う。

- (8) X線照射前に照射条件・撮影部位等を再度確認し、再撮影の防止また、被曝低減に努める。
- (9) 検査終了後、患者が検査室を出るまで注意する。
- (10) 影装置での病棟撮影は、運転には十分注意し、部屋の患者名を確認、ベッドサイドの名前の確認、バーコードで読込、名前確認、名乗れる患者は名乗りで確認する。
- (11) 感染症には十分注意し、撮影後は基準に沿った消毒を行い、院内感染を防ぐ。

3) X線透視室

- (1) 使用前に装置、周辺機器が正常・安全であるか点検・確認をする。
- (2) 患者情報取得はMWMにより取得、患者氏名をフルネームで確認する。
- (3) 妊娠可能な女性患者には妊娠の可能性の有無を確認する。
- (4) 造影剤等の薬品が適正に使用されているか確認する。
- (5) 患者が検査台へ昇降するときは立ち会う。
- (6) ベッド、車いす、ストレッチャー等、検査台への移動時はストッパーを固定する。
- (7) 患者を移動させる際は、ドレーン・チューブ類に注意し抜去しないようにする。
- (8) 患者および患者に装着されたドレーン・チューブ類、モニター等が装置・機器と接触しないか確認する。
- (9) 検査中は患者の状態に注意を払う。
- (10) 不必要な透視・撮影には十分注意し被曝低減に努める。
- (11) 感染症には十分注意し、撮影後は基準に沿った消毒を行い、院内感染を防ぐ。

4) 血管撮影室

- (1) 使用前に装置、周辺機器が正常・安全であるか点検・確認をする。
- (2) 患者情報取得はMWMにより取得、患者氏名をフルネームで確認する。
- (3) 患者および患者に装着されたドレーン・チューブ類、モニター等が装置、機器と接触しないか確認する。
- (4) 不必要な透視、撮影には十分注意し被曝低減に努める。
- (5) 検査室内を特に清潔に保ち、感染症および衛生に気を付ける。

5) CT室

- (1) 患者情報取得は、MWMにより取得し、展開する。
- (2) 患者誘導はフルネームで行い、室内では本人の名乗り、検査票にて確認する。
- (3) 撮影指示内容に疑問を感じた場合は、主治医または放射線科医に確認する。
- (4) 妊娠可能な女性患者には妊娠の可能性の有無を確認する。
- (5) 患者が検査台へ昇降するときは立ち会う。
- (6) ベッド、車いす、ストレッチャー等、検査台への移動時はストッパーを固定する。
- (7) 患者を移動させる場合は、ドレーン・チューブ類に注意し抜去しないようにする。
- (8) 患者にアーチフェクトの原因となる装飾品等がないか確認する。
- (9) 検査内容の事前説明をし、検査中は患者の状態に注意する。

- (10) X線照射前に照射条件、撮影部位等を再度確認し、再撮影の防止・被曝低減に努める。
 - (11) 救急患者撮影等で予約時間がズレる場合は、待っている患者に説明し理解を得る。
 - (12) 感染症には十分に注意し、撮影後は基準にそった消毒を行い院内感染を防ぐ。
- 6) 造影剤使用時
- (1) 必要な前処置ができていないか確認する。(絶食、糖尿病薬の休薬など)
 - (2) CT 造影同意書の確認
 - (3) 腎機能検査結果の確認 (結果値と検査日)
 - (4) 副作用発生時に速やかな処置がとれるよう救急カートの準備をしておく。
 - (5) 造影検査中は、特に患者の状態に注意し、声掛け、モニタリングなど必要に応じて行う。
 - (6) 造影剤使用後の注意事項の説明および遅発性の副作用が発生した場合の病院への連絡方法を説明し、説明文書を配布する。
- 7) MRI 室
- (1) 患者情報取得は、MWMにより取得し、展開する。
 - (2) 患者誘導はフルネームで行い、室内では本人の名乗り、検査票にて確認する。
 - (3) 撮影指示内容に疑問を感じた場合は、主治医または放射線科医に確認する。
 - (4) 術者(医師、技師、看護師)および患者がMRI検査室内に金属製品を持ち込まないように十分注意する。
 - (5) MRI問診票の確認
 - (6) 患者から金属類が取り除かれているか問診、視診、金属探知機で確認する。
 - (7) 妊娠可能な女性患者には妊娠の可能性の有無を確認する。
 - (8) 患者に検査部位、検査方法、検査中の装置の動き、音などについて説明する。
 - (9) 患者が検査台へ昇降するときは立ち会う。
 - (10) 一般状態の悪い患者、鎮静時などは必要に応じて生体監視モニターを利用し、モニタリングによる監視を行う。
 - (11) VPシャント可変バルブ装着患者の場合、主治医に検査後の再調整が必要か確認する。
 - (12) 救急患者撮影等で予約時間がズレる場合は、待っている患者に説明し理解を得る。
 - (13) 感染症には十分に注意し、撮影後は基準にそった消毒を行い、院内感染を防ぐ。
 - (14) 検査終了後または検査室を離れる際は、検査室内に立ち入れないようにドアは施錠する。
- 8) 造影剤使用時
- (1) 必要な前処置ができていないか確認する。(絶食など)
 - (2) MRI 造影同意書の確認
 - (3) 腎機能検査の結果の確認 (結果値と検査日)
 - (4) 副作用発生時に速やかな処置ができるよう救急カートを準備しておく。

- (5) 造影検査中は特に患者の状態に注意し、声掛け、モニタリングなど必要に応じて行う
 - (6) 造影剤使用後の注意事項の説明および遅発性の副作用が発生した場合の病院への連絡方法を説明し、説明文書を配布する。
- 9) 画像データの取込、作成
- (1) 患者情報の取得は、MWMにより取得展開する。
 - (2) 画像データの取込時、患者情報を確認し、PACSに送信する。
 - (3) 画像送信は、PACS上で画像の送り忘れはないか、適切に画像が送られているか確認する。
 - (4) CD/DVD作成後は画像内容が間違いないか確認する。
- 10) 装置・機器点検
- (1) 始業点検、終業点検により装置、機器が正常であることを確認する。
 - (2) 装置メーカーによる定められた定期点検を行い、装置性能を維持する。

リハビリテーション関連

1. 起こりやすいエラーと防止策

1) 患者誤認

- (1) 名前はフルネームで呼び、患者が返事をしても必ず再確認する。
- (2) 病室の名札、ベッドの名札を二重チェックする。

2) 転倒・転落

(1) 危険因子の評価

- ①内的要因の評価：問診・理学所見・神経・筋系の評価
- ②外的要因の評価：訓練室・病棟・院内の評価

(2) 危険因子の改善

- ①内的要因の改善：外科的・内科的治療・歩行補助具、補装具の使用
- ②的要因の改善：靴・院内設備の種類・配置の検討
- ③高リスク患者・認知症患者は監視を常時徹底する。
- ④歩行・移乗に介助が必要な患者は必ず介助する。
- ⑤柵のないベッドに臥床している患者には必ず誰かが付き添う。
- ⑥転倒予測・転倒予防を関係部署と協議・徹底する。
- ⑦患者に対してインフォームド・コンセントを徹底する。

(3) 対処

- ①意識状態、負傷の程度を把握し、速やかに主治医に連絡し、指示を受ける。

3) 患者の感染

- (1) 機器・器具の清拭・消毒を十分に行う。
- (2) 職員・患者の訓練室出入り口での消毒・手洗い励行。
- (3) 病棟ベッドサイドでの消毒・手洗い励行。

4) Mega Oak の入力ミス

- (1) 必ず自分のパスワードで入力する。
- (2) リハビリテーションの依頼受理は必ず担当者本人が行う。
- (3) 当日内の診療報酬入力・変更は外来予約管理及びリハメイトで修正する。
- (4) 後日修正の場合、リハメイトで修正後、医事科に連絡する。
- (5) 診療報酬入力には、発症日・該当診療報酬等を念頭に於き、確認の上入力する事を心掛け、入力ミスを防止する。

5) 医療機器

- (1) 機器には使用マニュアルを常時付けておく。
- (2) 機器の定期点検及び必要時随時点検を行う。
- (3) 故障発生時は、処理マニュアルに従って速やかに対応する。

6) 各種訓練器具

- (1) 整理整頓を心掛け、器具の定期点検及び必要時、随時点検を行う。

- (2) 破損或いは患者使用に不都合などが生じると予測される場合、早期修復又は交換を行う。

7) 運動療法事故

- (1) 訓練のリスク管理基準を念頭に置いて治療する。
- (2) 高リスク患者には細心の注意を払う。
- (3) 意識状態、負傷の程度を把握し、直ちに医師に連絡し、指示を受ける。

8) 物理療法事故

(1) 低周波

- ①出力が0になっていることを確認。
- ②導子を十分に水に濡らしたうえで、患部に的確に固定し出力を徐々に上げ患者の反応、患肢の反応を見ながら出力を調整し、タイマーをセットする。
- ③禁忌：重篤な心疾患や内科疾患、心臓ペースメーカーの装着、頸部や妊婦の腹部、創傷部位
- ④対処：痛み、不快感を訴える場合は出力を下げ、経過観察した後も異常がある場合は直ちに指示を仰ぐ。

(2) ホットパック

- ①緩衝タオルが正確に出来ている事を確認し、治療中の患者の温度感覚に注意する。
- ②設定時刻を確認・セットし時間厳守を心掛ける。
- ③ホットパックの目的、必要性と危険性について十分説明し、患者の体動に気を配り、ホットパックのズレ・歪みに留意し、必要に応じて再度修正し且つ注意を促す。
- ④患者の異常・不快感について、視診・問診も含めて留意する。
- ⑤終了後、治療部位を確認し、発赤等の無い事を確認する。
- ⑥禁忌：あらゆる疾患の急性期、表在知覚の鈍麻・脱失、循環障害のある部位、出血傾向のある疾患、悪性腫瘍、結核のある部位、皮膚疾患・感染症
- ⑦対処：異常がある場合、直ちに医師に連絡し、指示を仰ぐ。

9) 訓練のリスク管理

主治医による訓練可否の検討を要する場合

- (1) 安静時脈拍数 100/分以上
- (2) 拡張期血圧 100 mm Hg 以上
- (3) 収縮期血圧 180 mm Hg 以上
- (4) 37.5℃以上の発熱
- (5) 心房細動以外の著しい不整脈
- (6) 訓練前に動悸、息切れ、めまいなどの自覚症状のあるもの
- (7) 動脈血酸素飽和度88%前後
- ①訓練を一時中止し、改善あれば再開、そうでなければ中止する場合
 - ・心拍数 140 以上
 - ・拡張期血圧 120 mm Hg 以上
 - ・収縮期血圧 200 mm Hg 以上

- ・胸痛・不整脈の出現
- ・動悸・息切れ・めまいなどの出現
- ・動脈血酸素飽和度85%前後（患者の臨床症状で判断する）
- ・糖尿病コントロール中の患者の低血糖症状

病理関連

1. ミスを起こしやすい要因

- 1) 病理検体あるいは検体ラベルの取り違い・紛失
- 2) 起こりえるエラー
- 3) 患者の取り違い（検体採取時）
- 4) 検体容器の取り違いまたはラベルの貼り間違い（検体採取時、搬送時、標本作成時）
- 5) 検体保存あるいは固定方法の間違い（検体採取時、検体処理時）
- 6) 検査依頼の情報の記入間違い
- 7) 検体の取り残しまたは検体番号の間違い（標本作成時、診断時）

2. 防止対策

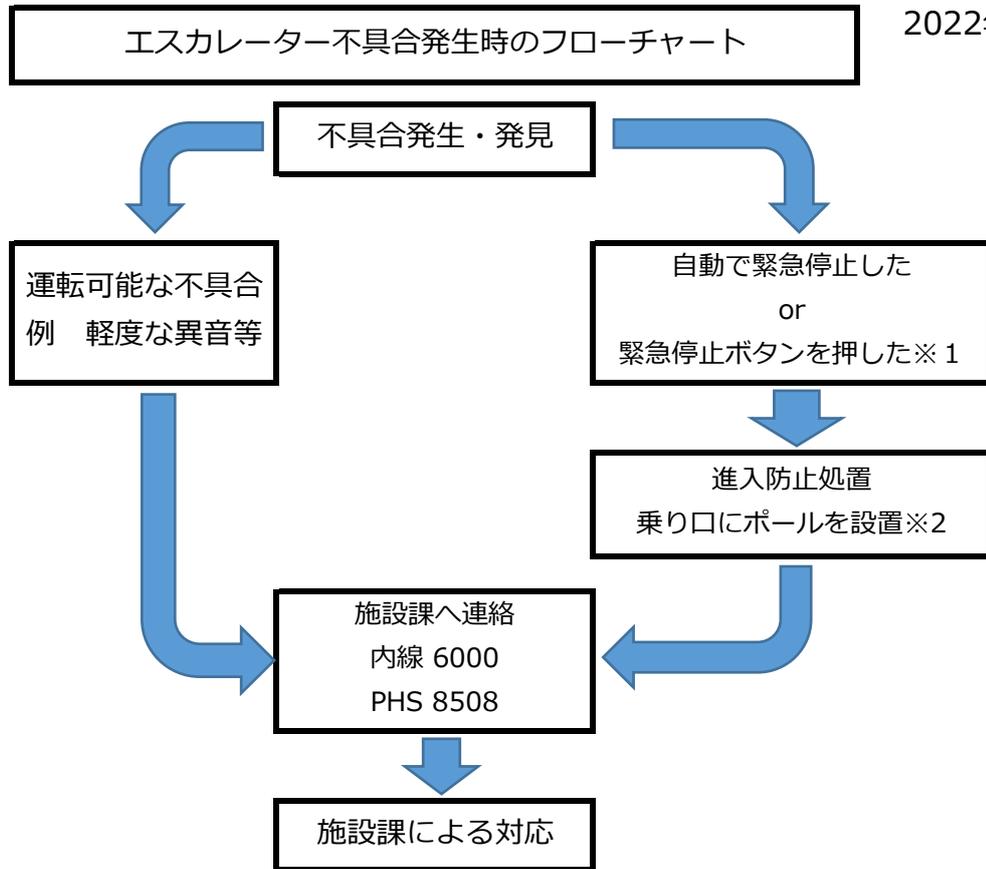
- 1) 検体採取や検体の搬送、標本作成、診断時の各作業に携わる者は、常に患者、検体、ラベル等の記載内容の整合性に注意を払う。
- 2) 検体を受け取る際には、医師に名称、保存方法、個数、提出時期を確認する。
- 3) 臓器、血液および体液を取り扱う検査時や有機溶剤などの有害物質を扱う場合において、飛散や衣服等の汚染などを受ける可能性にある場合は、手袋・マスク・ゴーグル及びエプロンなどの防護具を適切に使用し予防を行う。

3. 事故発生時の対応

- 1) 検体を紛失または提出不可能になった場合は担当医師、病理に報告する。
- 2) 提出された検体や容器作成されたパラフィンブロックやプレパラートを保管する。

エスカレーター不具合発生時のフローチャート

2022年 5月



※1 緊急停止ボタンを押す際にエスカレーター利用中の乗員が居る場合
大きな声で手摺に捕まってください、エスカレーター緊急停止します等の
緊急停止する旨を乗員に伝える事

※2 ポールは1F エスカレーター乗降口横に常備

※3 エスカレーターでの転倒、滑落による負傷等は医師、看護師に連絡し対応する事

■緊急停止させる不具合の判断基準

緊急停止 ⇒ 転倒、滑落、物の挟み込み、重度の異音、その他

運転継続 ⇒ 軽度の異音

※いずれにせよ施設課には連絡すること

■緊急停止チャート

①不具合を発見 ⇒ 落ち着いて現状を把握する

②判断をする ⇒ 判断基準にあてはめ緊急停止させるか判断する ※迷ったら緊急停止

③停止させる ⇒ 緊急停止させる旨を乗員に伝え緊急停止ボタンを押す

④進入防止処置 ⇒ ポールを設置する(ポールは1Fエスカレーター乗降口横に常備)

⑤連絡をする ⇒ 負傷者が居る場合は医師、看護師に連絡する

エスカレーターを緊急停止させた旨を施設課へ伝える

※自動で緊急停止した場合は①④⑤で対応する

■最後に

エスカレーターを緊急停止させるのは悪いことではありません。

発見者が緊急停止させるか迷った場合は緊急停止させて下さい。