JCHO 仙台南病院

医療安全管理マニュアル

2022年度版

JCHO 仙台南病院

医療安全管理対策委員会

Ⅰ.医療安全管理体制 5
１．医療安全管理部門図 5
２．医療安全管理委員会（指針と重複） 6
３．医療安全管理担当者（ＧＲＭ）の業務規程 7
４．医療安全・患者サポートカンファレンス規程 10
５．RM 部会規程 11
６．JCHO 仙台南病院医療事故調査委員会規程 13
７．医療事故調査制度に基づく JCHO 仙台南病院院内医療事故調査委員会規程 16
８．医療相談業務要領 20
９．報告体制の整備 21
１０．医療安全管理のための職員研修 22
Ⅱ.重大なアクシデント等発生時の具体的対応 23
Ⅰ　初動体制 23
Ⅱ　患者家族への対応 23
Ⅲ　重大事故発生直後の報告及び連絡 25
Ⅳ　事実経過の記録 28
Ⅴ　医療安全管理委員会の招集 28
Ⅵ　当事者及び関係者（職員）への対応 28
Ⅶ　関係機関への報告 29
Ⅷ.公表 29
１．報道機関への対応 30
Ⅲ．その他の対応 31
1.　患者急変時の初期対応 31
2.　緊急時の連絡（EM コール） 31
４．病理解剖の実施 34
ＡＩ（Autopsy imaging） 36

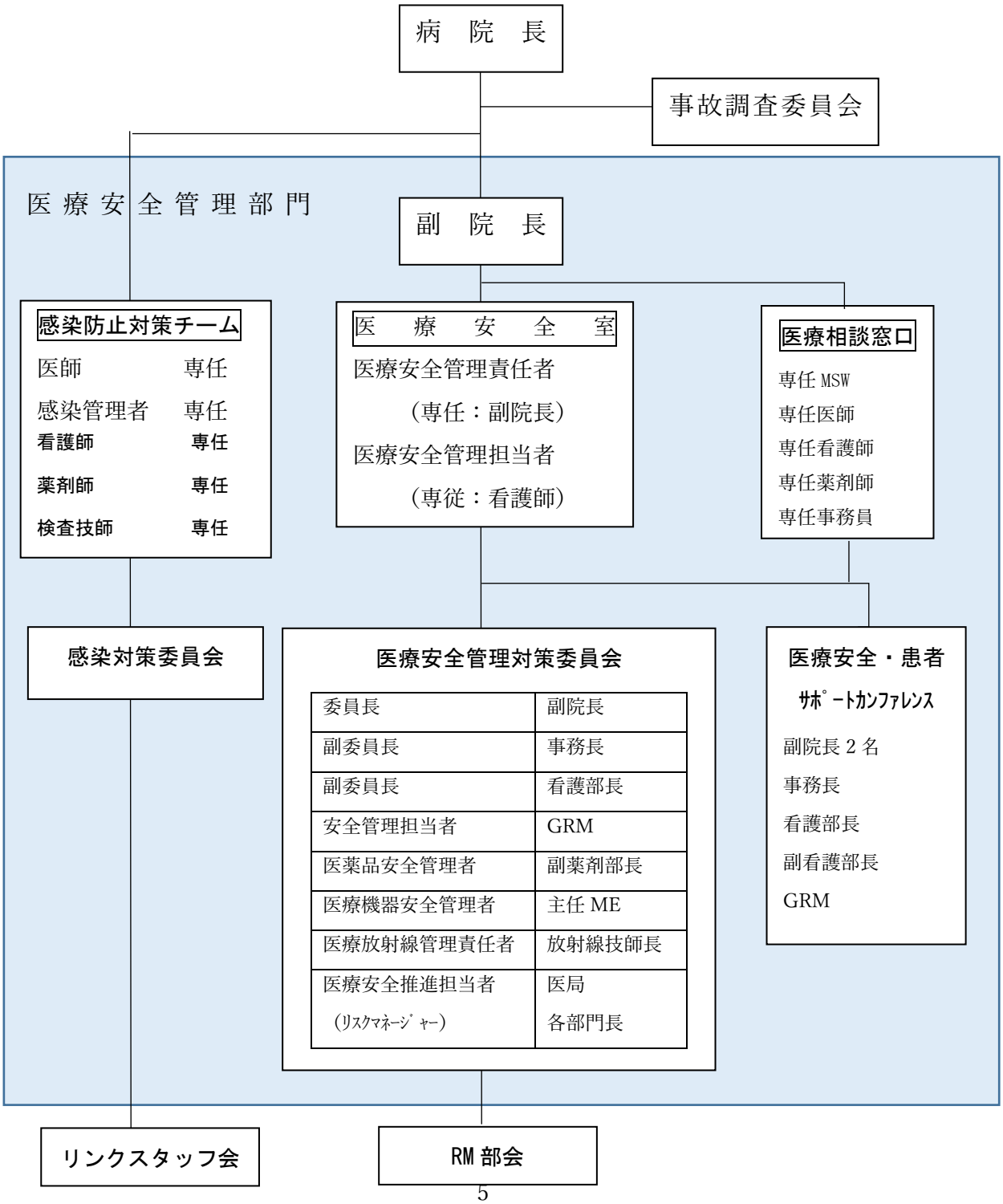
警察への対応と捜査への対応 37
Ⅳ．２０２２年度　医療安全管理委員会名簿 38
Ⅴ.事故防止のための未然防止対策 39
１．患者誤認防止 39
２．電子カルテの訂正 40
３．インフォームドコンセント（説明と同意）の指針 43
４．アレルギー注意薬等情報の共有 47
５．注射・点滴 48
・注射事故（皮下・筋肉・静脈） 50
・輸液事故 52
６．口頭指示 55
７．内服薬与薬 55
内服薬等与薬事故 58
８．輸血 59
９．血液製剤 60
・輸血事故 62
１０.血栓塞栓予防リスク評価 63
１１．ME 機器 67
１）シリンジポンプ 67
２）輸液ポンプ 67
３）人工呼吸器 68
４）機器の取扱事故 71
５）電気メス 71
１２．ドレーン・チューブ類の管理 73
1）中心静脈カテーテル 73
２）胸腔ドレーン 74

３）気管挿管チューブの確認手順.....74
４）気管カニューレの誤接続防止.....76
５）経鼻経腸栄養チューブ留置.....77
６）尿道カテーテル挿入.....80
１３．カラーシリンジ使用基準.....83
１４．転倒・転落防止.....85
転落、転倒事故・搬送時の事故.....92
１５．身体拘束.....94
１６．熱傷.....97
１７．抗癌剤以外の血管外漏出.....98
１８．画像診断報告書の見落とし防止.....105
１９．個人情報間違い防止.....106
患者管理事故.....107
２０．DV・虐待（疑い）の通報について.....108
２１．徘徊（迷子）の対応.....109
２２．無断離院（行方不明）患者の対応　【平日日中】.....110
２３．施設設備の安全管理.....111
２４．注射針等の取り扱いと廃棄方法について.....112
２５．救 急 外 来.....113
VI. 各部署の安全管理.....115
薬剤部の安全管理.....115
１．調剤業務.....115
２．薬品情報業務.....117
３．薬剤管理指導業務.....117
臨床検査科関連業務における安全管理.....118
1）検体検査.....118

2）生理検査 118
表 1.検体検査パニック値一覧 120
マスター心電図における注意事項 121
緊急連絡を必要とする所見一覧 121
放射線科の安全管理 122
栄養管理室の安全管理 123
事故防止対策 123
事故を予防するために 126
非 常 時 の 対 応 127
. 医事課 128
１．初診受付カルテ作成時 128
２．再来受付時 128
３．計算窓口 128
４．会計窓口 128
５．退院時 129
６．電算（医事コンピューター）故障時 129

Ⅰ.医療安全管理体制

1． 医療安全管理部門図



医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）と、安全管理のための 委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）を設置する。医療安全管理部門には、全ての部門の専任の職員を配置する。医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の医療安全管理者が、医療安全管理対策委員会と連携し、リスクの把握、分析、対応、評価、医療安全の啓発という一連のプロセスを通じて、より実効性のある医療安全対策を実施し、医療の質と安全の保証・向上を目指す。

２．医療安全管理委員会（指針と重複）

１．本病院は、医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
２．委員会は、副院長、診療部長、副薬剤部長、看護部長、事務長、医療安全管理者及び各部門の安全管理のための責任者等をもって構成することを原則とする。
３．委員会の委員長は、原則として医療安全管理責任者を担う副院長とする。
４．委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者とする。
５．委員長がその任務を遂行できない場合は、他の副院長又は副委員長がその職務を代行する。
６．委員会は、以下の業務を行うものとする。
（１）病院医療安全管理指針の策定及び改定
病院医療安全管理指針には、以下の基本的考え方や方針を含む。
１）医療機関における医療安全管理
２）委員会その他の当該病院等の組織
３）職員に対する医療に係る安全管理のための研修
４）当該病院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策
５）重大なアクシデント等発生時の対応
６）職員と患者との間の情報の共有（患者等に対する当該指針の閲覧を含む。）
７）患者からの相談への対応
８）その他医療安全推進のために必要な事項
（２）院内等において重大な問題その他委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における当該事例の発生原因の分析、再発防止策の検討、立案、実施及び職員への周知
（３）（２）の改善のための方策の実施状況の調査及び必要に応じた当該再発防止策の見直し
（４）院内のインシデント・アクシデント防止活動及び医療安全に関する職員研修の企画、運営
（５）その他、医療安全の確保に関する事項

７．委員会の開催及び活動の記録

（１）委員会の開催は、概ね月１回とするほか、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。

（２）委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。

８．委員会の議事は、記録し医療安全管理室が管理する。

３．医療安全管理担当者（ＧＲＭ）の業務規程

１．医療安全管理担当者の位置づけ

医療安全管理担当者（ＧＲＭ）とは、本院の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、その他の必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行うものとする。

２．医療安全管理担当者の業務

①安全管理体制の構築

医療安全管理委員会や、リスクマネージメント部会の運営に参画する。
必要に応じて、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。
安全管理に関する指針や、作業マニュアルの作成、改訂の促進と職員への周知。

②医療安全に関する職員への教育・研修の実施

職員研修の企画、実施、評価を行う。
新入職者研修、中途採用者研修
研修会は年２回以上、全職員を対象として企画・実施・評価する
その他、タイムリーな研修会やセミナーの運営

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

医療安全に関する情報収集・分析・評価

インシデントアクシデントレポート・オカレンスレポートの集計と報告
院内の巡視
各部門の職員からの情報提供
その他、各種マニュアルや議事録等

事例の分析

収集したインシデントアクシデントレポート・オカレンスレポート報告の

分析を行うとともに、リスクマネージャーに対する支援を行う
事例の事実確認を行う

安全の確保に関する対策の立案

安全のための防止策のために、各種の分析方法を用いて分析する

フィードバック・評価

院内ラウンドにより、医療安全対策の実施状況を把握する
実施策に関する評価、指導を行う
各部門リスクカンファレンスに参加することにより、医療安全対策の実践状況を把握し、必要時指導を行う
マニュアルの作成および点検、見直しを行う
医療安全に関する職員への啓発・広報を行い、周知を図る

④医療事故への対応

医療事故発生時は、初期対応、調査、要因分析、再発防止のための活動を行う。

初期対応

1. 医療事故発生現場の調査と関係者からの詳細な事実確認
2. 管理者、所属長への連絡等
3. 医療事故に関連した破損機械や処置内容、データ等の保全
4. 器械や薬剤が関与した場合の医療機関内の関連部門への連絡と製造販売業者への連絡や対応の依頼
5. 診療記録、看護記録の記載の確認
6. 医療事故に関与した職員の精神的サポートの依頼

中期対応

7. 管理者が行う当事者以外の職員や他の患者に対する説明、及び地域住民からの問い合わせへの対応支援
8. 事故調査委員会の運営を助け、事例の調査や報告書のとりまとめ等に協力する

再発防止

9. 事故調査委員会において提言された再発防止策等について、各部門への周知を図る

⑤安全文化の醸成

インシデントアクシデントレポート・オカレンスレポートなど、事故情報が遅延なく報告され、必要な対策が検討実施され現場に活かされるよう、全職員に働きかける。
内外から提供された医療安全の情報や、事例の紹介等を行う。
医療安全確保のための様々な過程のなかで、個人の責任追及にならないように配慮する。

全職員が、医療安全について自らのこととして考え、医療現場から積極的に取り組むよう職場の安全意識を高める。

⑥医療安全管理業務の代行

医療安全管理者が不在時は、医療事故対応を医療安全管理者研修

終了者が代行する

初期対応の代行

1. 医療事故発生現場の調査と関係者からの事実確認（何が起こったのか）
2. 管理者、所属長、医療安全管理者への連絡等
3. 医療事故に関連した破損機械や処置内容、データ等の保全
4. 器械や薬剤が関与した場合その保全（そのままの状態で保管または、写真を撮る）
5. 診療記録、看護記録の記載の確認
6. 医療事故に関与した職員の精神的サポートの依頼（所属長や上席者に依頼）

４．医療安全・患者サポートカンファレンス規程

（目的）

第１条

この委員会は医療安全管理委員会要綱に基づき、問題事象の特定事項について検討し、医療安全対策に係る取り組みの評価を行う。

（任務）

第２条

① インシデント･アクシデントレポート、オカレンスレポートについて掌握する。

②インシデント・アクシデントレポート、オカレンスレポートについて問題となる特定事項について検討し、当該部門や該当する会議・委員会などへ提言し対策を求める。

医療安全対策に係る取り組みの評価を行う。

全死亡事例の報告及び、当該死亡が、緊急の対応を検討するための委員会（院内合議）を開催すべき事例か否かを定例医療安全カンファレンスで検討する開催と判断した場合、院長へ報告する。

③ 患者等の相談件数、内容、相談後の取り扱いなどについて評価する。

（構成）

第３条

①副院長２名、看護部長、事務部長、医療社会事業専門員、医療安全室長、医薬品安全管理責任者

②検討事象により、医療安全管理対策委員長の指名に基づき決定される。

（招集及び会の進行）

第４条　原則として、毎週一回の定例開催とする。

① 会の進行は事務部が務める。

（事務部）

第５条　会務を処理するため医療安全室に事務部を置く。

５．RM 部会規程

（目的）

第１条　医療事故防止対策をより実効あるものとするために、リスクマネジメント部会（以下「部会」）を設置する。

（任務）

第２条

①インシデント・アクシデント事例の原因分析並びに事故予防策の検討及び提言

②院内巡回を行い、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進する。

③医療事故の分析並びに再発防止策の検討及び提言

④医療事故に関する諸記録の点検

⑤医療事故防止のための教育、啓発、広報に関すること等の業務を行う。

⑥部会は、再発防止策の周知徹底と、評価を行い、各部門にフィードバックを行う。

⑦部会は医療安全管理委員会と連携し、医療安全管理対策を実行する。

（構成）

第３条　薬剤科、栄養管理室、放射線科、医事課、リハビリテーション科、臨床検査科、手術部、２階事務、各病棟、外来、健診、老健、医療安全管理担当者をもって構成する。

（役割と招集及び会の進行）

第４条

①　部会に部会長を１名選出する。部会長は委員会を招集し、議事運営にあたる。

②部会長の任期は１年とする。

③部会に部会長補佐を１名選出する。部会長が不在時はその職務を代行する。

④部会長補佐は翌年部会長となる。

⑤定例委員会は第４木曜日とする。なお、部会長が開催を求めた時には、臨時委員会を開催する。

⑥会の進行は部会長が務める。

⑦書記は各部門輪番制で行う。

⑧部会の庶務は医療安全室が行う。

6．JCHO 仙台南病院医療事故調査委員会規程

（目的および設置）

第１条

JCHO 仙台南病院（以下「本院」という）において重大な医療事　　故が発生した場合、院長の指示により、原因の究明と再発防止について客観的な視点から協議し、本院における医療安全管理の推進とともに病院運営の透明性を高めることを目的として、医療事故調査委員会（以下「委員会」という）を設置する。

（責務）

第２条

委員会は、院長の諮問により次の項目を審議し、意見を述べるものとする。

①原因の究明にあたり、関係者の事情聴取、現場検証等により、事故内容の詳細を調査し、自己の事実関係、事故前後の経過など時系列的に整理し記録する。

②事例における問題点を整理し、再発防止に向けての改善策を審議する。

③①ならびに②を評価、検証し、客観的に調査報告書を作成し、院長に報告する。

④　報告書の作成は、迅速に行うものとする。

（組織および構成）

第３条

委員会は、院長が委嘱する次にあげる委員をもって組織する。

①医療安全対策に関する学識者および専門家

②他の医療機関の医師

③外部の有識者

④その他院長が指名した者

２．委員会に委員長を置き、委員長は委員の互選により定める。

３．委員長は必要に応じて委員会を招集し、会議の議長となる。

４．本院の医療安全管理委員会は、会議の書記ならびに記録の保管、庶務を行うものとする。

５．委員の任期は、院長への答申までとする。ただし、院長が差し戻した場合はこれに応じる。

６．患者および家族が議事録・報告書の開示を要望した場合は、これを認める。

（秘密の保持）

第４条

委員会の委員として知り得た事項に関しては、個人情報保護法に則り正当な理由なく他に漏らしてはならない。

（公表の判断）

第５条

委員会が事例に対し情報を公表することによって、病院運営の透明性を高め、医療の信頼を回復するために重要と判断するか否かを審議する。

①公表の範囲を審議し、患者および家族の同意を得て公表する。

②患者および家族のプライバシー・人権への配慮と、社会に対する説明責任との比較を考慮する。

③院長は、委員会の審議結果を受け、患者および家族の意向を踏まえたうえで、公表についての意思決定をする。ただし、速やかに公表すべきと判断される場合で委員会を開催することが困難な場合は、事後に委員会へ報告する。この場合であっても患者および家族の意向を踏まえたうえで行うものとする。

④関係機関等への報告は、院長の指示のもとに速やかに行う。

⑤警察関連から調査報告書の提出を要請された場合は、院長と顧問弁護士、JCHO 本部が協議の上判断する。

（外部委員への報酬）

第６条

委嘱した外部委員に対しては、本院の規程に則り支払うものとする。

（規程の改廃）

第７条

本規程の改廃は、管理者会議の了承を得て院長がこれを行う。

平成 20 年 6 月　制定

7．医療事故調査制度に基づく JCHO 仙台南病院院内医療事故調査委員会規程

（目的）

第１条　医療事故調査制度（以下「制度」という）の目的は、医療事故の原因究明に基づいた再発防止と医療安全確保であり、個人の責任を追及するものではない。

医療に起因する（疑いを含む）死亡事例が発生した場合、当該医療従事者から十分事情を聴取した上で、院内合議を経て管理者が組織として判断する。判断に困った場合は、まず本部へ相談し、その上で必要に応じて、医療事故調査・支援センターに相談する。

医療安全管理者は判断に必要な情報を収集する。（患者の年齢、性別、疾患名、臨床経過、この時点で推定される死因・発生原因など）

（設置と役割）

第２条　JCHO 仙台南病院において、制度の対象となる事例である予期せぬ死亡事例・死産症例が発生した際、院長の命を受け再発防止と医療安全の確保を目的とした院内医療事故調査委員会（以下「委員会」とする）を設置する。

委員会は、事故直後、速やかに設置し、次にあげる事項を行う。

⑴調査に関すること

①調査項目：死亡日時、年齢、性別、診療科、疾患名、臨床経過、推定される死因、死因に関連すると思われる医療行為、その関連の程度、記録や物品、関連マニュアル、医療行為の実際、遺族の受け止め方、その他、疑問点など
②情報の収集と整理：調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮する。ヒアリング結果は内部資料として取扱い、開示しないこと。しかし法的強制力がある場合には、その限りではないことをヒアリング対象者へ伝える。
臨床経過：診療録、看護記録、経過表などの記録類から収集する。患者に関する全ての資料が調査対象となるわけではない。
ヒアリングによる情報収集：医療従事者からの聞き取りは、対象者の心理的ストレスに十分注意しながら聞き取りを勧める。
遺族からの聞き取りは、大切な家族を失ったかなしみや当該医療機関に対して疑念があることに配慮しながら、遺族の疑問点などを確認する。（実施者：医療安全担当者や医療対話推進者など）

整理された臨床経過は、医療従事者と遺族に提示し、その内容に齟齬の無いことを確認する。

⑵検証に関すること

①死因に関する検証：臨床経過や解剖結果、Ai の読影結果などを踏まえ、死亡に至る機序の検証を行う。

②事故の発生原因に関する検証：診断→治療選択→IC→治療・検査・処置行為→患者管理などの項目に分け順に検証する。「何をしたか」だけでなく、「何をしなかったか」にも注目する。

⑶分析に関すること

①その事例の複雑な背景や関係性を追求することで、その間違いを生んだ「根本原因」を明らかにする。

⑷再発防止に関すること

①実行可能性、有効性、持続性などを考慮する。原因分析の検討を重ねても有効な対策が見いだせない場合もある。

⑸遺族への対応に関すること

①遺族への結果の説明は、遺族の希望し添った方法で行い、口頭または報告書などの書面、もしくはその両方で行う。報告書を遺族へ交付する場合は、主治医などの関係者の個人名については匿名化する。

⑹医療事故調査報告書の作成に関すること

①委員会は調査結果を報告書に取りまとめる。

（委員会の構成）

第３条

委員会は次の委員によって構成される。

院外の医療の専門家（外部委員）	若干名
院外の有識者（外部委員）	１名
院内の関連領域の専門家	若干名
医療安全管理責任者	１名
その他病院長が必要と認めたもの	適当数
医療安全管理者	

委員は病院長が委嘱する。

委員長は、第１回の委員会において、原則として外部委員の内から互選する。

委嘱期間は、調査終了までとする。

委員は、対象事例ごとに選任される。

（医療事故調査報告書の取り扱い）

第４条

医療事故調査報告書は、病院長が対象事例の患者家族に交付し、説明を行う。

医療事故調査報告書を公表する場合は、原則として概要版を作成し公表することとする。

患者家族から医療事故調査報告書全文の公表要請があり、かつ委員から同意を得た場合には、個人情報に配慮した上で、要請に応じるものとする。

（調査資料の取り扱い）

第５条

委員会で審議に用いる資料や診療記録類については、個人情報に配慮し可能な範囲で匿名化する。

聞き取り記録や委員からの意見書および委員会議事録などの資料は、裁判所からの開示命令を除き開示しない。

（守秘義務）

第６条

委員会の出席者は本委員会で知り得た内容に関しては守秘義務を負う。

（事務部体制）

第７条

委員会の設置に当たり、委員の委嘱、委員会開催上の事務手続き、委員への連絡調整、必要資料の調達・配布、議事録作成その他の庶務が円滑に行われるように、総務企画課に事務部体制を編成する。

（外部委員への報酬）

第８条

委嘱した外部委員に対しては、当院の規程に則り支払うものとする。

（要綱の改廃）

第９条

本規程の改廃は、管理者会議の了承を得て院長がこれを行う。

（平成 28 年 3 月 1 日制定）

8．医療相談業務要領

医療相談窓口マニュアル参照

院内に、患者及びその家族からの疾病に関する医学的な質問や、生活上及び入院上の不安等の様々な相談に対応する窓口を設置する。

相談窓口対応者は、医療安全管理者と密な連携を図り、医療安全に係る患者及びその家族の相談に適切に応じる体制を整備する。

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医・担当看護師等へ内容を報告する。

9．報告体制の整備

報告の手順と対応

インシデントレポートは、始末書ではなく、個人を責めるものでもなく、次の目的のために 記載する。従って、患者にとっていささかでも不利益を与えた出来事は、全て記載・報告する。 「患者が安心して医療を受けられる」＝「医療の質を保障する」を、目指して記載する姿勢 が求められる。

1）インシデントレポートの目的

(1) 安全な業務体制の構築、及び再発防止策立案の為のデータ

(2) 再発防止策の指標、評価データ

(3) 職員研修の教材

(4) 重大な事故発生時の管理者への報告書

2）インシデントレポートで報告する範囲

(1) 医療行為において生じたインシデントは、レベル・過失の有無に関わらず全てを、 直ちに報告する

(2) 患者に障害が発生する可能性があった場合

(3) 患者・家族からの苦情や，患者、家族とのトラブル発生時、トラブルが予測された 場合は、レベルに関わらず報告する

インシデント・アクシデントの患者影響度分類と報告体制

	影響レベル		傷害の継続性	傷害の程度	内容	院内の報告	ＪＣＨＯへの報告
インシデント	0				エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった	職員 ＰＣ入力 ↓ 部門長（上席者） ↓ 医療安全管理者 ↓ 医療安全管理委員会	ヒヤリ・ハット（警鐘事例）事例数集計 毎月１回地区事務所へ報告
	1		なし	実害なし	何らかの影響を及ばした可能性はあるが、実害はなかった		
	2		一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（バイタルサインの軽度変化、観察の強化、安全確認の検査などの必要性は生じた）		
	3	3 a	一過性	中程度	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）		
アクシデント		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、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）	職員 ↓ 部門長（上席者） ↓ 医療安全管理者 ↓ 副院長・看護部長・事務部長 ↓ 院長 ↓ 臨時会議	発生時適宜、地区事務所へ報告
	4		永続的	軽度～高度	永続的な障害や後遺症が残存（有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合、伴う場合の両者を含む）		速やかに地区事務所へ報告 （地区事務所から本部へ報告）
	5		死亡		死亡（現疾患の自然経過によるものを除く）		

１０．医療安全管理のための職員研修

仙台南病院全体に共通する医療安全管理の推進のための基本的な考え方及び具体的な方策について、職員に対し周知徹底を図るため、医療安全管理のための院内研修を年２回以上開催する。加えて、必要に応じて臨時に開催する。研修の企画、立案、実施は委員会及び医療安全管理室が行う。

実施方法

- 安全管理に係るシステムの周知徹底
- 意識啓発のための医療事故や医療訴訟に関する講演会やセミナー等の開催
- 医療事故防止に関する系統的な学習機会の提供
- 新規採用職員には事故防止の基本と安全に関する技術指導を行うとともに、事故を起こす当事者になりうる危険性のあることの自覚を促し、事故に遭遇した際の対応方法や報告手順について学ぶ機会を設ける
- 医療安全管理委員会は、予め作成した計画にしたがい、年２回程度、全職員を対象とした定期的に開催する。それ以外にも必要に応じて開催する
- 医療安全管理委員会は、研修を実施した際には、その概要（開催日時、出席者、研修項目など）を記録し３年間保管する。
- 全職員は、研修が実施される際には受講する。

Ⅱ.重大なアクシデント等発生時の具体的対応

重大なアクシデント等とは、インシデント・アクシデントの患者影響度分類の影響レベルにおいてレベル４又は５に該当する事案及び社会的影響を考慮し本部への報告が必要と院長が判断した事案をいう。

救命措置の最優先

重大なアクシデント等、患者に望ましくない事態が発生した場合は、病院側の過誤、過失の有無に関らず、患者の生命および健康と安全を最優先に考え行動する。

Ⅰ　初動体制

１。救命を第一とし、可能な限り、本院の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。また、本院のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅延なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

２。夜間・休日を問わず、速やかに関係各所へ連絡、報告する。

Ⅱ　患者家族への対応

患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。事故経過を隠すことなく、事実のまま説明する。

可能な限り、身体への影響・予後について誠意をもって説明する。

説明には主治医・当該科医師・看護管理者同席のもとで行う。医療者が患者側との適切なコミュニケーションが取れない場合は、医療対話推進者等を介入させることが望ましい

説明終了後は、次の事項をカルテに記載する。

①説明担当者（説明者・記録担当者）
②説明を受けた人（全ての参加者氏名と続柄）
③説明日時
④説明内容
⑤質問・回答

その他の配慮

①手術室等の隔離された部屋で医療事故が発生した場合、家族等に室内に入ってもらい、患者に面会して頂くとともに、医療現場を見ていただくことも必要である。

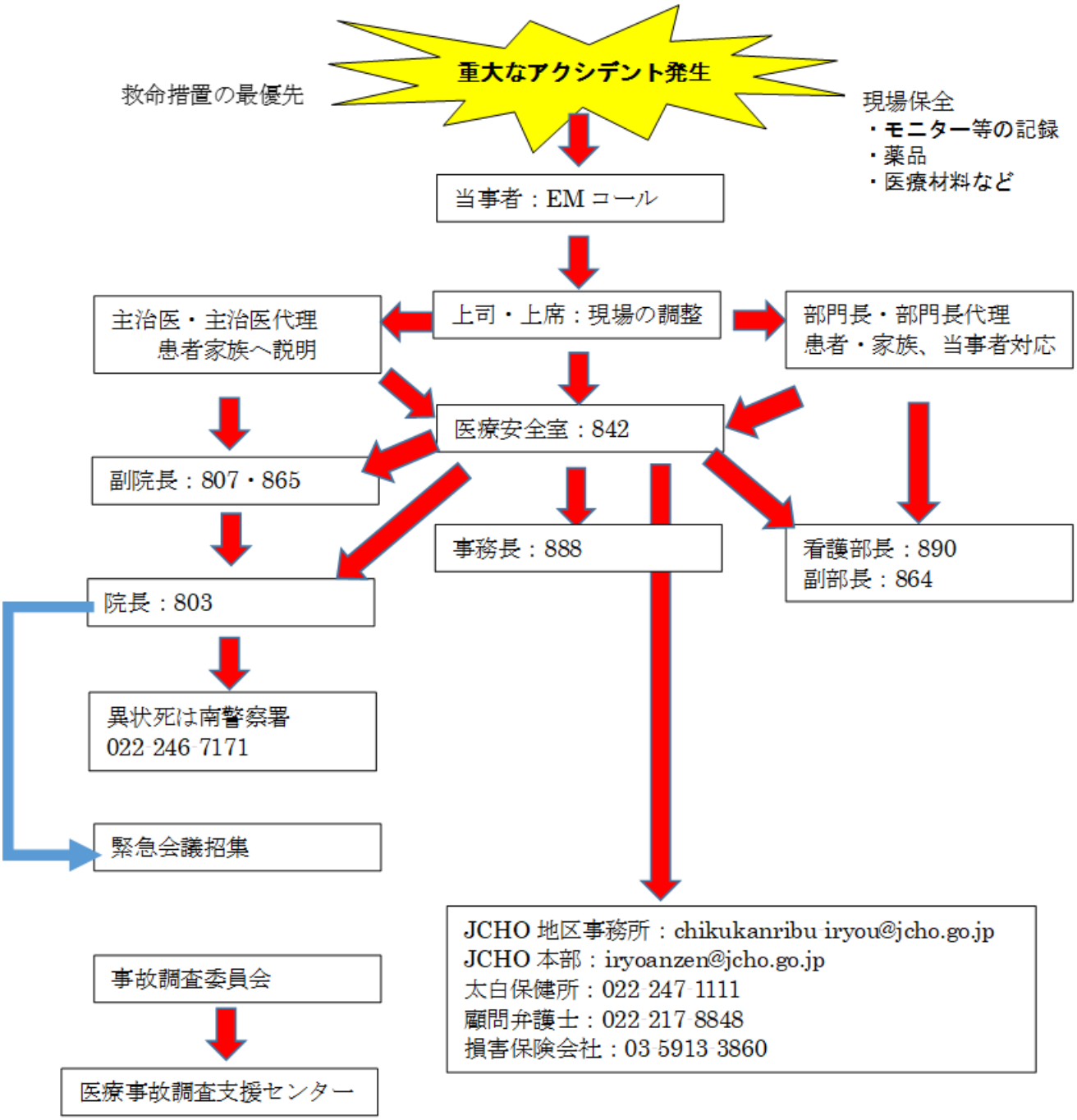
②患者が死亡する恐れのあるような場合は、家族等に患者が生存しているうちに面会してもらうことが大切である。

③面会の際には、患者の衣類の乱れを整えるなどして、患者の尊厳と家族等への心情に配慮する。

④家族等が落ち着いて待機できる個室などを確保し、食事等を整えるなどの最大限の誠意をもって配慮する。

Ⅲ　重大事故発生直後の報告及び連絡

１）



２）　現場の保全

⑴　当該部署管理者（代行者）が指示命令系統の統一を行う

⑵　現場スタッフは、指示があるまで挿入物の抜去や更衣、死後の処置は行わない

⑶　当該部署管理者は現場リーダーを指名し、現場保全の指示を行う

⑷　現場スタッフは、生体情報モニターはアラーム履歴を確認し印刷する。使用した医療機器・器具全て発生時の状況（メモや写真を撮るなど）で保存する。使用した薬品・アンプル類全て、現場のゴミも廃棄せず保存する

⑸　安全管理者は保存物品の確認を行う

3） 重大なアクシデント発生時チェックリスト

※チェックリスト７.以降は、JCHO医療安全管理マニュアルP7参照

チェック項目		補足説明		担当者	✔
1	救命	患者の安全確保と救命処置が最優先される		現場スタッフ	
2	院内報告	・当事者→当該部署管理者・代行者（夜間・休日は日当直管理者）→医療安全管理者（→必要時は院長）へ速やかに報告する ・いつ、どこで、どのようなことが起こったかを明確に伝える		各担当者	
3	患者・家族への対応	患者・家族には誠意をもって、速やかに真実を説明する		主治医 当該部署管理者 （医療対話推進者）	
4	現場保全	①現場リーダーの確認	指示命令系統の統一	当該部署管理者	
		②リーダーへの現場保全の指示 挿入物の抜去や更衣、死後の処置は指示あるまでしない	現場リーダーへの指示	当該部署管理者	
		③関係する器具の保管 心電図モニターの記録（退床しない） 医療機器	使用した器具全て	現場スタッフ	
		④薬品・アンプル類の保存	使用した薬剤全て	現場スタッフ	
		⑤保存品目一覧の作成	確認のため整理	当該部署管理者	
		⑥安全管理者による保存品目の確認	院内での再確認	医療安全管理者	
5	診療記録保全	適宜複写等して保全しておく		当該部署管理者 医事課	
		①内容確認	日時、記載者サイン等	当該部署管理者	
		②各記録類の整合性確認	医師、看護師記録等の整合性（時間・内容）についての確認	当該部署管理者	
		③複写及び原本との照合	全ての物を確認	当該部署管理者	
		④検査結果記録	検査結果、モニター類の記録の整合性、内容確認	当該部署管理者	
		⑤レントゲン・フィルム	確認	当該部署管理者	
6	診療録の事案発生後の記録	経時的かつ客観的に記載する。曖昧な表現、予測の表現は避ける。家族との面談内容も記載する。			

Ⅳ　事実経過の記録

医療事故が起きた時の記録の留意点

事故発生時は記録方式を経時記録に変えることを明示する。

想像や憶測に基づいた記載をせず、事実を客観的かつ正確に記載する。あいまいな表現や、予測的なこと、見解等は記載しない。

初期対応記録

即、記録をすることが難しい場合は、担当者を決め一貫した事実を書き留めておく。

時間の確認：救急カート備え付けの電波時計を基準とする。時計が設置されていない場合は、基準となる時計を決める。

計器類（モニター）の時刻はＭＥが定期的に時刻を合わせる。計器類の記録は保存する。

記録内容：治療・処置・ケアについて、いつ、どこで、誰が、何を、どのように実施したか、指示者ならびに実施者の氏名、および患者の反応・状態、患者・家族への説明内容などを客観的・経時的に記載する。

初期対応終了後の記録

初期対応に関わった医師・看護師などが全員で相互に事実確認し、あとから訂正しないように記載する。

処置・看護などを実施次第、その都度速やかに記録する。

Ⅴ　医療安全管理委員会の招集

重大なアクシデント等が発生した場合には、直ちに臨時医療安全管理委員会を招集し内容を審議する。

Ⅵ　当事者及び関係者（職員）への対応

１．医療事故発生直後の対応

当事者対応は当該部門の所属長が担当する。または、所属長が適任者を指名する。

①精神的サポート：専門的なカウンセリングを受けられるようにする

②勤務配慮：勤務時間や勤務配置の配慮、休暇などが必要

③当事者家族への連絡

④裁判時の支援

２．勤務配慮・当該部門へのサポート

①関与した職員は担当業務から外すこと、休暇を与えること、重症患者の受け持ちを外すこと、夜勤や緊張や集中力を要する業務を外すなどが必要となる

②当該部門が落ち着いて業務が行えるように、部門や部門を超えた支援体制について病院管理者が調整を行い、所属長指示のもと応援要員を配慮する

Ⅶ　関係機関への報告

重大なアクシデント等が発生した場合には、臨時医療安全委員会等で検討し、可及的速やかに関係機関へ報告する。

１．地区事務所、本部等への報告（JCHO 医療安全管理マニュアル P5）

当該病院は、管轄の地区事務所へメールで報告、連絡、相談する。

報告者、報告先、報告の概要、報告後の対応者などを決め、即日第一報を行う。

JCHO 本部医療安全共有

JCHO 北海道東北地区事務所

太白保健所　022-211-1111

２．医療事故調査・支援センターへの報告

医療事故調査制度の対象事案と判断した場合、遺族へ説明した上で、医療事故調査・支援センターへ報告する。

医療事故調査制度に基づく JCHO 仙台南病院医療事故調査委員会規程を参照

Ⅷ.公表

医療の透明性を高め、社会に対する説明責任を果たし、他医療機関での同様の事故防止に役立てることを目的として、必要と判断した場合、事案等を患者及び家族の同意を得て社会に公表する。

（JCHO 関係者限り医療安全管理マニュアル P9）

１．報道機関への対応

プライバシーの保護

①患者・家族のプライバシー保護を最優先とする

②患者・家族の了解が得られてから公表する。公表する範囲を明確に決めておく。了解が得られない場合は、そのことを報道陣に伝え、公表にあたっては厳重にプライバシーを守り、個人が特定されないようにする。

③医療事故に関わった医療従事者について、職種名は公表しても、氏名は公表しない。

④個人の特定につながる可能性のある情報は公表しない。

対応窓口の一元化

受付窓口は一元化し、迅速な対応をする。

対応窓口は総務企画課とする。

専門的な質問に答えられるようにチームを編成し準備しておく。

対応した内容について記録をとる。

記者説明会

日時、場所、公表者の設定。

客観的な事実関係、事態の推移、今後の対応予定などすべてに正確を期して、ポジションペーパーを準備する。

公表の目的は、再発防止に寄与するためであり、可能な限り防止策にも触れる。・

取材対応のルール

病院内に取材窓口が置かれていることを、全職員に周知しておく。

他の患者の迷惑や通常の医療業務に支障が生じないよう、報道機関に協力を求める。

Ⅲ．その他の対応

患者急変時の初期対応　（守衛体制の変更にともないＨ３０年４月改訂した）

院内で救急処置を要する患者が発生した際に、院内全ての職員が、各自のレベルに応じてできる最大限の適切な行動を、いつでも速やかに取れるよう体制を構築する。

1. 患者急変時の初期対応

(1) 状況の把握と対処

事故の第一発見者は、第一に患者の状況をバイタルサインなどからその緊急性を判定し、速やかに行動する。

(2) 医師への連絡

現場に居合わせた医師、主治医に知らせる。夜間・休日の時間帯であれば、日当直医へ連絡する。すなわちすぐに処置が始められる医師を呼ぶことを優先する。主治医の連絡に時間を費やすことによって、緊急処置が遅れてはならない。

(3) 患者の安全確保と救急処置

①第一発見者はスタッフに知らせる

②EM コールを発動し、必要な人員を確保する。

③直ちに必要な一次救命処置を開始する。

④到着した医師の指示のもと、二次救命処置を行う。

⑤患者・家族に連絡をする。

2. 緊急時の連絡（EM コール）

EM コールが鳴った時点で医師は直ちに現場へ急行する。病棟から看護師を１名急行させる。夜間・休日は日当直医が対応する。

【EM コールフロー】　　平日 8:30～17:15

発生現場	総務企画課（241,242）	医師	他スタッフ
人を集める （医師・看護師） EM コール依頼 241,242 「EM お願いします。〇〇病棟です。」 主治医へ連絡 家族へ連絡	全館放送 「業務連絡、EM です。至急〇〇病棟にお願いします」	医師急行	病棟から看護師１名急行 コールを聞いた他のスタッフも現場へ急行

夜間 17:15～8:30

発生現場	当直医師（８２９）	当直看護師（８２８）	他スタッフ
人を集める （医師・看護師） 当直医師へ連絡 829 当直看護師へ連絡 828 「急変です。〇〇病棟へお願いします。」 主治医へ連絡 家族へ連絡	当直医師急行	当直看護師急行 応援看護師依頼 →	依頼病棟は必ず１名急行

救急医療委員会

当院の救急医療の諸事項について審議し、救急医療の円滑な運営を図るため、救急医療委員会を設置する。

緊急呼出放送
ＥＭコールについて

平日 8:30 から 17:15 までは、総務企画課で

EM コールを全館放送します。

総務企画課　２４１　２４２

放送例

『業務連絡、EM です。

至急〇〇にお願いします。』

なお、夜間 17:15 から 8:30 までは、PHS で対応してください。

当直医師　８２９

当直看護師　８２８

４．病理解剖の実施

救命ができず死亡に至った場合、可能な限り遺族にAi、解剖の承諾を得て実施することが望ましい

医療紛争回避のためにも解剖を勧める。

病理解剖は東北大学病院へ依頼する。（別添９～１０参照）

病理解剖の承諾が得られない場合は、その旨をカルテに記載する。
病理解剖の承諾が得られない場合は、AI を考慮する。

東北大学病院病理解剖について

平成 23 年 12 月 16 日

当院において、死亡した患者の病理解剖を東北大学医学部に依頼するときの手順は下記のとおりである。

（詳細は別紙、東北大病理部要領参照）

1　患者死亡後、担当医師は「東北大学医学部病理学教室」の了解をとる。

（窓口電話⇒022-717-7440　受付時間　８：３０～１７：００土日祝日含む。但し夜間は不可）

2　患者家族より「病理解剖承諾書」を提出してもらう。

3　担当医師は、東北大学医学部長宛の「病理解剖依頼書」を準備する。

4　死亡診断書を一部別途準備する。（役所提出用のコピー可）

5　遺体の移送については、事務（又は看護師）が移送業者に連絡し、移送には担当医師が随行する。

{移送業者⇒㈱リーベン（名取市）　0120－119－751　又は　清月記　（青葉区）022－715－5777} －

6　担当医師は病理解剖終了時までに、「臨床プロトコール書」に臨床経過を記載し、病理学教室に　提出する。（「臨床プロトコール書」は、マニュアルファイルの中と時間外事務当直室机中に常備）

担当医師が病理学教室に提出するものは次の５部である。

（１）病理解剖承諾書（捺印必要）

（２）病理解剖依頼書（捺印必要）

（３）死亡診断書（コピー可）

（４）臨床プロトコール書（職業記入）

（５）遺族承諾書

7　病理解剖後の遺体は、移送業者により家族の希望する場所に移送する。

8　病理解剖仮報告書及び本報告書を入手したら、病理解剖承諾書、病理解剖依頼書、死亡診断書と共にそれぞれ３部コピーし、主治医保管用、カルテ貼付用、事務的決裁用とする。

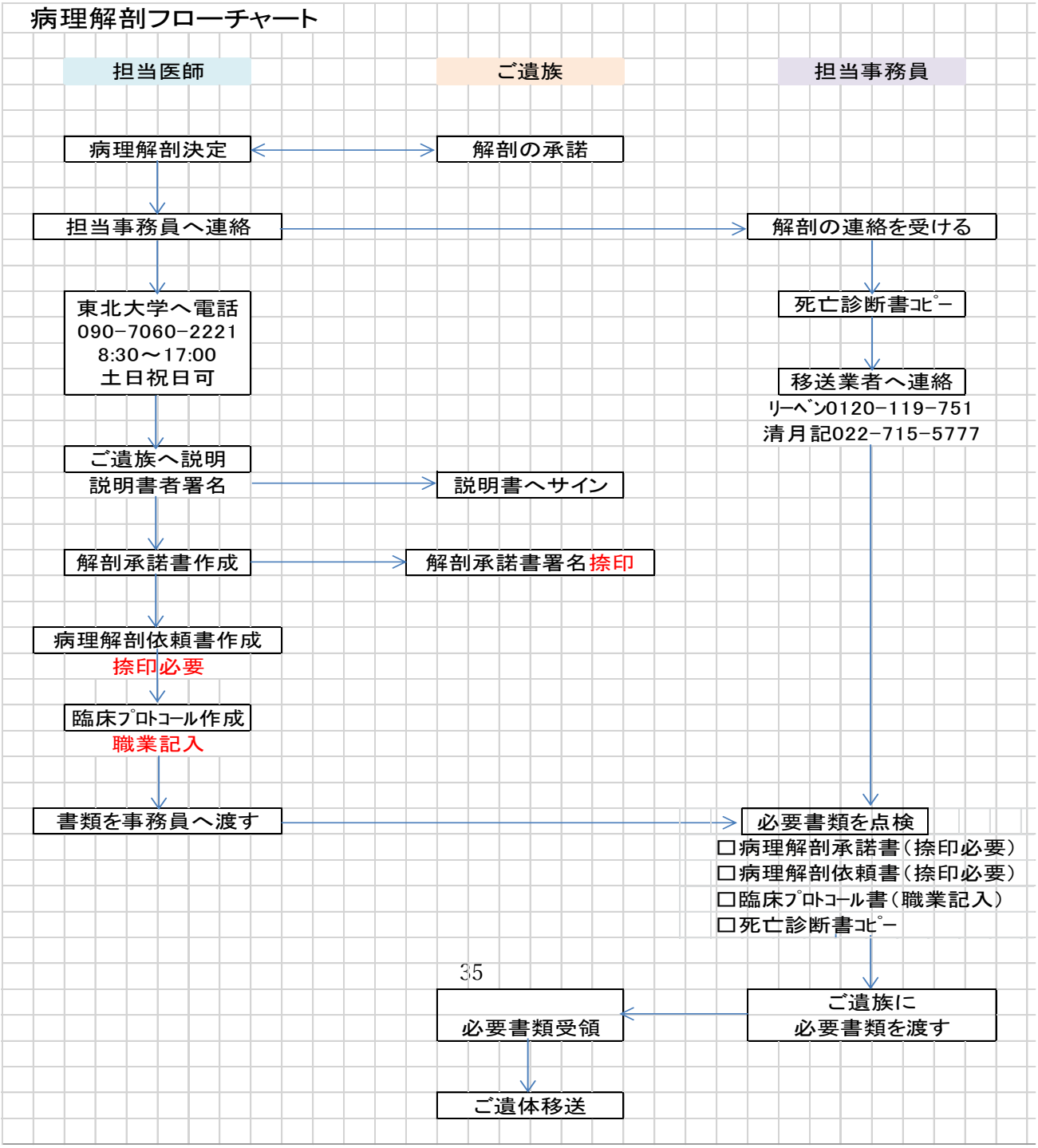
9　病院で準備する諸用紙は時間外事務当直室各種手引き綴りファイルに保管する。

10　見舞金は、その必要は見込まれるときは、前もって庶務課を通して準備しておく。

11　解剖料金は、後日東北大学医学部経理課へ支払う。

12　移送料金は、業者からの請求により病院が支払う。

＊解剖についての問い合わせ先　東北大学病理部（平日８：30～17：00）022－717－7440・7448



ＡＩ（Autopsy imaging）

同意書は必要ないが、その旨家族へ説明した内容も診療録に記載すること

院内症例は頭部から骨盤（大腿上 部）までの撮像を推奨する

常死症例の場合は、外傷による打撲や骨折などの有無を確認するために撮影範

囲に両上下肢を含める。

(1) 遺体に新たな変化が生じないように考慮する。 体位変換をしない。
(2) 院内においては、死亡時の状態で撮像することが原則で、チューブ、カテーテル、バルーン留置した状態で撮像。また、エンゼルケア前に必ず撮像とする。

警察への対応と捜査への対応

医師が死体の外表を見て異状を認めた場合は、医師法により 24 時間以内に警察に届ける。（医師法 21 条）

故意あるいは犯罪の存在が明白な場合は、事故の事実関係を報告する。

捜査への対応

①現場検証では、医療事故発生場所の検証への立会及び、状況の再現行動を求められることがある

②事情聴取の前に、顧問弁護士とともに以下の対応を整理しておく。

(ア)被聴取者の経歴と現在の役割

(イ)組織の管理体制（指示命令系統）

(ウ)各種業務基準と法的根拠

(エ)業務手順等各種マニュアル

(オ)教育計画

(カ)医療機器・器材の運用

(キ)当事者の勤務実績

(ク)事故に至るまでの業務

(ケ)その他事故に関する全ての記録

事情聴取時、当事者以外にもう 1 人記録者を同席させる。捜査者の承諾を得る。

平成２８年６月作成

平成２９年１０月改定

令和４年４月改定

Ⅳ．２０２２年度　医療安全管理委員会名簿

	院長	朝倉　徹
委員長	副院長	秋野　能久
副委員長	事務長	高田　弘樹
〃	看護部長	扇谷　玲子
医療安全管理担当者	医療安全室長	加藤　薫
医薬品安全管理責任者	副薬剤部長	菅原　美保
放射線安全管理責任者	診療放射線技師長	菊地　秀和
医療機器安全管理責任者	主任臨床工学技士	千葉　律
委員	副院長	遠藤　公人
〃	内科診療部長	原　右
〃	副看護部長	東　美奈子
〃	手術室看護師長	庄子　敬子
〃	外来看護師長	大網　さおり
	健診センター看護師長	郷右近　朋美
〃	４階東看護師長	野地　真奈美
〃	４階西看護師長	奥山　麻也
〃	５階東看護師長	伊藤　幸
〃	５階西看護師長	小野寺　悦子
〃	地域連携室師長	髙橋　秀子
〃	栄養管理室長	齋藤　裕子
〃	臨床検査副技師長	鈴木　奈美子
〃	理学療法副士長	長浜　悌子
〃	事務長補佐	滝澤　佐恵
〃	事務長補佐	松谷　秀樹
〃	事務長補佐	菅原　了
〃	管理課長	佐藤　はるひ
〃	附属老健看護師長	大石　淳子

Ⅴ.事故防止のための未然防止対策

1．患者誤認防止

全ての部署で、常に患者の取り違えが起こりえるため、患者取り違え防止対策を徹底する

患者確認…2 つ以上のもので確認する　例）氏名+生年月日、氏名+ID

患者自身に【フルネーム】で名乗っていただき、かつ【生年月日】を言ってもらい確認する

1. 電子カルテまたは指示書等の患者氏名と生年月日を照合する。外来では、「受付票」「基本伝票」など「患者本人のものと確認できるもの」を活用して照合する。
2. 「患者本人と確認できるもの」とは、①診察券、②基本伝票・案内表、③カルテ画面、④処方箋・注射箋、⑤点滴ラベル、⑥検体ラベルなど
3. 自ら名乗れない患者は、「ネームバンドによる確認」を基本とする
   ① 入院患者は原則として、ネームバンドを着用する
   ② 手術や侵襲検査（内視鏡・心カテなど）の際は、ネームバンドを装着する
   ③ バーコードリーダーを使用している部署では、バーコードリーダーを用いて電子カルテや検査一覧を開く。患者にフルネームで名乗っていただき、バーコードリーダーで ID を確認する。
   ④ バーコードリーダーを使用していない部署では、患者にフルネームで名乗っていただき、生年月日か ID など 2 つ以上の物で照合する。
4. 同姓同名の場合には、電子カルテに登録する際、生年月日と電話番号と住所を確認して登録する。同姓同名は、電子カルテに氏名が赤で表示される。
5. 同姓同名、生年月日が同一の場合は、住所や電話番号など 3 つ以上の情報で確認する
6. 外来や健診センターでは、同姓同名がいる場合、本人にも伝え事故防止に参画してもらう
7. 職員間で患者情報のやりとりをする際も、患者誤認防止対策を徹底し、受け側は必ず復唱する

ネームバンドについて

医事課が、翌日入院予定患者や臨時入院患者のリストバンドを印刷し準備する。
依頼部署より伝えられた患者 ID と患者氏名、電子カルテを照合し作成する。
カルテと入院患者個人ファイルと照合、再度確認後、必要部署へ渡す。

装着対象者・・・入院患者全員。手術室を使用し、外来扱いで手術・処置を施行する患者

装着期間・・・・入院患者　：入院時から退院まで
　　外来患者　:手術前から帰宅まで
印字内容・・・・リストバンド（白）
　　患者 ID/氏名（漢字）
装着部位・・・・手首または足首。
注意事項・・・・①外出、外泊にて外した場合は帰宅時、装着用ネームバンドを作成して起き、帰宅後必ず装着する。
②印字のかすれや字が読み取れない、バーコードが読み取れない場合は、ネームバンドを再度作り直す。
③退院時は、病棟で看護師がネームバンドを切り、はずす。
④ネームバンドによる皮膚トラブルに注意し、皮膚状態の観察を行う。

２．電子カルテの訂正

1. 基本事項

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（厚労省）に準拠する。

真正性の確保

（ア）故意または過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止すること。

（イ）作成の責任の所在を明確にすること。

2. 電子カルテの修正と削除

修正

記載したカルテ内容を修正する場合は、修正部分で右クリックし「編集」から行い登録する。

削除

記載したカルテ内容を削除する場合は、削除部分で右クリックし「削除」を選択する。削除理由を登録する。削除したカルテは履歴として参照できる。（真正性の確保）

削除理由記載例：「記載患者間違いのため」

３．インフォームドコンセント（説明と同意）の指針

1. インフォームド・コンセント

すべての患者は医師等から診療内容などについて十分な説明を受け理解した上で、患者自身が同意し、最終的な治療方法を選択する。

2. 目的

全ての医療行為で、その対象となるものは、医療行為の内容とそれによってもたらされる危険性・副作用、予測される結果、代替可能な医療行為の有無と内容、これらを実施しなかった場合に予測される結果等について説明し、患者の同意を得るべきである。さらに医師等の説明に基づき、患者が自身の病状について充分に理解し治療に協力すること（パートナーシップ）は、相互の信頼関係に立脚した適切な医療の遂行と治療効果の達成のために重要である。具体的には、患者側の意思が常に尊重されることと、患者と医療者双方が十分なコミュニケーションを保ちつつ治療が進められることによって達成する。この指針は当院でのインフォームドコンセントが適切に運用されるために作成したものである。

3. 対象

インフォームドコンセントは「説明・理解」とそれを条件とした「合意」のいずれも欠けないことが重要である。医療の受け手（患者）と担い手（医療者）とが医療に関する情報を共有し、合意に基づいて治療法などを選択していく過程の中ではじめて実現する。この指針は、軽い侵襲から生命や身体に重大な影響を及ぼすような医療行為まで全ての検査や治療行為に関与する医療従事者と患者および家族を対象とする。なお、意思を表明できない場合や、未成年者については、適切な代理人（例：法定代理人、家族代表者など）を対象とする。

4. 原則

インフォームドコンセントは医療者と患者との、日々の誠実なコミュニケーションの積み重ねを通して成り立つものであり、あくまでも患者を主体とし、患者に観点が置かれている概念であることを理解する必要がある。具体的には、患者に医療（検査・治療等）上の選択の機会を提示するものであり、あらかじめ医療行為の必要性（病名、病状）、

内容、期間、危険性・副作用、予測される結果、代替可能な医療行為の有無と内容、これらを実施しなかった場合に予測される結果等についてご説明し、患者の決定権を保証するものである。説明と同意は、口頭での説明と同時にその内容を文書で明示し、病院側および患者側の双方で確認・保管できるようにする必要がある。

5. 手順

原則として主治医または担当医が患者に対して行う。
（意思を表明できない場合や未成年者については適切な代理人に対して行う。）
患者が理解できる平易な表現や、理解を促す図・模型および説明同意文書等を用いると共に、説明内容の理解度について細心の注意を払わなければならない。
病院側、患者側とも複数であることが望ましく、病院側は可能な限り看護師などが立ち会いを行う。
セカンドオピニオンを受ける機会について説明を行う。
説明同意文書に説明医師、病院側同席者、患者・代理人、患者側同席者の署名を行う。

6. 書式および説明の範囲と基準

インフォームドコンセントのための書式および説明の範囲には以下の各項目と内容が含まれる。

説明項目および同意を確認する記載と主治医（または説明医）および患者（またはその代理人）の署名で構成された書式を用いる。口頭での説明と異なる内容があってはならない。

1. 患者氏名、ID 番号
2. 説明を行った日付
3. 診断名（病名および病状）
4. 検査・治療の目的
5. 検査・治療の内容
6. 検査・治療の実施日、期間
7. 検査・治療に伴う副作用、危険性、合併症
8. 他の選択肢について
   予定する検査・治療以外に考えられる手段または代替可能な医療行為をその内容・
   効果・危険性および予後を含めて具体的かつ平易に説明する。
   また、医学的処置を行わない場合の予後についても説明する。
9. 患者の自己決定権について

患者に最終的な自己決定権があること、および予定される検査・治療を拒否した場合にも不利益のないこと、セカンドオピニオンを得る機会があることを説明する。

10. 患者の理解度および同意の確認

11. 同意した日付

12. 患者本人の署名

患者本人が署名する。本人が署名不可能な場合は次項（13）にて代用する。

13. 患者の代理人の署名及び続柄の明示

(1) 患者本人の署名がある場合は不要。未成年者、精神障害者、意識不明者、その他、患者本人が判断および署名不能の場合は必須。この場合、代理人と患者の続柄を明示する。

(2) 未成年者、精神障害者、意識不明者、その他、患者本人に同意する能力がない場合（判断および署名不能の場合）で、かつ、緊急で医療行為を実施する必要があるにもかかわらず代理人の署名をもらうことができない場合には、説明同意書へ「患者本人に同意する能力がなく、緊急で医療行為を実施する必要があるため、本医療行為を実施することにつき主治医が許可する」旨を記載する。

※適切な代理人の署名をもらうことができない場合とは、例えば、患者が意識不明の場合、身寄りがない場合、家族等の連絡先が不明の場合などが挙げられます。

14. 患者の同席者の署名

15. 主治医または説明医師の署名、病院側同席者の署名

7. 説明および同意を得る頻度

1）患者が再度説明を希望している場合
2）患者の容態に応じて治療方針を変更する必要がある場合
3）繰り返し行われる検査・治療でも、その都度同意書をもらうことを原則とする。但し、複数回の検査・治療の予定日が同意書に明記されていれば有効とする。

8. 署名または記名押印について

１）署名（自筆ｻｲﾝ）は押印不要、記名（ｺﾞﾑ印、印字、代筆）は押印必要。
２）本人が署名できない場合は、本人欄空欄で家族署名のみでよい。

9. 説明・同意文書等の保管について

１）説明・同意文書は、説明者と同意者の署名後に双方で保管すること
２）説明・同意文書に附属した文書がある場合は、複写し、原本は病院側が保管し、複写は患者側が保管する
３）病院保管用の原本は、スキャナセンターで電子カルテ内に取り込み保存する。

10. 診療録への記録

説明を行った際、説明者または病院側同席者は、その内容を診療録に記録する。

11. その他の注意事項

１）患者側が、他の医療機関・医師によるセカンドオピニオンを希望した場合には、積極的にそれに応じる
２）患者のプライバシーが保たれる場所（個室など）を選択し、精神的に落ち着ける様配慮する。
３）理解が不十分であるとか、疑問などがある場合は、再度の説明の場を検討する。
４）説明の内容、患者の理解度および精神状態などについて、医療者の間で情報共有できるよう、診療録に記載　する。

この指針は 2005 年 9 月 1 日より施行する

2012 年 7 月 1 日改訂

2013 年 5 月 1 日下線部改訂

2020 年 10 月改正

2022 年 5 月改定

４．アレルギー注意薬等情報の共有

（目的）

入院・外来患者問わず、アレルギー・禁忌情報が、医師・看護師・薬剤師等関係スタッフ等に周知され、遵守される。

（共有情報）

禁忌情報：輸血反応、食物アレルギー、薬物禁忌、検査禁忌、その他禁忌

「禁忌情報」操作手順

※アレルギー・禁忌情報を知りつつ記載しないことは、重大な事故に繋がる可能性があることを心得る。

1. 電子カルテの患者プロファイルから、患者情報の禁忌情報一覧で新規登録・編集する。
2. 入院・外来に関わらず、全職員はアレルギー・禁忌薬情報等知り次第、「禁忌情報一覧」に入力する。
3. 情報を新規登録・編集の際には、ダブルチェックを受ける。
4. 登録された患者情報は、電子カルテ上部に表示される。

造影剤副反応の登録

1. 造影検査時に副反応が発生した場合、医薬品安全性情報報告書を記載する
2. 当該患者に「副作用カード」を渡し、使い方を説明する

5．注射・点滴

５Ｒの確認

正しい患者	Right Patient
正しい薬剤	Right Drug
正しい方法	Right Route
正しい時間	Right Dose
正しい量	Right Time

指示だし（医師）

☐ 治療方針を患者・家族に説明する。

☐ 患者氏名を確認する。

☐ 薬剤名・薬用量・規格・単位は正しいか確認する。
＊薬品の入力マスター通りに入力する（ｇ、ml、錠、枚、個）

☐ 投与経路は正しいか確認する。

☐ 投与速度、投与時間は正しいか確認する

☐ 重複投与・倍量投与はないか確認する。

☐ 副作用・禁忌（疾患）・警告・相互作用・使用上の注意はないか確認する。

☐ アレルギー歴がないか確認する。

☐ 看護師に指示内容・意図・患者への説明内容を伝る。

指示受け（看護師）

☐ 患者氏名を確認する。

☐ 薬剤名・薬用量・規格・単位、投与速度、投与時間は正しいか確認する。

☐ 投与経路は正しいか確認する確認する。

☐ 指示内容・意図・患者への説明内容と理解を確認する。

払い出し（薬剤師）

☐ 患者氏名を確認する。

☐ 薬剤名・薬用量・規格・単位、投与速度、投与時間は正しいか確認する。

☐ 投与経路は正しいか確認する。

☐ 重複投与・倍量投与はないか確認する。

☐ 副作用・禁忌（疾患）・警告・相互作用・使用上の注意はないか確認する。

☐ アレルギー歴がないか確認する。

☐ 冷所保存の薬剤には「要冷蔵」用紙をボックスに添付する

☐ 内容と薬剤の再確認（監査）をする。

準備・作成

☐ 「要冷蔵」の薬剤は用紙とともに冷蔵庫保存し、混注するボトルには「冷所」の札を付ける

☐電子カルテの患者一覧→オーダー状況紹介から注射に条件変更し、前日からの1週間

をプリントする。このオーダー状況の確認用紙と注射ラベルで確認する。緊急以外は夜

勤が0時以降に実施する。

☐ 夜勤で、患者氏名・薬剤名・薬用量・規格・単位・投与速度・投与時間・投与経路・投与順を確認しラベルに記載する。投与順番、時間を黒ペンで記載する。

☐ ラベルの修正は二重線で見え消ししサインをする

☐ 夜勤者はラベルから投与順と投与時間、投与速度を確認し赤ペンチェックする。

☐ 日勤者はラベルから投与順と投与時間、投与速度を確認し黒ペンチェックする。

☐ 準備する際は「1患者１トレイ」とする。

実施

☐ 患者に患者氏名・生年月日を確認する。

☐ 投与経路を確認する。

☐ 正しい投与ルートか下流からたどって確認する。

☐ 投与速度の確認をする。

☐ 注射投与セット時の器材類が適切に取り付けられているか。

□ 実施後の変化はないか観察する。

インスリン治療の安全管理💡

(1)標準化インスリンスライディングスケール

スライディングスケールがかえって血糖変動の原因となる場合もあるので、漫然と使用しないよう注意する。

できる限り早急に基本となるインスリンを決め、それに上乗せする形式で使用する。

さらに担当医師が判断して使用し、必要に応じて個別指示を検討する。

(2)標準化低血糖時指示

担当医師が判断して使用し、必要に応じて個別指示を検討する。

間違いが無いか「照合」してください💡

2 人で確認することがダブルチェックではありません。

間違いを検出してこそのダブルチェックです。ダブルチェックと言う手段が目的と化していませんか？

「ダブルチェックお願いします」をやめて、「間違いが無いか照合してください」に変えましょう。

・注射事故（皮下・筋肉・静脈）

原因・要因	対策
・医師の指示を読み間違えて薬液を間違う	・あわてず、思い込みでなく正確に読む ・読みにくい場合は医師に問い合わせて確認する。
・アンプルの薬品の読み間違い	・似た名前、似たアンプルの注射は、離した場所に保管する。 ・マジックペンでマークをつけておく。 ・３回確認をする。（アンプルを出す時、つめる時、捨てる時） ・薬品名と量を声を出し確認する。
・注射量	・指示どおりになっているか確認する。 ・mg、ml、u（単位）を確認する。

・注射方法	・初めて使用する薬品の場合は添付文書（混注禁薬品の注意事項）を良く読んで確認する。 ※「筋注」を「静注」した場合ショックや死亡事故また「静注」を「筋注」した場合、壊死や神経麻痺。
・患者の名前が似ていた	・同姓同名の患者さんは、年齢、ＩＤ番号、部屋番号を明記し赤マジックで印をつける。
・指示変更の伝達もれ・伝達ミス	・指示の変更はきちんと記録して受ける。 （口頭指示は緊急以外は受け付けない） ・注射箋をまとめて指示の訂正をして貰う。
・注射速度	・注射速度の指示を守る。
・注射部位、血管を正しく	・筋肉注射を繰り返し施行する場合は場所を変える。 ・静脈がわかりにくい場合は十分に温めたり、熟練した先輩や医師に依頼する。
・薬剤性ショック防止	・過敏性テストの必要なものは必ず注射前にチェックする
・期限切れ、変色したものは使わない	・薬剤の性状（色調、混濁の異常がないか） ・有効期限を確認する。
・インスリン注射のエラー（無投薬・過剰投与）	・血糖管理医師指示書の指示 SS を赤枠で囲む ・血糖測定後は速やかにナースステーションに戻 り、指示書とインスリンを揃えて 2 名の看護師 で確認する ・インスリン名と量を臨時注射処方箋に記入し、 臨時注射箋を持って患者確認を行い実施する

参照マニュアル：指示出し・指示受け基準

静脈注射を安全に実施するための教育指針

・輸液事故

原因・要因	対策
＜準備時＞	
薬剤の種類の間違い ・薬剤の名前が似ていた ・ボトルやアンプルの外装が似ていた ・使用薬剤の照合を一人で行っていた ・準備、混注の時間が集中して慌ただしい	・保管場所を分保管する。 ・三度の薬剤確認を。 ・複数の人数で確認する体制を整える。 ・一番最後に確認した者が、確実に混注する。
薬剤量の間違い ・指示表の記入が不明確な部分があった ・ml、mg を間違えた ・同じ薬剤名で単位の違う薬剤があるか確認せずに使用した	・不明確な点は必ず医師に指示の確認をしてから行う。 ・複数の人数で確認する体制を整える。
指示伝達もれ、伝達ミス ・薬剤や使用量が変更になっているのに、伝達されずに行った。又は、だぶって行った。 ・口頭指示を伝票に記入しなかった	・指示の変更があった場合は、指示を受けた者が確実に行う。もしくは伝達報告する。 ・口頭指示は口頭指示用のスタンプを押して記入。
使用対象患者の間違い ・名前が似ている患者が複数存在した ・ＩＤカードが間違って押されていた	・患者をフルネームで記入する。 ・指示に不安を感じたら医師に確認してから行う。
＜施行時＞	
輸液経路の間違い ・穿刺が静脈内にされていなかった（動脈内や皮下など） ・高カロリー輸液を末梢静脈より行った。 ・昇圧剤、降圧剤を輸液しているラインをフラッシュした。	・穿刺部位の観察及び血液逆流の確認をしてから行う。 ・穿刺経路の確認をしてから行う。 ・どのような種類の薬剤が輸液されている経路かを確認をしてから行う。
施行対象患者の間違い ・患者の名前を確認せず、異なる患者に行った	・名乗り確認の実施。名乗り確認が出来ない場合はセーフティバンドで確認する。

原因・要因	対策
液速度の不適切 ・滴下速度を調節しなかった ・滴下不良を見落とした 点滴漏れ、血液逆流、体位による静脈うっ滞、エアー針の刺し忘れ、三方活栓の操作ミス	・薬液交換時や追加時、さらに訪室時は滴下速度の調節や、以下の事項の確認を行う。 穿刺部位の異常の有無、血液逆流の有無、三方活栓の向き、エアー針の有無。
ルート内の閉塞・はずれ ・患者が自分で滴下速度を変えてしまった	・接続部位のテープ固定、一体化セットの使用。 ・輸液滴下速度の必要性を説明し、理解を得る。
空気閉塞・異物混入 ・準備薬剤の性状を確認しなかった ・ルート内の空気の有無を確認しなかった	・薬剤準備は、薬液の性状を観察し、白濁、浮遊物結晶などがないことを確認する。 ・輸液経路を観察し、空気があった場合は直ちに取り除く。
輸液中の合併症 ・薬剤による副作用出現の発見が遅れた ・輸液量やスピードが不適切なための症状出現を見落とした ・空気閉塞症状を見落とした ・静脈炎や組織の壊死、腫脹、発赤、硬結などを見落とした	・輸液開始後は経時的に訪室し、患者や輸液量などを観察し、異常の有無を確認する。 ・患者に薬剤の作用、副作用について説明し、 異常を感じた場合は知らせるように説明する。 ・必要時自動ポンプを使用する。 ・継続の場合は７日毎に留置針を刺しかえる。
移動時の転倒、輸液経路接続の離脱 ・輸液ラインの長さが不適切で転倒した ・輸液ラインの接続が緩んで脱血した	・輸液ライン作成時適切な長さに調節する。

・輸液スタンドの動きが悪い、床が濡れていた、廊下に障害物があったなどにより転倒した	・訪室時、ラインに緩みがないか確認する。 ・環境整備と備品の保守点検に努める。

参照マニュアル：指示出し・指示受け基準

看護手順

静脈注射を安全に実施するための教育指針

感染対策実践マニュアル

6．口頭指示

□ 基本的に、口頭指示は行わない。夜間・休日及び緊急時に担当医師が院内に不在時の指示に限る。

□ 医師が口頭指示を出す場合は、内容をはっきり告げ、受け手に復唱を促す。

□ 受けた者は、伝えられた内容を書き留めて復唱する。診療録画面に「指示受け内容」を記載(入力)し、サインする。

□ 医師は、翌日、「指示内容」を確認し事後入力する。

7．内服薬与薬

1）処方時（医師）

□ 治療方針を患者・家族に説明する。
□ 患者に薬剤名・用量・服用回数・服用方法を説明する。
□ 患者氏名・患者ＩＤを確認する。
□ 薬剤名は正しいか確認する。
□ 薬品検索の入力は，　3 文字入力して検索する。
□ 用法・用量は正しいか確認する。
□ 服用日数・服用回数・服用時刻は正しいか確認する。
□ 他科処方箋との重複はないか。
□ 処方薬間の相互作用に問題はないか。
□ 添付文書に記載の処方時に必要な検査などを実施する。

2）指示出し（医師）

□ 持参薬鑑別が終了すると、薬剤師から鑑別終了のコメントが入るので、入院指示へ「継続」などのコメントを入力する。

□ 持参薬鑑別を確認し、持参薬引用で中止薬など操作する
□ 鑑別した薬剤を「持参薬」オーダーにしておく。

3）指示受け（看護師）

□ 患者氏名・患者ＩＤ・指示内容（薬剤名・用量・服用回数・服用方法・服用時間・服用開始日）を確認する。

□ 看護師は医師から患者への説明内容を知っているか。

□ 看護師は処方の意図・変更理由を知っているか。

4）処方監査時（薬剤師）

□ 処方箋の内容は正しいか確認する。

5）調剤時（薬剤師）

□ 処方内容と薬剤が一致しているか。

□ 薬剤の調剤量が正しいか確認する。

□ 患者への説明書・指示が正しいか確認する。

6）調剤監査時（薬剤師）

□ 処方内容に従って調剤されているか、実薬剤と処方箋、薬袋を照合する。

7）病棟用パスボックスへ、又は患者へ渡す際、与薬カートへセットする際（薬剤師）

□ 病棟は正しいか確認する。

□ 処方箋の内容は正しいか確認する。

□ 処方内容と薬剤が一致しているか再確認する。

□ 薬袋の記載内容と交付薬剤は一致しているか。

□ 与薬カートへセットする際は、薬歴一覧表と処方内容、薬剤が一致しているか再確認する。

8）与薬前

□ 与薬指示に変更はないか。

□ 薬歴一覧表で処方内容と薬剤を照合し、患者氏名・服用時間・服用日数・服用量・服用回数の指示が一致しているか。

9）与薬時

□ 患者に名乗ってもらうか、ベッドネームで患者を確認する。

□ 患者と共に処方内容・薬剤の確認をする。

□ 患者が服用することを見届ける。

１０）与薬後

□ 患者が服用したのを確認する。

□ 薬剤を自己管理している患者が、服用した事を確認する。

□ 服薬後、薬の効果や副作用、その他患者の状態に変化がないかを観察する

□ 与薬忘れがないか、与薬カートを確認する

１１）医療用麻薬の内服薬・貼付剤投与時における注意点

⑴交付時

□ 処方内容と指示内容、および薬剤が一致しているか確認し、薬袋に投与日の記入欄を作成する。

□ 麻薬交付は薬剤師と看護師間で行う。

⑵与薬前

□ 定時薬は、与薬前に薬歴一覧表で処方内容と薬剤を照合し、患者氏名・薬剤名・服用量・服用回数・服用時間の指示が一致しているか、看護師2人連続型のダブルチェックで確認する。

□ 臨時薬は、与薬前に電子カルテの指示簿で処方内容と薬剤を照合し、患者氏名・薬剤名・服用量・服用回数の指示が一致しているか、看護師2人連続型のダブルチェックで確認する。

⑶与薬時

□ 同時刻に複数の患者に連続して与薬する場合、原則、患者1人ごと麻薬金庫から薬袋を取り出して与薬し、与薬後薬袋を金庫に戻してから次の患者の薬袋を取り出す。また複数患者の与薬を同時にする場合は、他の看護師に協力を得る。

□ 与薬時は、患者に名乗ってもらうか、名乗れない場合、ベッドネームと薬袋・1回分の薬剤が貼られた名前のカードで1人双方向型によって患者名を確認する。

□ 患者と共に処方内容・薬剤の確認をする。

□ 服用したことを必ず確認する

□ 与薬時の患者確認、薬剤確認の際は、作業中断とならないように、原則周囲の者は声をかけない。万が一、作業が中断した場合は、最初から照合し直す。

⑷与薬後

□ 電子カルテのフローシートに服薬確認のチェックを入力、経過観察に正しい薬剤名・服用量・服用時間を記録する。

□ 使用済みの貼付薬は、使用済み袋へ保管する。病棟師長（代行）は、施用中止・終了後、施用票とともにを全て薬剤部へ返却する

原因・要因	対策
患者や薬剤名の間違い ・患者の名前が似ていた ・薬剤の名前が似ていた ・慌ただしい時間帯の与薬 ・ベッド移動したのに患者の名前を確認せず異なる患者に薬がわたった	・患者の名前をフルネームで名乗り確認する。 ・同姓同名の患者は生年月日、年齢、ＩＤなど確認する。 ・三度の薬剤確認をする。 ・指示に不明点があれば医師に確認する。 ・与薬時はネームバンドと名乗り確認 ・声を出して言う。 ・５Ｒの確認
薬剤量の種類の間違い、量の間違い ・処方箋に不明な点があった ・多忙時の薬剤の分包作業 ・複数の主治医により処方されていた ・処方された薬や量が薬袋に入っていて処方箋の内容と確認しないでそのまま内服させた ・指示量の読み違いで指示量以上または以下の量を内服させた	・指示に不安を感じたら医師に確認する。 ・分包する時はコールや電話の対応は他の者に依頼し専念して行う。 ・指示がでたら手順に添って行い確認する。 ・指示がでたら手順に添って行う。 ・薬剤確認を徹底し複数に人数で確認する。 ・薬袋の中が正しいと初めから思いこまない。 ・指示量の確認を徹底する。 ・５Ｒの確認
指示変更の伝達もれ、伝達ミス ・薬剤や使用量が変更になっているのに、伝達されずに行った。又は、だぶって与薬された ・口頭指示をカルテの指示、記録類に残さなかった	・指示を受けた時は手順に添って確実に行う。また伝達報告をする。 ・口頭指示でも後で必ずカルテに指示の記載をして貰う。
患者への説明不足 ・薬剤による副作用出現の発見がおくれた ・慌ただしい時間帯の説明 ・他のスタッフが説明していると思った ・患者が正しい薬の使用方法を理解していない	・患者に薬剤の作用、副作用について説明し異常を感じた場合は知らせるように説明する。 ・多忙な時こそ慌てず冷静な説明を心がける。 ・人任せにせず必ず自分で説明する。 ・薬を渡す時、又は後日正しく内服されているか正しく使用されているかを確認する。

原因・要因	対策
＜例＞・指示量　回数　服用時間など ・使用部位（吸入薬　湿布薬　坐薬　舌下錠　心臓貼付薬等）	※自己管理をしている患者にたいして ・服用方法の充分な説明。 ・説明の通り実施されているか確認する。 ・週１～２回、残薬の確認をする。
患者のＡＤＬ自立度の把握不足 ・患者のＡＤＬの不自由な部分を観察していない ・患者の不自由な部分を家族から聞いていなかった ・本人ができると言ったが、薬が口からこぼれていた ・内服薬をヒートごと飲んでしまった、又はヒートからはずす時落としていた	・入院患者のＡＤＬの自立度を把握し、与薬介助の内容を明確にしておく。 ・入院時家族からも十分情報収集を行う。 ・内服の準備、服薬後の確認をする。 ・服薬確認を徹底する。 ・与薬時、薬を薬杯にあける。 ・薬を一包化する。 ・内服薬管理判定基準チェックリストの記入。
その他 ・指示を良く注意しみなかった ・冷所保存の薬を常温においた ・患者の状態変化を見逃し、指示通り薬を飲ませてしまった ＜例＞・尿が多に量に出しているのに利尿剤を内服させてしまった ・徐脈になっているのにジゴシンを内服させてしまった	・薬剤の表示を確認し正しい場所に保管する。 ・常に保管場所の保守点検に努める。 ・患者の様態観察を十分行い、不安に感じたら必ず医師に確認する。

8．輸血

1)輸血準備

☐ 患者へ説明は十分なされ、納得している。

☐ 同意書を受領する。

☐ 輸血適合検査を実施する。（ＰＣ、ＦＦＰは不要。Ir-RBC-LRは必ず行う）

☐ 検査検体採血時、患者確認、採血管ラベル氏名と照合する。

2)輸血の発注

□ 診療録または基本情報で患者名、血液型を確認する。

□ 休日、祝日、夜間の場合は、輸血マニュアルに順ずる。

3)輸血の確認

□ 血液製剤と交差試験結果を検査技師と看護師２人で読み合わせする。
〇患者氏名　〇生年月日　〇ロット番号　〇血液型　〇製剤名　〇製造番号
〇有効期限

□ 医師と看護師が、患者氏名、ロット番号、血液型、血液製剤の血液型、投与量、投与日時を電子カルテで照合する。

4)ベッドサイドでの確認

□ 血液製剤と外観に異常はないか。

□ 患者自身に名乗り確認をする。バーコードリーダーを用いて血液製剤の認証を行う。

□ 輸血開始0分～15分間は1ml/分で滴下する。10分～15分後、患者の状態に応じて5ml/分まで速度を上げることができる。

□ 開始5分間はベッドサイドで副作用の有無を観察する。

□ 15分～30分後、再度患者の状態を観察し、副作用の有無を観察する。

5)副作用発生時の対処

□ 異常出現時は、直ちに輸血を中止し、速やかに主治医へ報告する。

6)輸血の記録

□ 電子カルテに、開始日時、5分後、15分後、45分後、終了時に観察内容を記録する。

７）輸血使用後

□ 使用済み輸血パックは検査科へ返却する

９．血液製剤

1)血液製剤の準備

□ 患者へ説明は十分なされ、納得している。

□ 同意書を受領する。

2)血液製剤の保管と払い出し

□ 薬剤部は血液製剤に「血液製剤記録用紙」を添付する

□ 薬剤師が調剤する際に【施用票】と【薬局控】にロットNo.シールを貼り、薬剤名・患者ID・氏名・払い出し日・医師名を記入する。

□ 【施用票】を製剤に添付し病棟へ払い出し、【薬局控】は薬剤部で保管する。

3)ベッドサイドでの確認

□ 血液製剤と外観に異常はないか。

□ 患者自身に名乗り確認をする。５R確認し投与する。

□ 開始5分間はベッドサイドで副作用の有無を観察する。

□ 15分～30分後、再度患者の状態を観察し、副作用の有無を観察する。

4)副作用発生時の対処

□ 異常出現時は、直ちに血液製剤を中止し、速やかに主治医へ報告する。

5)血液製剤の記録

□ 電子カルテに、開始、終了日時を記録する。

6)血液製剤使用後

□ 実施した看護師は【施用票】に、使用日・実施看護師サインを記入し、製剤の空箱に施用票を括り薬剤部へ返却する。

□ 薬剤部は保管していた【薬局控】と返却された【施用票】の内容を照合し、【薬局控】に確認印を押す。

□ 確認後の【薬局控】と【施用票】は【血液製剤使用管理簿】とともにセットにして製剤ごとの専用ファイルで最低 20 年保管する。

7)休日・夜間持ち出し

□ 看護師は、使用する血液製剤【薬局控】【施用票】が括り付けられた状態のまま薬剤部より持ち出す。

□ 使用後【薬局控】【施用票】にロットNo.シールを貼り薬剤名・患者ID・氏名・払い出し日・医師名・使用日・実施看護師サインを記入する。

□ 週明け薬剤部へ製剤の空箱と【薬局控】【施用票】をまとめて返却する。

□ 薬剤師が平日の払い出しと同様の処理を行う。

8)オーダーキャンセル

□ 看護師は未使用の血液製剤を速やかに薬剤部へ返品する。この時【施用票】にはなにも記載しない。

□ 薬剤部は返品された【薬局控】【施用票】に添付されているロット No.シールを剥がし未使用の当該血液製剤に貼りなおす。当該血液製剤に新しい「血液製剤記録用紙」を添付し、在庫として保管する。

・輸血事故

原因・要因	対策
・事務的なミス ＡＢＯ型不適合輸血・抗体不適合ミス。	・基本的確認行為：搬出時、準備前、実施時に血液型製造番号、有効期限、量、交差適合試験結果の慎重な確認。 ・準備、投与は１回につき１患者。 ・業務整理。（環境の整備）
・検査技術上のミス ＡＢＯ型不適合輸血・抗体不適合ミス。	・十分な知識を持つ者が検査を実施、または指導のもとで行う。 ・ダブルチェックの励行。 ・ＡＢＯ式血液型検査、交差適合試験は輸血療法施行時の必須検査であるという認識。
・注入速度のミス 早い速度・遅い速度。	・輸血療法に関する専門的知識を深める。 ・厳密なライン、滴下管理と患者観察。
・投与量のミス 過剰投与・過小投与。	・基本的確認行為、指示と指示票との確認、ダブルチェック ・患者把握を深める。
・製剤保存上のミス輸血製剤の成分変化、溶血、腐敗、凝血。 ・ライントラブル ・塞栓症、血栓症、空気塞栓症。	・輸血製剤の取り扱い上の知識。 ・厳密なライン、滴下管理と投与前 ・投与中の輸血バックの外観のチェック。 ・輸血用セットの使用。
・患者観察上のミス 異常の発見の遅れ、異常出現時の対処の遅れ。	・輸血療法、合併症に関する知識を深める。 ・異常の予測を立てた観察・管理。 ・患者把握。 ・患者教育。

１０.血栓塞栓予防リスク評価

1. ７０歳以上の患者は、入院時に、肺血栓塞栓症予防リスク評価を実施

(1) テンプレート→病棟→医療安全→【肺血栓塞栓症予防リスク評価】からチェックする

(2) 強い１つ以上、または、中等度２つ以上は、【危険因子あり】のため、主治医へ報告

(3) 【危険因子あり】の報告を受けた医師は、血栓予防処置やスクリーニング検査を検討し、オーダーする

(4) Dﾀﾞｲﾏｰ測定

１μg/ml 以下の場合は、静脈血栓症が存在しないとして、上記予防法を行う

１μg/ml 以上の場合は、さらに下肢静脈エコー検査を行う

(5) 下肢静脈エコー検査の結果、深部静脈血栓がなければ、静脈血栓症が現在存在しないと　して、下記予防法を行う

深部静脈血栓が確認されれば、静脈血栓があることになるため、弾性ｽﾄｯｷﾝｸﾞや空気圧迫法が用いることができないため、抗凝固療法を行う

	低リスク	中リスク	高リスク	最高リスク
予防法	早期離床および積極的な運動	弾性ｽﾄｯｷﾝｸﾞあるいは間欠的空気圧迫法	間欠的空気圧迫法あるいは低用量未分画ﾍﾊﾟﾘﾝ	低用量未分画ﾍﾊﾟﾘﾝと間欠的空気圧迫法あるいは弾性ｽﾄｯｷﾝｸﾞの併用

＊低用量未分画ﾍﾊﾟﾘﾝ：抗凝固薬

(6) 処置・指導→入院指示（4）→肺血栓予防処置を選択し、該当する予防法を、確定・登録する

(7) 看護師は、血栓予防処置やスクリーニング検査を実施する

(8) 輸液などによる脱水の予防は、心機能等の問題がなければ必要

(9) 積極的な運動は中リスク以上でも必要

(10) 予防は、臥床を余儀なくされる状況下において、早期から開始しリスクが続く限り（十分な歩行が可能となるまで終日）継続する

(11) 経過中に状態の変化に応じて評価も柔軟に変更する

危険因子を加味してレベルを評価すること（例えば、強い危険因子を持つ場合や複数の危険因子を持つ場合にはリスクレベルを一段上げる）

(12)　すでに静脈血栓塞栓症が存在している場合には、個別に予防法を検討する

2. 肺血栓塞栓／深部静脈血栓症のリスク分類

	低リスク	中リスク	高リスク	最高リスク
一般外科手術 泌尿器外科手術	60 歳未満の非大手術 40 歳未満の大手術	60 歳以上あるいは危険因子がある非大手術 40 歳以上あるいは危険因子がある大手術	40 歳以上の癌の大手術	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
整形外科手術	上肢手術	脊椎手術 骨盤・下肢手術（高リスクを除く）	股関節全置換術 膝関節全置換術 股関節骨折手術	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が存在する場合
外傷			重度外傷、運動麻痺を伴う脊髄損傷	静脈血栓塞栓症の既往あるいは血栓性素因のある重度外傷や脊髄損傷
内科領域	下記危険因子の強度を参照にリスク分類を行う			

＊大手術：すべての腹部および骨盤部の手術、あるいは 45 分以上を要する手術

	弱い　（1 点）	中程度　（3 点）	強い　（5 点）
内科領域	肥満、喫煙歴、下肢静脈瘤、脱水、ホルモン補充療法、経口避妊薬服用	70 歳以上の高齢、長期臥床 進行癌、癌化学療法 中心静脈ｶﾃｰﾃﾙ留置 妊娠、呼吸不全 ﾈﾌﾛｰｾﾞ症候群 炎症性腸疾患、 骨髄増殖性症候群	静脈血栓塞栓症の既往 血栓性素因 下肢麻痺 下肢ｷﾞﾌﾟｽ包帯固定
内科領域	人工呼吸器が不要な慢性閉塞性肺疾患の急性憎悪	感染症（安静臥床を要する） 人工呼吸器が必要な慢性閉塞性肺疾患、 敗血症、心筋梗塞 うっ血性心不全（NYHA 分類 Ⅲ、Ⅳ度）	麻痺を伴う脳卒中

＊血栓性素因：先天性素因としてｱﾝﾁﾄﾛﾝﾋﾞﾝ欠乏症、ﾌﾟﾛﾃｲﾝ C 欠損症、ﾌﾟﾛﾃｲﾝ S 欠損症など、後天性素因として、後ﾘﾝ脂質抗体症候群など

＊HYHA：ﾆｭｰﾖｰｸ心臓協会

○積極的な運動：下肢の自動運動（自分で動かす）のみならず他動運動やﾏｯｻｰｼﾞを含みます。
○弾性ｽﾄｯｷﾝｸﾞ：ﾊｲｿｯｸｽﾀｲﾌﾟで十分ですが、十分な歩行ができるまで終日着用です。また、皮膚障害や手術部位等で装着できない場合は、弾性包帯の使用を考慮します。
○間欠的空気圧迫法：ｶｰﾌﾀｲﾌﾟ、ﾌｯﾄﾀｲﾌﾟどちらでも良く、周術期では手術前あるいは手術中より、外傷や内科的疾患では臥床初期より装着を開始し、少なくとも十分な歩行が可

能になるまで終日装着します。下腿の圧迫による腓骨神経麻痺や筋区画症候群に注意して使用します。

○低用量未分画ﾍﾊﾟﾘﾝ：８時間もしくは１２時間ごとに未分画ﾍﾊﾟﾘﾝ5000単位を皮下注射する方法です。高リスクには単独で有効であり、最高リスクでは併用で使用します。脊椎麻痺や硬膜外麻酔の前後に使用する場合や脊椎手術後に使用する場合には血腫による神経麻痺の可能性があるので十分な注意が必要です（奨励しません）。開始時期は手術後なるべく出血性合併症の危険性が低くなってから開始します。通常は凝固能のﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞを必要としませんが、出血のリスクが懸念される場合には、十分な凝固能の評価が必要です。長期予防が必要な場合はﾜﾙﾌｧﾘﾝに切り替えて継続します。

１１．ME 機器

１）シリンジポンプ

【使用前】

□ ポンプの取付位置は、サイフォニング現象（高低落差による過剰送液）防止のためベッドと同じ高さにする。

□ 電源コンセントを接続する。

□ シリンジのメーカー、シリンジの容量を確認する。

□ 輸液開始前に、流量設定、薬剤が正しいか確認する確認する。

□ 投与前にルートが開放していることを確認する。

□ シリンジ押し子とシリンジスライダーの間に隙間がなくセットする。

【使用中】

□ 薬剤の開始、変更、追加をおこなったときは、すぐに患者のそばを離れず、状態が変化しないかを確認する。

□ 点滴刺入部の観察を行う。

□ ２時間ごとにシリンジポンプチェックを行い、シリンジにマーキングする。（表）

□ 勤務終了時に電子カルテ経過表のシリンジポンプチェック●をする

□ AC電源で作動させる。

□ アラームは即座に対応し、原因を確認する。

□ 閉塞のアラームが鳴った場合は、すぐに閉塞部位を開放するのではなく、シリンジの押し子を一度開放して圧を逃がしてからシリンジをセットし直し、閉塞部位を開放する。（薬液の急速投与を防ぐ）

□ 機器使用中は電源を切らない。

□ 電源offから開始・再開、流量設定変更時は2人目の看護師が正しく投与されているか確認する。

□ 作動が疑わしい機器は、そのまま使用せず、MEへ点検に出す。

□ 連続して1か月以上使用している場合は、MEの定期点検を受ける。

２）輸液ポンプ

【使用前】

□ 電源コンセントを接続する

□ クレンメは輸液ポンプの下にある

□ 輸液セットと敵数を確認する（1ml≒60滴、1ml≒20滴）

□ 輸液ルートは閉鎖していないか
□ 予定量と流量の設定をする
□

【使用中】

□ 点滴刺入部の発赤や腫脹はないか
□ AC電源で作動させる
□ アラームは即座に対応し、原因を確認する
□ フリーフロー防止機能を安易に開放しない
□ 勤務開始・終了、ラウンド時に輸液ポンプチェックを行い、液面にマーキングする。
□ 勤務終了時に電子カルテ経過表の輸液ポンプチェック●をする
□ 閉塞のアラームが鳴った場合は、すぐに閉塞部位を開放するのではなく、ポンプの停止ボタンを押して、輸液ラインの内圧を開放するためにポンプのドアを開けてポンプから輸液ルートをはずして圧を上に逃がしてからセットし直し、閉塞部位を開放する。（薬液の急速投与を防ぐ）
□ 電源offから開始・再開、流量設定変更時は2人目の看護師が正しく投与されているか確認する。
□ 機器使用中は電源を切らない。
□ 作動が疑わしい機器は、そのまま使用せず、MEへ点検に出す
□ 連続して1か月以上使用している場合は、MEの定期点検を受ける

輸液ポンプで抗がん剤投与時の安全管理💡
インラインフィルター付輸液セットを用いる抗がん剤には、薬剤部から薬剤と共に輸液セットが払い出されるので、当該輸液セットを使用する。

3）人工呼吸器

【使用前】
□ 患者への接続前に、テスト肺を用いて正常に作動することを確認する

□ 人工呼吸器、加温加湿器の電源が非常電源に接続されていることを確認する。

□ 人工鼻と加湿器を同時に用いない。

□ 加湿器に蒸留水がきちんと入っているか確認する。

□ 人工呼吸器と加温加湿器の電源を入れる。

□ 室内にバックバルブマスクとO2コルベンを用意する。（Y字接続コルベンと呼吸器用と

する）

□ 気管内吸引の道具は準備する。

□ モード、酸素濃度、一回換気量、呼吸回数、PEEP（呼気終末陽圧呼吸）を確認する。

□ 呼吸器回路が正しく接続されているか確認する。（亀裂、リーク、ガス漏れ等）

【患者に接続する】

□ アームを動かし、テスト肺を外し、気管チューブをとりつける。

□ 患者に接続する。

□ 接続後は患者から離れず換気状態を観察する。

【使用中】

□ 呼吸器本体の点検

電源コンセントが非常電源に接続されているか

パネルやダイヤルに破損はないか

アームはしっかり固定されているか

換気条件は指示通りか

□ 患者側の観察

呼吸状態（胸郭の動き、自発呼吸の有無、呼吸音）

気管チューブの固定位置、挿管チューブのカフ圧は適切か

□ 勤務交代時、設定やアラームの再確認を行う

□ 設定変更時、モード、酸素濃度、一回換気量、呼吸回数、PEEP（呼気終末陽圧呼吸）を確認し、チェックシートに設定値を記載する。

回路内にうっすら水滴がつくのが理想的

気道内圧の大きな低下はリークの危険あり💡

患者に使用中は電源を切ってはならない！処置時は「スタンバイ」にする！

原因・要因	対策
・自己抜管	・持続セディーション中である患者から目を離さないようにする。 ・ＢＶＭの準備
・加湿器水不足	・看護師は滅菌蒸留水を適宜確認し補充する。
・加湿器の温度不足	・各勤務帯適温に設定されているか確認。
・蛇管ゆるみリーク	・各勤務受け持ち看護師は蛇管の接続部をしめなおし確認する。
・設定条件把握の不備	・人工呼吸器チェックシートを用いて指示通り設定されているか各勤務はじめに確認し把握する。
・アラームの原因追究とその対策	・ＢＶＭの準備 ・気道内圧上昇→適切なセディーション又は設定の変更（Ｄｒ） ・一回換気量の低下。 ・無呼吸→設定の変更。 ・浅表性呼吸。

４）機器の取扱事故

原因・要因	対策
・電源が入っていない ・スイッチが押していない	・電源を入れる。（専用コンセント３Ｐを確認、決めらた順序でスイッチを入れる）
・アラームが鳴る	・アース、対極板を確認する。 ・電極等をきちんと装着する。 ・各設定が基準通りか確認する。
・チューブ、接続のずれ、ゆるみがある	・使用前、使用後に点検しておく。
・ソケットやプラグ絶縁被覆のはがれがある	・気付いた時点で取りかえる。
・妨害電波の影響がある	・使用機器の側でパソコン携帯電話等使用しない。
・冷却水等がはいっていない	・使用法をきちんと熟知し必要物品を準備する。
・機械の部品、付属品が不足	・必要物品は本体と一緒に保管しておく。 ・紛失しないようにする。

５）電気メス

<始業時点検>

１．コンセントの接続は確実か？（アースも接続）	・コンセントの破損や異常のぐらつきは無いか？ ・しっかりと接続する
２．主電源が「入」・「切」ができるか？	・ランプの点灯を確認する
３．出力レベルを設定する	・必要最小限とする

<実際の使用手順>

1．患者に対極板を貼付し、電気メス本体に対極板コードを差し込む	・コードを差し込んでなかったり、抜けたりする とアラームが鳴る ・対極板は広い面積部分に密着固定させる
2．ハンドピース（滅菌済み）のコードを電気メス本体に差し込む	
3．電気メス本体の主電源を入れる	・ランプの点灯をかくにんする
4．必要な出力数に設定する	<使用中の注意> ・コードがコイル状になっていると、電気メスの 電流が対極板以外の所を通り熱傷の原因になる ・断線の原因になるため、コードを踏まない ・患者の身体に金属が接触していると、電流が分 流するため熱傷の原因となる
5．終了後、主電源を「切」にする	
6．ハンドピースのコードを電気メス本体からはずす	
7．対極板のコードを電気メス本体からはずす	
8．患者に貼付していた対極板をはずす	・皮膚損傷を起こさないようにゆっくり除去する

＊電気メスを使用する際は、電気メス本体・対極板などの「取扱説明書」を参照すること

<就業点検>

1．各種コードの損傷の有無の確認をする	・電気メス本体のコードやハンドピースのコード 等
2．電気メス本体は所定の場所に戻す	
3．ハンドピースは洗浄し、滅菌する	・中材に洗浄・滅菌の依頼をする

１２．ドレーン・チューブ類の管理

1）中心静脈カテーテル

【挿入前】

□ 挿入前に、患者背景を確認し、血小板、プロトロンビン時間（PT）の検査を実施して、出血傾向の確認を行う。

【挿入時・挿入直後】

□ 血液の逆流などで、確実に血管に挿入されたか確認する。

□ 挿入後、肺の呼吸音を確認する。

□ 挿入後、胸部Ｘ線写真にてカテーテルの先端、気胸の有無を確認する。

□ 挿入部以外に、最低1箇所はラインを固定する。

□ 挿入部は接続部を確実にロックしフィルムドレッシングを貼付し、挿入部を観察しやすくする。

【挿入後】

□ 挿入部の定期的な観察を行う。

□ 自己抜去の恐れがある場合は、チューブを裾や足元など患者の視野に入りにくいところから出すなどの工夫を行う。

□ 体位交換のつどカテーテルの屈曲・閉塞がないこと，更に固定がずれていないことを確認し、体位とカテーテルの位置を整える。

□ ラインの接続部などは緩みがないか、勤務交替時などに確認する。

□ 複数のルートがある場合1ルートの処理を終えてから次のルート処理を行う。

□ 患者の状態に応じ、カテーテル留置の継続の是非を検討する。

【抜去時】

□ 抜去時は、仰臥位またはトレンデレンブルグ位（骨盤高位）とする。

□ 吸気後に息を止めてもらいカテーテルを抜去する。

□ 抜去部は１～5分間圧迫する。

□ 抜去部は、密閉性の高い滅菌フィルムドレッシング材で24時間以上覆う。

□ カテーテル抜去後、30分間仰臥位を保つよう患者に指示する。

【CVポート】

□ 中心静脈ポート造設予定で抗凝固薬・抗血小板薬を内服している場合は、休薬期間の目安を参考に休薬する。

□ 薬剤注入時に違和感、疼痛の訴えがある場合、医師に報告する。医師は画像でカテー

テルの不具合がないか、造設時の画像と見比べて確認をする。
□使用しない中心静脈ポートは、速やかに抜去する。

２）胸腔ドレーン

□ 陰圧の大きさを主治医とともに確認する。

□ 排液の呼吸性移動を定期的に確認し、記録する。

□ 排液バックを付けているときは留置場所の記入をしているか

□ 胸腔トドレーンに挿入先がわかるように胸腔と記載した印をつけたる。

□ ドレーン接続チューブは近接した皮膚に2箇所以上テープで固定し、挿入部に直接牽引圧がかからないようにする。

□ ドレーンには刺入部にマーキングを行い、各勤務で挿入部のずれを確認する。

□ 体位交換時には，ドレーンの屈曲・閉塞していないか、固定のずれがないかを確認し、体位とドレーンの位置を整える。

３）気管挿管チューブの確認手順

目的

救命や呼吸管理のために気管挿管を行う場合の食道誤挿管を防ぐ

対象

手術室以外の救急外来、病棟等における気管挿管

手順

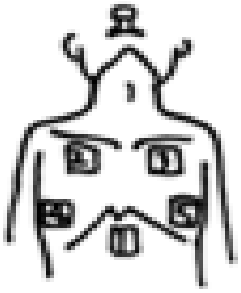
1. バック喚起時（呼気相）にチューブ内が水蒸気で曇ることを観察するとともに、換気により胸郭が適切にあがること、パルスオキシメーターなどで気管に挿管されたことを確認する

2. ５点聴診（心窩部、左右の前肺野、左右の側胸部）を行い呼吸音の確認を行う

4. 疑わしい場合は、チューブによる換気を中止し、喉頭鏡を使って喉頭展開をおこないチューブが声帯を超えているか見る

5. 喉頭展開でチューブの声門通過が確認できない場合や、呼吸・循環系の臨床症状が改善しない（または悪化する）場合は、直ちに抜管しBVM 換気に戻す

6. 再挿管を試みるか、他の医師の応援を呼ぶ



7.胸部X-P撮影でチューブ位置を確認する

注意事項

・食道挿管になっている場合でも、側胸部での呼吸音様の音が聞こえることがあるので、呼吸音のみで確認終了としないこと

・チューブ位置の確認に、完璧な方法は存在しないので、必ず複数の方法・手段を用いて確認に努めること

・チューブ固定後、患者移動後には、再度、呼吸音を確認しチューブ位置がずれていないかを必ず確認する

・胸部X-P 撮影は気管内のチューブの位置を確認するものであって、食道挿管の確認には不適切（時間がかかりすぎる）

４）気管カニューレの誤接続防止

目的

気管カニューレの接続間違いを防止する

事故報告

事例1

穴付き気管切開チューブに穴付きインナーカニューレを装着する際に誤って穴無しインナーカニューレを装着して、スピーチバルブを接続してしまい閉塞状態となった

☞スピーチバルブは一方弁の構造（息は吸えるが、息を吐き出せない）となっているので、穴無しインナーカニューレや穴無し気管切開チューブ本体に接続すると息が吐き出せなくなる

事例2

穴無し気管切開チューブに、人工鼻を装着するところを誤ってスピーチバルブを接続してしまい閉塞状態となった

気管カニューレの構造

カニューレの構造をよく理解して取り扱う

構造を熟知して、使用目的を理解する

当院採用の気管カニューレは、一重管で窓付き・窓なし、カフ付き・カフなしがある

1）一重管、カフ付き（吸引付き）

・気管切開直後用

2）一重管、カフなし、窓付き

・自発呼吸、発声練習及びウィーニング用

3)一重管、カフなし、窓なし

・自発時のウィーニング用

4)スピーチバルブ（ﾒﾗｿﾌｨｯﾄｸﾘｱ専用）

・一重管窓付きタイプにのみ使用する（誤接続防止機能付き）

気管カニューレ使用時の注意事項

・気管カニューレを取り扱うものは、取扱説明書を読み、その　取扱いに熟知する

・気管カニューレ使用の目的を理解し、その目的にあった使用方法で使用する

・スピーチバルブ装着後は必ず患者の呼吸音を確認する

・人工鼻とスピーチバルブは形が似ているので、取り間違えないように確認する

・他院からの転院患者や、在宅で使用している患者の入院の際には、院内製品と異なる製品を使用している場合があるため注意をする

・気管カニューレ製品は、安全性を最優先に考え、勝手に新製品などの購入を依頼しない

・新規製品の導入については、中央材料部・経理課・医療安全管理対策室で安全性を確認してから決定する

５）経鼻経腸栄養チューブ留置

１．準備

１）食道経由経腸栄養チューブ（ニューエンテラルフィーディングチューブ 6.5Fr、8Fr、10Fr）誤嚥を防ぐため 8Fr を使用するのがのぞましい。

潤滑剤・聴診器・カテーテルチップシリンジ・パルスオキシメーター

２）リスクの確認：意識障害（鎮静中も含む）、集中治療管理、嚥下障害、高齢、不穏、気管挿管中などは特に注意。胃内視鏡直後の実施に注意する。

誤挿入のリスクが低いからといって安易に考えず慎重に実施する。

２．チューブの挿入

３）必ず医師が、原則透視下で挿入する。

４）挿入すべきおよその長さを確認する（通常５０～６０ｃｍ）。

５）潤滑剤をチューブ先端から１５～２０ｃｍの位置まで塗布する。

6）透視台を３０度程度角度をつけて、患者の頭部を軽く前屈させる。

7）呼吸音とパルスオキシメーターで Spo_2 の観察をする。

8）どちらかの鼻腔から挿入する（入れ替えの場合は、鼻粘膜損傷を防ぐために鼻腔を変更する）。右鼻腔から挿入する場合は患者に左を向かせる。

9）チューブが咽頭まで達したら、嚥下が可能な患者では、空嚥下をしてもらう

１０）　チューブは愛護的に挿入し、抵抗が強い場合や咳込む場合は気管内に迷入している恐れがあるので、一度チューブを抜いて入れなおす。途中まで抜いて再挿入しない（チューブによる食道損傷や気道に迷入したチューブで肺を損傷した報告がある）。

１１）　チューブを再挿入する場合は、チューブを全て抜去した後に入れなおす。

１２）　口腔内のたわみがないことを確認し、同側の梨状窩へ挿入されていること（咽頭を横切っていないこと）を確認して、鼻粘膜を圧迫しないように仮固定する。挿入の長さをマーキングし記録する。

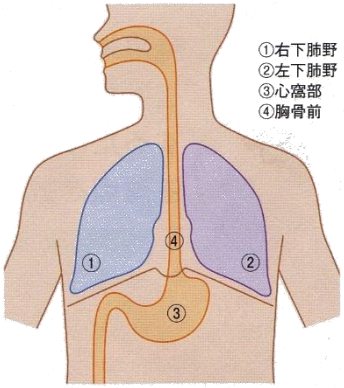
１３）　チューブの留置は２週間以内とする。

３．胃内に留置されたことの確認

1）　透視下でチューブ位置を確認する。

2）　胃内注入音の確認。左右下肺野、心窩部、胸骨前で聴取し最強音が心窩部であることを確認する。（図１）

3）　胃内容物の確認。



最強点が心窩部にあるかを確認する

図１　気泡音の確認

４．栄養剤注入時の確認

1）　初回の注入は、日中医師の立会いのもと開始する。休日や夜間の開始は避ける。

2）　再挿入の場合も同様。前回、栄養剤を入れていても初回は白湯から開始する。

３）　注入の前後で呼吸音・チアノーゼの有無・パルスオキシメーターで SpO_2 を観察する。

４）　チューブマーキング位置の確認と、Ⅲの(2)(3)の全てを看護師または医師が確認する。これら一つでも確認が出来ない場合には、注入せずに主治医・担当医へ報告する。

５）　持続投与の場合は、薬物投与時、栄養セット交換時などに、チューブマーキング位置の確認と、３の(2)(3)の全てを確認する。

５．観察

開始から５分間はベッドサイドで観察し、以後適宜観察する

ＶＳ・Spo_2・意識レベル（挿入時は必須）

呼吸状態・咳・チアノーゼ・喘鳴

腹部（胃）膨満・吐気嘔吐

冷や汗・顔面蒼白

低血糖症状

チューブ固定位置・チューブのねじれや屈曲・注入速度

６．リスクの特徴

経腸栄養のリスクマネジメントを参照

７．異常時の対応

患者に異常を認めたら、注入を中止する。

医療事故発生時の対応（フローチャート）にそって速やかに対応する。

6）尿道カテーテル挿入

目的

カテーテルを尿道から膀胱内に留置し、持続的に尿を排出させる

事故報告

事例

男性の尿道カテーテル挿入時に、尿の流出が見られなかったが、直前に排尿していたし、十分な長さが入っているので、バルンに蒸留水を注入したところ出血した。

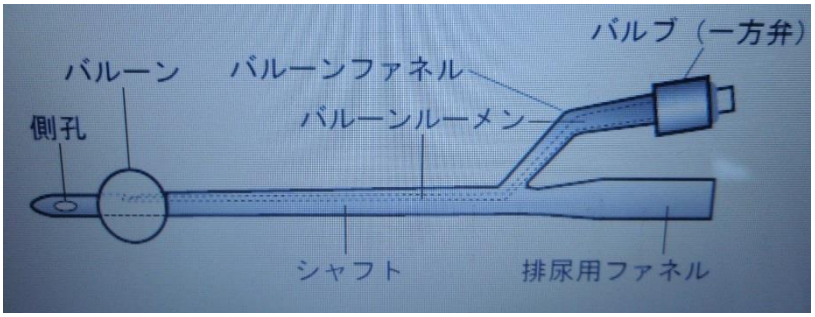
手順

(1) カテーテル挿入時の患者説明
　① カテーテル留置の必要性、留置に伴う不快感、感染の可能性について患者に説明し、同意を得る。
　② ラテックスゴムや、固定用テープのアレルギーがないか患者に確認する。

(2) 必要物品の準備
　① 特別な理由が無い限り、閉鎖式尿道カテーテルトレイセットを使用する。
　② 使用する物品の滅菌日と破損が無い事を確認する。
　③ ラテックスゴムアレルギーのある場合は、オールシリコンカテーテルを準備する。

(3) 患者の体位を整える
　① 女性の場合は開脚し膝を立たせる。
　② 男性の場合は仰臥位で下肢は伸ばしたままとする。
　③ バスタオルなどで無駄な露出を避け、環境を整える。

(4) 閉鎖式カテーテルセットの準備



① 手洗いをし、カテーテルセットを開封する。

② セットを開封する際は、清潔で安定した場所を選び、不潔にならないように展開する。

③ 患者の腰の下に防水シーツを敷き、清潔区域を確保する。

※一見、細いカテーテルのほうが挿入しやすいように思いがちだが、細いカテーテルはコシが無く、先端が尖っているため尿道損傷のリスクが高くなる。カテーテルのサイズは 16Fr 以上が望ましい。

(5) カテーテルの準備

① 再度手洗いをし、滅菌手袋をする。

② 綿球にポピドンヨードを浸す。

③ カテーテルを無菌操作で開封する。

④ 注射器でバルンファネルから添付の滅菌水を入れ、バルンの形状異常や破損がないか確認し滅菌水を抜く。

⑤ 排出口（スプラッシュガード）を開閉してみる。

(6) 尿道口の消毒

① 右利きの人は患者の右側に立つ。

② 外陰部の消毒は、ポピドンヨードを使用する。

③ 消毒用綿球は消毒部位ごとに交換し、最も汚れの少ない領域から始め、最も汚染されている領域を最後に行い、微生物の伝播を防止する。

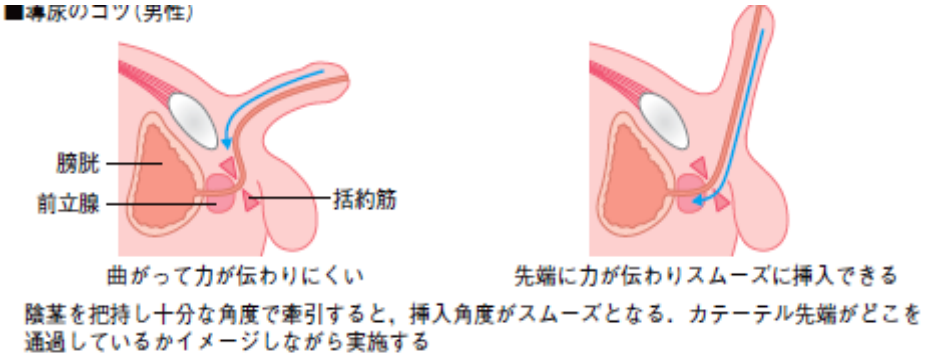
④ 女性の場合は利き手と逆の手で小陰唇を開いて尿道口がよく見えるようにした上で、鉗子を使用し、両側、中央の順で前から肛門側に向かって消毒する。

⑤ 男性の場合は利き手と逆の手で陰茎を持ち上げ包皮を十分に飜転し尿道口から包皮に向かって消毒する。

(7) カテーテルの挿入

① カテーテルに潤滑ゼリーを塗布する。

② 尿道粘膜を傷つけないように、また挿入するカテーテル部分を汚染しないように、無菌操作でカテーテルを挿入する。



③ 男性の場合は、陰茎を頭側へ十分牽引し挿入する。

④ 挿入の目安は、女性が５～７ｃｍ、男性はカテーテル分岐部までとする。カテーテル内に尿が流出したら、さらに２～３ｃｍ奥に進める。（男性の場合は分岐部まで進める）

⑤ 注射器で規定量の注射用蒸留水を注入する。

⑥ バルンが膀胱頸部に接触するまでカテーテルを徐々に引いて留置する。

(8) カテーテルの固定

① 女性の場合は、大腿部にテープなどで固定しカテーテルの屈曲を予防する。

② 男性の場合は、尿道に緊張がかからない程度に陰茎を頭側に向け、腹部にテープで固定し、組織の壊死を起こさないようにする。

(9) 終了後

① 手袋には穴がある場合があるので、必ず手洗いをし、手の清潔を保つ。

② 尿道カテーテルの屈曲や、体の下に敷くことのないように注意して患者の衣類を整える。

③ 蓄尿バッグを患者の身体より低く、床に着かない場所に固定する。

④ 使用した物品を適切に処理する。

⑤ 患者にカテーテル留置中の注意事項について説明する。

(10)代表的なトラブルへの対処

① 尿道の途中で抵抗を感じる。

1. 深呼吸を促しリラックスさせる。

2. 尿道カテーテルの口径を１サイズ上げる。
3. 上記 1,2､でも改善されない場合は、無理をせず主治医をコールする。

② 十分な長さが挿入されているが尿の流出がない。
1. カテーテルの折れや屈曲がないことを確認する。
2. 一度抜去し、時間を置いて再度新しいセットを留置する。
3. ファネルのシールを外し、ファネルから少量の生理食塩水を注入し回収できるか確認する。

③ 尿道口やカテーテルから出血する。
1. 尿道損傷の可能性があるので主治医をコールする。

１３．カラーシリンジ使用基準

目的

注射器等に関連する医療事故の防止

１．注射の目的での注射器の使用

注射の目的で使用する注射器は全て白色（内筒）とする。

白色の注射器は、次の場合のみ使用する。

(1) 静脈・動脈・筋肉・皮下・皮内・眼内等の注射及び点滴の薬液のミキシング
(2) 体腔及び臓器への穿刺針による薬液等の注入、ドレーンからの造影
(3) 採血、骨髄・髄液の採取、及び手術中の検体採取

２．注射以外の目的での注射器の使用

注射以外の目的で使用する注射器は、すべて緑色（内筒）とする。

緑色の注射器を使用する場合は、次の場合にのみ使用する。

(1) 経管栄養法におけるチューブへの栄養剤又は薬剤の注入
(2) ネブライザー薬液の計量・準備
(3) 経口での薬剤投与（内視鏡前処置、水薬の投与等）
(4) 確認用（胃チューブ等の先端部の位置確認）
(5) 固定用（気管チューブのカフエア、留置カテーテルのバルンエアの注入及び抜去等）
(6) 体液等の吸引用（消化液・血液・髄液・リンパ液等）
(7) 洗浄用（創部・膀胱・胃・腸・口腔等）
(8) 医療器具の洗浄用（内視鏡等）

３．その他

1. 消毒薬の計量には、計量カップ・メスシリンダーを使用し注射器は使用しない。
2. 膀胱・胃・イレウス管・経管栄養からの薬剤投与時は、血管系カテーテルの誤接続を防止するためカテーテルチップ型シリンジを使用する。
3. 経腸栄養チューブ誤接続規格品採用に伴い、経腸栄養専用のカラーシリンジを採用した。

１４．転倒・転落防止

１）リスク患者の把握転倒転落アセスメントスコアシート

【リスク患者の把握】

入院時、全ての患者を対象に、転倒・転落アセスメントを実施する

入院時、入院から3日後、病状変化時に、転倒転落発生時、変化がなければ1週間ごとに、転倒・転落のアセスメントシート（表１）にチェックする

（表１）

日付	○月◎日（□）
評価時間	
危険度	
合計点	
次回評価予定日	

項目	点数	評価内容	○月○日（△）	
A:年齢	各２	７０歳以上		
B:既往歴		転倒したことがある		
C:感覚		平衡感覚障害（めまいなど）		
C:感覚	１	視力障害があり日常生活に支障がある 聴力障害があり通常会話に支障がある		
D:運動機能障害	各３	足腰の弱り、筋力低下がある		
D:運動機能障害	２	端坐位が不安定である すくみ足歩行である		
D:運動機能障害	１	麻痺がある、痺れがある 骨・関節に異常がある（拘縮・変形）		
E:活動領域	２	車いす・杖・歩行器を使用している 歩行ができるがふらつきがある		
E:活動領域	１	移動に介助が必要である 靴が一人ではけない、スリッパ歩行 寝たきり状態であるが手足は動かせる、又は今後動かす可能性がある		
F:認識力	４	見当識障害、意識障害がある 不穏行動がある 判断力・理解力・記憶力の低下がある		
G:薬剤	各2	睡眠薬・抗不安薬 向精神薬 抗うつ薬 抗パーキンソン薬 筋弛緩薬		
G:薬剤	各1	鎮痛剤 麻薬		

		降圧・利尿剤 抗がん剤 糖尿病薬 抗てんかん薬 下剤		
H:排泄	各3	便・尿失禁がある 頻尿がある 夜間のトイレが3回以上		
H:排泄	各2	トイレまでの歩行につかれる トイレ介助が必要		
H:排泄	各1	尿管カテーテル留置		
I:病状	各2	38℃以上の発熱 貧血症状（Hb7.0以下） 背麻・全麻手術3日以内 点滴・酸素・閉鎖式ドレーン挿入中		
I:病状	1	1週間以上ベッド上安静が続いた後の2日間、病状が悪化の傾向にある		
J:患者の特徴	各3	落ち着かない性格 ナースコールを押さず頑張ろうとする		
J:患者の特徴	各1	自宅は布団で寝ている		
K:環境	各1	転棟・部屋を移動して3日以内 緊急入院して3日以内		
入力者			サイン	

（表２）

評価スコアと合計点数 危険度Ⅰ（0～9点）転倒・転落を起こす可能性がある 危険度Ⅱ（10～19点）転倒・転落を起こしやすい 危険度Ⅲ（20点以上）転倒・転落を起こす

２）転倒・転落防止看護計画

□ アセスメントスコアから得られた危険度ごとの予防策（標準看護計画）を個別に立案し実施する

□ 排泄パターンを考慮してよりその人に合った計画を立案する

□「入院のしおり」や「標準看護計画患者用」を用いて、患者や家族（代理人）に、転倒リスクとその対策について説明する

□ クリニカルパス使用患者も同様に実施する

□ 転倒・転落が発生した場合には、危険度Ⅲとして、予防策を実施する

□ 自立度がC2（寝たきりで寝返りができない）のため、患者が自らの行動で転倒・転落する可能性がなければ予防策は不要とする

□ 転倒・転落の危険性があり、患者の身体の安全を守るため、やむを得ない場合のみ、医師の指示の元に、期間を限定し身体拘束（ベッドの4点柵、車いす安全ベルト等）を実施する

3）評価

□ 入院から3日後、病状変化時に、変化がなければ1週間ごとに、転倒転落アセスメントシートで評価する
□ 転倒転落が発生した場合にも評価を行う

4）転倒リスクが高く見守りきれない場合

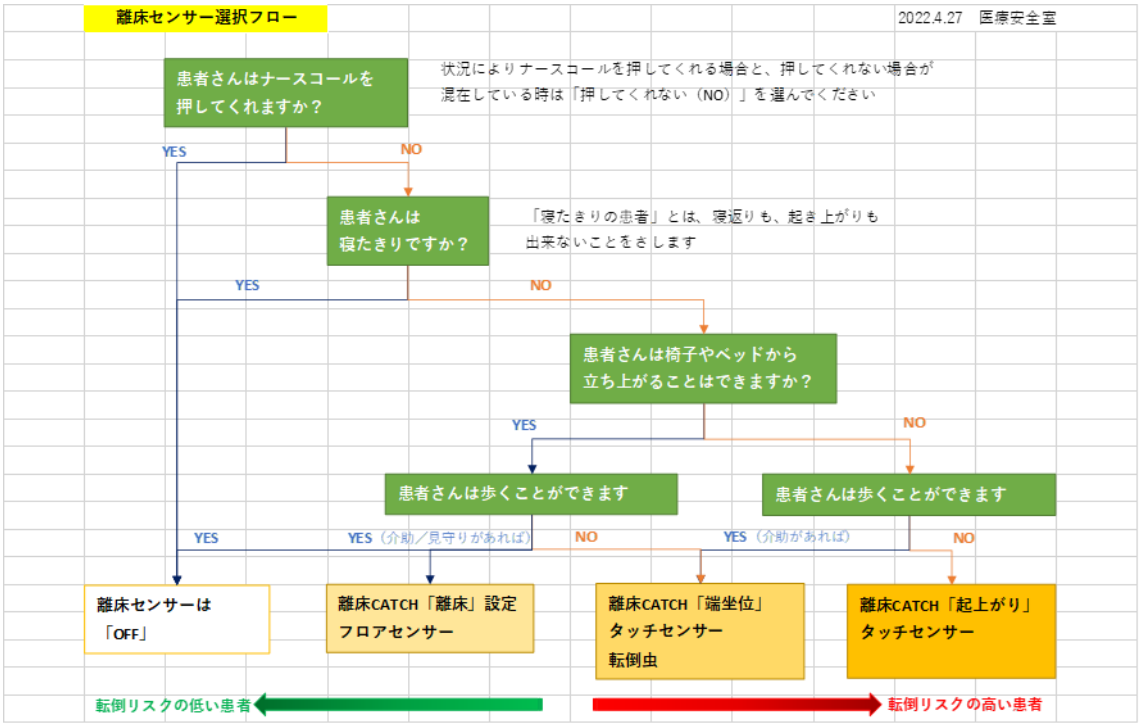
□ 行動が見守れる場所や部屋を確保する

□ 病棟スタッフの応援や、夜間休日は管理日勤・当直の応援を依頼する

□ 離床センサーや離床CATCHの活用

□ ベッド周囲の環境調整（例：緩衝マットの設置）

離床センサー選択のヒント　　（表３）



5）転倒・転落発生時の対応

1.　患者の状態を観察・確認する

（1）観察項目

① 全身の疼痛や外傷、頭部打撲やその可能性、骨折の可能性（腫脹・変形など）、部位、程度の観察（目視と触診）

1. 意識レベルを確認する（ＪＣＳ） 発生前後で意識レベルに変化があるか
2. 瞳孔の左右差、大きさを確認する
3. 頭痛、嘔気、嘔吐の有無
4. 手足のしびれの有無
5. 出血の有無（頭・顔・耳・鼻・その他）
6. 四肢の運動を確認する
   - 関節の曲げ伸ばし、上肢の挙上ができる

② バイタルサイン 発生前後で変化があるか

⑵ 頭部打撲やその可能性がある場合

① 経過観察時間は発見時、３０分後、1 時間後、2 時間後、3 時間後、6 時間後、9 時間後、12 時間後、24 時間後、48 時間後とする

② たとえ患者が睡眠中であっても、患者の了解を得て(1)観察項目 1.～5.を観察する

③ 明らかに頭部打撲があり意識障害を伴う場合は看護記録へ記録し、転倒・転落発生後観察記録は不要となる

⑶ 骨折の可能性がある場合

① 経過観察時間は発見時、適宜看護師の判断とする

② たとえ患者が睡眠中であっても、患者の了解を得て(1)観察項目 4.～6.を観察する

③ 明らかに骨折があり、直ちに処置や治療が必要な場合は看護記録へ記録し、転倒・転落発生後観察記録は不要となる

⑷ その他の軽微な転倒の場合（ずり落ち、膝折れ、頭部以外の軽微な打撲など）

① 経過観察時間は発見時、適宜看護師の判断とする

② たとえ患者が睡眠中であっても、患者の了解を得て(1)観察項目 1.を観察する

③ 打撲部位に応じて観察項目を追加する

2. 必要に応じて応急処置を行う

3. 事故発生状況と患者の状態を担当医師に報告する

① 頭部打撲の所見がある、骨折の所見がある、切傷による止まらない出血、その他医師の診察を要するものは、直ちに担当医師に報告する

ＳＢＡＲの例	※最初に	○△病棟の○○です。こんな時間に申し訳ありません。
	S：状況	循環器入院中の□△さん、８８歳が転倒し、ベッドフレームで右側頭部を打撲しました。
	B:背景・経過	患者は心房細動でﾜｰﾌｧﾘﾝを服用しています。打撲部に血腫と疼痛があります。意識レベルは転倒前と変化はありません。吐気・嘔吐はありません。
	A:評価・判断・考え	血腫の痛みにしては強く訴えています。ﾜｰﾌｧﾘﾝも服用していますし、このまま経過観察で良いか不安です。
	R：依頼・提案	診察していただけませんか。 経過観察の場合、どんなことに注意したらよいでしょうか。
	※終わりに	ありがとうございます。

② 休日夜間は日当直医へ報告し、日当直医が主治医への連絡を必要と判断した時は、日当直医が主治医へ連絡する

③ 報告を受けた担当医師は、看護師へ適切な指示をする

④ 医師の指示により、処置や検査を行う

⑤ 異常が見られない場合は、主治医へ事後報告する

⑥ 経過観察中に異常が現れた場合は、速やかに担当医師へ報告する

4. 患者の状況により家族へ連絡する（異常が見られなければ一段落ついてからでよい）
5. 患者の状況により所属長へ連絡する（異常が見られなければ一段落ついてからでよい）
6. 転倒・転落発生後観察記録の記入
    1. 【打撲や外傷の部位】は赤字でマークする
    2. ＪＣＳで記載し、意識障害が無ければ「清明」と記載する
    3. 瞳孔の左右差は「右＜左　右＞左　右＝左」のように記載し、大きさは mm で記載する
    4. 四肢の挙上・屈曲ができれば「可」、できなければ「不」と記載する
    5. 転倒転落発生前から運動機能障害のあるときは、その欄を／で消す
    6. 経過観察中に異常が見られれば看護記録へＳＯＡＰで記載する。
7. 観察時間の追加と省略
    1. 観察時間が不要と判断した場合は、その時間の欄を／で消す
    2. 観察項目が不足と判断した場合は、空欄に追加できる

3. 観察項目が不要と判断した場合は、その項目の欄を／で消す

8. 転倒・転落アセスメントの再評価（転倒既往は即危険度Ⅲとなる）

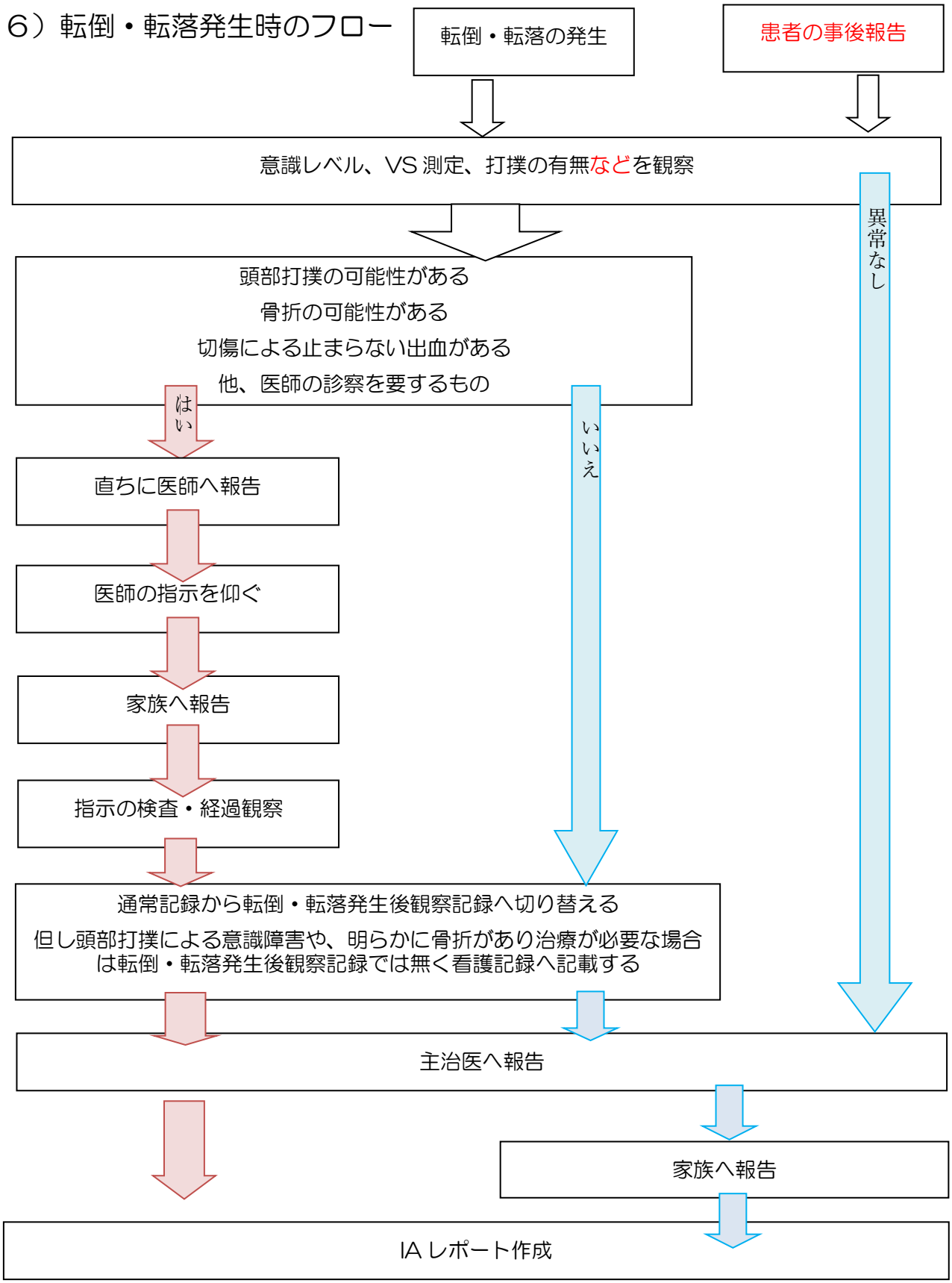
9. この記録はスキャンし電子カルテに収載する

10. 転倒・転落報告書の提出

11. 転倒のレベル３ｂ以上が発生した場合、看護師長（代行者)、医療安全管理者に速やかに報告する。その後、多職種を交えた病棟会議を行い、事例の分析と対策について検討する。会議報告書を提出する

12. 看護計画を変更する

６）転倒・転落発生時のフロー



転落、転倒事故・搬送時の事故

外因的ハイリスク要因（物理的・地理的・物品によるもの）

病院の設備－廊下・家具・浴室など

医療器具－車椅子・松葉杖・ベッド・ストレッチャーなど

原因・要因	対策
・濡れている床で滑る	・濡れている床を発見したら直ちに拭き取る。 ・雨天や積雪のある日は、滑り止めマット、傘袋の　設置を行う。
・浴室で滑る	・手すり、浴室用滑り止めマットを敷く。 ・乾いたバスマットを準備する。
・ベッド周囲の物品につまづく。 ・廊下に不要な物がある。	・ベッドメーキングや処置後は整然と片付ける。 ・ベッドのハンドルやキャスターを必ず中に入れ る。 ・歩行する場所に障害物を置かない。 ・段差をなくす。 ・走らない、手すりにつかまり歩行する。 ・ストッパーの無い可動物（オーバーテーブルや点滴スタンド等）に注意するよう説明する。 ・点滴スタンドを持って歩行する際は溝に注意。
・高すぎるベッドや、柔らかいマットによるベッドからのずり落ち	・ベッドの高さを調節し、端座位で足がしっかり床に着くようにする。
・車イスの使用による。	・点検、正しい使用方法の説明。 ・ストッパーの確認、車椅子で遊ばせない。
・はきもの、衣類による。	・ゴム底の滑らない履物。 ・衣類を引きずらない。
・松葉杖によるもの。	・ゴム足がすり減っていないか確認する。 ・点検、患者にあった松葉杖、正しい使用方法の説明、必要時再指導。
・診療台からの転落。	・昇降に注意、狭いことを説明。 ・指示以外は動かないように説明。 ・状況によりそばに付き添う。

・ベッド、ストレッチャーからの移動時。	・ベッド柵の使用、ストッパーの確認。 ・２人以上で移動する。 ・１人の場合はベルトなどで固定。

内因的ハイリスク要因（患者自身の要因によるもの）

入院期間・時間帯・年齢・運動機能または活動低下・理解力の程度・全身状態の衰弱

特殊な疾患・与薬などに関するものの影響

原因・要因	対策
・入院１週間の転落が多い。	・入院時、転落･転倒予防のオリエンテーション。 ・ナースコール使用方法の説明。 ・ベッド柵の使用。（患者によっては外す） ・必要に応じマットレスのみとする。（寝具が足にからまないように工夫をする）
・深夜帯、高齢者の転落が多い。	・高齢者や不穏状態にある人の夜間巡視は頻回に行う。 ・看護室に近い部屋に収容。 ・必要時壁にベッドをよせる。
・臥床安静時、排泄のニードが強い。	・排泄のパターンを知りトイレへの誘導。 ・尿意頻回の場合は夜間のみ尿器を使用できるように準備。 ・ポータブル便器を使用するときは必要時介助し傍を離れない。
・リハビリテーションの開始時は転倒率が高い。	・ベッドは患者が座って足の届く高さにする。 ・ベッドからの昇降、トイレまでの歩行で運動。 ・機能失調などの場合は介助する。 ・車イスでの座位がアンバランスになる患者は安全ベルトの着用。
・鎮痛剤、精神安定剤を使用後１～２時間の転倒率が高い。	・与薬前、排泄に誘導。 ・気になる患者はスタッフ間で共通認識を持ち朝　　方、夜間は特に注意。 ・家族への指導を徹底する。

１５．身体拘束

目的：治療や処置を実施する際に、患者の生命・身体を保護するため、やむを得ない場合に実施する。

定義：患者の身体可動性を制限するために、用いられる機械的拘束具または用手的拘束を適用し、モニターし、解除すること。

1.　身体拘束は、切迫性、非代替性、一時性によって実施されるべき行為であるので、その実施には十分なアセスメントと、回避介入が必要となる。（認知症ケアマニュアル「認知症ケアに関する身体拘束」を参照）

2.　①転倒・転落アセスメントスコア危険度Ⅲ、②ドレーン・チューブや点滴など複数の管が挿入されている、③検査・術後の安静を保つ事ができない、④不隠・せん妄等により治療・処置の拒否がある場合、⑤自傷・他傷行為があり周囲へ及ぼす影響が大きい、以上５項目のいずれかに該当し、生命維持・回復のためのルートがある、又はルートは無いが転落など身体への危険性が高い場合は身体拘束を検討する。（身体拘束適応基準フローチャートに従ってアセスメントする）

3.　身体拘束が必要と判断した場合は、医師が身体拘束に関する説明書を用いて、患者や家族へ説明をする。医師の指示のもと看護師が説明をしてもかまわない。

4.　身体拘束を実施する前に、身体拘束回避の看護介入を実施する。実施内容は看護記録へ記載する。「身体拘束しないための具体的な看護ケア」を参照。

5.　身体拘束回避介入が無効の場合、医師の判断で身体拘束を実施する。実施には医師の指示が必要。医師は身体拘束が必要と判断した場合に、看護師へ指示する。

6.　身体拘束を実施するにあたっては、身体拘束に関する説明・同意書を交わさなくてはならない。

⑴同意書を記入してもらう時期は、原則として身体拘束前とする。やむを得ない場合、身体拘束開始後なるべく早い時期にとる。

⑵直接同意をその場で得られない時（電話など）は、家族の氏名・続柄を聞いて、内容を看護記録に記入しておく 。

⑶患者がサインできない場合、家族等の代筆でよい

⑷身体拘束に関する説明・同意書は１部を家族に渡し、１部は電子カルテにスキャンする。

7.　十分に説明しても本人、家族のどちらからも同意が得られない場合、身体拘束を実施してはならない。

8.　医師は同意が得られない場合、危険性を説明し、説明した内容、家族の氏名、説明者名をカルテに記載する。

9.　電子カルテ経過表に毎日の観察記録と認知・行動スコアを残す。

10.　勤務帯毎の認知・行動スコア合計 4 点以上は身体拘束解除を検討する。

・身体拘束が解除可能と判断した場合は、医師の指示を待たずに解除できる。

11.　毎日日勤帯で身体拘束解除のためのカンファレンスを行い記録する。

12.　クリップセンサーや、フロアセンサー等の離床センサーは、患者の可動性を制限するためではなく、安全に介助するためのものであるので、身体拘束に含まれない。

13.　.身体拘束に関する同意書は 1 ヶ月を経過した後、再度作成し同意を得る。

14.　家族等が来院出来ない場合は同意書・説明書を郵送する際に「身体拘束は予定を超えて継続することもある」旨を文書で添える。

該当する項目の□にチェック項目が一つでもあれば はい へ進む

危険因子がある

- □転倒・転落危険度Ⅲ　□検査・術後の安静を保てない
- □複数の管の挿入　□自傷・他傷行為がある
- □不穏・せん妄により治療や処置ができない

はい

拘束以外の方法の検討と実施

- 身体拘束しないための具体的看護ケアの提供
- 認知症ケアマニュアル4.身体拘束をせずにケアを行う3原則に取り組む

身体拘束の実施

- 切迫性、非代替性、一時性によって実施される
- 医師の指示のもと実施する　説明・同意書がある
- 電子カルテの経過表に、「身体抑制（スコア）・身体抑制１～５（部位）」を表示する

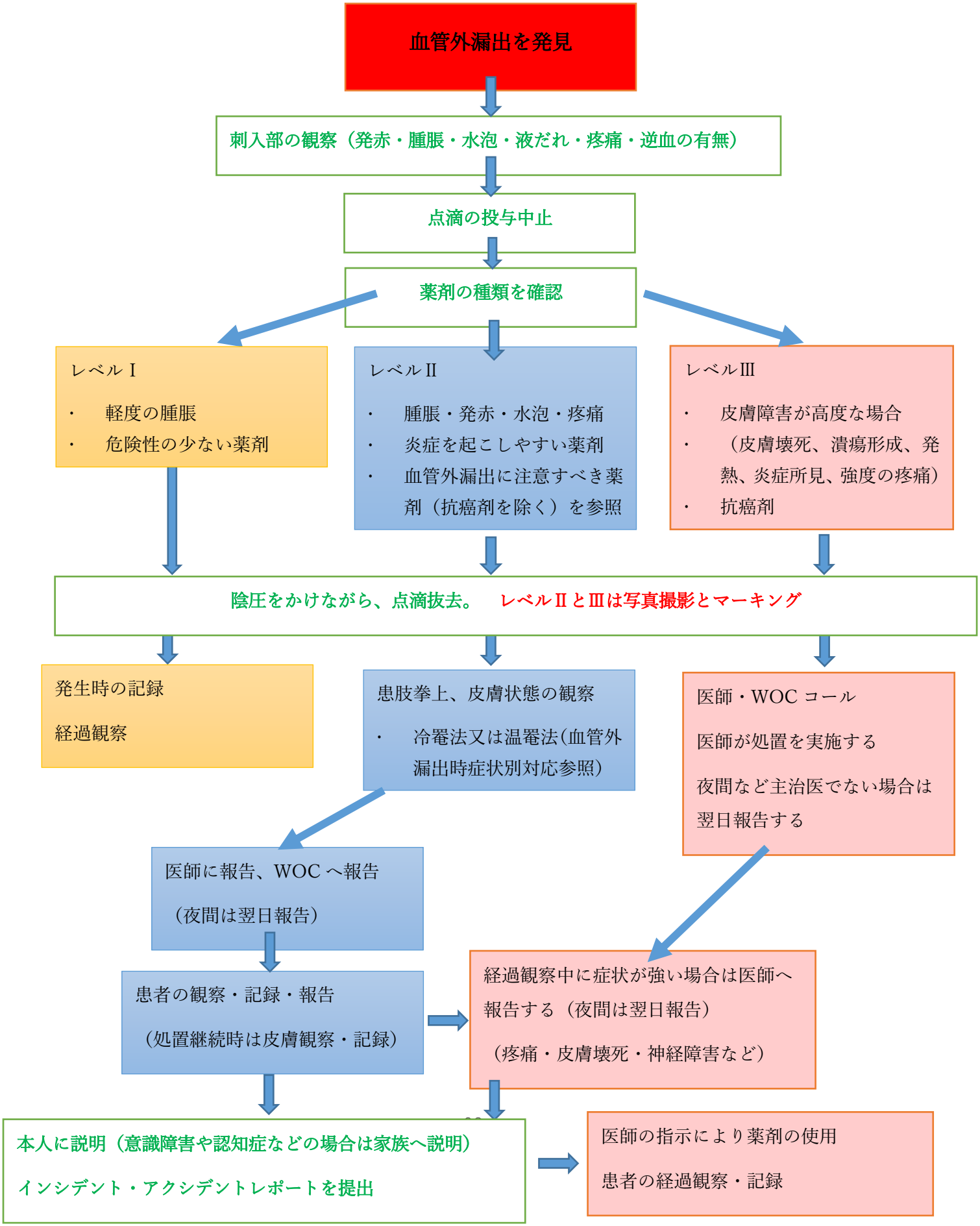
毎日、身体拘束解除・軽減・継続のアセスメント

- 毎日、各勤務帯で認知・行動スコアと「拘束部位・方法・観察」（経過表に表示）を記載する。
- 毎日日勤帯で身体拘束解除のカンファレンスを行い看護記録に記載すう。

１６．熱傷

原因・要因	対策
・湯たんぽ	・湯の温度を 60℃以上にしない。 ・湯のもれを確認して、栓を確実にする。 ・直に当てず、必ずカバーで保護する。（10 cm離す）
・電気毛布	・直につけず、必ずカバーを使用する。 ・温度の設定。（対象に合わせて）
・風呂	・湯の温度は 39 度～41℃に設定する。
・シャワー	・シャワーの温度を確認してから使用するよう説明する。 ・温度調節の確認。 ・湯の温度は 39 度～41℃に設定する。
・ドライヤー	・器具の点検。（コンセント、事前に試す、掃除） ・同一部位に長時間当てない。 ・距離をとる。
・湯沸かし	・熱湯が出ることを充分に説明する。
・清拭タオル	・熱いままで使用しないで湯気を除いてから使用する。 ・自分の腕の内側で確認してから使用する。

１７．抗癌剤以外の血管外漏出



１．基本的事項

平成 28 年に本院で高浸透圧薬起因の皮膚潰瘍を経験した。一般の輸液や抗生剤の血管外漏出は、急性の炎症反応が起きた後、時間と共に症状は消失するが、高浸透圧薬などの血管外漏出は、時に痛みを伴う皮下硬結や、難治性の皮膚潰瘍の原因となる。

一般に、血管内投与のみで皮下注の適応がない薬剤の血管外漏出は注意が必要である。

２．血管外漏出に注意すべき薬剤（抗癌剤を除く）

分類	薬剤名	一般名	浸透圧比／PH
高浸透圧薬	ビーフリード輸液	**ﾋﾞﾀﾐﾝ B_1・糖・電解質・ｱﾐﾉ酸液**	上室　下室　混合 浸透圧比　約 4　2.5　3 pH　約 6.8　4.0　6.7
	２０％グルコース（２０％以上）	ブドウ糖	浸透圧比　約 3.5～4.4 pH　3.5～6.5
	マンニットール	D-マンニトール D-ソルビトール	浸透圧比　約 5 pH　4.5～7.0
	ハイカリック液-1 号 ハイカリック液-2 号 ハイカリック液-3 号	高カロリー輸液	浸透圧比　約 4 浸透圧比　約 6 浸透圧比　約 8 pH　3.5～4.5
	アミノレバン点滴静注	各種アミノ酸	浸透圧比　約 3 pH　5.5～6.5
	アレビアチン注 250mg	ﾌｪﾆﾄｲﾝﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 29 pH　12
	メイロン静注 7%	炭酸水素ﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 5 pH　7.0～8.5
	セルシン注射液	ジアゼパム	浸透圧比　約 30 pH　6.0～7.0
	グリセオール	濃ｸﾞﾘｾﾘﾝ、果糖	浸透圧比　約 7 pH　3.0～6.0
	造影剤	ヨード製剤	
血管収縮薬	ボスミン	**アドレナリン**	浸透圧比　約 1 pH　2.3～5.0
	塩酸ドパミン	**ドパミン塩酸塩**	浸透圧比約 1～1.1 浸透圧比約 1.1～1.2
電解質補正薬	フェジン	**含糖酸化鉄**	浸透圧比　約 5 pH　9.0～10.0
	メイロン	**炭酸水素ﾅﾄﾘｳﾑ**	浸透圧比　約 5 pH　7.0～8.5
	カルチコール	**ｸﾞﾙｺﾝ酸ｶﾙｼｳﾑ水和物**	浸透圧比　約 0.9 pH　6.0～8.2
	KCL 注 10mEq キット「テル	**塩化カリウム**	浸透圧比　約 6

	モ」		pH　5.0～6.5
	大塚食塩注１０％	塩化ナトリウム	浸透圧比　約 11 pH　5.3～7.3
分類	薬剤名	一般名	浸透圧比／PH
強アルカリ性	アレビアチン注 250mg	ﾌｪﾆﾄｲﾝﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 29 pH　約 12
	ソルダクトン注 250mg	カンレノ酸カリウム	浸透圧比　約 1.2 pH　約 1.2
	ラシックス注 20mg	ﾌﾛｾﾐﾄﾞ	浸透圧比　約 0.9～1.1 pH　約 8.6～9.6
	オメプラール注用 20	オメプラゾール	浸透圧比　約 1 pH　約 9.5～11.0
	ネオフィリン注	ｱﾐﾉﾌｨﾘﾝ	浸透圧比　約 0.4 pH　約 8.0～10.0
	フェジン静注 40mg	含糖酸化鉄	浸透圧比　約 5 pH　約 9.0～10.0
	メイロン静注 7%	炭酸水素ﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 5 pH　約 7.0～8.5
	アシクロビル点滴静注用 250mg	ｱｼｸﾛﾋﾞﾙ	浸透圧比　約 0.6～0.7 pH　約 10.7～11.7
その他	塩酸バンコマイシン点滴静注用 0.5g	ﾊﾞﾝｺﾏｲｼﾝ塩酸塩	浸透圧比　約 1 pH　約 2.5～4.5
	アタラックス P 注射液 25mg/mL アタラックス P 注射液 50mg/mL	ﾋﾄﾞﾛｷｼｼﾞﾝ塩酸塩	浸透圧比　約 0.8 浸透圧比　約 1.0 pH 約 3.0～5.0
	ソル・コーテフ静注用	ﾋﾄﾞﾛｺﾙﾁｿﾞﾝｺﾊｸ酸ｴｽﾃﾙﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 7.0～8.0 pH　約 2
	デカドロン注射液	ﾃﾞｷｻﾒﾀｿﾞﾝﾘﾝ酸ｴｽﾃﾙﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 0.7～0.9 pH　約 7.8～8.5
	イントラリポス輸液	精製大豆油	浸透圧比　約 1 pH　約 6.5～8.5
	リンデロン注	ﾍﾞﾀﾒﾀｿﾞﾝﾘﾝ酸ｴｽﾃﾙﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 1 pH　約 7.0～8.0
	ドブトレックス注射液	ﾄﾞﾌﾞﾀﾐﾝ塩酸塩	浸透圧比　約 0.8 pH　約 2.7～3.3
	リンデロン注	ﾍﾞﾀﾒﾀｿﾞﾝﾘﾝ酸ｴｽﾃﾙﾅﾄﾘｳﾑ	浸透圧比　約 1 pH　約 7.0～8.0
	ドブトレックス注射液	ﾄﾞﾌﾞﾀﾐﾝ塩酸塩	浸透圧比　約 0.8 pH　約 2.7～3.3

３．輸液による血管外漏出皮膚障害の要因とリスク

要因	リスク
足背・手背での血管確保	足背又は手背の静脈は静脈炎や静脈血栓を生じやすく、漏出のリスクが高い。これらの部位は皮下組織が少なく漏れによって局部組織の圧力が高くなり血流が阻害され壊死が生じやすいことが推定される。
患者が高齢者や小児	高齢者や乳児の血管は弾力性が乏しかったり、圧迫に弱いことから漏出しやすい。また，漏出の訴えがはっきりしないことも少なくない。
片麻痺や頚椎損傷がある	麻痺側の血管や頚椎損傷などで筋肉の運動が障害されている患者さんに点滴を行った場合、浮腫を来しやすく、静脈炎や漏出などの痛みを感じないので症状の悪化を起こしやすいと言われている。
意識障害がある	自覚症状（痛み，腫れ）を訴えることができないため、発見が遅れて大量の漏出を招くおそれがある。
就寝時も点滴している	寝返りなどの体動で、留置針がずれて漏出を起こすおそれがある。また、漏出後の処置が遅れてしまうことがある。
輸液ポンプを使用している	漏れがあった場合でも、簡単には注入が止まらない。ある程度の組織圧に達するまで輸液が継続されるので、組織壊死が生じやすい状況を招く。
他剤を混注している	炭酸水素ナトリウム液(細胞毒性作用)、抗癌剤(細胞毒性作用)、抗生物質(静脈炎惹起)の混注があった場合、それらの薬剤の作用で漏出のリスクが高くなったり、漏出した場合にはそれら薬剤による組織傷害作用のおそれがある。皮膚傷害の可能性がある薬剤は添付文書に従い、薬液を出来るだけ希釈する。

４．末梢静脈輸液による血管外漏出皮膚障害

生理食塩液，10%糖液，維持液，脂肪乳剤の漏出による皮膚傷害の報告が知られている。組織や細胞毒性がないにもかかわらず，傷害を招くことについて明解な機序は知られていないが，次のような仮説がある。

等張液（生理食塩水）に近い輸液	大量に漏れると、細胞間質等の圧力が高まり、容易に血管が伸展、圧迫され、静脈、動脈の閉塞が生じる。その結果、虚血等により皮膚及び皮下組織の壊死が発生する。
高張液の場合	細胞内浸透圧と細胞外浸透圧の不均衡が生じ、細胞の機能が損なわれる。また、漏出した液が等張になるまで，血管及び細胞内から水を引くことになり、少量でも大量の液が漏出したのと同じ傷害を示すことになる。

5．末梢静脈輸液の血管外漏出の予防法

	予防法
輸液内容	輸液が血管外漏出した場合のことも考慮し、事前に輸液の成分 （配合剤も含む)、浸透圧等をチェックする。
穿刺部位	点滴静注では，固定しやすく、静脈留置針を使用する（翼状針は避ける)。 軟部組織に乏しく直下に腱・神経などが存在する部位を穿刺しないようにする。失敗した場合は他の静脈を選択し、確保する。同一静脈からの穿刺を行わない。 下肢の静脈は静脈炎や深部静脈血栓を生じやすいので、下肢静脈 からの点滴には血管外漏出についての注意が特に必要となる。
血管確保	確実に血管内に針先が入っていることを確認する。点滴ボ トルを穿刺部位より低い位置に持っていき、輸液ルート内への血液の逆流を確認することで血管内の留置が確認できる。表在静脈が萎縮している場合は事前に腕を温め、血管を拡張させる。血管外漏出が最も多いのは室温が低い時といわれている。患者の血管が細いため、ルートを確保することが難しい場合には、あらかじめ腕を温めて血管を拡張させておく。
観察	透明テープ等を使用することで，漏出があった場合にもよくわかるようにする。 輸液の投与中は，感染徴候の他、漏出の徴候（発赤，紅斑，浸潤，腫脹、水泡）がないかどうか訪室の度頻回に観察をする。刺入部と刺入血管の観察を行う。 刺入部から離れた上流の血管外漏出を経験している。刺入部から離れた上流血管で皮膚の異常が見られた場合、血管外漏出を疑う。 拘束衣や弾力包帯で刺入部がおおわれている場合、少なくとも勤務開始と終了時に全て外して観察する。

観察は頻回に

- 栄養状態が悪化している→皮下組織の脂肪や真皮の弾力繊維の減少
- 糖尿病→血管の内膜が厚くなって内腔が狭くなり、脆弱化している場合がある
- 何度も穿刺している部位は、血管が脆弱化している
- 高齢者→痛みの反応が鈍化しているので薬液漏出の発見が遅れて、大量の輸液剤が血管外に漏出することがある

6．血管外漏出時の初期治療

漏出の徴候が認められた場合には、直ちに投与を中止する。留置針を抜く前に、チューブ内や針に残存する薬剤を排除する目的で、3～5ｍｌの血液を吸引し、組織に浸潤している薬剤をできる限り回収する。ルート内を陰圧にしながら針を抜き、ルートを抜去する。

トピック

専門的治療

漏出液の吸収過程終了後は必要に応じて副腎皮質ホルモンの局注と冷湿布を行う。

皮膚が壊死，潰瘍形成を起こした場合の外科的処置

漏出液排除のための早期デブリードマン

壊死組織除去のための後期デブリードマン

皮膚欠損部の再建のための植皮術・皮弁術

血管外漏出時症状別対応

皮膚障害レベル	処置・対応	観察・記録	報告
レベルⅠ 皮膚障害が軽度な場合 軽度の腫脹	・　発見時は点滴薬剤の確認を行い、危険性の少ない薬剤の場合は、陰圧をかけながら点滴を抜去する ・　皮膚腫脹が軽度で痛みが無い場合経過観察とする。必要時冷罨法を行う。	・　皮膚の観察 ・　経過観察 ・　発生時記録	
レベルⅡ 皮膚障害が中程度の場合 腫脹、熱感、発赤、疼痛	・　発見時は点滴を中止し、陰圧をかけながら点滴を抜去する。 ・　局所へ冷罨法を行う ・　上記処置でも症状の改善が見られない場合は医師・ＷＯＣに報告し指示を受ける ※経過観察中に皮膚潰瘍形成、神経障害等重篤な障害が認められたらレベルⅢとする。	・　皮膚や発熱の有無等の観察 ・　発生時、処置継続時は炎症症状や潰瘍形成がないか観察し記録する ・　マーキング、写真を撮り経過をみていく	本人に説明 ・　血管外漏出があること、痛みや皮膚の異常がある場合は、看護師に報告するよう説明する 家族へ説明 ・　本人に意識障害や認知障害などがある場合には家族に説明を行い、異状時は知らせるように話す
レベルⅢ 皮膚障害が高度な場合 皮膚壊死、潰瘍形成、発熱、炎症所見、強度の疼痛	・　発見時は点滴を中止し、陰圧をかけながら抜去する ・　点滴抜去後は患肢を挙上し、冷罨法を行う ・　医師・ＷＯＣに報告し指示を受ける ・　起壊死性抗がん剤、レミナロンは重症化しやすいため、直ちに医師をコールする ※抗癌剤は薬剤により対処が異なる	・　皮膚の観察を行う 腫脹の程度・発赤の有無・熱感の有無等 ・　発熱の有無、炎症反応の有無等感染徴候の観察 ・　遅発性の障害もあるので、発生時、処置継続時は観察し記録を行う（抗癌剤･レミナロンは必須）	本人への説明、家族への説明は同様

１８．画像診断報告書の見落とし防止

医師は画像検査を行う対象とした領域について、自ら読影し診断したとしても、放射線科専門医により作成された画像診断報告書には、担当医が予測していなかった領域の異常が指摘されることがあることから、画像診断報告書を注意深く読むことが必要である。

１．目的

診断・治療の見逃し・遅延防止

２．画像の読影レポートの確認に関する安全対策

☐ 画像読影をオーダーした医師は、画像とその読影レポート内容を確認した上で、読影レポートの『既読サイン』に医師名と日付を記載する。

☐ 依頼医師は、読影レポートの全文確認、特に目的部位以外の診断コメントを確認する

☐ 画像診断報告書を確認の上、患者に病状説明をする

☐ 既読サインの無い読影レポートはスキャンセンターから依頼医師に戻す

１９．個人情報間違い防止

【FAX 誤送信防止対策】

相手先に送信票をテスト送信し、到着の確認を行うことを基本とする。

１．院外への FAX 送信手順

1）相手先番号を手入力で入力、送信する場合

（１）送信相手先番号を手入力後、職員２人が、FAX 送信票、相手先 FAX 番号を呼称し、間違いがないか確認する。

（２） FAX 送信票をテスト送信する。

（３） 相手先事業所へ電話にてテスト送信の到着の確認を行う。

（４） 送信票が届いていることを確認し、間違いがなければ本紙を送信する。

（５） 送信が完了したら、「送信済み」欄を確認し、相手先が間違っていないか、送信済みとなっているかを確認する。

2）FAX 機器アドレス帳を利用する場合

（１）送信相手先番号と、FAX 機器のアドレス帳番号を呼称し、間違いがないか確認する。

（２）職員２人が、本紙、機器アドレス帳内の番号を確認して、間違いがなければ送信する。

（３）送信が完了したら「送信済み」欄を確認し、相手先が間違っていないか、送信済みとなっているかを確認する。

２．FAX 番号登録方法（FAX 機器アドレス帳がある機種の場合）

１）FAX 機器アドレス帳に事業所名、FAX 番号を登録する前に、FAX 送信票をテスト送信する。

２）相手先事業所へ電話にてテスト送信の到着の確認を行う。（機器へ相手方番号登録時、初回のみ）

３）送信票が届いていることを確認し、アドレス帳に登録する。登録する際は、複数の目で確認する。

３．万が一 FAX 誤送信した場合の対応

１）誤送信相手方に丁重に謝罪し、誤送信した情報を回収に伺うことを伝える。

2）部門長へ報告する。

3）部門長は、誤送信先へ出向き、謝罪し誤送信した情報を回収する。

4）部門長は、対象の患者・家族へ連絡し謝罪する。

5）速やかに、情報セキュリティインシデント報告を行う。

報告先：総務企画課　事務長補佐　内線番号（PHS）：901 番

患者管理事故

原因・要因	対策
無断外出・外泊 ・病院の規則を知らない。 ・外出、外泊用紙の説明がされていない。 ・理解力低下。（精神的、意識障害のある患者・老人性痴呆） ・認識不足。	・オリエンテーションの徹底。 ・外出、外泊用紙の説明。（手続きの説明） ・頻回の巡回。 ・常時観察できるベッド配置を考える。 ・認識の程度の確認。 ・家族の協力を得る。
自殺 ・病気が要因。（うつ病、分裂病、神経症） ・性格的要因。（神経質、不眠、不安） ・社会生活環境が要因。（仕事、対人関係、家庭）	**共通事項** ・危険物は持ち込まない。 ・危険物の所持確認。（薬、カミソリ、ひも類等） ・環境整備。 ・観察を密にする。 ・コミュニケーションを図り信頼関係を築く。 ・カウンセリング。 ・家族の協力を得て、常時目を離さない。

２０．DV・虐待（疑い）の通報について

通告義務は守秘義務に優先する

明らかに虐待である場合には、南署へ連絡する

仙台南警察署電話　０２２－２４６－７１７１

	定義	通報・相談	関連法律
DV	配偶者（内縁関係）からの暴力 身体的・精神的・性的暴力など	市民局男女共同参画課 TEL：022-214-6143	DV 防止法 ストーカー規制法
老人虐待	65 歳以上の高齢者に対する「養護者（高齢者を現に養護する者）」及び「養介護施設従事者等からの暴力・ネグレスト・精神的・経済的・性的虐待など	市町村地域包括支援センター（別紙）	高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律
児童虐待	両親あるいは保護者による、身体的・精神的・ネグレスト・性的虐待など	宮城県中央児童相談所 仙台市児童相談所 TEL：022-718-2580	児童虐待防止法

２１．徘徊（迷子）の対応

徘徊とは、認知症の周辺症状などにより、何らかの目的があって歩き始めて迷ってしまったり、何かじっとしていられないような理由があって歩き回ったりすることを指します。

迷子とは、自分の所在が分からなくなり、目的地に到達することが困難な状況に陥った子供、もしくはその状態を指します。

徘徊していると思われる人は、落ち着き無くうろうろしています。「変だな」と思ったら、まず声をかけてください。

1. 徘徊者（迷子）を発見した職員は、落ち着いた態度で、正面から声をかけてください。

   例「どちらまで行きますか」「一休みしませんか」「お名前を教えてください」

2. 入院患者さんと思われる場合は、ネームバンドを確認してください。
3. 声をかけた職員は、徘徊者がどこかへ行かないように見守り、しかるべき人に引き渡します。
   - 入院患者や老健入所者の場合は、該当する部署に連絡をし、その部署の職員に保護してもらいます。
   - 外来患者の場合は、外来職員に連絡をし、家族や付き添い者に保護してもらいます。
   - 徘徊者（迷子）の身元が分からない場合は、仙台南署へ連絡し保護してもらいます。（平日日中は総務、休日夜間は事務日当直）

＊仙台南署　０２２－２４６－７１７１

２２．無断離院（行方不明）患者の対応　【平日日中】

１．患者の不在が発生

範囲　当該部署のフロア

ﾄｲﾚ、浴室、器材室、食堂、階段などを捜索しみつからなければ他病棟へ協力を要請

患者不在時の確認事項

・不在直前の患者の様子
・不在直前の服装
・同室者などから情報収集
・荷物→有・無、靴→有・無

２．一次捜索

連絡先	範囲
当該部署看護師長	院内
担当医	15 分程度捜索した後、二次捜索へ
総務企画課２４１，２４２	
一斉放送と捜索を依頼	
患者家族	

院内捜索

・屋上～１階までの階段や死角
・１階～３階各部屋や死角
・売店、食堂、駐車場、病院施設周囲
・防犯モニターの確認

【休日夜間】

・各日当直者が連携し捜索指揮
・当該師長へ連絡
・患者家族へ連絡→→自宅に帰る可能性がある
・セブンイレブンにいるかもしれない２４２－８８０６
・早い段階で警察へ捜索依頼する

３．総務企画課

警察へ第一報	連絡先
ﾀｸｼｰ会社へ情報提供の協力依頼	看護部長　８９０
医事課・ｺﾒﾃﾞｨｶﾙへ捜索協力を要請	医療安全室　８４２
捜索状況の把握	
院内 MAP、近隣 MAP	

４．二次捜索

範囲　院内、近隣

捜索職員は逐次総務企画課へ連絡を入れ、捜索状況の交換を行う

５．総務企画課

捜索開始から３０分程度を目安に、三次捜索を検討する

総務企画課は家族の了承を得て、仙台南署へ捜索の依頼を行う　０２２－２４６－７１７１

二次捜索は引き続き行われる

三次捜索

１．認知症・知的障害者・子供の場合

電話連絡で OK

SOS ﾈｯﾄﾜｰｸ発動（一時的）

ご家族が管轄の警察署へ「行方不明届」を提出

２．自分の意思で行方不明の場合

ご家族が管轄の警察署へ「行方不明届」を提出

SOS ﾈｯﾄﾜｰｸ：高齢者見守りﾈｯﾄﾜｰｸ

警察無線・ラジオなどを活用し行方不明者を家族の元へ返す仕組み

６．捜索活動の終結

二次捜索の終結は、管理者が判断し本部が連絡する

・行方不明者の発見　・警察による捜索開始

総務は捜索職員・協力機関へ捜索終了を報告する

２３．施設設備の安全管理

１．施設窓の安全管理

令和元年に当機構の病院で、患者が病棟内の非常口又は窓からベランダへ出て飛び降り死亡する事案が発生した。

非常口や窓等の施設管理上の問題による事故防止のため、本院は下記の対策を講じる。

1）　非常口は施錠し、鍵カバーを設置する

2）　病室等の引き違い窓は、一定（拳一つ程度）以上開かないように補助鍵を設置する

　①　毎日、病室の換気時等に、補助錠のゆるみを点検し、ゆるみがあれば増し締めする

　②　毎月１回、補助鍵の定期点検を実施し記録する

　③　病室の引き違い窓の点検は病棟が、公共スペースの引き違い窓の点検は施設課が実施する

3）　外開き窓は施錠し、鍵の管理は当該病棟とする

２．トイレ扉の閉じ込め事故防止

トイレ内で、自ら鍵を開けることができない状況になった場合に備え、開錠の方法を職員間で共有する。

1）病院・老健のトイレ鍵は、①サムターン錠（障碍者トイレは大型錠）、②スライド錠の２種類

2）サムターン錠は外からコインやカード等で非常開錠装置を回す

3）スライド錠は赤表示部分に専用鍵を用いて開錠する

　①　１階、２階、３階のトイレ、デイケア、各病棟に専用鍵を保管する

２４．注射針等の取り扱いと廃棄方法について

１．あわてないで冷静に取り組む。

２．注射器はいつもトレイにのせて運ぶ。

３．翼状針を扱う場合、翼状部分をしっかり持って作業する。

４．針を持った状態で、他の動作を行わない。（同時操作回避の法則）

５．作業に適した明るさを確保する。

６．患者の状態によっては、共同作業の協力を求める。

７．リキャップはしない。

８．使用後の注射器は放置しないですぐ廃棄する。

９．使用後の注射器は使用者が廃棄する。（使用廃棄の原則）

１０．　専用の廃棄容器は満杯になる前に、早めに空容器と交換する。

１１．　使用・未使用を問わず注射器や針などをポケットに入れない。

参照マニュアル：感染対策実践マニュアル【針刺し・切創の感染防止】

２５．救 急 外 来

１．救急外来における医学的医療処置、検査に関しては各診療科のマニュアルに準じることとする。したがって、以下の項目では救急外来における救急患者取り扱い上、特徴的と思われる事項についてのみ記述する。

２．救急外来におけるインフォームド・コンセント

（１）急病や外傷による患者搬送の場合、特に患者の状態が重篤であればあるほど患者の家族は動揺しており、心理的にも不安定な状態にある。また、時間的制約の中で確定診断が十分に得られない場合もあり得る。このような状況の中で患者家族の心情を慮りながら、簡潔に、理解しやすい表現を使って状況や検査手順などについて医師の補助的説明を行う。

（２）患者の家族が到着しない、連絡がつかない、あるいは身寄りがない等の理由により家族の同意が得られない場合でも、患者の救命のためにもベストをつくす。

（３）救急患者の病態を把握するのには経時的観察が必要な場合が多く、また、急性期には急変も常にあり得ることを心に留め看護に当たるべきである。

３．死亡診断書、死体検案書について

（1）心肺停止状態で来院し、自己心拍が再開しない場合は「死体検案書」を作成する。

（2）心肺停止状態で来院し、自己心拍が再開した場合は「死亡診断書」を作成する。

（3）「死亡診断書」「死体検案書」 は死亡に立ち会った医師、あるいは死亡確認を行った医師が記載する。（その場に居合わせなかった医師が記載してはならない）

（4）検死のため来院した警察官に渡す死亡診断書あるいは死体検案書はコピーを渡す。コピーへの押印は必要ない。

4．「明らかに病死」以外のすべてが「異常死体」と定義され（日本法医学会）、外因死のみならず死因の不明のものはすべて 24 時間以内に所轄警察署に届けなければならない。

届けた後に、警察署から検死に来ない場合はその旨をカルテに記載しておく。

Ⅵ．各部署の安全管理

薬剤部の安全管理

１．調剤業務

Ⅰ．内服・外用薬の調剤

〇誤処方・処方不備

対処：処方内容の確認は、調剤及び監査担当の薬剤師が行う。特に、併用禁忌、過量投与や明らかな誤処方等の見逃しの防止に努める。処方内容に疑わしい点がある場合は、必ず医師に疑義照会を行う。

〇誤調剤

予防：調剤は調剤内規に従って適切に行う。（調剤内規は随時見直しを行う。）

調剤された薬については、以下の点に注意し監査を行う。

①患者名　②薬品名　③規格　④投薬日数・投与回数　⑤用法　⑥投与量（常用量）⑦重複投与　投与⑧類似（外観・名称）の医薬品　⑨相互作用　⑩配合変化

また、監査は調剤したもの以外の薬剤師が行う。

対処：服用して副作用が生じた場合は、主治医に連絡するとともに副作用に対する処置法等の必要な情報を提供する。

〇誤充填

予防：薬品の充填（特に散剤）の際には、元の容器と移し替える容器双方のラベルを十分に確認し、誤充填を防止する。

対処：誤充填が判明した場合には、それにより誤調剤が疑われる処方箋を過去に遡って洗い出し、交付した薬はすべて回収する。

〇薬品交付の取り違え

予防：外来調剤の場合、薬の交付は、原則として「お薬引き換え券」との交換により行い、さらに患者の名前を呼び、返事をもって確認するとともに、薬袋記載の名前を照合してから薬を手渡す。入院患者への薬の交付は、薬袋記載の病棟名と、処方箋記載の病棟名を照合し、各病棟のパスボックスに入れる。退院時処方

薬を外来窓口にて交付する場合は、患者の名前を呼び、返事をもって確認するとともに、薬袋記載の名前を照合してから薬を手渡す。

対処：外来患者の場合、本人または家族に電話連絡し、服用しないよう伝えるとともに正しい薬を自宅まで薬剤師が届ける。入院患者の場合は交付した薬を一度病棟から回収し、病棟名を確認、薬袋の再発行を行い正しい病棟のパスボックスに入れる。退院時処方薬の場合は外来患者に準ずる。

○重大な副作用による被害

予防：外来患者には薬の説明書と注意事項を記載した紙を交付すると同時に病棟および外来窓口における服薬指導に努める。重大な障害につながるような副作用が考えられる薬剤については、患者が未然にこれらの副作用を回避できるよう、その前駆症状などを伝える。眠気など日常生活で事故につながるような副作用を伝え、これらの副作用による二次的な患者の被害の防止に努める。

○医薬品の品質低下

予防：医薬品の添付文書に規定された貯法に従い適切な環境下で保管管理する。随時、薬品の有効期限の確認を行う。

Ⅱ．注射薬の調剤（払い出し）

○注射薬の調剤過誤

予防：病棟ごとに薬を取り揃え、総数の確認を行ってから別の薬剤師が個人セットを行う。薬剤名、規格、用量、用法等の不備があり、判読しづらい注射箋は問い合わせを行う（訂正があった場合は必ず「照合済み」の印を押す。）。問い合わせの際、翌日も同じ内容である場合は問い合わせ時に翌日分以降の処方訂正を依頼する。また、調剤したものと別の薬剤師が監査を行う。

○薬品交付の取り違え

予防：個人セットのボックスには、薬と一緒に処方箋を入れる。（これにより病棟での薬の取り違えの危険性を減少できる。）

○医薬品の品質低下

予防：医薬品の添付文書に規定された貯法に従い適切な環境下で保管管理する（特に冷所保存のものは、極力放置しないように留意する。）。随時、薬の有効期限の確認を行う。

2．薬品情報業務

○誤った情報伝達

予防：薬に関する問い合わせに対しては、正確な薬品情報の提供に努め、厳に誤った情報を伝えないよう注意する。自信がないときは勘で答えず、必ず文献・書籍による確認を行ってから返答する。電話での問い合わせのときには、必ず、相手の所属と名前を聞き出してそれを記録すること。また、問い合わせの内容ならびに返答内容も記録しておく。

3．薬剤管理指導業務

○患者の確認

予防：必ず患者の名前を呼びその返事をもって確認する。

○医師と薬剤師の説明の相違による医療不審

予防：服薬指導に先立って、薬物治療について他の医療スタッフと申し合わせを行う。また、カルテ等を参照し十分な情報を得てから服薬指導を実施する。

○院内感染

予防：薬剤師がキャリアになることによる患者への感染を防止するために、定期の健康診断を受診し自らの健康状態の維持に努める。

臨床検査科関連業務における安全管理

1）検体検査

（1） 検体確認

a. 採取管種別と採取・前処置・保存・搬送の条件は適正か確認する。
b. 検査システム受付では画面表示と採取管ラベルで照合する。
c. 対象検体はワークシートとの一致を確認する。

（2） 分析装置と検査過程確認

a. 分析装置の始業時点検（動作確認、試薬と消耗品の残量など）を実施する。
b. 管理用試料での内部精度管理を実施する。
c. 採取管ラベルのバーコード読取不良がなかったか確認する。
d. 凝固による検査不能検体はなかったか確認する。
e. 溶血などにより検査不能検体はなかったか確認する。
f. 全ての検査過程が適性であったか確認する。
g. 分析装置の終業時点検を実施する。遠心分離機の終業時点検では検体遺残がないことを確認する。
h. 感染性廃棄物を適正に処理する。
i. 検査済み検体は規定の条件下で保存する。
j. 外部精度管理による評価、点検を実施する。

（3） 検査結果

a. パニック値（極低値・極高値）は基準（表 1）を設定し、出現の際は主治医へ速やかに報告する。
b. 希釈再検値では演算値を再確認する。
c. 項目間比や前回値比較などの理論検証を実施する。
d. 採取・前処置・保存・搬送に疑義が生じたら依頼元に確認する。
e. キーボードからの結果入力は、可能な限り複数職員で入力内容を確認する。
f. 未検査リストで報告完了を確認する。

2）生理検査

a. 受付時は依頼票の患者 ID、氏名、検査項目を確認する。
b. 患者の取り違えを防止するため、検査実施時には患者本人より氏名と生年月日を名乗ってもらい確認する。
c. 患者の見当識に問題がある場合には、付添い職員または家族に確認を求める。
d. 患者の状態が検査実施に耐えられるかを確認し、主治医、看護師の立ち会いを必要とする場合はその旨を連絡する。

e. 一次救命処置に必要な機材を確保、またそのスキルを持つ職員を配置する。
f. 検査開始時に絶食、排尿制限など検査に必要な条件を満たしているか再確認する。
g. 検査前に検査装置の動作および設定を確認する。
h. 出血時間等の検査でアルコール消毒を実施する際は、アルコール過敏の有無を確認する。
i. 検査担当者は患者に応じた感染予防策を確認する。
j. 検査中は患者の状態に変化は認められないか観察する。
k. 検査室内の患者の移動時には、患者の転倒、転落に十分注意する。
l. 検査時に緊急を要する所見(別紙)を認めた場合には、直ちに主治医に連絡する。

表 1.検体検査パニック値一覧

項目名	単位	外来普通・入院		外来至急	
		以上	以下	以上	以下
AST(GOT)	IU/L	500			
ALT(GPT)	IU/L	500			
LD	IU/L	1500			
CK	IU/L	1000			
BUN	mg/dL	100			
CRE	mg/dL	5.0			
Na	meq/mL	160	125		
K	meq/mL	6.0	2.5	7.0	2.0
Cl	meq/mL	116	85		
Ca	mg/dL	12.0	7.0		
Amylase	IU/L	400			
Gulcose	mg/dL	400	50		40
HbA1c	%	10.0			
ｼﾞｺﾞｷｼﾝ	μg/mL	2.5			
NH_3	μg/dL	300			
BNP	pg/mL	1000			
ﾄﾛﾎﾟﾆﾝ T	ng/mL	0.1			
CRP	mg/dL	20.0			
TG	mg/dL	1000			
WBC	$\times 10^3$/μL	20	2		
Hb	g/dL	20	5.5		
PLT	$\times 10^4$/μL	60	3.0		
Blast	%	1.0			
PT(INR)		4.0			
APTT	sec	60.0			
FDP	μg/dL	20.0			
D ダイマー	μg/dL	10.0			
CD トキシン		(+)			
血液培養		(+)			

※連絡が必要と判断した場合はこの限りではない

マスター心電図における注意事項

心電図・心エコーで問題がないことを確認してから行う

◎負荷前の心エコーで以下の場合は医師の立会いのもと行う。

心エコーで駆出率（EF）50%以下の場合

大動脈弁・僧帽弁に中等量の逆流・狭窄を認める場合

◎負荷前の心エコーで以下の場合は中止する。

心エコーで駆出率（EF）40%以下の場合

大動脈弁・僧帽弁に高度の逆流・狭窄を認める場合

◎負荷後　以下の所見を認める場合は医師に連絡する。

ST 低下　horizontal type が 10 分以降も元に戻らない場合

PVC の連発が出現した場合

胸痛等の症状が出現した場合

緊急連絡を必要とする所見一覧

◎第 3 度房室ブロック：complete A-V block

◎洞機能不全症候群：sick sinus syndrome

洞停止　pause 3 秒以上

徐脈　bradycardia HR 30 以下

HR 30～40 の場合はめまいなどの症状の有無を確認

◎心室頻脈：ventricular tachycardia

◎心室性期外収縮：PVC short run

◎RonT 現象：R on T phenomenon

◎頻脈：tachycardia HR 160 以上

◎急性心筋梗塞：acute myocardial infarection(AMI)

ST 上昇　elevation

ST 低下　depression

◎ペースメーカー機能不全：pacemaker malfunction

ペーシング不全　pacing failure

センシング不全　sensing failure

放射線科の安全管理

放射線科撮影及び検査手順

撮影関係

Ⅰ．撮影に際し患者様の呼び入れ、呼び出しはフルネームで行い、氏名と生年月日を言っていただく。自分で名乗れない場合は、ネームバンド、家族や付き添い人に確認する。

Ⅱ．患者様の撮影室への出入り、撮影台への乗り降りは介助を行う。

Ⅲ．患者様に撮影部位の確認と説明を行うと共に照射録の確認も行う。

Ⅳ．転倒事故等を防止する為、装置周りの整理整頓を行う。

Ⅴ．点滴、その他のバッグ、チューブ等を引っ掛けないように気をつける。

Ⅵ．患者様にフィルムを手渡す際は名前を名乗ってもらう。

Ⅶ．重篤患者様撮影時には、医師または看護師の立会いを求める。

装置関係

Ⅰ．装置使用に当たり、始業点検とエイジングを行う。

Ⅱ．稼働部分と、取り外し可能な部品は必ず増し締めを行う。

Ⅲ．回診撮影装置、外科用透視装置の移動及び使用に当たっては衝突等防止の為、患者様、職員、見舞い客等に充分気を配ること。

ＣＴ、ＭＲＩ関係

上記装置使用に当たっては、装置の特徴を熟知のうえ、上段の注意事項を考慮に入れ細心の注意を払い撮影に当たること。

尚、トラブル等が発生した場合は直ちに係長、技師長に報告し、患者様の安全を図る。

栄養管理室の安全管理

事故防止対策

１．食中毒・伝染病について

・ＨＡＣＣＰ、行政指導（厚生省・仙台市・保健所等）のもと衛生管理を徹底する。

・仙台市健康福祉局発行の大量調理施設衛生管理、社会保険病院食中毒・予防マニュアルを参考にする。

・患者食食器洗浄消毒業務委託については、契約書に業務内容・遵守事項の内容をはっきり明示する。又、契約書通り業務内容が履行されているか、チェック管理する。

・食中毒が、実際に起きた場合は、速やかに管理者へ報告（病院は保健所へ報告）。給食業務の開始については管理者の指示を待つ。尚、給食施設が使用できない場合は、弁当・飲食業者・コンビニエンス等を利用し食事の提供に努力する。

・食中毒危機管理マニュアルを作成し、食中毒発生時の対応を図る。

～食中毒・伝染病のチェックリスト～

１．個人に関する衛生

“清潔”“迅速”“過熱又は冷却”の３原則、健康診断、検査、手指の洗浄と消毒・手拭き、疾病者の就業禁止等。

２．食品の衛生

保存食管理、加熱調理の中心温度、調理済み食品の放置時間、食品保管（冷蔵庫・冷凍庫・食品倉庫）の温度管理、水質検査、納品時の衛生管理。（鮮度、品質、製造日、消費又は賞味期限、表示、包装の確認）

３．食器・器具の衛生

食器器具の洗浄方法、消毒方法、消毒時間。

４．温冷配膳車・配膳車の衛生

清掃、消毒、温冷配膳車、配膳車内に調理済食品の長時間保管を避ける。

５．施設の清潔保持

諸器具の清掃、消毒、大掃除、害虫・鼠の駆除、高温多湿、落下細菌テストや拭取り調査。

2　ミスしやすい事例と対策

（1）　食事箋の入力、食札への転記ミスの例

・禁忌食品（餅禁等）コメントの誤入力及び食札の転記ミス

・嚥下困難（誤飲・誤嚥）等のコメントの誤入力及び食札転記ミス

・アレルギー食品（ソバ・卵等）の誤入力及び食札転記ミス

対策

・ＰＣ入力後、食事指示箋入力チェックリストにより確認する。

・食札の禁忌食品のコメントは赤色で印刷する。

・ミーティングの際、禁止食品該当患者について病棟別コメント一覧表により抜き出し、禁止用食札に禁止食品と患者氏名を記入し、発表する。そして、献立と照らし合わせながら、対応食品を打ち合わせ、記録する。

・調理した食事と禁止用食札を一緒に、配膳車貼付の食札と照らし合わせ入れる。

・病棟配食前点検で、もう一度病棟別コメント一覧表を見ながら、該当患者の食事を点検する。

（2）　食止（手術・検査等）伝票・変更伝票の誤入力及び食札転記ミス

対策

・ＰＣ入力後、食事指示箋入力チェックリストにより確認する。（食札転記はＰＣ入力により、ＰＣから直接印刷）

・食事伝票の病棟、患者氏名、食種を確認し、配膳車貼付の食札をとり、食事を処理する。

・病棟配食前点検で、病棟別食数集計表で確認をする。

（3）　同姓同名や同食種の誤入力及び食札転記ミス

対策

・同じ病棟に同姓同名の患者が入院した際は、病棟側でその旨を患者給食指示書に記入し、栄養管理室に提出する。

・ＰＣ入力の際は、ＩＤナンバーで検索し入力、フリーコメントの欄に同姓同名を入れる。

・配膳車の食札を並べて、同姓同名がいることが認識できるようにする。

・食事変更の際は、病室、食種を確認し、配膳車の食札を差し替え、食事を処理する。

（4）　現場における調理従業員のミス

・献立の読み間違い

・調理ミス（食品・数量・調理方法のミス）

・食札の入れ間違い

・配食（大皿、小皿）の入れ間違い

対策

・調理従業員の教育：毎日午前、午後ミーティング、課内勉強会（研修会参加者は研修内容発表）。

・病棟配食前点検を厳重に行う。

（５） 配膳された食事に異物が混入した場合（虫・髪の毛が混入した場合）

対策

・病棟より連絡を受けたら、速やかに調理担当者が替りの食事（１セット）を持って患者に謝罪する。その後必ず課長が患者訪問し重ねて謝罪する。

・原因となることを考え、予防対策をミーティングで話し合う。

（６） 誰の食事か不明となり、配食間違いが起こらない為の対応

対策

・食札はトレーに入れたまま、患者に手渡す。

（７） 食事が検査等により延食となる場合の対応

対策

・病棟での延食は冷蔵庫にて保管する。保管時間は【大量調理衛生マニュアル】参照

３．労務面や職場環境による場合の対策

（１） 怪我・火傷等の事故

・各自の健康管理。（不眠、ストレス、二日酔い等）

（２） 諸機械の故障及びガス漏れ・水漏れ・漏電

・諸機械の保守点検の励行

（３） 諸機械・器具の使用ミス

・諸機械の使用法は、研修会やミーティングに全員に指導

（４） 職場環境が悪いためのミス

・高温・多湿に注意し快適な作業環境にする

（５） ハードな労働によるミス

・人手不足や勤務体制の見直し

（6） 従業員の健康管理

・健康診断を年１回実施

（7） 検便の実施

・６～９月２回、その他の月は１回実施

４．栄養管理室従事者の認識不足による場合の対策

（1） 栄養指導の内容が栄養士により異なる場合

対策

・栄養士の資質向上を図る。（自己研修）

・パンフレットや資料は統一する。

・課内勉強会やミーティングを積極的に実施

（2） 調理師の質の低下による場合

対策

・調理師の資質向上を図る。（自己研修）

・課内勉強会やミーティングを積極的に実施

事故を予防するために

１．食事の目的

・食事は、治療の一環であり、安全で美味しい治療食を提供する責任があることを、栄養管理室従事者に周知徹底する。

２．事故発生の対応

・ミスは全て報告。報告は同じミスを繰り返さない為の、手段の１つであることを全員に周知徹底する。

３．職場環境の整備

４．給食業務全般の適正な実施運営に努める

５．心身の健康及び、規則正しい生活の励行

６．栄養士・調理師は常に、専門知識及び技術の研鑽に努め、資質の向上を図る

７．栄養管理室従事者の、コミュニケーションを図る

非 常 時 の 対 応

１．停電の場合

・自家発電による非常用コンセントを使用する。又、懐中電灯等を確保する。

２．ガス停止の場合

・諸機械の熱源は、ガス源だけでなく、電気源も確保する。

３．断水の場合

・回転釜・スープケトル等に非常時、水を貯めておく。

・院内水タンクは数日間確保できるが、長期の際は井戸水を蒸留し飲料水を確保する。

４．非常時・災害時の患者食の提供について

・献立表に従い調理配膳する。病棟への配食は職員に応援を依頼し、配膳する。（エレベーター使用禁止）

・常食は最低３日分確保する。尚、非常食の保管場所は職員へ周知する。

・非常事態の場合は、食品倉庫にある食品使用、また全社連本部、近郊の社会保険病院や他施設、食品業者への支援を求める。

・栄養管理室従事者は病院に駆けつけ、患者に食事を提供する。

・ＰＣ管理業務が不可能となった場合は手作業に変更し業務を行う。

診察券・カルテ・保険証について

Ａ．起こりうる事故

患者の取り違え、カルテの取り違え、会計間違いなど

Ｂ．事故防止対策

１．初診受付カルテ作成時

＊診察申し込み用紙に名前のフリガナの欄を設ける。（患者から必ず・再度氏名の呼び方を確認する）。

＊保険証のコピーを取る。（保険証の名前のフリ仮名や未記入住所の記載をしてもらう）

＊同姓同名者ありの表示をカルテにする。（朱色の印鑑で）

＊ＩＤカードへの同姓同名ありの表示（Ａの文字を赤色マジックペンで記載する）

＊入力後に打ち出した電子カルテの記載内容の確認をする→別の医事課員にダブルチェックしてもらう。（診察申込み用紙及び保険証のコピーと照合）

２．再来受付時

＊再来受付機使用時（患者のＩＤカードによる）正しい受診科を選択してもらう為操作説明者の常設

＊抽出したカルテと出力された外来基本伝票の氏名の確認・診療科の電子カルテドクター記載欄への日付印の押捺、外来基本伝票に前回処方が記載を確認後、各診療科ごとに受付順番を整理して搬送する。

３．計算窓口

＊毎月１回保険証を確認→カルテの記載内容について照合。（保険証の記号・番号・名前・住所）

カルテ記載事項に変更がある場合は新しい表紙に作り直す。

保険証を返すとき本人であることを必ず確認して渡す。

＊診療内容について正確にコンピューターへ入力をする。入力後誤入力の有無を再度確認する。（薬の規格・グラム数などの疑問点は他部署と連携の上確認すること）

４．会計窓口

＊呼び出しは必ずフルネームで行い、氏名を言っていただく。自分で名乗れない場合は、家族や付き添い人に確認する。

＊患者に本人の領収書であるかどうかの確認を行う。

＊お金の受け渡し時、預かり金の額と領収額と返金額を復唱・確認し渡す。

５．退院時

病棟からの『退院連絡票』を基に処理伝票等を医事コンピューターに入力する。

入力の際、患者指名・ID 番号を必ず確認する。

担当医師による『退院証明書』の病名と診療内容を確認しコーディングの最終確認をする。確認によりコーディングの変更もある。変更の際担当医師と協議し、担当医師の同意を得ること。

すべての入力終了後、請求書・退院証明書・診療明細書を出力する。

請求書・退院証明書・診療明細書・『入院料の支払いについて』を訪室し直接患者へ渡す。

『入院料の支払いについて』・請求書・保険証を持参の上１階５番窓口にてお支払して頂くよう伝える。

原則：本人へ直接渡す。但し、癌告知がされていない患者や、認知症等により本人へ渡すことが困難な患者は除く。

本人へ渡すことが可能か否かは、病棟看護師へ確認すること。

会計窓口にて支払いをして頂く。会計時保険証の確認をする。

領収後、領収書・保険証・『入院料の支払いについて』を渡す。

『入院料の支払いについて』を病棟ナースステーションへ提出して頂くよう伝える。

６．電算（医事コンピューター）故障時

＊コンピューター会社（東芝）に連絡を取り、オンラインなどにより復旧をしてもらう。

＊再来受付器が動作不可能時、再来受付票の替りのものを医事課にて患者に渡す。