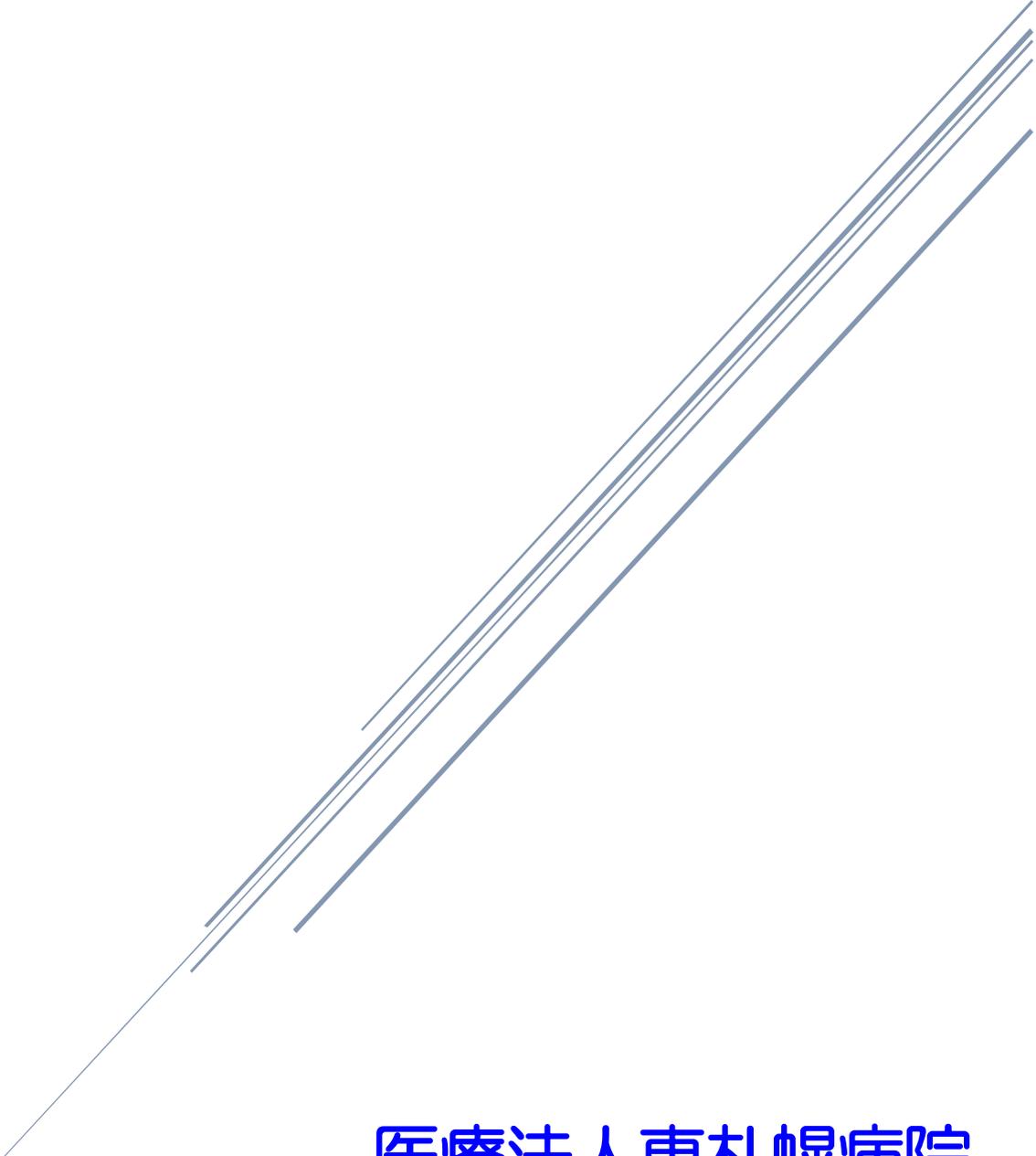


医療安全管理マニュアル



医療法人東札幌病院
2020/07/01 改訂

目 次

I.	はじめに	4
II.	医療安全管理体制	4
1.	医療安全管理部門と医療安全管理対策委員会の設置と活動体制	4
2.	医療安全管理対策委員会規程	5
3.	医療安全管理部門規程	6
4.	医療事故専門調査委員会規程	8
5.	用語の定義	9
6.	インシデントレポートの記載について	10
7.	インシデントレポートで報告すべき内容	12
8.	インシデントのレベル	12
9.	インシデントレポート報告の流れ	13
10.	医療安全に関する報告体制と初期対応・フローシート	13
11.	重大医療事故発生時の対応	15
12.	医療事故などの公表基準	23
III.	事故防止のためのチェックポイント	25
1.	患者確認	25
2.	注射・点滴	25
1)	指示出し(医師)	
2)	指示受け(看護師)	
3)	払い出し(薬剤師)	
4)	準備・作成	
5)	実施	
6)	抗癌剤投与にあたっての注意点	
7)	インスリン治療の安全管理(標準化)	
8)	医療用麻薬(オピオイド)投与における注意点	
3.	口頭指示	32
4.	内服薬与薬	32
1)	処方時(医師)	
2)	指示出し(医師)	
3)	指示受け(看護師)	
4)	処方監査時(薬剤師)	
5)	調剤時(薬剤師)	
6)	調剤監査時(薬剤師)	
7)	交付時	
8)	与薬前	
9)	与薬時	
10)	与薬後	
11)	医療用麻薬の内服薬・貼付剤投与時における注意点	
5.	輸血	34
1)	輸血準備	
2)	輸血の発注	
3)	輸血の確認	
4)	ベッドサイドでの確認	
5)	副作用発生時の対処	

6)	輸血の記録	
6.	手術関連	35
7.	検査関連	36
1)	検査指示に関して	
2)	患者受付時	
3)	検体検査	
4)	検査実施時	
5)	MR Iの注意事項	
8.	チューブ・ドレーン類の管理	37
1)	中心静脈カテーテル	
2)	くも膜下チューブ、硬膜外チューブ、持続皮下注	
3)	胸腔ドレーン	
4)	腹腔ドレーン	
5)	胃管	
6)	腎瘻	
7)	術野のドレーン	
8)	気管チューブ	
9)	チューブ・ドレーン類の誤抜去防止の対策	
10)	注射器・ルート of 誤接続防止の対策	
9.	輸液ポンプ・シリンジポンプ	40
10.	人工呼吸器	42
11.	転倒・転落防止	42
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
2)	転倒・転落防止	看護計画
3)	評価	
4)	インシデントが発生した場合	
	インシデント発生時の院内ラウンドの基準とその視点	
5)	転倒リスクが高く見守りきれない場合	
	東札幌病院における転倒転落予防対策の流れ	
	転倒・転落防止対策フローチャート	
	身体行動制限に関するポリシーとその適用	
12.	針刺し	50
IV.	事故対応マニュアル	51
1.	輸血	51
2.	薬剤関連	51
	薬剤漏出皮膚障害の分類、薬剤血管外漏出時対応フローチャート	
3.	カテーテル・チューブ抜去	56
4.	心肺蘇生	57
5.	転倒・転落	60
	転倒・転落のインシデント発生時の報告基準（平日・日勤）	
	転倒・転落のインシデント発生時の報告基準（夜間・休日）	
6.	自殺（自傷）事故	63
7.	盗難事故	63
8.	異物誤飲	64
9.	無断離院	64
10.	針刺し事故	67

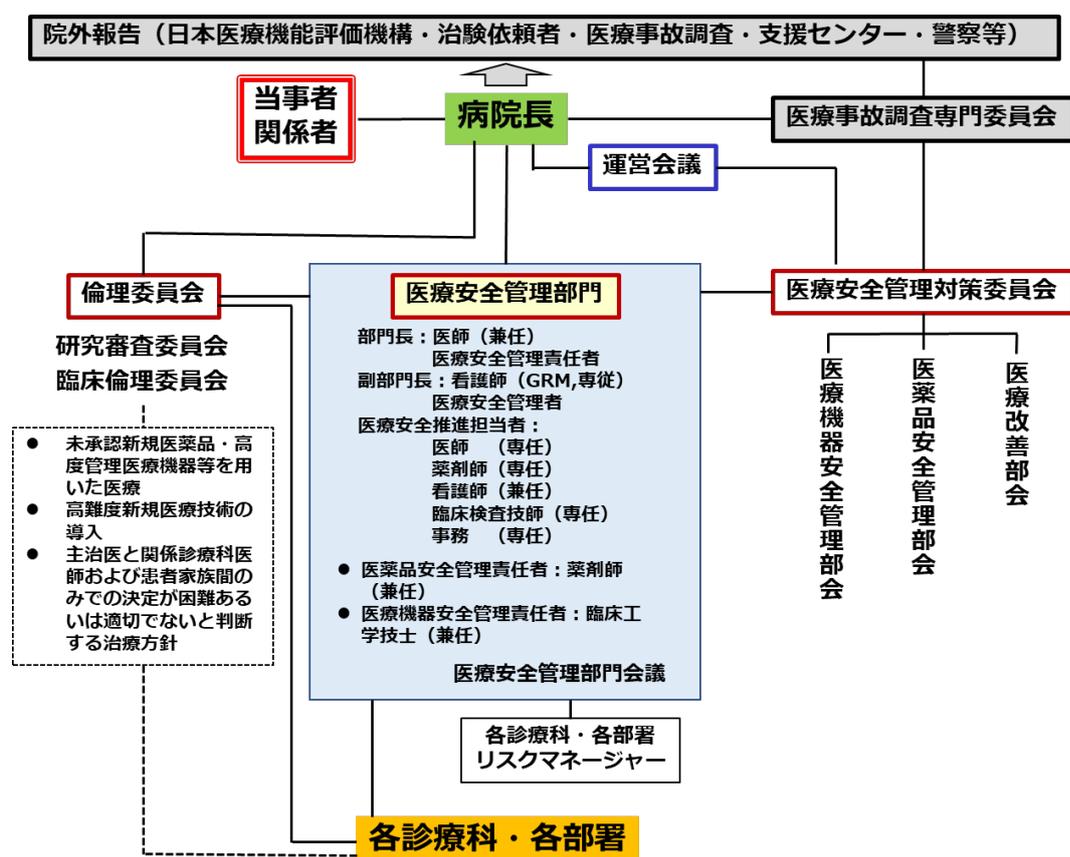
11.放射線物質による汚染事故	68
V. 救急カートの整備・管理基準	69
VI. 報告・連絡先	70

I. はじめに

- 患者に安全な医療を提供することは、医療の最も基本的な要件の一つである。しかし医療の高度化、専門化、高齢者の増加など事故発生要因は多くなっている。
- 患者の安全は何よりもまず優先されるべきことであり、医療に安全文化を根づかせていくことが必要である。
- 医療における安全文化とは、医療に従事するすべての職員が、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方およびそれを可能にする組織のあり方といえる。
- 人は間違え得ることを前提として、システムを構築し機能させていくことが大切である。
- 安全な医療を提供するためには、職員自らの健康や安全を確保することも必要である。

II. 医療安全管理体制

医療法人東札幌病院における医療安全管理体制図



1. 医療安全管理部門と医療安全管理対策委員会の設置と活動体制

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、診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員を配置し、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。

また、院内の各診療科、各部署にもリスクマネージャーを配置し、医療安全管理部門との緊密な連携のもと、医療事故の防止、ひやり・はっと事例やインシデント、アクシデントの報告、対応の周知、防止対策の徹底等、所属部署内の業務を通じて、リスクの把握及び低減を図り、医療安全を推進する。

2. 医療安全管理対策委員会規程

第1条 目的

この規程は、医療法人東札幌病院において、医療安全管理対策委員会（以下「委員会」という。）の設置に関わる必要な事項を定め、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2条 委員会の設置

第1条の目的を達成するため、当院に医療安全管理対策委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

- 1 委員会は、副院長、診療部長、診療部Ⅱ部長、薬剤部長、看護部長、事務部長、医療安全管理部長、医療安全管理者等をもって構成する。
- 2 委員会の委員長は、副院長とする。
- 3 委員会の副委員長は、医療安全管理者とする。
- 4 委員長に事故があるときは、診療部長がその職務を代行する。
- 5 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - 一 医療安全管理の検討及び研究に関すること
 - 二 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに委員会によって立案された防止対策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること
 - 三 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること
 - 四 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること
 - 五 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
 - 六 医療訴訟に関すること
 - 七 その他医療安全管理に関すること
- 6 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
- 7 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 委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
- 9 委員会の記録その他の庶務は、医療安全管理部門が行う。
- 10 重大な問題が発生した場合には、委員会において速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

平成 12 年 4 月 1 日作成
平成 14 年 9 月 1 日改訂
平成 16 年 4 月 1 日改訂
平成 19 年 4 月 1 日改訂
平成 22 年 4 月 1 日改訂
平成 24 年 4 月 1 日改訂
平成 27 年 4 月 1 日改訂
平成 29 年 4 月 1 日改訂
平成 31 年 4 月 1 日改訂
令和 2 年 7 月 1 日改訂

3. 医療安全管理部門規程

第1条 目的

委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理部門を設置する。

- 2 医療安全管理部門は、医療安全管理者、医療安全推進担当者及びその他必要な職員で構成され、医療安全管理部門長は、病院長が任命する。
- 3 医療安全管理部門の所掌事務は以下のとおりとする。
 - 一 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関すること
 - 二 医療安全に関する日常活動に関すること
 - (1) 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）
 - (2) マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
 - (3) ヒヤリ・ハット体験報告（ヒヤリ・ハット事例を体験した医療従事者が、その概要を記載した文書をいう。以下同じ。）の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価
 - (4) 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他施設における事故事例の把握など）
 - (5) 医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）
 - (6) 医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については、第14条を参照）
 - (7) 医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告
 - (8) 医療安全管理に係る連絡調整
 - 三 医療事故発生時の指示、指導等に関すること
 - (1) 診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について、職場責任者に対する必要な指示、指導
 - (2) 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患

者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長のほかそれぞれの部門の管理責任者が主として行う。）

(3) 院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理対策委員会を招集

(4) 事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導

(5) 医療事故報告書の保管

四 その他医療安全対策の推進に関すること

五 医療安全管理部門の中に作業部会を設置し、医療安全管理部門の業務の一部を行うことができる。

(医療安全管理者の配置)

第2条 医療安全管理の推進のため、医療安全管理部門に医療安全管理者を置く。

1 医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有する者とする。

2 医療安全管理者は、医療安全管理部門長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理部門の業務を行う。

3 医療安全管理者は医療安全管理部門の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。

一 医療安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価に関すること。

二 施設における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること。

三 医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること。

(医療安全推進担当者の配置)

第3条 各部門の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進担当者を置く。

1 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤部、臨床検査科、事務部等各部門にそれぞれ1名を置くものとし、院長が指名する。

2 医療安全推進担当者は、医療安全管理部門の指示により以下の業務を行う。

一 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言

二 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）

三 ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書の作成

四 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各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理部門との連絡調整

五 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行

六 その他医療安全管理に関する必要事項

平成24年4月1日作成

平成27年4月1日改訂

平成30年4月1日改訂

令和2年7月1日改訂

4. 医療事故専門調査委員会規程

第1条 目的

医療に起因し予期しない又は予期しないと思われる死亡が発生した報告を受け、医療法第6条の10に従い、院内医療事故調査を行い、医療事故に関する臨床経過の把握、原因究明、再発防止策を検討、報告することで医療の安全確保に資することを目的とする。

第2条 活動内容

医療事故専門調査委員会（以下「委員会」という。）は、報告された当該医療事故に関して次の各項に定める事項について審議する。

- 一 当該医療事故の事実関係を明らかにする。
- 二 当該医療事故の原因分析を実施し、その原因を明らかにする。
- 三 当該医療事故の原因分析結果をもとに、起因した医療の改善策を検討する。
- 四 当該医療事故の再発防止策について検討する。
- 五 当該医療事故の原因分析の過程で、個人の責任追及は行わない。
- 六 次の項目からなる事故報告書を作成する。
 - (1) 委員会構成員一覧
 - (2) 委員会開催経過
 - (3) 医療事故の概要と詳細
 - (4) 事故原因の分析
 - (5) 事故再発防止策の提案

第3条 委員会

- 1 委員会は、院長、診療部長、診療部Ⅱ部長、薬剤部長、看護部長、事務部長、医療安全管理者、病院長が委嘱する関連分野の外部専門家（外部委員）、その他必要と認めた者をもって構成する。
- 2 外部の専門家の選任に当たっては、医療法で定める医療事故調査等支援団体から支援を得る。

第4条 委員長

- 1 委員長は、第1回目の院内医療事故調査委員会において、委員の中から互選により選出された者をもって充てる。
- 2 委員長は円滑かつ迅速な委員会の議事進行に努める。
- 3 委員長は院内事故調査報告書をまとめ、病院長へ報告を行う。

第5条 調査資料と院内事故調査報告書

- 1 院内事故調査報告書並びに調査過程の資料は、匿名性を担保しなければならない。
- 2 病院長は、院内事故調査報告書を医療事故調査・支援センターへ提出し事故報告を行う。また、遺族には院内事故調査報告書を基に十分な説明を行うが、閲覧、供与の必要はない。

- 3 2以外の用途で院内事故調査報告書を使用する場合、もしくは使用の可能性がある場合、あらかじめ当該医療事故の関係者へ教示しなければならない。
- 4 遺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。

第6条 守秘義務

医療事故専門調査委員会の全ての委員は、調査の過程で知り得た医療事故に関連する事項を第三者に対し開示漏洩してはならない。

第7条 事務局

医療事故専門調査委員会の設置にあたり、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事務局を設置する。

平成29年4月1日施行

5. 用語の定義

1) 医療事故（アクシデント）

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

- (ア) 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害や苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。
- (イ) 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。
- (ウ) 患者についてだけでなく、針刺しのように、医療従事者に被害が生じた場合。

2) 医療過誤

医療事故のうち、医療従事者が医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為。

3) ひやり・はっと事例

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ひやり”としたり、“はっと”した経験を有する事例。

- (ア) 患者に障害が発生していない
- (イ) 防ぐことができた事例
- (ウ) 次は事故になってしまう可能性がある事例

4) インシデント

報告のあった全ての事象

5) 医療事故調査制度

診療行為における予期せず死亡事例や死産について「医療事故調査・支援センター」へ報告し、併せて院内での原因究明の調査を行い、遺族へ調査結果を説明するものである。

報告すべき事例として、院内における医療従事者が提供した医療に起因し又は起因すると疑われる死亡であって、医療を提供した医療従事者が当該死亡を予期しなかったものが対象である。

6. インシデントレポートの記載について

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

* 例：インシデントレポートにあるチェック項目以外では、医療用具（医療材料・機器）の不具合、自殺・自殺企図、無断離院、予期しない合併症、発見・対処（処置）の遅れなど

3) インシデントレポートでの報告方法

- (5) インシデント当事者・発見者が電子カルテ MIRAI sの「インシデントレポート」をクリックし、インシデント報告分析支援システム ePower/CLIP の画面を開き、「レポート作成」の「新規作成」から入力する
- (6) インシデント当事者・発見者が入力したレポートを当該部署課長、または部署リスクマネージャに簡易印刷した紙面を提出して報告する。インシデントのシステム上では、レポート画面から報告をクリックする
- (7) リスクマネージャは画面上でレベル判定を確認する。又記載内容に不備のある場合は当事者に説明し画面上から差し戻す
- (8) 当該部署課長、または部署リスクマネージャはインシデントレポートをプリントしてセクションで共有をする。またインシデントの要因や対策が適切であるか話し合いをする(話し合い内容の記載をする)
- (9) 当該部署課長または部署リスクマネージャは、インシデントレポートをプリントし所属部長へ提出・報告し、画面上で「課長チェック」欄または「係長チェック」または「主任チェック」に「チェック済」を入力する

- (10) 所属部長はレポートを確認し画面上のインシデントレポートを承認する
- (11) 医療安全管理者が、インシデントレポートの記載内容、レベル判定を確認し承認する。訂正が必要な場合は、各部署リスクマネージャへ訂正を依頼する。
(画面上から差し戻す)
- (12) 医療安全管理部門で集計し、結果を、医療安全管理対策委員会に報告する

注1 「インシデント報告分析支援システム ePower/CLIP」はインシデント当事者やリスクマネージャ、所属部長、医療安全管理者はそれぞれのパスワードで入力する。画面構成も変わる

注2 リスクマネージャが承認するとレポートの内容を修正できなくなる。

注3 記載不備のため差し戻されると所属長または報告者の画面にもどる。再度記載して早めに申請する

平成25年6月1日改訂

令和元年8月1日改訂

7. インシデントレポートで報告すべき内容

報告様式：インシデントレポート

インシデント・アクシデントレポート

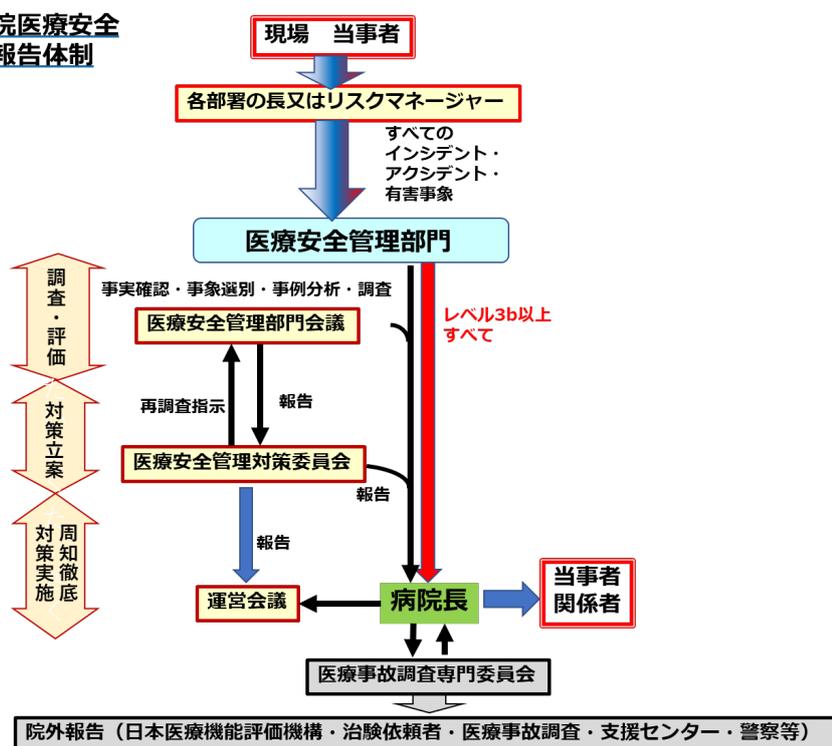
	報告書番号：
[報告者レベル]	
[表題]	
[概要]	
[発生日時]	
[発生場所]	
[当事者情報]	
[他当事者情報]	
[当事者以外の関連職種]	
[患者ID] [患者年齢] [性別] [診療科] [疾患名]	
[来院区分] [患者の心身状態]	
[インシデント発生要因]	
[事例が発生した背景・要因]	
[その後の対応（診察・処置・検査・看護・報告・患者家族への説明）]	
[再発防止に向けての対策]	
[セクションでの話し合いの結果]	
	令和元年8月1日改訂

8. インシデントのレベル

- レベル0 : エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
- レベル1 : 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）
- レベル2 : 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）
- レベル3 a : 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）
- レベル3 b : 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）
- レベル4 a : 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
- レベル4 b : 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
- レベル5 : 死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

9. インシデントレポート報告の流れ

東札幌病院医療安全 組織・報告体制

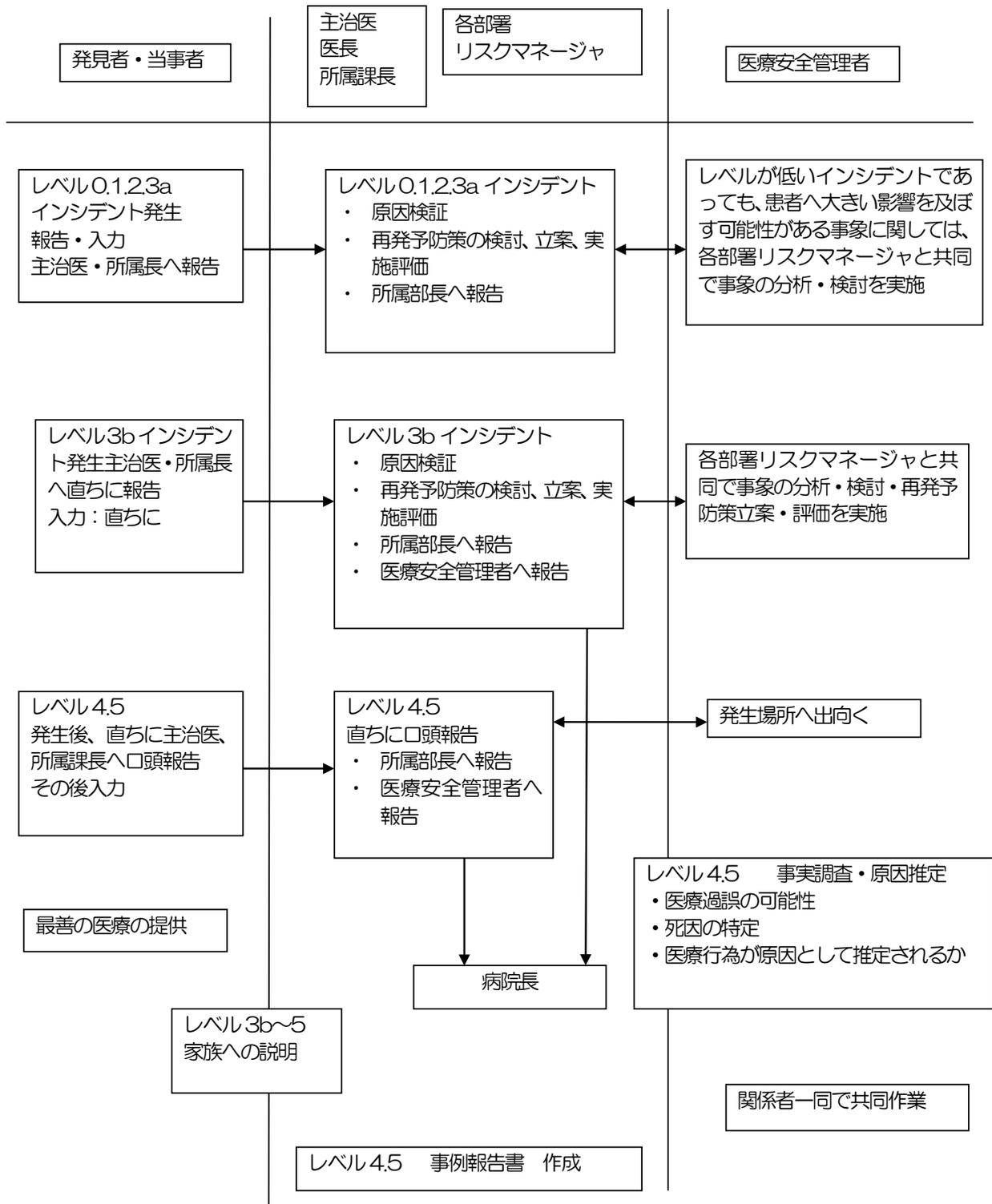


10. 医療安全に関する報告体制と初期対応・フローシート

<医療安全に関する報告基準>

- 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、家族とのトラブル発生時や、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

<レベルに応じた初期対応フローシート>



平成23年7月作成

11. 重大医療事故発生時の対応

不幸にして重大事故が発生した場合の基本的な考え方と対応
当院のインシデントのレベル分類では、レベル3b（一部）・4・5が該当する。具体的には「集中管理や手術などの濃厚な治療を要した場合、患者に後遺症が特定された段階、又は死亡に至る事故を指す。

(1) 基本的な考え方

① 倫理性の確保

自らの行動に医療的責任・法的責任・社会的責任が伴う事を念頭に置き対応する

② 組織としての判断と対応

病院全体・組織としての判断と対応が必要である

現場の当事者や部署内だけで判断して対応しない

(2) 重大医療事故発生時の対応

① 初動時の対応

(ア) 第一に、患者へ医療上最善の処置を、医師・看護師等、職員の連携のもとにおこなう

(イ) 処置に際しては、主治医に拘らず、すぐに処置を始められる医師を呼び

(ウ) 緊急時、救急処置は、スタットコールを使用する

スタットコール 電話 内線 630
「スタットコールです、〇〇病棟〇〇号室」2回繰り返す

② 重大医療事故発生時の対応

(ア) 発生直後の対応・報告

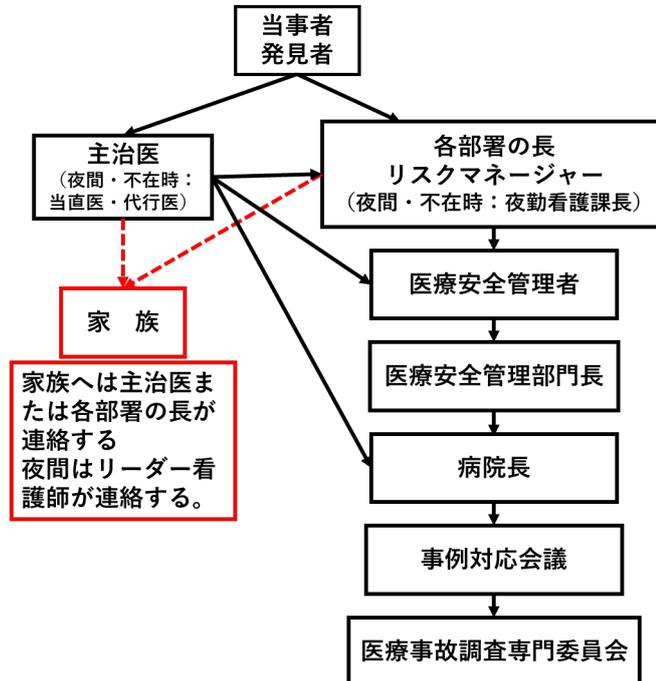
事故発生時、直ちに所属課長・主治医・医療安全管理者へ報告する

図A 参照

- a 患者の生死に関わる医療事故等、緊急対応が必要な場合は、課長（医長）への報告を省略し、所属部長もしくは病院長へ報告する。
その後、所属課長（医長）へ報告する。
- b 主治医不在・夜間の場合は、代行医師・当直医・当直看護課長へ報告する。
- c 緊急を要する場合は、当直医・当直看護課長から、病院長・主治医・看護部長・所属課長・医療安全管理者へ報告する。報告を受けた所属部署管理者・医療安全管理者は直ちに事故現場へ出向く
- d 重大事故発生時の連絡先電話番号は、院内連絡網を参照する。

- e 報告は、当事者又は勤務時間帯のリーダーが行う。

A：重大医療事故発生直後の報告及び連絡



- (イ) 主治医・部署課長・医療安全管理者が到着後、リーダーは状況報告し、以後、その指示のもと行動する。
- (ウ) 使用物品の保存
事故に関係する器具は廃棄せず保存しておく。チューブやルート類、注射器・アンプル・薬袋など、全て保存しておく。
- (エ) 部署課長・医療安全管理者は、以下について自分の眼で、客観的に細部まで観察し確認する
- a. 証拠となる器具類の保存状況を確認
 - b. 事故の現場
(警察が介入するような事例では、証拠物件として提出を求められる。廃棄は証拠隠滅と取られる可能性があるので注意する)
- (オ) 家族への連絡
主治医または現場に居る当該科の医師、または看護職のうち出来るだけ上席者が、家族への連絡を行う。
- (カ) 正確な情報の一元化
追加情報や情報の訂正は、事故現場の担当部署から内容を確認後、病院長・所属部長・医療安全管理者へ報告する。
- (キ) 記録：特に時間の確認が重要になる。日頃より基準となる時計を決め、定期的に時間を合わせておく。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。また、計器類の時刻も保守点検時に合わせておく。
- ① *その他、詳細は別記

尚、スタットコール使用時は報告書を記載し、所属部長へ提出する

(3) 患者・家族への対応

- ア 医療上の最善の処置を講じる。その際、他部署職員の協力を依頼する。
- イ 患者・家族へ誠意を持って速やかに事実の説明を行う。患者の意識がある場合は、家族への連絡に関して患者の意思を確認して連絡する。
事故の細かい内容の説明よりも、至急来院していただく事を主眼に伝える。
(あえて急いできていただければならない理由を明確に伝える)
- ウ 患者の意識が無い場合は救命処置を開始し、意識回復後、状態が落ち着いた早い段階で状況・経過を主治医が説明する。
- エ 患者の意識がある場合は、状況・必要な処置について説明し、同意を得て実施する。
- オ 家族への説明
 - a 患者・家族の身体・精神状態を考慮し、誠意を持って、速やかに事実を説明する。
 - b 説明は、原則として病院管理者がおこなう。
病院長・部長、主治医等が行い、状況によって担当医、看護師、医療安全管理者が同席する。説明は複数で行う。
 - c 原則、事故当事者は同席しない。当事者による謝罪と説明は状況をみて検討する。
 - d 過失（医療過誤）が明らかな場合は、率直に事実を説明し謝罪するとともに、患者の健康回復に全力を尽くす事を説明する。
 - e 但し、原因・因果関係が明確ではない場合は、推察での説明は避け「病院として調査の上、説明する」ことを伝える。
 - f 説明後、時刻・説明内容・説明者をカルテへ記載する。
 - g 診療記録の開示請求があった場合は「診療情報の提供に関する院内規則」に基づき開示する。

(4) 当事者に対する支援

医療事故等に関わった当事者へのプライバシーに配慮し、組織として適切な支援をおこなう。

ア 当事者への支援手順

- a 当該部署課長が主体となり当事者と面談し、メンタルケアをおこなう。
- b 当該部署課長は、当事者の状況について所属部長へ報告し、環境の整備を行うと共に医療安全管理者へ報告する。
- c 当該部署課長・所属部長・医療安全管理者は、専門家によるカウンセリング等を必要とした場合は、心療内科医師と調整し、当該部署課長と協力してメンタルヘルスケアをおこなう。
- d 医療安全管理者は、病院長へ当事者への支援状況などを報告する。

イ 当事者への対応

- a 感情的な叱責は、医療事故などの事実を正直に申告しにくい雰囲気職場に形成することにつながり、事故防止の観点からは有害である。

- b 当事者との話し合い及びカウンセラーの情報を参考に、当事者にとってより心身の緊張を緩和できる勤務配慮をする。
- c 家族への連絡は、当事者が特に精神的動揺が激しい場合は、部署課長あるいは所属部長が当事者の家族へ状況を伝え、双方から適切にサポートする。

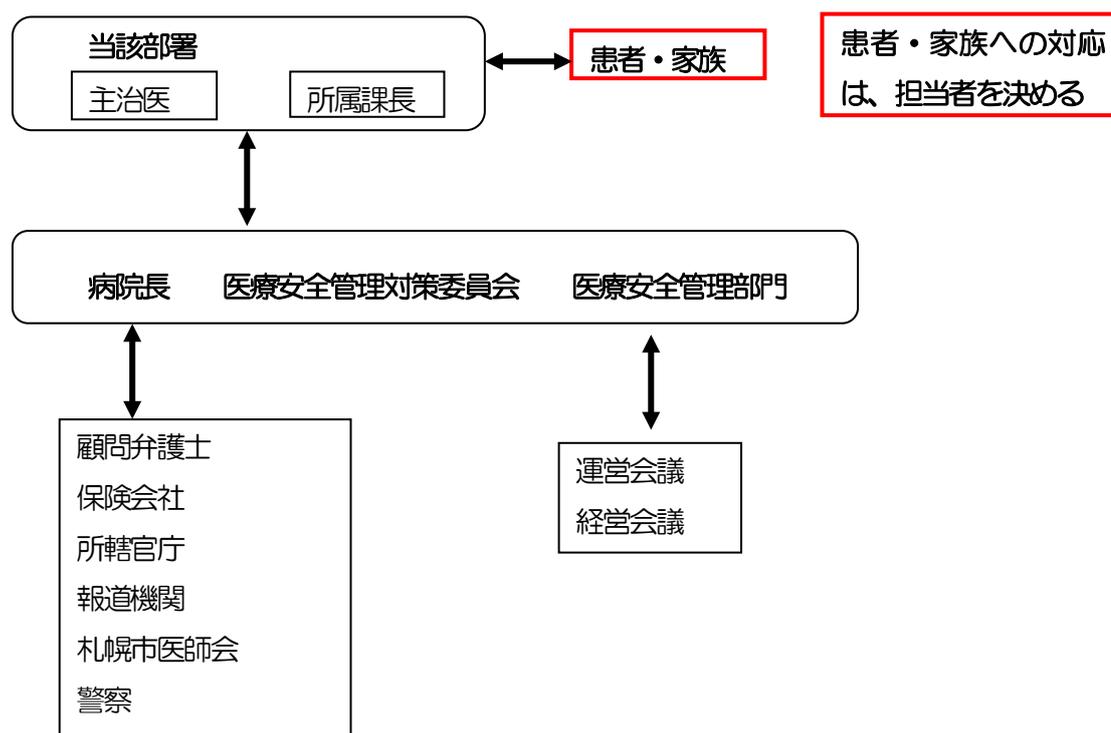
(5) 長期的対応

ア 患者・家族への対応

救急救命ができ、小康状態が長期化する・あるいは重大な障害が予想される場合、患者ばかりではなく家族へも支援が必要である。

- a 過失により重篤な傷害が残る事故の場合、その傷害の程度に応じた最善の治療と看護の体制をとる。家族へ対しても、医療費・医療費以外の経済的負担など最大限の配慮をする。
- b 小康状態が続いた状態でも、主治医による状態の説明を定期的におこなう。
- c 患者・家族は何か起こったのか事実を知りたいことを強く望んでいるので、必要に応じて資料を用い分かりやすく説明する。
- d 患者の意思が確認しづらい場合は、状況によっては患者の意思・権利を擁護できる人をキーパーソンに説明をする。
- e 直接ケアを担当する看護師は、家族へフローチャートを用い、家族が不在時の状況を説明する。必要に応じ患者・家族だけの時間をつくる。
- f 患者・家族の受け入れ状況によっては、これらの医療者の対応が負担なることもある。患者・家族の気持ちや受け入れ状況を考慮し、患者・家族のペースに合わせた対応が必要である。
- g 患者、家族の「どうしてなのか？」というような感情を表現できるように支援が必要である。日常的には部署課長あるいは上席の看護管理者やMSW、医療安全管理者が行う。
- h 患者・家族からの問い合わせには、速やかに担当者が対応する。
- i 長期化するほどに患者・家族のよき理解者・支援者となれるよう組織としての方針を関係部署へ周知し、関係者全てが誠意をもって対応してゆく。

B：重大医療事故発生後の対応



(6) 事故原因調査と再発防止策の検討

重大な医療事故が発生した場合、医療安全管理対策委員会において、事故原因の調査、患者・家族などへの対応ならびに再発防止策などについて審議する。

一 審議内容

- (ア) 医療事故原因の調査に関する事
- (イ) 発生した医療事故の患者さん、家族などへの対応に関する事
- (ウ) 公的機関への報告に関する事
- (エ) 報道に関する事
- (オ) その他医療事故に関する事
- (カ) 医療事故調査委員会の設置に関する事

二 事故調査委員会

病院長及びリスクマネジメント委員会の招集により、委員会は開催される。

ア 重大事故発生時における委員会の目的

重大医療事故発生時において事故内容の詳細等について調査、記録すべく召集される。

イ 職務

- a 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、事故の事実関係以後の経過などを時系列的に整理し記録する。重大事故が発生した場合は現場が混乱するため、なるべく多くの関係者の意見を聴き、客観的な調査報告書を作成する必要がある。
- b 必要に応じて、札幌市保健所、白石警察署等への一時報告書を作成する。

- c 札幌市保健所、白石警察署等による現場検証に立ち会う。
- d 必要に応じて、札幌市保健所、北海道衛生部、札幌市医師会、白石警察署など、関係行政機関に対し最終事故報告書を作成する。
- e リスクマネジメント委員会、運営会議に対して最終事故報告書を提出する。
- f 事故外部評価委員会に対して、調査報告書をもとに事故に関する詳細な報告を行う。

ウ 委員長・委員の任命及び構成

- a 病院長が行う
- b 医療安全管理対策委員会メンバー及び病院長が必要と認めた人員
- c 目的事案の関係各署への報告が受領されれば、調査委員会は解散される

三 事故検証委員会

ア 委員会の目的

発生した重大事故について事故調査委員会より報告を受けて、これを検証し、再発防止に役立てるべく召集される。

イ 職務

- a 事故の発生原因を可能な限り究明する
- b 事故に対する処置・対応につき検証する
- c 同様の事故再発防止策について提言をおこなう
- d 危機管理教育への提言をおこなう
- e 以上につき事故報告書を作成し医療安全管理対策委員会へ提出する

ウ 委員長及び委員の任命

- a 原則として、医療安全管理対策委員会委員長がおこなう
- b 委員は、事故関係者及び事故調査委員会委員を除き選出する

四 事故外部評価委員会

本委員会は、発生した重大医療事故について事故調査委員会及び事故検証委員会の報告を受けて、医療法人東札幌病院外部の有識者が最終的な評価をおこなうべく召集される。

ア 職務

当該事故に対する医療法人東札幌病院の対処が適切であったかどうかを客観的に評価・検証し、これについての報告書を作成し、関係行政機関へ提出する。

イ 委員の任命および構成

医療法人東札幌病院が推薦し、関係行政機関の指導を仰いだ上で医療法人東札幌病院理事長が委任する。

平成23年7月1日改訂

(苦情に対する対応は、東札幌病院ガイドライン・マニュアル集「苦情や要望への対応指針」を参照)

スタッフコール記録用紙

院長	部長

部署名： 記載者：
日時： 年 月 日 :
発生場所： 患者氏名：
誰が来たか
行ったこと
備考

*別記： 重大医療事故発生時の記録

急変,重大事故発生時は,患者に対して全力を尽くして適切な医療行為が実施されたことを証明する診療記録であること.その為に,記録方式は経時的記録に変える

1. 事故発生時の診療記録の要件

- 1) 重大事故発生した場合は、入院時点までさかのぼって診療記録の提出が求められる.医療訴訟等の証拠となることを認識しておく.
- 2) 患者の所見を時系列に記載する.
- 3) おこなった処置・治療・看護について時系列に記載する.
- 4) おこなった処置・治療・看護について略語・造語は使用しない.
- 5) 即,記録が出来ない場合はメモをし、メモから記録するが,関係者が事実検証した上で記載する

2. 初期対応時の記録（発生直後）

- 1) 初期対応時の記録の担当者は、対応現場のリーダーが選定し指示する.
- 2) 初期対応時は、原則診療録・看護記録に逐次記録する. 即、記録が出来ない場合は、担当者を決め一貫した事実をメモに書き留めておく.
- 3) 時間の確認：日頃より基準となる時計を決め,定期的に時間を合わせておく.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.また,計器類の時刻も保守点検時に合わせておく.
- 4) 記録内容：何時・何処で・誰が・何を・どのように実施したか、指示者・実施者の氏名・患者の反応・状態、患者・家族への説明内容やり取りを客観的に時系列で記録する.
- 5) 処置等の実施者は、実施した内容を初期対応に関わっているメンバー全員に聞こえるように復唱する.

3. 初期対応終了後の記録

- 1) 初期対応時の記録をカルテに記載する時の注意事項：
事故発生時は事実の認識が錯綜し混乱しやすいので、初期対応に関わった医師・看護師等が全員で事実を相互確認する.
- 2) 処置・看護等を実施しだい、その都度速やかに記録する.
- 3) 初期対応が一段落しても、患者の状態が安定するまでは診療記録・看護記録は経時的記録を続ける.

4. 記載上遵守すべき原則

- 1) 事実のみを客観的かつ正確に記録する.想像や臆測、自己弁護的反省文、他者の批判、感情的表現などは記載しない.
- 2) 誤解の無い表現を用いる.根拠のない断定的な表現、「～と思われる」「～のように見える」といった曖昧な表現はしない.

- 3) 記録を修正する場合は、訂正前の字句が読めるように二本線で消す。記録日以外で訂正する場合は、訂正日・時刻と訂正者のサインを記入する。修正液・消しゴムは使用してはならない。また、間違った箇所を記録から除いてはならない。記録の改竄と見なされる恐れがある。
- 4) 筆記類は、黒ボールペンが良い。消される恐れのあるエンピツ・コピーでよく写らない青インクは望ましくない。
- 5) 記録の途中で行を空けない。
- 6) 記録を終える毎に署名・日付・時間を記入確認する。

5. 患者・家族への説明時の記録

- 1) 通常的面談と同様に、説明用紙に記録をとる。説明日時・説明場所・説明内容・患者・家族の発言内容ややりとりを記録する。
- 2) 内容を主治医が確認後、患者・家族へ説明用紙を提示し、確認後、署名をいただき、複写の方を渡す。一部は診療録へ保管する。

6. 重大医療事故の事故報告書（当事者が提出する報告書）

原則はインシデントレポート

1) 報告には、以下の要件が含まれていること

- (1) 報告者（当事者）の背景
- (2) 患者氏名・性別・ID・疾患名
- (3) 事故発生日時
- (4) 事故の経過（詳細に）
- (5) 緊急に行った処置
- (6) 患者側の意思表示

事故報告書を所属課長・部長を通じ、医療安全管理対策委員会へ提出する

平成23年7月1日作成

12. 医療事故等の公表基準

1) 公表の意義

- ① 医療事故等を公表することで、病院運営の透明性を高めることになり、市民・患者等の知る権利に応えるとともに、医療への信頼を獲得することができる。
- ② 他の医療機関への情報提供になり、医療安全管理に役立つ。

2) 公表基準

病院長は、下記3) 患者及び家族などへの配慮、4) 医療事故の公表の可否の手続きにのっとり、以下の基準に基づき医療事故等を公表する。

- ① 病院長は、7. のインシデントのレベル4 a～5に相当し、過失があると判断される医療事故について、下記の事項を原則公表する。

ア. 発生した事故の概要：日時、場所、状況、原因

- イ. 当事者に関する情報：所属部門（職種）、経験年数
 - ウ. 事故に対する今後の対策と改善状況
 - エ. その他必要となる事項
- ②病院長は、7. のインシデントレポートレベル0～3bに相当し、過失があると判断される医療事故について、下記の事項を包括的に公表する。
- ア. 発生した事故の概略：発生日月、場所、内容の要約
 - イ. 事故に対する今後の対策と改善状況
 - ウ. その他必要となる事項
- ③病院長は、過失がないと判断される医療事故であっても、社会的な影響が大きいと考えられる場合には、必要があればこれを公表する。
- ④病院長は、全ての医療事故及びインシデントについて、統計的資料として、下記の事項を原則公表する。
- (ア) 行為別分類統計
 - (イ) その他必要となる事項
- 3) 患者及び家族等への配慮
- ①公表（ 2）公表基準の②、④を除く）にあたっては、患者及び家族に対し事前に充分説明を行い、原則として書面により承諾を得る。承諾が得られない場合は、患者及び家族の人権等に配慮し、公表は差し控える。
 - ②公表する内容から、患者及び職員等が特定、識別されないように個人情報の保護に充分注意する。
- 4) 医療事故の公表の可否について
- ①病院長は、医療安全管理対策委員会と医療事故の公表の可否について協議し、それに基づき意思決定を行う。
 - ②医療安全管理対策委員会においては、以下の項目を検討し公表の可否を審議する。委員会では、委員会委員以外の出席を求め、意見を聞くことができるものとする。
 - ア. 医療事故の事実関係
 - イ. 医療事故の患者の身体への影響度
 - ウ. 医療事故の過失の有無
 - エ. 医療事故の社会的な影響度
 - ③公表する場合には、以下の項目についても検討する。
 - ア. 公表する内容、範囲及び方法
 - イ. 公表までの手続きの正当性（患者及び家族への説明と同意、個人情報の保護等）

Ⅲ. 事故防止のためのチェックポイント

1. 患者確認

- 基本的には、患者が名乗れる場合、患者にフルネームを名乗ってもらう。
- 患者が名乗ったフルネームと「患者本人のものと確認できるもの」を照合する。さらに「患者本人と確認できるもの」を患者本人に提示し、医療者と患者本人で相違ないことを確認する。
「患者本人と確認できるもの」とは、①診察券、②検査案内票、③カルテ画面、④薬袋、⑤点滴ラベル、⑥検体ラベル など
- 患者が名乗ることができない場合は、1人双方向型でベッドネームと「患者本人と確認できるもの」を照合する。一呼吸置いて「患者本人と確認できるもの」とベッドネームを照合する。病室以外では、検査案内票とカルテ画面の名前などで確認する。
- カタカナで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。同姓同名がいた場合には、電子カルテ上、同姓同名欄に●が表示される。
- 同姓同名患者がいる場合は、生年月日や住所で確認する。
- 薬剤アレルギーがある患者には、電子カルテの「患者基本」のアレルギー画面に入力する。

2. 注射・点滴

☆7つのRの確認を！

正しい薬剤	Right Drug	正しい患者	Right Patient
正しい量	Right Dose	正しい目的	Right Purpose
正しい方法	Right Route	正しい記録	Right Record
正しい時間	Right Time		

1) 指示出し (医師)

- 治療方針を患者・家族に説明したか。
- 患者氏名を確認したか。
- 薬剤名・薬用量・規格・単位は正しいか。
*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。
- 投与速度、投与時間は正しいか
- 重複投与・倍量投与はないか。
- 副作用・禁忌 (疾患) ・警告・相互作用・使用上の注意はないか。
- 看護師に指示内容・意図・患者への説明内容を伝えたか。

2)指示受け（看護師）

- 患者氏名を確認したか。
- 薬剤名・薬用量・規格・単位、投与速度、投与時間は正しいか。
- 投与経路は正しいか確認したか。
- 指示内容・意図・患者への説明内容と理解を確認したか。

3)払い出し（薬剤師）

- 患者氏名を確認したか。
- 薬剤名・薬用量・規格・単位、投与速度、投与時間は正しいか。
- 投与経路は正しいか。
- 重複投与・倍量投与はないか。
- 副作用・禁忌（疾患）・警告・相互作用・使用上の注意はないか。
- 内容と薬剤の再確認（監査）をしたか。

4)準備・作成

- 最新指示である事を、電子カルテの画面（注射カレンダー・注射ワークシート）と注射伝票・注射ラベルで確認したか。
- 患者氏名を確認したか。
- 薬剤名・薬用量・規格・単位・投与速度・投与時間・投与経路を確認し、準備したか。
- 準備する際は「1患者1トレイ」としたか。

5)実施

- 患者に患者氏名を確認したか。
- 投与経路は確認したか。
- 投与ルートを手でたどって確認したか。
- 投与速度の確認はしたか。
- 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。

6)抗癌剤投与にあたっての注意点

(1)末梢血管から投与する場合

- 注射部位は以下の部位を避ける。
 - ・以前の治療により静脈炎を起こしている部位
 - ・静脈瘤、感染部位、静脈還流が悪い部位
 - ・乳癌手術や放射線治療で腋窩や上肢に循環障害がある場合は同側上肢
 - ・手背や、関節付近のように皮下組織の少ない部位、可動部位
- 留置針を用いて点滴のラインをとり、漏れのないことを確認する。
- 24Gのサーフロー針（太い血管に細い針）を使用して穿刺する。（複数回穿刺しない）
- 刺入後、血液逆流を確認する。

- 生理食塩液や、ヘパリンNa ロックを注入時、刺入部から漏れたり、膨らむことがないことを確認。
 - 漏れがある場合は、他の中枢側の血管あるいは反対側の血管を用いる。
 - 固定は、刺入部位が観察できるように透明のフィルムドレッシングで行う。
 - 抗癌剤を注入する時、頻回に血液の逆流があることを確認し、痛みや違和感がないことを患者に尋ねて確認する。生理食塩液 100ml を抗癌剤の投与時間より遅いペースでつなぎ、できるだけ希釈した状態で血管から入っていくようにする。
 - 痛みを感じた場合、すぐナースコールを押すように患者に伝えておく。
 - 静注で投与する薬剤も、指示の時間をかけて、2ml 注入したら、血液逆流を確認、注入、血液逆流確認と、くり返ししながら注入する。
 - 抗癌剤注入終了後は残りの生食でフラッシュする。サーフロー内を洗い流す。
- (2)CV ルート、CVポート・PICC から投与する場合
- CV ルートの場合、血液逆流があるか、正しく血管内に抗癌剤を投与できる状態になっているかを確認する（血液の逆流がない状態では開始しない。医師に報告する）
 - CV Wルーメンの場合は茶ルートから抗がん剤を投与する。
 - 接続がゆるんで外れないよう、ロック付きのセットを使用する。
 - 動きによってカテーテルが抜けてこないように、ポート針が抜けないように固定されているか確認する。（カテーテルが脱落したり、ポート針が抜け出てくることもありうる）
 - 抗癌剤投与中も漏れていないか注意する。（挿入部、ルートの接続部）
 - CVポート・PICC の場合、生理食塩水を注入し穿刺部の腫脹や患者に違和感がないか確認する。血液逆流を確認した場合は、生理食塩水でカテーテル内を陽圧にするようパルスフラッシュを行ない、カテーテル先端のバルブが閉鎖状態になるようにする。
 - 5ml、2.5ml の小さいシリンジは使わない。強い圧がかかってしまう。
 - CVポートの生食注入は4週間に1回行う。（使用していない場合）
 - パワーポートの生食注入は90日に1回行う。（使用していない場合）
- (3)抗VEGF 剤と放射線治療を併用する場合
- 以下の抗VEGF 剤と放射線治療との同時併用は行わない。
 - ・アバスタチン（ベバシズマブ） ・ネクサバル（ソラフェニブ）
 - ・スーテント（スニチニブ） ・ボトリエント（パゾパニブ）
 - 抗VEGF 剤と放射線治療を逐次使用する場合
 - 照射範囲に咽頭、食道、胃腸が含まれる場合～抗VEGF 剤の使用は、照射前2週間、照射後3週間空ける。
 - 照射範囲に咽頭、食道、胃腸が含まれない場合～抗VEGF 剤の使用は、照射前1週間、照射後1週間空ける
 - 放射線治療の承諾書を取得する際、腸管穿孔や潰瘍、出血の可能性があると説

明し、承諾書にその記載がない場合は記載を追加する。

- 抗VEGF剤使用中に、胸椎・腰椎への骨転移への照射をする際は、患者に腸管穿孔や潰瘍、出血の可能性があることを説明し、同意書を取得する。

7) インスリン治療の安全管理（標準化）

(1) 標準化インスリンスライディングスケール（図1）

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（図2）

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。

*指示の際のインスリン表記法の統一。

インスリンは略語ではなくフルネームで記入する。

インスリンの単位は「単位」か「U」と記入する

(3) 標準化インスリン希釈法（シールあり）（図3）

シリンジポンプによるインスリン持続静注の際に、標準化手順に従ってインスリン溶液を作成し、専用のラベルシールを貼り、シリンジポンプにセットする。担当医師の指示に従い投与する。バイアルからインスリンを引く際にはインスリン専用注射器（BD ロードーズ 1/2ml）を使用する。

標準化インスリンスライディングスケール（図1）

見間違わないように注意！

血糖4検 [3食前, 21時] を基本としてスライディングスケールを使用
(超速攻型インスリン製剤、ヒューマログあるいはノボリンRの皮下注を追加)

血糖値	朝・昼・夕	眠前
71-200	追加なし	追加なし
201-250	(超)速効型2単位	
251-300	4	
301-350	6	(超)速効型2単位
351-	8	4

*血糖値 70 以下：標準化低血糖指示

*血糖値 401 以上：医師コール

サイン

標準化低血糖時指示 (図2)

1. 血糖値 51-70 : すぐ食事 or 1 単位補食,
症状が強いときはブドウ糖 10g 内服後に、すぐ食事をする
食直後にインスリン注射
2. 血糖値 50 以下 : ブドウ糖 20g 内服、すぐ食事をする
食直後にインスリン注射
3. 食事まで 1 時間以上ある場合や夜間は 1 単位補食 (クラッカー等)
* 30 分後に血糖再検し、まだ低い場合は上記処置を繰り返す
* 絶飲食中は 50% グルコース 20mL 静脈注射
* 判断に迷う時、低血糖繰り返すときなどは医師に連絡

サイン _____

標準化インスリン持続静注指示 (図3)

インスリン希釈時はインスリン専用注射器使用
速効型インスリン (100 単位/mL 製剤)
(ノボリン R) 50 単位 + 生食 49.5mL
トータル 50mL の希釈液とする (1mL あたりインスリン 1 単位)
シリンジポンプにセットし持続静注する。
投与速度は別記する
血糖測定 () 時間毎

サイン _____

＊糖尿病患者に対する輸液時、輸液バッグ内へ速効型インスリンを混注する場合の目安（表）

製品名	輸液量 (ml)	ブドウ糖 (g)	バッグ内へのインスリン混注量	
			ブドウ糖 10g に 1 単位	ブドウ糖 5g に 1 単位
ソルテム3A	500	21.5	2	4
ビーフリード	500	37.5	4	8
アミノトリパ1号	850	139.8	14	28
アミノトリパ2号	900	175.2	17	34
ハイカリックRF	500	250	25	50
エルネオパ1号	1000	120	12	24
エルネオパ2号	1000	175	17	34
エルネオパ1号	1500	180	18	36
エルネオパ2号	1500	262.5	26	52

一般にはブドウ糖 10g に 1 単位程度から始めるが、患者の状態により異なるので血糖値をチェックしながら調節する。

8) 医療用麻薬（オピオイド）投与における注意点

(1) 麻薬注射薬の投与

- 電子カルテの注射カレンダーを開き、最新の麻薬投与量と注射処方箋、麻薬注射箋を照合し、指示内容があるか確認したか。
- 薬剤を準備した看護師は、ミキシング前に、別な看護師にダブルチェックを依頼して正しく準備されていることを確認したか。
- 麻薬投与時は、薬剤入りのシリンジと注射処方箋、麻薬処方箋を照合し、薬剤名、投与量、投与方法を確認したか。持続投与の場合は、設定流量を確認したか。

(2) オピオイドスイッチングの実施方法（標準化）

- 換算するオピオイドの計算上等力価となる換算量を換算表（図4）に従い計算する。現在のオピオイドの投与量が比較的大量である場合は、一度に変更せず数回に分けてオピオイドスイッチングを行う。
- 患者の状態に合わせて、目標とする換算量を設定する。患者の病状が悪い、高齢であるなどの場合は、少量からの変更が望ましい。
- 貼付剤への投与経路変更の場合と貼付剤からの投与経路変更方法の場合は、図5と図6を参照し、担当医師が判断して指示をだす。

オピオイド換算表(図4)

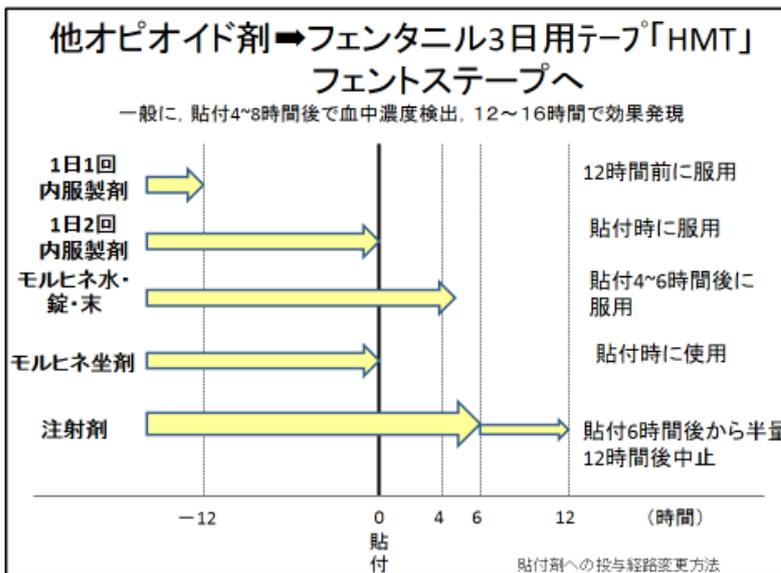


図5. 貼付剤への投与経路変更方法

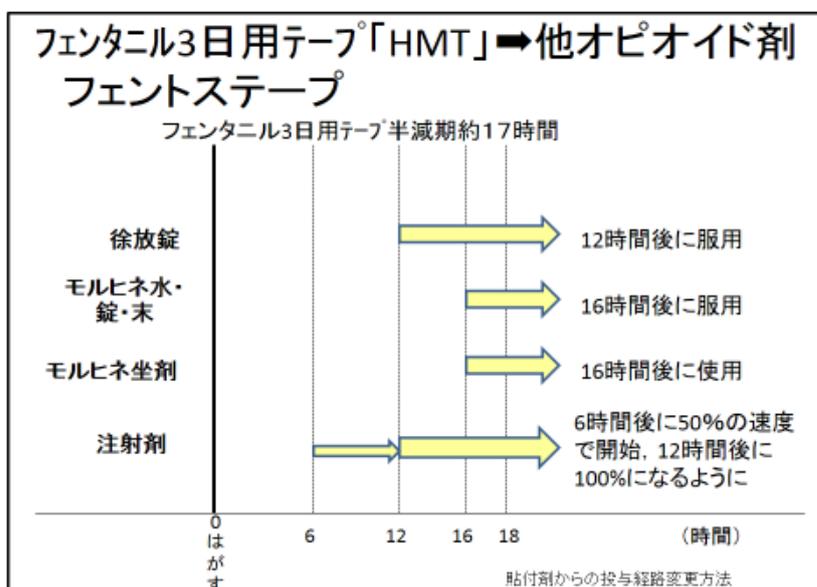


図6. 貼付剤からの投与経路変更方法

3. 口頭指示

- 基本的に、夜間・休日及び緊急時の指示に限る。
- 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、診療画面に「指示受け内容」を記載(入力)し、サインする。
- 麻薬の指示の場合、カルテ画面をプリントアウトし、注射処方箋の代わりとして指示内容を確認、実施する。用紙には、施行した時間、看護師のサインを残す。
- 一般薬の場合、電子カルテの「注射事後」から看護師が入力し、注射処方箋を発行する。
- 医師は、翌日、「指示内容」を確認し麻薬の指示の場合は事後入力する。一般薬の場合は、内容を確認する。

4. 内服薬与薬

1) 処方時 (医師が処方を入力する)

- 治療方針を患者・家族に説明したか。
- 患者に薬剤名・用量・服用回数・服用方法を説明したか。
- 患者氏名・患者IDを確認したか。
- 薬剤名は正しいか。
- 薬品検索の入力は、3文字入力して検索したか。
- 用法・用量は正しいか。
- 服用日数・服用回数・服用時刻は正しいか。
- 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したか。

2) 指示出し (医師)

- 医師は看護師に処方内容(変更の場合その理由)とその意図を伝えたか。
- 医師は看護師に患者への説明・説明内容を伝えたか。

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)を確認したか。
- 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。

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。
- 患者への説明書・指示が正しいか。

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。

7) 交付時（病棟用ボックスへ、又は患者へ渡す際、与薬カートへセットする際）

- 病棟は正しいか。
- 処方箋の内容は正しいか。
- 処方内容と薬剤が一致しているか再確認したか。
- 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したか。

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。
- 処方された薬剤の知識はあるか（作用・副作用・常用量・投与方法）。
- 薬剤を溶解してカテーテルチップ型注入器具を用いて投与する場合、カテーテルチップ型注入器具にビニールテープを貼り、名前を記入したか。この場合、緑色のカテーテルチップ型注射器を使用したか。

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・薬剤の確認をしたか。
- 6つの原則で再確認
 1. 正しい患者
 2. 正しい薬物
 3. 正しい量
 4. 正しい時間
 5. 正しい方法
 6. 目的を正しく理解する

10) 与薬後

- 患者が服用するのを確認したか。
- 薬剤を自己管理している患者が、服用した事を確認したか。
- 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したか。
- 与薬忘れがないか、与薬カートを確認したか。

11) 医療用麻薬の内服薬・貼付剤投与時における注意点

(1) 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、薬剤に正しく番号を振り、薬袋に投与日の記入欄を作成したか。

(2) 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したか。
- 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したか。

(3) 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しているか。患者 1 人ごとの与薬が困難な場合、ワゴンの一番上には与薬する患者の薬袋のみ置き、その他の患者の薬袋は 2 段目以下に置き、薬袋の取り違いを防いだか。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したか。
- 患者と共に処方内容・薬剤の確認をしたか。

(4) 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・服用時間を記録したか。(7 つ目の R)

5. 輸血

1) 輸血準備

- 説明は十分なされ、納得しているか。
- 承諾書を受領したか。
- 輸血適合検査を実施したか。(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したか。

2) 輸血の発注

- 診療録または基本情報で指示と患者名は間違っていないか、血液型を確認したか。
- 休日、祝日、夜間の場合は、与薬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 2 人で読み合わせしたか。

○患者氏名 ○ID番号 ○血液型 ○製剤名
○製造番号 ○有効期限 ○生年月日

4) ベッドサイドでの確認

- 血液型がわかったら、血液型カードの 1 枚を患者に渡す。患者が名乗れない場合はベッドネームの横に貼る。
- 血液製剤と外観に異常はないか。
- 患者自身に名前と血液型を答えてもらったか。または、ベッドネームと血液型カードで確認。
- 患者氏名、ID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したか。

- 輸血を開始したら少なくとも3分は観察し、ショック症状がないことを確認したか。
- 以後 15 分毎及び終了時に観察し、副作用の発現がないことを確認したか。

5) 副作用発生時の対処

- 異常出現時は、一時輸血を中止し、速やかに主治医へ報告する。

6) 輸血の記録

- 診療記録にテンプレートを利用して開始日時、5 分後、15 分後、45 分後、終了時に記録する。（与薬技術マニュアル参照）

6. 手術関連

手術室へ申し送り時、

- 患者搬送が一人ずつ行われたか。
- 氏名確認を帽子ラベルで行ったか。
- 氏名確認を、患者自身にフルネームで名乗ってもらったか。
- 手術室まで患者と診療録を一緒に移送したか。
- 麻酔医は、患者の氏名を確認したか。
- 執刀前に、手術体位による神経圧迫などがないことを確認したか。
- 執刀前に、タイムアウト（執刀医による氏名、手術部位）、手を止めて画像、エコー等を含めて声による再確認を行ったか。
- 手術終了時、神経圧迫によるしびれの有無や同一体位の圧迫による発赤の有無を確認したか。
- 手術室に針、器械、ガーゼのカウントを確実に行ったか。（ガーゼはさばいてカウントする）
- 針、ガーゼ等のカウントが合致しない時、手術終了前に、ガーゼ等の体内遺残防止のために、X線写真撮影を行い、執刀医グループが確認したか。
- 開腹手術の場合、カウントが合致しても抜管前に体内遺残最終確認のためにX線写真撮影を行い執刀医グループが確認したか。

7. 検査関連（検査課職員のチェック事項含む）

1)検査指示に関して

- 前日に検査課職員が各病棟で照らし合わせを行ったか。
（病棟名、患者氏名、検査部位、前処置、日時、検査時間など）
- 患者に検査内容と目的、検査上の注意を説明しているか。
- 承諾書が必要な検査は承諾書を取得しているか。
- 複数の検査があれば重複の可否、時間等を確認したか。
- 検体検査のラベルは電子カルテ指示から自動発行されている。検査指示とスピッツ、患者名を確認したか。
- 臨時や緊急時は電子カルテのオーダー画面からラベル発行しスピッツに貼る。検査指示とスピッツと患者名の確認はしたか
- 採血管は、1患者1トレイまたは輪ゴムでとめるなどしてひとまとめにしておく

2)患者受付時

- 受付時は患者IDとフルネームで確認したか。
- 検査または採血の実施前には患者に氏名を名乗っていただいたか。
- 依頼検査伝票と電子カルテの指示を確認し、検査内容、検査部位の確認をしたか

3)検体検査

- 採取管種別と採取・前処理・保存・搬送の条件は適正か。
- 対象検体は検査伝票一覧との一致を確認。
- 分析装置の始業点検。
- 管理血清での精度管理。
- 全ての検査過程は適正であったか。
- 項目間比や前回値との比較から妥当性を確認。
- パニック値は速やかに報告したか。
- 手入力検査結果は入力後に読み合わせを行ったか。
- 未検査、再検査の確認を行ったか。
- 検査済み検体は規定の条件で保存したか。

4)検査実施時（画像検査等）

- 検査実施（撮影）直前に、患者氏名・ID番号および撮影部位を医師が入力したオーダー内容と画面上で照合確認する。
- 造影剤アレルギーがないか。
- 造影剤を使用する際、腎機能低下がないか確認しているか。
- 造影剤等の副作用や、一次救命のための処置、救急カートを準備してあるか。
- 患者状態が検査実施に耐えられるか。
- 主治医立会を必要とするか。
- 放射性薬剤取扱い時、職員はディスポ手袋を使用しているか。
- 検査中は患者から目を離さない。

5)MRIでの注意事項

- 金属類や磁石類を持ち込まない 看護手順Ⅱ参照

1) 検査前患者に確認する事

体内に埋め込まれている金属類のためMRI検査が施行できない、または検査方法が変わる場合がある

2) 患者の身体の確認してはしめるものはしす。場合によっては検査の中止もある

いれずみ、補聴器、腕時計、財布、クレジットカード、鍵、携帯電話、金属装飾品、義歯、カラーコンタクト、アイライン・マスカラ、全ての貼付薬(フェンタニルテープ・ホクナリン®テープ・ツロブテロールテープ・フランドル®テープ・リファタック®テープ・ニトロダーム®)、湿布、磁気治療器(ピップエレキバン等)

3) 職員が持ち込まないように注意する

携帯電話、酸素ボンベ、金属トレイ、歩行補助機、点滴台、ペアン、はさみ、留め具付き駆血帯、USB、血圧計、ステート、ヘアピン、クリップ

8. チューブ・ドレイン類の管理

1) 中心静脈カテーテル

【挿入前】

- 挿入前に、出血傾向の確認を行ったか。

【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したか。
- 挿入後、肺の呼吸音を確認したか。
- 挿入後、胸部X線写真にてカテーテルの先端、気胸の有無を確認したか。
- 挿入部以外に、最低1箇所はラインを固定したか。
- 留置針挿入部は接続部を確実にロックシフィルムドレッシングを貼付し、挿入部を観察しやすくしているか。

【挿入後】

- 挿入部の定期的な観察を行っているか。
- 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ったか。
- 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たか。
- 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したか。
- 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したか

【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)としたか。
- 吸気後に息を止めてもらいカテーテルを抜去したか。
- 抜去部は1~5分間圧迫したか。

- 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時間以上覆ったか。
- カテーテル抜去後、30分間仰臥位を保つよう患者に指示したか。

【CVポート・Powerポート】

- 薬剤注入時に違和感、疼痛の訴えがある場合、医師に報告し、画像でカテーテルの不具合がないか確認をしたか。

2) くも膜下チューブ、硬膜外チューブ、持続皮下注

- 刺入部までチューブを確認してきちんと接続されているか確認したか
- 患者名、薬剤名、時間mlを確認したか
- 複数チューブがある場合は、チューブ接続近くに挿入部位を記載したタグをつけて確認する

3) 胸腔ドレーン

- 陰圧の大きさを主治医に確認したか。
- フルクテーションを定期的に確認し、記録しているか。
- 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
- 胸腔ドレーン先端に挿入先がわかるように「胸腔」と記載したタグをつけたか。
- 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しているか。
- ドレーンにはマーキングを行い、各勤務で挿入部のずれを確認しているか。
- 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たか。

4) 腹腔ドレーン

- 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
- 腹腔ドレーン先端に挿入先がわかるように「腹腔」と記載したタグをつけたか。
- 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しているか。
- 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たか。

5) 胃管

- 挿入後、空気を注入した時の気泡音で胃内への挿入を確認したか。
- 挿入後、胃液逆流を確認したか。
- 胃管から栄養剤・薬剤を注入する場合は、胃管挿入後、必ず胸部レントゲン撮影で留置位置を確認したか。
- 胃切術の既往がある患者の挿入は、留置可能な長さを医師に確認する。
- テープ固定を確実に行い、1日1回は固定場所を変更する。
- 栄養剤・薬剤注入前には、毎回、チューブが抜けかけていないか、挿入の長さとお口内でチューブがたわんでいないか目視で確認したか。

6) 腎瘻

- 何cm挿入されているか、固定液は何mlか確認したか。

- マーキングはされているか。
- 挿入部はIV3000で固定し、シルキーテックスでずれがないように固定したか。
- カテーテルが抜けた時の対応方法を交換先の病院と検討しているか。

7) 術野のドレーン

- 何本のドレーンが挿入されたか執刀医に確認したか。
- 挿入されたドレーンの本数と部位を記録しているか。
- ドレーン抜去の際、医師に部位と日時を記録し、記録しているか。
- 排液バックに留置部位を記入しているか
- ドレーンの長さを把握し、埋没、抜去がないか観察したか。

8) 気管チューブ

- 気管チューブが気管に挿入され換気されていることを、聴診で確認したか。
- 挿入後、胸部X線写真にて気管チューブの先端を確認したか。
- 気管チューブの深さを記録しているか。
- 気管チューブは確実に固定されているか。

9) チューブ・ドレーン類の誤抜去防止の対策

- 患者の手が届かない位置に挿入を試みたか。

例) 末梢留置カテーテルを下肢などに挿入する

- 患者の手が病衣の中に入らないように、病衣の合わせ部分をテープ固定したか。
- 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したか。

例) 末梢留置カテーテル刺入部を包帯で巻く

- 掻痒感防止のために、患者の皮膚の状態に応じて固定するテープを選択したか。
- 輸液の必要性及び投与時間、投与量について医師と検討したか。
- 留置ではなく、間欠的挿入について検討したか。

例) 末梢留置カテーテルをその都度挿入抜去を繰り返す

例) 胃管をその都度挿入抜去を繰り返す

- 患者に抜いてはいけないルートであることを認識してもらうための工夫をしたか。

例) 患者・家族と共有した上で、末梢留置カテーテル刺入部に巻いた包帯に「はがさないでください」と記載したテープを貼る

- チューブ・ドレーン挿入中は、医療者の目の届く場所に移動してもらったか。

例) 輸液中はナースステーション内で過ごしてもらい、看護師が常時そばにつき添う

10) 注射器・ルートの誤接続防止の対策

- 輸液ルートには、白い注射器とシュアプラグを使用しているか。
- 排液ルートには、赤い注射器（カテーテルチップ）と三括を使用しているか。
- 栄養ルートには、緑の注射器（カテーテルチップ）と三括を使用しているか。

輸液ルート用	栄養ルート用	排液ルート用
		
		

9. 輸液ポンプ・シリンジポンプ

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なっているか。
- 電源コンセントを接続しているか。
- メーカー指定のシリンジを使用しているか。
- ルートはロック式を使用しているか。
- 輸液開始前に、流量設定、薬剤が正しいか確認したか。
- 投与前にルートが開放していることを確認したか。
- 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されているか

【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。また、定期的にも確認する。
- 点滴刺入部の観察を行う。
- バッテリー残量があるか確認する。バッテリーの目盛が1つになったら、コンセントにつなげる。
- 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)
- 作動が疑わしい機器は、そのまま使用せず、中材（メーカー）へ点検に出す。
- 連続して1か月以上使用している場合は、中材の定期点検を受ける。

☆ シリンジポンプで投与する際に注意したい薬剤

循環器作用薬の昇圧剤（塩酸ドパミン注キット600、ドブトレックス、ノルアドレナリン等）、硝酸薬（ニトロール、ミリスロール等）、カルシウム拮抗剤（ヘルベッサ、ニカルピン等）、抗不整脈薬（キシロカイン、リスモダンP等）、鎮静薬（塩酸モルヒネ、セルシン等）、塩化カリウム（KCL）は適量・投与方法・注意点を医薬品リストで確認する。

2) 輸液ポンプ

【使用前】

- 電源コンセントを接続しているか
- 輸液セットはシュアプラグ輸液セットを使用しているか
- クレンメは輸液ポンプの下にあるか
- 輸液ルートは閉鎖していないか
- 予定量と流量の設定は正しいか
- 輸液ルートは途中ではずれていないか

【使用中】

- 点滴刺入部の発赤や腫脹はないか
- ポンプのドアを開ける時はクレンメを閉じたか
- バッテリー残量があるか確認する。バッテリーの目盛が1つになったら、コンセントにつなげる。
- 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、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へ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)
- 作動が疑わしい機器は、そのまま使用せず、中材（メーカー）へ点検に出す
- 連続して1か月以上使用している場合は、中材の定期点検を受ける

10. 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したか。
- 人工呼吸器の電源が無停電コンセントに接続されていることを確認したか。
- 加湿器が正しく取り付けられているか。(人工鼻と加湿器を同時に用いてはいけない!)
- 加湿器を使用する場合、蒸留水がきちんと入っているか確認したか。
- 加湿器を使用する場合、加湿器の電源を確認したか。
- 室内にジャクソンリースとO₂コルベンが用意されているか。(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されているか。
- 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)を声に出して確認したか。
- 設定されたモード、酸素濃度、一回換気量、呼吸回数、PEEPを診療録に記録したか
- 低圧アラーム及び上限圧アラームが作動するか確認したか。
- 一回換気量、分時換気量のアラームが適切か確認したか。
- アラームの音が遠くからでも聞こえるか確認したか。

【使用中】

- 患者に接続後、患者の呼吸パターン及び呼吸音を確認したか。
- 患者に接続後、血液ガス分析などで、患者の肺換気能を確認したか。
- 勤務交代時、設定やアラームの再確認を行ったか。
- 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)を確認したか。
- 換気モードの変更を医師が行った際、記録に残しているか。設定医に換気モードの内容を記録と呼吸器に表示したか確認したか。
- 設定変更してから患者の呼吸パターン及び呼吸音を確認したか。

11. 転倒・転落防止

*看護手順Ⅱを参照

1) リスク患者の把握

入院時 評価時 状態変化時 に

- 転倒・転落のアセスメントシートでし点チェックする(表1)

表1 転倒・転落アセスメントスコアシート

患者番号	病室	氏名	年齢	性別	病名	主治医	受持看護師
項目	チェックポイント				評価スコア	評価日と状況	
A年齢	60歳以上				2点		
B既往歴	転倒転落したことがある 意識消失したことがある(失神痙攣等の既往がある) 眩暈立ちくらみなどの症状がある				2点		
C患者特徴	ナースコールを認識できない・使えない 行動が落ち着かない 何事も自分でやろうとする 普段は布団で寝ている ナースコールを押さないで行動しがちである				5点		
D感覚	視野視力障害がある 聴力障害・難聴がある 平衡感覚障害がある				3点		
E活動領域	麻痺・痺れ・拘縮・筋力低下・変形・欠損・荷重制限がある 車椅子・杖・歩行器を使用している スリッパを使用中 ポンプ類を使用中 下肢浮腫、または痛みがある 貧血症状がある				各1点		
F健康障害	発熱している ドレーン挿入・点滴中である				各1点		
G認識力	不穏行動がある 認知症症状がある 理解力・記憶力の低下がある 意識障害・見当識障害・意識混濁・混乱がある				5点		
H薬剤	睡眠剤				3点		
I薬剤	降圧剤・利尿剤 麻薬 抗アレルギー剤 抗精神薬				各1点		
J排泄	オムツを使用している 尿意・便意が頻回である				各2点		

	夜間トイレに行く ポータブルトイレを使用している 排泄介助が必要である 車椅子でトイレを使用している							
危険度	スコア合計	評価	合計					
危険度Ⅰ	0～8点	転倒・転落を起こす可能性がある	危険度					
危険度Ⅱ	9～18点	転倒・転落を起こしやすい	看護師					
危険度Ⅲ	19点以上	転倒・転落を良く起こす	サイン					

* 危険度Ⅰ・・・必要に応じて看護計画立案

* 危険度Ⅱ・・・看護計画立案

* 危険度Ⅲ・・・看護計画立案

平成25年6月1日改訂

2) 転倒・転落防止

- アセスメント結果、危険度ⅡまたはⅢ→転倒防止用の看護計画立案（表2）、実施
（チーム内でアセスメントし、必要と判断した場合は転倒の参画型看護計画を活用する）
- アセスメント結果、危険度Ⅰ→状態変化時に再度チェックする
- 看護計画立案時は、転倒・転落防止対策フローチャートを活用し、対策を検討する
- 排泄パターンを考慮して、電子カルテのフローシートから排泄時間を把握し、計画に追加する。（よりその人に合った計画を立案する）
- 電子カルテの標準看護計画リストから「転倒予防看護」を選択する。看護計画詳細で標準看護計画から「看護目標：転倒しない」を作成する
- 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、「身体行動制限に関するポリシーとその適用」に準じて身体行動の制限（ベッドの4点柵またはナースコールマット設置）を行う。

表2 転倒予防の標準看護計画

番号	優先度	計画日	計画者	看護計画
				目標 転倒しない 観察 1. 身体状況の変化 2. ADLを評価し、自立度の実際を把握する 3. 認識力 4. 行動の理由 5. 環境の要因 ケア 1. 身体状況に応じた日常生活援助を行う 2. 行動の理由を看護職が受け止める 3. 自立的な動作を支援する環境づくり 4. 転倒・転落防止対策フローチャートに従い安全な環境を整える 5. 排泄ケアを配慮して行う 6. 心理面への対応とコミュニケーションを良好にする 7. 生活リズムを調整する 指導 1. 日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける 2. 家族、チームメンバーと事故発生の危険性を共有し、理解を得る

- 転倒転落危険度ⅡからⅢ、もしくは症状が急激に変化した時等、必要時多職種で院内ラウンドを行い、転倒防止策を検討する。

3) 評価

- 一週間後に、転倒転落アセスメントシートで評価する
- インシデントが発生した場合にも行う

4) インシデントが発生した場合

- インシデントレポートを作成する
- 転倒転落アセスメントシートで評価する
- 転倒のレベル3b以上が発生した場合、看護課長、主任、医療安全管理者に速やかに報告する。その後、「インシデント発生時の院内ラウンドの基準とその視点」(表3)に準じてラウンドし報告書を提出する
- 看護計画を変更する

5) 転倒リスクが高いが、見守りきれない場合

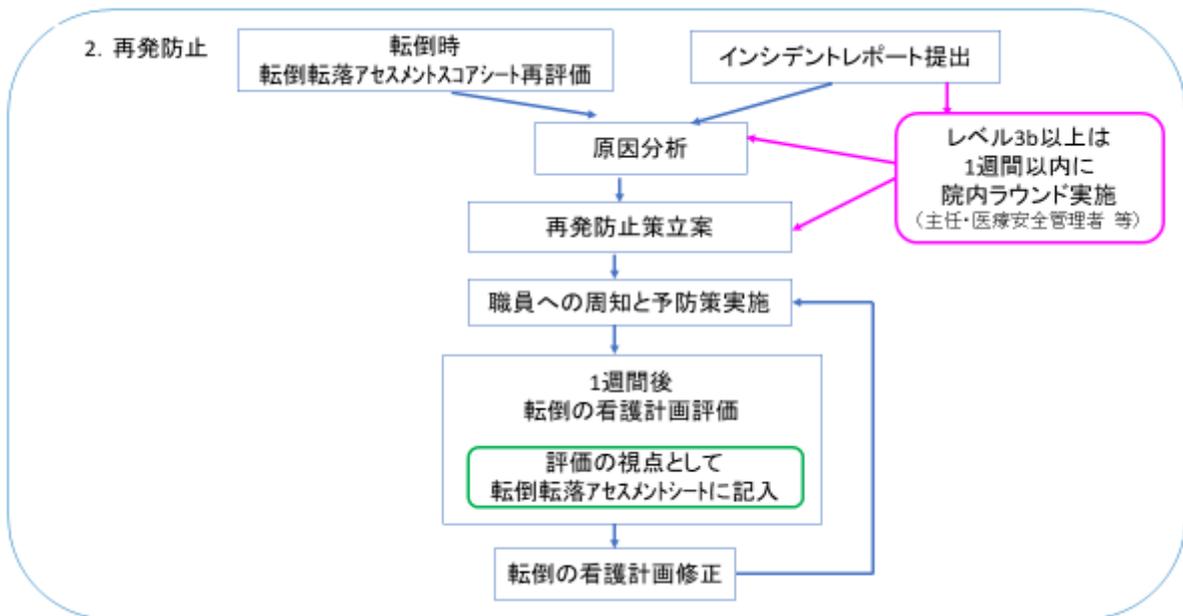
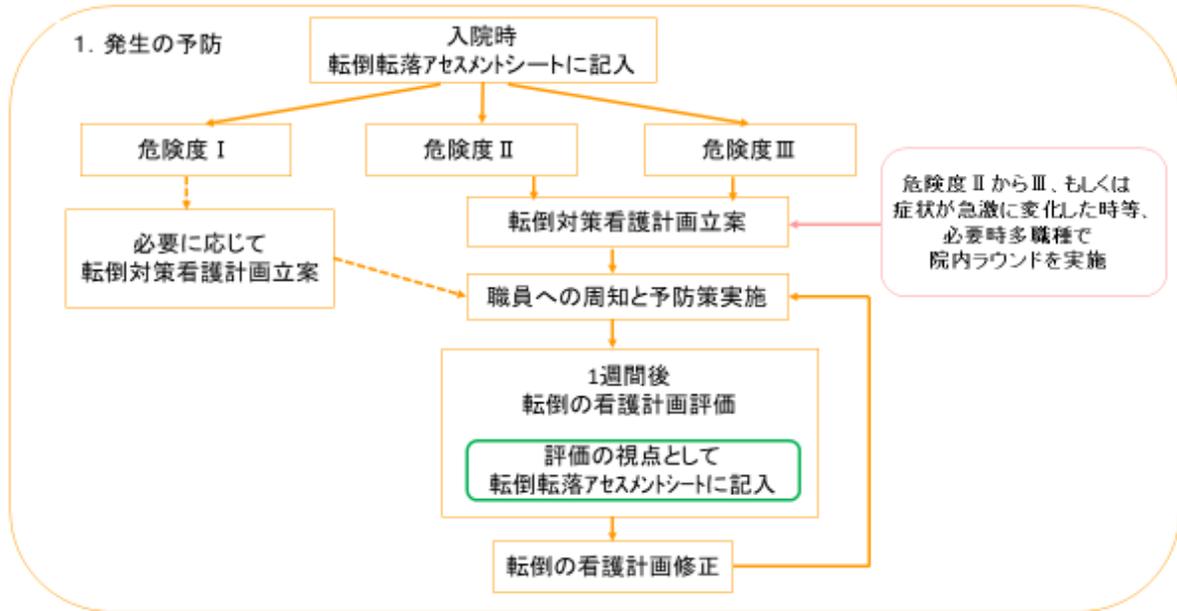
- 行動が見守れる場所や部屋を確保したか
- ナースコールマットの活用
- ベッド周囲の環境調整(例ピュアレックスマットの設置)

表3【インシデント発生時の院内ラウンドの基準とその視点】

<p>*基準：転倒のインシデントでレベル3b以上が発生したとき (レベルが低くても転倒を繰り返すなど、主任が多職種ラウンドが必要と判断した時は行う)</p> <p>*方法</p> <p>①インシデント発生後1週間以内。ラウンドの日時調整は当該部署の主任が行う。</p> <p>②当該部署の主任、主任不在時は課長、その他の部署の主任、医療安全管理者3名以上。必要時、他職種(リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士、ケアエイド、事務員など)にも依頼する。</p> <p>③当該部署の主任は、インシデントレポートと分析表をラウンド参加予定者に、ラウンド予定前日までに配布する。</p> <p>④インシデントレポート、分析表作成時、可能な限り転倒現場環境の写真の添付、または図を記載する。</p> <p>*ラウンドの視点</p> <p>①患者の状況、転倒発生箇所の環境、転倒の具体的状況、今後の対応の検討</p> <p>②報告書からインシデントの分析表にまとめて主任会担当課長、医療安全管理者へ提出</p> <p>③②のあと、看護課長、医療安全対策ワーキング部会へ提出する</p>

主任会 平成21年6月16日作成、平成24年4月改訂、平成31年3月改訂

東札幌病院における転倒転落予防対策の流れ



平成27年5月作成
令和2年1月改訂

身体行動制限に関するポリシーとその適用

医療法人 東札幌病院

1. 病院としてのポリシー

医療法人東札幌病院においては、医療を受ける患者の自由度をできる限り拡大すること、すなわちQOLを向上させることを基盤にしている。したがって、患者の身体行動制限をしないことを原則としているが、それは常に患者のQOLを重視しながら、事故防止に努める職員のたゆまぬケアによって支えられている。しかし、時には患者の身体の安全を守るために、やむを得ずナースコールマットやベッドの4本柵などを使用することもある。実施にあたっては、患者および家族の理解と承諾を得ることを前提とする。

2. 定義

身体行動制限とは、一般的に「患者の自由な行動を制限するために行われるあらゆる方法であり、用具や薬剤、あるいは物理的な方法を含む。」ものである。

3. 適応

患者の身体行動の制限（ベッドの4本柵やナースコールマット）は、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、実施するようにする。

4. 患者の安全を守るための手段

- 1) 既定の様式で患者の生活自立度のアセスメントをする
- 2) 自立度判定Aに該当する患者から転倒・転落等の危険因子のアセスメント・ツールにそって、身体運動性変調の有無、感覚機能障害の程度、循環動態、薬物の使用状況、精神状態、転倒・転落の経験、睡眠パターン、排泄パターン等の項目についてアセスメントする。
- 3) 標準看護計画にそってケアプランを立案する。

5. アセスメント結果を主治医と相談し、防止策を講じる。

主治医は、患者の安全を守る方法として患者の身体行動の制限（ベッドの4本柵やナースコールマット）等について診療録に記載する。

6. 患者本人及び家族への説明

看護師は、主治医とともに患者の安全を守る方法について、目的・理由・内容・時間・期間等を患者本人、家族に説明し承諾書で承諾を得る。

7. 記録

患者の安全を守るために、ベッドの4本柵やナースコールマットを使用した場合は、アセスメントの結果と使用状況を記録する。

8. ケアの工夫

できるだけ患者に拘束感を与えないで、安全確保をはかるためのケアの工夫を徹底して行う。

9. 解除

患者の安全を守るために、定期的にその必要性とリスクについて評価し、必要ないと判断された場合は、医師の指示の元速やかに制限を解除する。

10. その他の身体行動制限

上記の方法だけでは患者の安全を確保できない身体行動制限の必要が生じたときには、必ず主治医と相談し、医師の指示の元に、可能な限り患者に負担をかけない方法と時間を考慮し、患者および家族の承諾を得て実施するようにする。この場合は看護の責任者である看護部長に直ちに報告する。状況の記録や実施された行動制限に関する検証のため、多職種によるカンファレンスは必ず行うこととする。

付則)

- 1) この基準は厚別老人保健施設ディ・グリーネンにも適用するものとする。

平成 16 年 4 月作成

平成 22 年 6 月改訂

身体行動制限についての承諾書 I

医療法人 東札幌病院

患者 様の現在の状況について、ご理解とご承諾を頂きたくお伺いいたします。

1. 日常生活の自立度は でした。
2. 転倒・転落危険因子アセスメントをいたしましたが、その危険性が高いことが分かりました。
3. アセスメントに基づいて患者さんの安全をまもるために別紙のように看護計画を立案いたしました。
4. 医師とも相談し患者さんの安全をまもるために、一時的あるいは夜間だけベッドの4本柵を使用するか、ナースコールマットの使用の指示ができました。
5. できるだけ患者さんに拘束感をあたえないように、ケアの工夫を継続してまいります。上記の方法をとってもよろしいかお伺いいたします。

年 月 日

主治医 _____

看護師 _____

上記の件について承諾いたします。

年 月 日

氏名 _____

(本人との続柄)

医療法人 東札幌病院

12. 針刺し

1) ワクチンの推進

針刺し切創、体液曝露に關与する血液媒介病原体として、HBV（B型肝炎ウイルス）、HCV（C型肝炎ウイルス）、HIV（ヒト後天性免疫不全症候群ウイルス）が挙げられる。

このうち、ワクチンが使用可能なのはHBVである。

- 医療従事者は、自身のワクチン接種歴・抗体価について把握しておく
- B型肝炎ワクチンの接種歴

2) 手袋の着用

- 採血時
- 傷のある皮膚、粘膜等に接触する場合
- 血液、体液、分泌液と接触する可能性のある場合

3) 安全器材の正しい使用と針捨てボックスの使用

- 針刺し防止のための安全器材を正しく使用する（例：ポート用穿刺針が収納されてカチッと音が鳴るのを確認する）
- 病室等へ針捨てボックスを持参し、鋭利物使用後すぐに廃棄する。リキャップしない。
- 使用後はハザードボックスに廃棄する。



IV. 事故対応マニュアル

1. 輸血

血液型不適合輸血が疑われる場合（発熱、悪寒、血圧低下、ショック、嘔気、呼吸困難、顔面紅潮、胸痛、背部痛、穿刺部位の痛み、全身性の出血、乏尿、無尿、ヘモグロビン尿など。）

1) 初期対応

- 直ちに輸血を中止する。ただし針は抜かない。
- 直ちに医師へ報告し、対応の指示を受ける。
- 病院長、看護部長、薬剤部への報告。
- 患者家族へ説明、対応をする。

2) 原因検索・治療方針決定のための検査：医師の指示を受ける。

3) 治療：医師の指示を受ける。

4) 患者家族への対応：原因を明らかにした上で、対応する。

2. 薬剤関連

1) 注射・点滴投与時に間違いがあった場合

- 誤りに気づいたら、直ちに注入を中止する。
- 患者から指摘があった場合は、状況を把握し直ちに中止する。
- 指示内容と注射・点滴の内容を確認する。（必要に応じて空アンプル等をチェックする）
- すみやかに主治医と、課長に連絡し対応を協議する。
- 夜間であれば、当直医と、当直課長に報告する。患者への影響が大きい場合は主治医・課長、（病院長、看護部長）に報告する。
- 患者には誤薬した薬剤の作用と患者におよぼす影響について説明し、過ちを誠実に認め謝罪する。必要に応じて家族へ連絡をとり、同様の対応を行う。
- 副作用が出現した場合は迅速に対応する。

2) 内服薬投与時に間違いがあった場合

- 誤りに気づいたら、薬剤を回収する。
- 患者から指摘があった場合は、状況を説明し調査する。
- 調剤過誤が疑われた場合は、薬剤課に連絡する。（内線：1130）
- 薬歴一覧表・薬袋・空袋を複数の看護師で確認し、速やかに主治医と各セクションの看護課長に連絡し対応を協議する。主治医と各セクションの看護課長は、薬歴一覧表・薬袋・空袋で再度誤った薬剤の内容を確認する。看護部長・医療安全管理者・病院長に報告する。
- 夜間であれば、当直医と当直課長に報告する。患者への影響が大きい場合は、主治医・各セクションの看護課長（病院長・看護部長）に報告する。
- 患者には誤薬した薬剤の作用と患者に及ぼす影響について説明し、過ちを誠実に認め謝罪する。必要に応じて家族へ連絡を取り、同様の対応を行う。
- 副作用が出現した場合は、迅速に対応する。

3) 処方（あるいは指示）間違いが疑われたら

- 必ず処方した医師に疑義紹介をし、処方内容を確認してから調剤（調整）する。
決して疑問があるまま調剤あるいは注射を実施しない。

4) 調剤過誤が疑われた場合

- 直ちに投与を中止する。
- 主治医に連絡。
- 薬剤課に連絡（内線 1130）
- 調剤録（処方箋）の確認。
- 当該処方薬の調剤に携わった薬剤師に聴取。
- 副作用や解毒に関する情報を収集。
- 可能であれば薬物血中濃度を測定。
- 結果を主治医に連絡。
- 再投与は原因を明らかにしてから行う。
- 薬剤投与が適切であって、かつ患者の症状が薬剤によることが強く疑われる場合は、薬剤課（内線 1130）に連絡する。

5) 患者とり違えが明らかになった場合

- 1) 2) 3) 4) の場合に準ずる。

6) 注射剤を混同した際に混濁または沈殿が現れた場合

- 薬剤課に報告・配合変化の問い合わせを行い、報告書をすみやかに出す。（内線 1130）
- 混濁した注射剤は用いない。（配合変化がどうして起こるのか確認してから廃棄する。）
- 新たに薬剤を取り寄せ、正しくミキシングし直す。

7) 副作用発生時の対処

（与薬後に患者に異常な反応や過量投与の兆候が現れた場合）

- 主治医に連絡し指示を受ける。
- 薬剤が原因と考えられる場合は薬剤投与を中止し、原因を調査する。

チェック項目

- 薬物アレルギーか？
- 予測可能な副作用か？
- 指示間違いの可能性は？
- 薬剤取り違いの可能性は？
- 誤調剤の可能性は？
- 患者取り違えの可能性は？

8) 薬剤の血管外漏出の対処

(1) 薬剤の血管外漏出を防ぐための注意事項

①治療前の患者の体型、皮下脂肪のつき方、Vポートの埋め込み状況から適切な針の選択
(針は、中央材料室に常備)

針の種類：通常 19mmを使用、肥満体型用 25mm、やせ型用 13mm

②正しく針を留置

③安全確実な針の固定

④治療前、使用する薬剤が血管外漏出した場合、どのような症状がでるか患者と情報を共有し、漏れた場合の対処方法を正しく理解する。

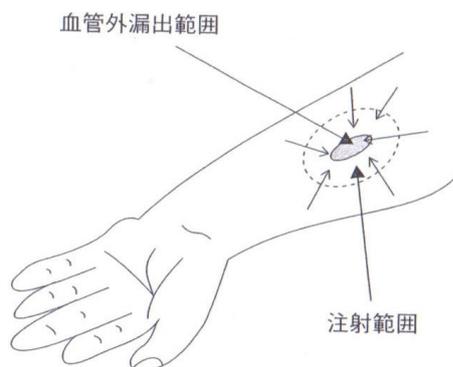
⑤抗がん剤投与前に、逆血確認する。

(2)漏出事象発見後の初期治療が予後に大きく影響するので、速やかに適切な処置を行うこと。

- 血管外漏出の兆候
- 注射局所の灼熱痛
- 注射局所の硬化、肥厚
- 注射筒内に血液の逆流が確認されない。

(3)ステロイドの投与方法

D rより投与指示が出た場合は、図のように使用



ハイコート®4~8mg に
生食を加え全量を 5~10ml に調整。
図の矢印のように皮下投与。

表 薬剤漏出皮膚障害の分類

抗がん剤以外の 薬剤	抗がん剤		
	起壊死性 (Vesicant Drug)	炎症性抗がん剤 (Irritant Drug)	起炎症性抗がん剤 (Non-Vesicant Drug)
漏出によって皮膚壊死、炎症などをおこしうるもの	少量の漏出でも皮膚壊死、潰瘍形成をおこしうるもの	局所に発赤、腫脹を起こすが潰瘍形成までは至らない。大量の漏出では強い炎症と痛みが発生する	多少漏出しても炎症や壊死を生じにくい
製品名	製品名	製品名	製品名
アレビアチン 塩酸ドパミン 塩酸バンコマイシン 造影剤(注7) (イオメロン、イオパミロン、オムニパーク、ガドビスト、ビリスコピン、EOB、プリモビスト、コンレイ、ビジパーク) ドブトレックス ナファモスタット ノルアドレナリン ビーフリード等 (高張ブドウ糖液、アミノ酸製剤等) プロポフォール ボスミン メイロン メクロセート	アドリアシン アブラキサン イダマイシン エクザール オンコビン カルセド コスメゲン ダウノマイシン テラルビシン ナベルビン ノバントロン パクリタキセル ファルモルビシン フィルデシン ブスルフェクス マイトマイシン ヨンデリス	アクプラ アクラシノン イホマイド エンドキサン エルプラット カイプロリス カドサイラ カンプト サイメリン ジェムザール タカルバジン ドキシル(注4) ドセタキセル トレアキシン パラプラチン ビダーザ 5-FU ベルケイド ラステット ランダ マイロターゲ	アルケラン アバスチン アリムタ アービタックス オプチーボ キロサイド サイラムザ サンラビン トーリセル ニドラン パージェタ ハーセプチン ハイカムチン ハラヴェン(注3) ピシバニール ピシバニール ブレオ ベクティビクス ポテリジオ メソトレキセート リツキサン ロイナーゼ ロイスタチン

注1)パクリタキセル、ドセタキセルは商品名の取り違い予防のため院内では一般名で取り扱う

注2)トリセノックス®(三酸化ヒ素)は分類が確立されていない。しかしメーカーには漏出時・注入部位の紅斑疼痛の報告がある

注3)ハラヴェン®は分類が確立されていないが、学会報告にて起炎症性との報告がある

注4)リポソーム製剤であるが、主薬のドキシソルビシンは起壊死性であるため注意が必要である

注5)ソリリスは抗がん剤ではないため分類が確立されていないが、刺激性はないと報告がある

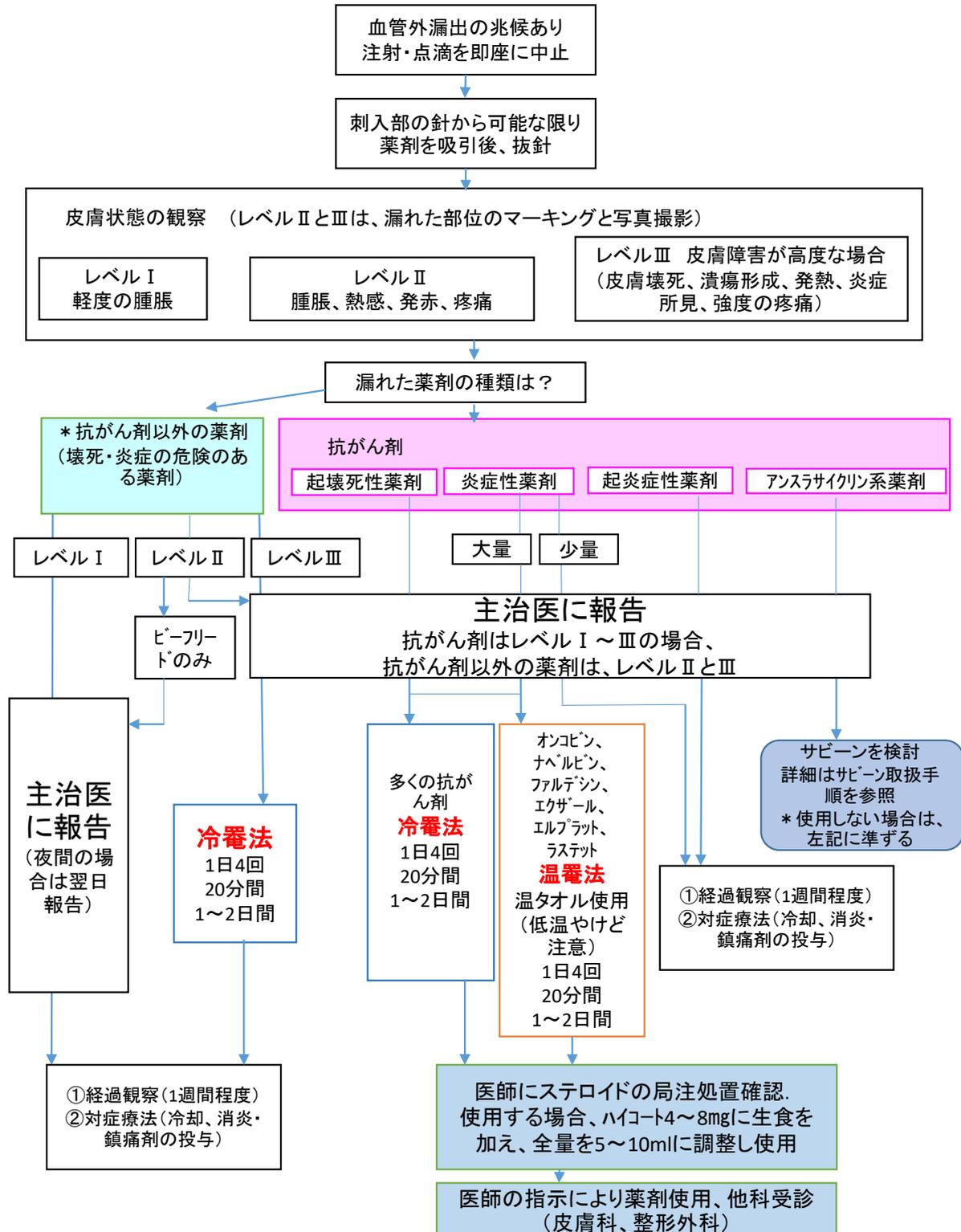
注6)レボホリナートは製剤自体組織壊死作用等はないため、漏出時は併用している抗がん剤の対応に従う

注7)造影剤は成分自体に壊死や炎症作用はないが、多量に漏れることにより起こる可能性がある

表に記載のない薬剤については薬剤課へ問い合わせてください。

薬剤課 2018/4/1 改訂

薬剤血管外漏出時対応のフローチャート



2018年4月1日

9) 抗癌剤が皮膚・シーツ等に付着した場合

- 抗癌剤が傷のない皮膚に付着した場合は、すみやかに流水で洗い流す。
- 目に入った場合は、すみやかに水で洗い流す。眼科受診の必要性は医師に相談する。
- シーツ・衣類に付着した場合は、手袋・マスクを着用して交換し、付着したものは破棄する。

10) 薬剤副作用（アナフィラキシー）対応マニュアル

(1)軽度の場合

体表の掻痒、紅斑、浮腫など、消化器系の症状（嘔気、嘔吐、腹痛など）

- 直ちに薬剤の投与を中止、薬剤で満たされているラインをすべて新しいものに交換し、ラクテックなどの輸液を開始する。
- 医師へ報告、指示を受ける。
- バイタルサイン、症状の変化の観察を頻回に行う。

(2)重度の場合

呼吸の上気道閉塞・窒息（喉頭周囲の浮腫による）・喘息様発作（気管支痙攣による）。

循環・意識混濁・血圧低下・心拍上昇などショック徴候（血管拡張・透過性亢進による循環血液量減少等）。

- 直ちに薬剤の投与を中止し、薬剤で満たされているラインをすべて交換しラクテック等の輸液を開始する。救急カートを傍に配置する。
- スタットコール（630）で、院内放送を2回繰り返す。「スタットコールです。〇〇（場所）」
- 看護師は意識レベル・呼吸状態・血圧・脈拍などバイタルサインの観察を続ける。
- 気道確保（必要があれば直ちに気管内挿管・バッグによる用手換気を行う）
- 可能ならば心電図モニター・パルスオキシメーターの装着。
- 指示により酸素投与。
- 医師の指示により、ボスミンなどの薬剤を使用する。（口頭指示となるので、指示を復唱し間違えないように実施し、記録しておく。複数のスタッフが集まるので役割分担をして必要な処置を行う）
- 家族への連絡を行い、状態を伝えすぐ来てもらう。
- 処置を行いつつ、バイタルサインを観察し、必要な人数でベッドに戻る。

3. カテーテル・チューブ抜去

- 抜去されたカテーテルの先端を確認し、体内残存がないか確認する
- 抜去部の出血や排泄物の有無を確認し、清潔なガーゼなどで圧迫し、速やかに医師へ報告して、指示を受ける。
- 胃瘻の場合、抜去後、医師の指示のもと速やかに穴に合わせた太さのカテーテルを挿入する。

- 胃管の場合、誤嚥していないか、呼吸音、バイタルサインの観察を行う。

4. 心肺蘇生

- 周囲の状況確認、感染防御

傷病者を発見した者（以下「発見者」とする）は周囲の状況をよく把握し、傷病者と自分自身の安全が確保できているかどうかを確認する。可能であれば、手袋等を着用する。

- 意識の確認

傷病者の耳元で肩を軽くたたきながら「大丈夫ですか？」と声をかける。意識障害の傷病者はすべて頸椎損傷の可能性があることを念頭におき、頭部が揺れるほど揺さぶってはならない。

- 人と物を集める。

- 大きな声を出す。ナースコールを使用し人を集める
- スタットコール（630）で人を呼ぶ。
「スタットコールです。〇〇（場所）」を2回繰り返す。
- 救急カート、移動式モニター（西棟外科・外来）を持ってくる。
- 直流除細動器（direct current）を持ってくる。（東棟3階、中央2階、西棟外科病棟）
または自動体外除細動器（AED）を持ってくる。（東棟1階正面玄関）



（東棟1階正面玄関）

意識がないとわかった時点で傷病者の心肺停止も考える。発見者は現場を離れずに病院職員を召集する。（近くにいる人に目を合わせ声をかける）

応援に来たスタッフは、モニター装着、記録係、ルート確保等の役割を分担する。

- B : Breathing 呼吸の確認、人工呼吸

自分の頬を傷病者の鼻・口のところに近づけ、胸郭の動きを見て、呼吸音を聞き、吐息を感じて10秒以内で確認する。呼吸がない、または死戦期呼吸と判断した場合、あるいは呼吸が正常か判断できない場合には心停止、すなわちCPRの適応と判断し、すみやかにCPRを開始する。

□ A : Airway 手動的気道確保

傷病者の普段通りの呼吸を認めるときは、気道確保を行い、応援の救急隊の到着を待つ。気道確保は頭部後屈・下顎挙上で行う。頸椎保護を常に念頭におき、頸部外傷が疑われる時は下顎挙上法で行うほうがよい。呼吸が認められなくなった場合にはただちに CPR を開始する。

- CPR 開始：胸骨圧迫を開始する。傷病者を仰臥位に寝かせて、救助者は傷病者の胸の横にひざまずく。可能ならば背板などの硬い物の上で CPR を行う。

成人心停止傷病者では胸骨のした半分を 5 cm (ただし 6 cm を超えない) の深さで、1 分間あたり 100~120 回のテンポで、中断を最小限にして行う。毎回の胸骨圧迫の後で完全に胸壁が元の位置に戻るよう圧迫を解除する。ただし、完全な圧迫解除のために胸骨圧迫が浅くならないよう注意する。

疲労による胸骨圧迫の質の低下を最小とするために、救助者が複数いる場合には、1~2 分ごとを目安に胸骨圧迫の役割を交代する。交代に要する時間は最小にする。

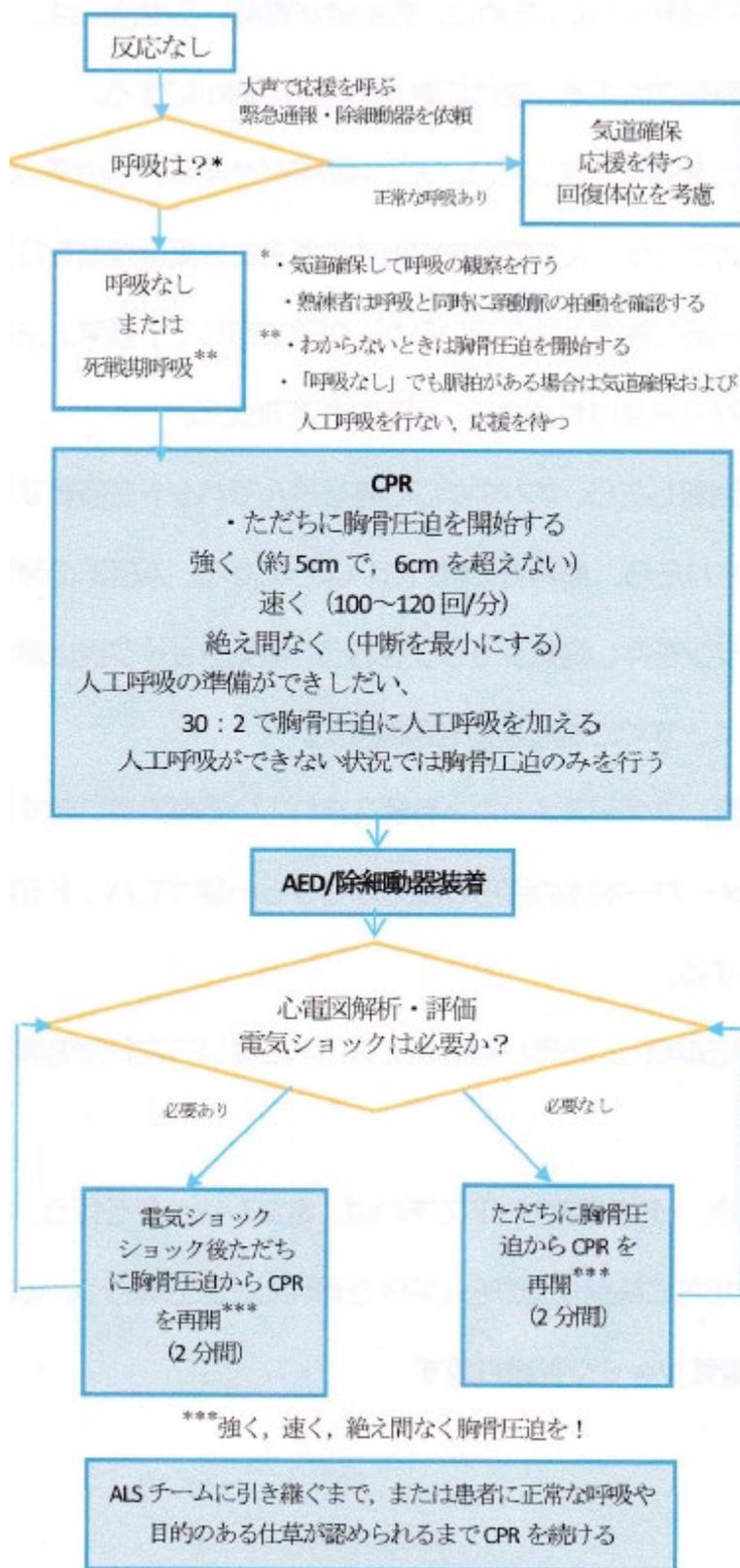
- 気道確保：人工呼吸用デバイスの準備ができたい、人工呼吸を開始する。この場合、胸骨圧迫と人工呼吸を 30 : 2 の比で行う。人工呼吸を実施する場合には気道確保を行う必要がある。気道確保は頭部後屈—あご先挙上法を用いるが、必要に応じて下顎挙上法を行う。下顎挙上法のみで気道確保ができなければさらに頭部後屈を加える。

- AED : CPR を開始し、AED が到着したら、すみやかに心臓を挟んでパッドを装着する。AED によるリズム解析が開始されたら、傷病者に触れないようにする。AED の音声メッセージに従って、ショックボタンを押し電気ショックを行う。電気ショック後は脈の確認やリズムの解析を行うことなく、すぐに胸骨圧迫を再開する。

前胸部に ICD (植込み型除細動器) やペースメーカーを植込まれている傷病者に対する電気ショックでは、ICD やペースメーカー本体の膨らみ部分から 3 cm 避けてパッドを貼付し、すみやかにショックを実施する。

- 応援の医師が到着するまで CPR を継続し、医師が到着したら指示に従い二次救命処置を開始する。

マニュアル除細動器を用いる場合、VF/無脈性 VT であれば、電気ショックを行う。電気ショックを 1 回実施したら、ただちに胸骨圧迫から CPR を再開し、2 分間行う。以後 2 分おきに、ECG 波形の確認と電気ショックを繰り返す。



医療用一次救命処置 (BLS) アルゴリズム

「JRC 蘇生ガイドライン2015 オンライン版」一部改変

平成27年5月作成

平成29年3月改訂

5. 転倒・転落

1) 転倒、転落事故対応マニュアル

(1) 患者の状態把握

- 意識レベル確認
- バイタルサインチェック
- 外傷、皮膚状態チェック
- 上肢、下肢随意運動の確認
- 感覚チェック：頭部・顔面・上肢・下肢・体幹
- 疼痛チェック（骨転移のある患者は特に要注意）

(2) 救急対応（必要に応じ）

- スタットコール（630）：人材を招集する
- 応急処置：外傷処置、骨折が疑われる場合は整形外科の受診
- 移送：ストレッチャー、車椅子、歩行
- 検査：レントゲン、CTなど指示による

(3) 転倒・転落状況把握

- 転倒転落防止策を実施している場合は対策の見直しと評価を行う
- 未実施の場合は、【11.転倒転落防止】のリスク患者の把握からアセスメントしていく

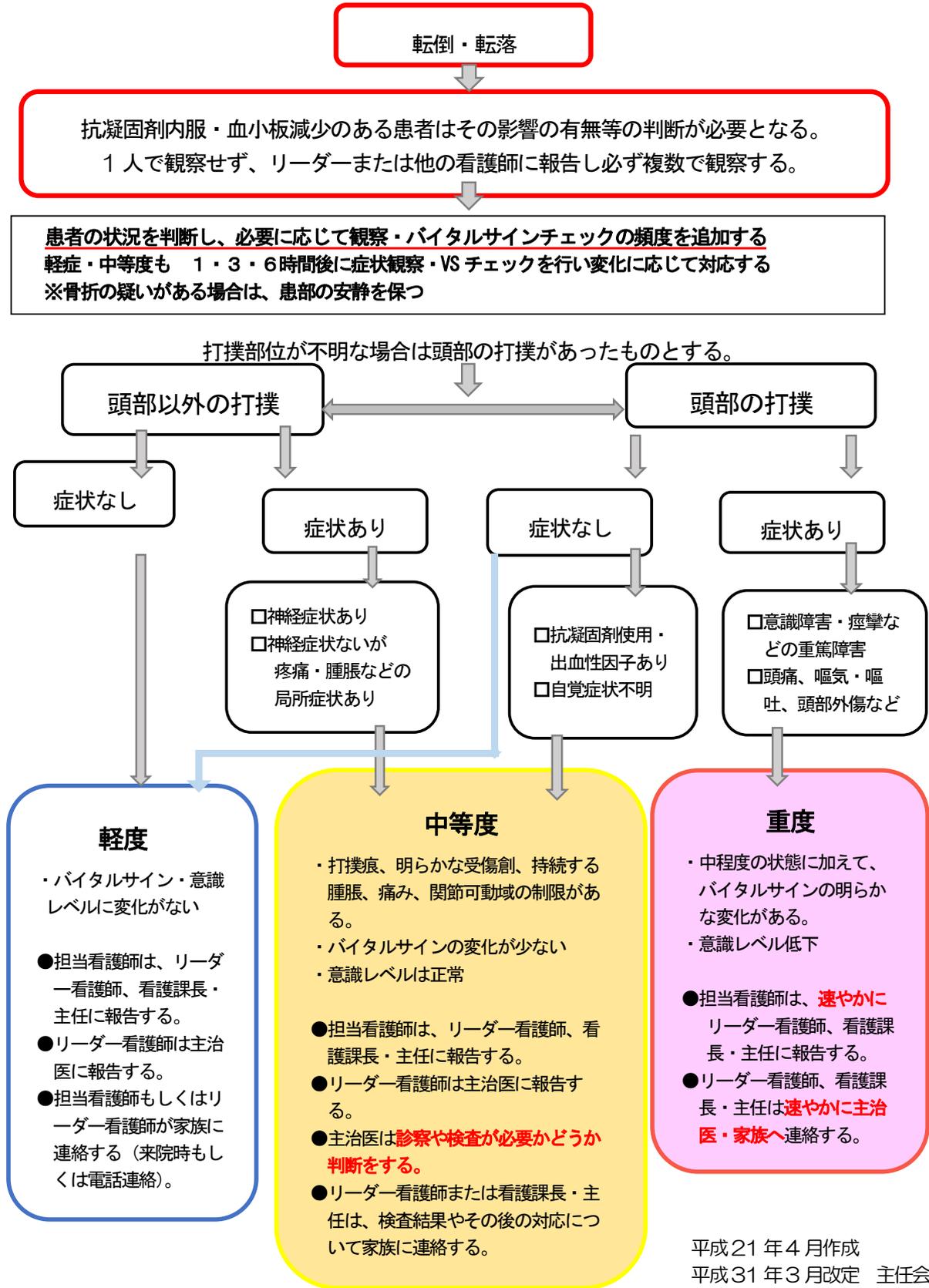
(4) 状況の報告

- 看護課長、主治医へ報告
- 他の看護師と情報を共有
- 患者、家族に説明

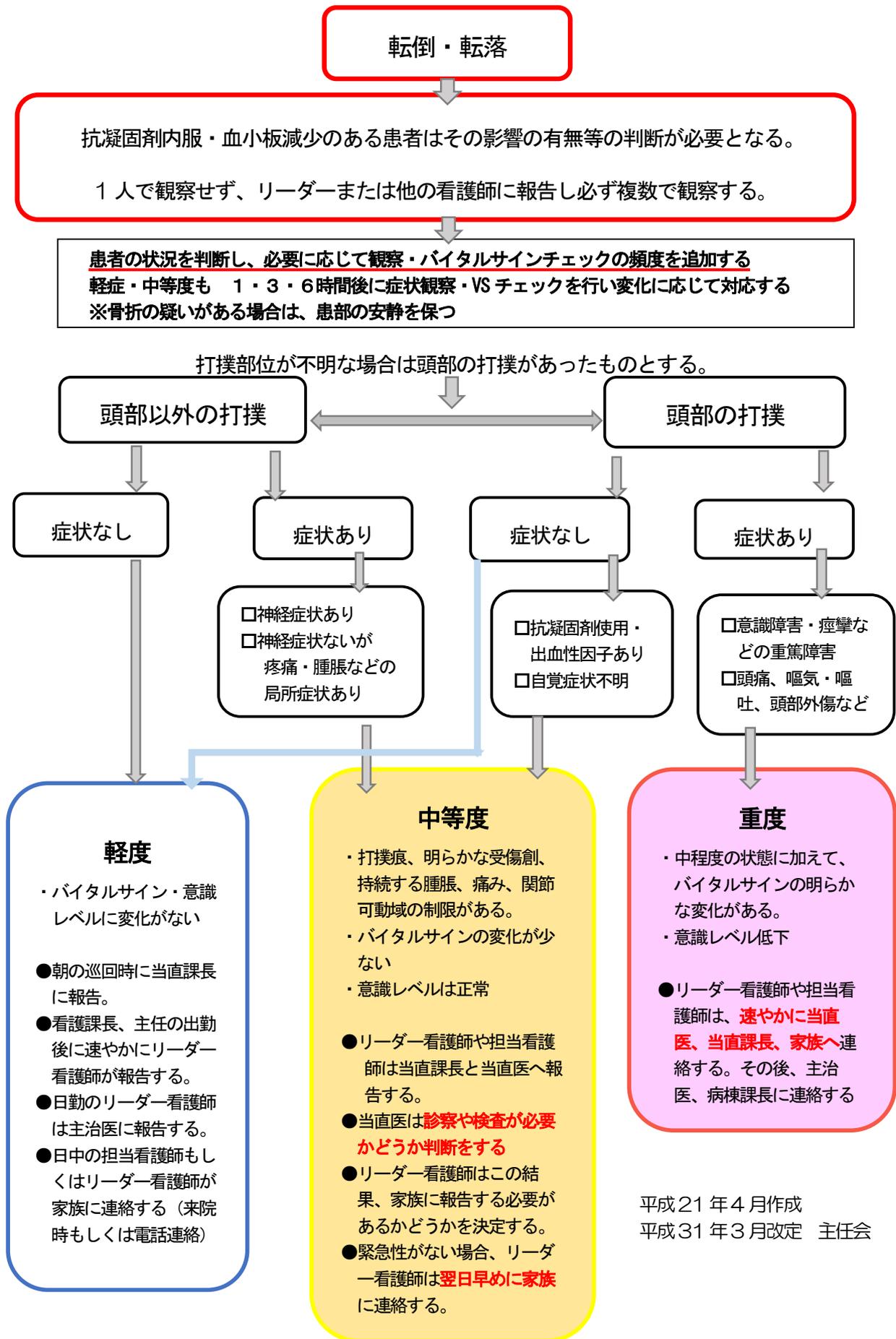
(5) 事後速やかに

- インシデントレポート作成と提出
- 転倒転落防止原因の分析と再発防止に向けてセクションで話し合う

転倒・転落のインシデント発生時の報告基準 (平日・日勤)



転倒・転落のインシデント発生時の報告基準 (夜間・休日)



6. 自殺（自傷）事故

（1）初動体制

- 自殺（自傷）事故が発生した場合は、医師、看護師等の連携の下に、患者に対する最善の処置をおこなう。救急処置においては、必要時スタットコールを使用する。

スタットコール：電話（内線 630、631）

「スタットコールです。〇〇病棟〇〇号室へお願いします。」

2回繰り返す。

（2）報告手順

- 自殺（自傷）事故が発生したら直ちに報告する。

発見した職員→所属課長・主治医→所属部長→院長

※特に緊急的な対応が必要な場合は、部長もしくは院長に報告する。

- 発見した職員は、口頭での報告した後、インシデントレポートによる報告を行う。

（3）警察への届出

- 死亡が確認された場合には、院長は速やかに所轄警察署に届出を行う。

- 警察署に届出を行う場合は、原則として事前に家族に説明を行う。

（4）自殺（自傷）事故の現状保存

- 医療処置（蘇生）を必要とする場合を除いては、できる限り現状を保存した状態で警察の検視を受ける。

（5）家族への対応

- 家族に対する説明等は、原則として病院幹部（院長、部長等）が対応し状況に応じ、担当医師・看護師・MSW等が同席して対応する。

（6）事実経過の記録

- 患者の状況、処置の方法、家族への説明内容等を診療録、看護記録等に詳細に（事実を客観的かつ正確に）記載する。

（7）自殺（自傷）事故の評価と事故防止への反映

- 自殺（自傷）事故が発生した場合、委員会において、事故の原因分析など、以下の事項について評価検討を加え、その後の事故防止対策への反映を図るものとする。

ア 医療事故報告に基づく事例の原因分析

イ 発生した事故について、組織としての責任体制の検証

ウ その他、医療事故防止に関する事項

平成 18 年 8 月 1 日施行

7. 盗難事故

（1）入院時の説明

- 入院時のオリエンテーションの際、現金・貴重品の持ち込み自粛、保管は原則セーフティーボックスに入れ施錠することを説明する。

（2）盗難発生時

- 盗難前後の状況・盗難物品の内容を確認し所属長に報告する。

- 所属課長は患者に警察への被害届の希望を確認し、所属部長に報告する。
- 被害届の希望がある場合は、総務課を通して白石警察署に連絡する。

8. 異物誤飲

- (1) 現在の状態観察をする（バイタルサイン・意識レベル、嘔吐・下痢の有無）
- (2) 何をいつ、どれだけ飲んだかを情報収集
- (3) (1)(2)を医師へ報告し、指示を施行する。

①洗濯用洗剤・台所用洗剤

多量に飲んだ場合、吐かせるよりも胃洗浄が望ましい。

激しい下痢や嘔吐が現れた場合、輸液によって体液及び電解質のバランスをとるなど臨床症状に応じた対処療法をとる。

②台所用漂白剤（塩素系、液体）

水かちオ硫酸ナトリウム（ハイポ）溶液で注意深く胃洗浄する。

ただし、胃洗浄は、誤飲量と口腔・咽頭粘膜の損傷の有無によって判断する。水酸化アルミニウム、マグネシウム乳液の投与は緩和な制酸、吸着、鎮痛、下剤として有効
×重炭酸ナトリウム（重曹）などの炭酸塩の服用は、炭酸ガスが発生するので避ける。
酸性の中和剤を用いてはならない。中和熱が発生して、損傷を更に悪化させる。

吐かせてはいけない。

③身体洗浄剤

多量に飲んだ場合、吐かせるよりも胃洗浄が望ましい。

激しい下痢や嘔吐が現れた場合、輸液によって体液及び電解質のバランスをとるなど臨床症状に応じた対処療法をとる。

必要に応じ、酸素吸入、対処療法を行なう。

けいれんが起こった場合、非経口的にバルビツール塩を短期間に投与する。

9. 無断離院

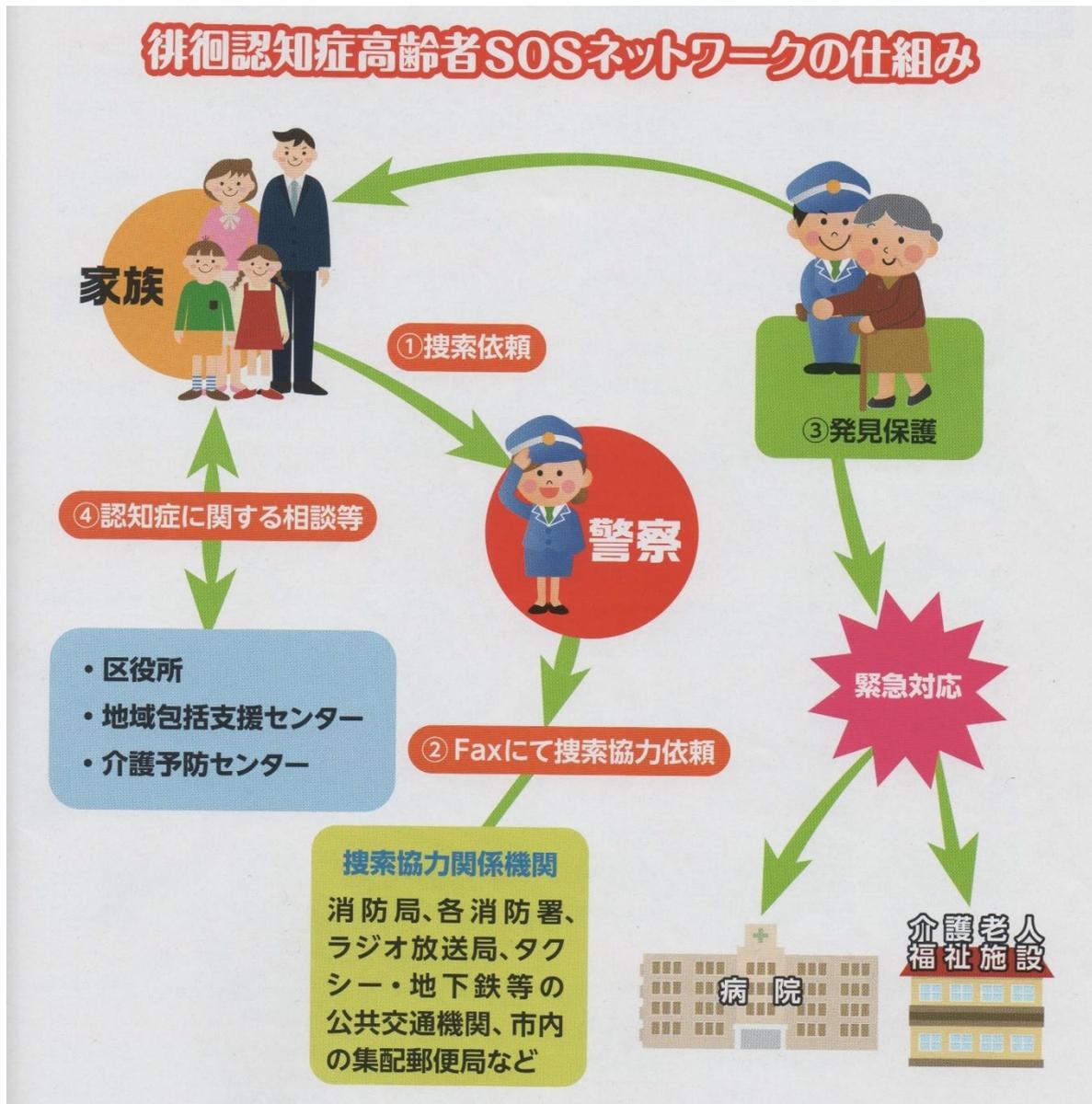
(1) 入院時の説明

- 入院時のオリエンテーションの際、外出・外泊は主治医の許可が必要であることを説明する。

(2) 無断離院発生時

- 患者の無断外出に気付いたら、直ちに病棟・院内を捜す。
- 見つからない場合は、病棟課長・主治医・病棟医長に報告する。
- 家族等に連絡し帰宅の有無を確認する。
- 帰宅の確認ができない場合は事務部に連絡し捜索の応援要請をする。
- 病院長・看護部長に報告し警察への届出については家族と相談のうえ対応する。
 - ・認知症高齢者の患者の場合、札幌市の徘徊認知症高齢者 SOS ネットワーク事業（消防署、タクシー、地下鉄などの公共交通機関、郵便局、ラジオ局等の協力を得て、すみやかに捜索、保護するシステム）を活用することができるので、家族と相談する。

- 申込みは、徘徊認知症高齢者 SOS ネットワーク連絡票の内容に沿って、白石警察署（電話011-814-0110）に連絡する。



徘徊認知症高齢者 SOS ネットワーク連絡票

警察に連絡するときはこの順にお伝えください。

連絡年月日		平成	年	月	日	(曜日)	午前・午後	時	分			
届出者 (願出人)		氏名							電話			
		住所										
		連絡先							電話			
所在不明者	氏名	(旧姓)										
		(男・女)										
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(歳)						
	住所	区										
		(この住所には、いつから)										
	身体特徴等	身長:	cm位	顔型:	卵・丸・面長・角・()	体格:	太・中・細・()	頭髪:	長・短・()	色:	黒・白髪・()	その他の特徴 ()
	服装	上衣	履物						cm	下衣		
所持金荷物	住所メモや敬老手帳などを (持たせている・持たせていない)											
会話	名前が	言える・言えない	住所が	言える・言えない								
所在不明年月日	平成	年	月	日	(曜日)	午前・午後	時	分	頃			
所在不明時の天候	晴れ・曇り・雨・大雨・雪・吹雪・みぞれ・その他											
所在不明時の状況												
外出時の行動特徴	(例: タクシーに乗り移動する傾向あり)											
かかりつけ医療機関												
過去の徘徊歴発見場所等												
保健師等への相談希望	希望する ・ 希望しない											
捜索協力機関への依頼希望	希望する ・ 希望するが匿名 ・ 希望しない											

※ ご家族で発見された場合又は帰宅した場合は、必ず管轄する警察署の生活安全課まで連絡してください。

10. 針刺し事故（院内感染対策マニュアルも参照）

＊院内におけるすべての医療従事者が対象

1) 受傷直後

- 直ちに流水で洗浄する。（創部の血液の搾り出しはしない。応急処置が難しい場合は外科受診する）
- 汚染源の感染症の確認をする。
- 所属長に報告する。夜間・休日は当直課長に報告する。
- フローチャートに沿って対応する。（フローチャート参照）
- 外来受診して、必要な採血をする。
- 汚染源の感染症がすべて陰性の場合は経過観察とする。
- 感染症の検査は不能または、感染症のある場合は受傷者の血液検査をする。
（HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体、HIV抗体）
- 感染源のHBs抗原が陽性、受傷者のHBs抗原、HBs抗体が陰性の場合はHBIG（ヘブスブリンH）5mlを48時間以内に静脈注射する。
- 感染源のHIV抗体陽性時は、2時間以内に予防内服する。
- HCV抗体陽性の場合は直後の対応は不要
- インシデントレポートを作成する。
- 所属長より医療安全管理部門、感染制御部に報告をする。
- 総務課へ労災の手続きをする。
- 汚染時や廃棄針での受傷など不明な場合HBs抗原/抗体及び肝機能検査（6ヶ月まで毎月）

2)被爆した時の処置方法

(1)指・皮膚に付着した場合

- 中性洗剤で洗浄する：汚染箇所にふりかけ、水でぬらし、ハンドブラシでよくこすりながら大量の流水で十分洗い流す。（過度に激しくこすって皮膚を痛めないように注意する）
- 洗浄後、ハンドフットクロスモニターで測定し、異常なしのレベルになるまで上記の方法を繰り返す。

(2)衣類が汚染した場合

- 衣類は汚染検査を行い、放射性物質に汚染したものはRⅠ室の専用の廃棄箱に廃棄する。（RⅠ室から持ち出さない）
- 汚染物の処理方法はRⅠ担当者の指示に従う。

V. 救急カートの整備・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、救急カート内備品の統一を行う。
- 2) 管理責任者を明確にし、緊急時に常に迅速で安全に使用できる救急カートの整備・管理の基準を示す。

2. 収納物品

- 1) 薬品・物品は、院内統一とする。
- 2) 指定された薬品・物品を引き出しに収納する。

3. 設置方法

- 1) 救急カートは、ナースステーション内または職員の監視下となり、すぐ稼働できる場所に設置する。
- 2) 除細動器は、東棟3階・中央棟2階・西棟外科病棟に配置し、救急カートの上もしくはは並列して設置する。

4. 救急カートの使用および管理方法

- 1) 点検済みと記載したマグネットシートを全面に貼り、使用の際ははずす。
- 2) 救急カートを使用した時は、使用後に点検をする。
- 3) 定期的に点検し、点検後は、点検済みと記載したマグネットシートを前面に貼る。
- 4) 定期的な点検者は、各セクションの看護課長が定めた者とする。また、薬品の点検は、薬劑課課長が定めた薬劑師も行うこととする。
- 5) 管理責任者は、各セクションの看護課長とする。
- 6) 救急カートの点検は、「救急カート薬品定数チェック表」「救急カート物品定数チェック表」に基づいて行う。点検頻度は、原則週1回とし、点検後は、点検者・管理責任

者がチェック表にサインする。

- 7) 「救急カート薬品定数チェック表」「救急カート物品定数チェック表」は、「院内共有フォルダ」の「医療安全」「救急カート」のフォルダから印刷して使用する。
- 8) 救急カートの収納順番は下記の通りとする。

棚	収納内容
トップテーブル	除細動器（東棟3階・中央棟2階・西棟外科）
1 段目	薬品
	救急カート物品一覧に準ずる
最下段	輸液
カート側面	心肺蘇生用背板

*ただし、1 段目に薬品が収まりきらない場合のみ、2 段目にも薬品を置いてもよいこととする

5. その他

原則として、救急カートに施錠はしない。ただし、夜間休日に職員が不在となる場所の救急カートに関しては、夜間休日のみ施錠することとする。

VI. 報告・連絡先

1. 電話番号表

- 施設・設備に関すること施設管理課課長（1159、PHS965）
- 盗難・傷害に関すること総務課長（1174）
夜間・休日は守衛（1170）または、
当直看護課長（看護師当直室 1401，PHS919）
当直医師（医師当直室 1419，PHS）

平成 14 年 7 月 1 日作成
平成 16 年 4 月 1 日改訂
平成 18 年 10 月 1 日改訂
平成 19 年 4 月 1 日改訂
平成 20 年 4 月 1 日改訂
平成 21 年 4 月 1 日改訂
平成 22 年 4 月 1 日改訂
平成 23 年 4 月 1 日改訂
平成 24 年 4 月 1 日改訂
平成 25 年 6 月 1 日改訂
平成 26 年 4 月 1 日改訂
平成 27 年 4 月 1 日改訂

平成28年 4月1日改訂

平成29年 4月1日改訂

平成30年 4月1日改訂

平成31年 4月1日改訂

令和 2年 1月1日改訂

令和 2年 7月1日改訂

医療法人 東札幌病院 医療安全管理対策委員会