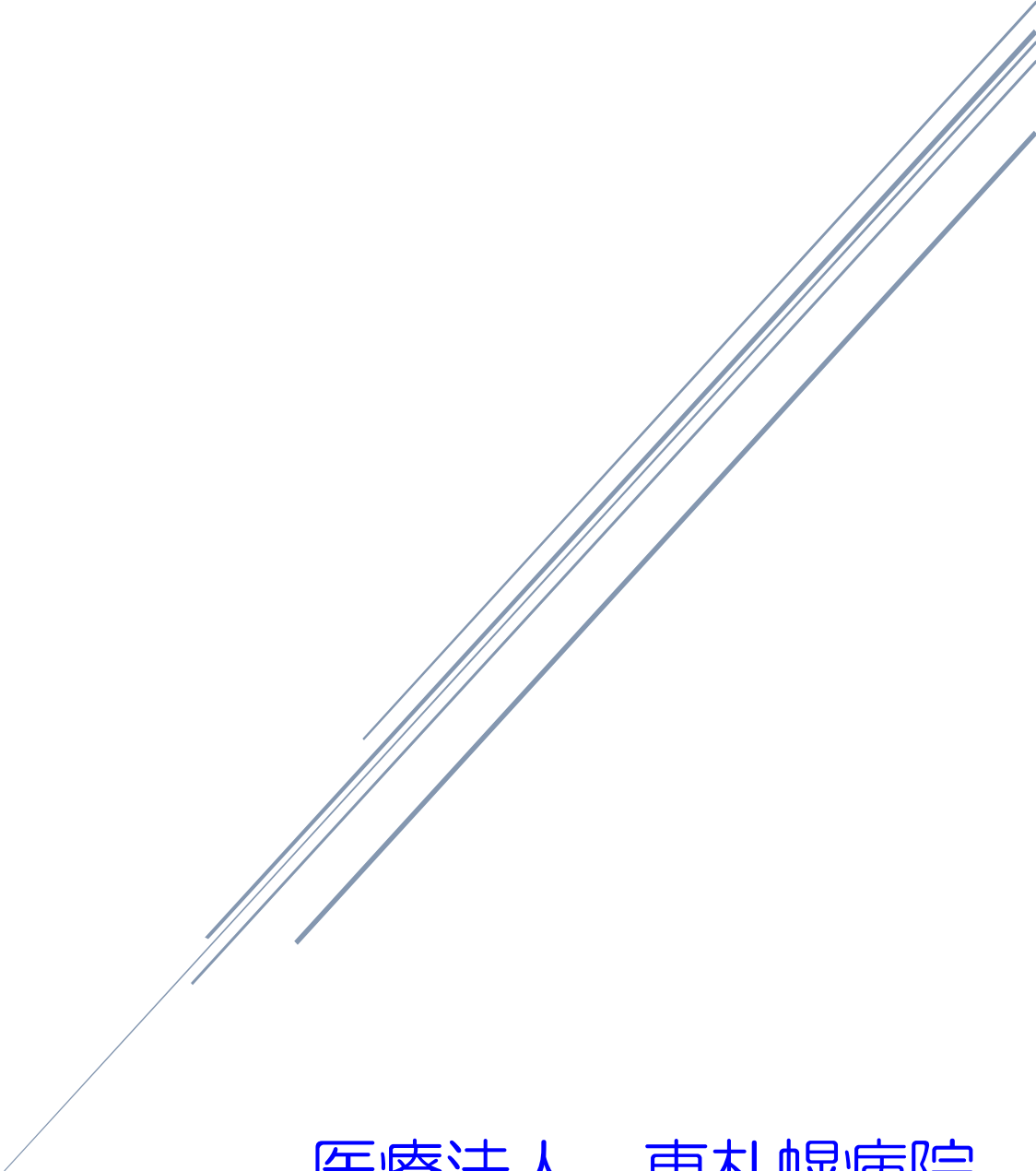


医療安全管理マニュアル



医療法人 東札幌病院
2025/10/1 改訂

目 次

I.	はじめに	5
II.	医療安全管理体制	5
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	5
2.	医療安全管理対策委員会規程	6
3.	医療安全管理部門規程	7
4.	医療事故調査委員会規程	10
5.	第三者による医療事故調査委員会規程	12
6.	用語の定義	13
7.	インシデントレポートの記載について	14
8.	インシデントレポートで報告すべき内容	15
9.	インシデントのレベル	16
10.	インシデントレポート報告の流れ	16
11.	医療安全に関する報告体制と初期対応・フローシート	17
12.	重大医療事故発生時の対応	18
13.	医療事故等の公表基準	25
14.	医療に起因すると疑われる死亡事例把握のための体制	27
III.	事故防止のためのチェックポイント	30
1.	患者確認	30
2.	注射・点滴	32
	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) 高カロリー輸液投与にあたっての注意点	
	7) 抗癌剤投与にあたっての注意点	
3.	口頭指示	35
4.	内服薬与薬	36
	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) 内服管理基準	
5.	危険薬の誤投与防止	38
	1) 危険薬の定義	
	2) カリウム製剤の安全管理	

3)	糖尿病治療薬・膵臓ホルモン剤の安全管理	
4)	精神神経用剤（睡眠導入剤を含む）	
5)	医療用麻薬	
6.	輸血	49
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	
7.	手術関連	50
8.	検査関連	51
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（画像検査等）	
5)	MR Iでの注意事項	
6)	内視鏡検査での注意事項	
9.	チューブ・ドレーン類の管理	54
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・ルートの誤接続防止の対策	
10.	輸液ポンプ・シリンジポンプ	58
1)	シリンジポンプ	
2)	輸液ポンプ	
11.	人工呼吸器	60
12.	転倒・転落防止	61
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)	転倒リスクが高いが、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	
	身体行動制限をせざるを得ない場合の手順	
13.	針刺し	71
14.	アナフィラキシー	71

1) アナフィラキシーの診断基準	
2) 薬剤アレルギー	
3) 食物アレルギー	
4) ラテックスアレルギー	
5) アナフィラキシーの対応	
15. 診断・治療の見逃し・遅延防止	79
1) 画像の読影レポートの確認に関する安全対策	
2) 入院時の頭部外傷見逃し防止対策	
3) 検体検査異常時（パニック値）報告システム	
4) 病理診断報告書の報告システム	
16. 作業環境	82
1) 作業環境	
2) 作業中断	
17. 急変発生時の対応方法	83
1) スタットコール	
2) 急変対応コール（Rapid Response System：RRS）	
IV. 事故対応マニュアル	85
1. 輸血	85
2. 薬剤関連	85
薬剤漏出皮膚障害の分類、薬剤血管外漏出時対応のフローチャート	
3. カテーテル・チューブ抜去または切断	91
4. 採血・注射・点滴行為における末梢神経損傷	92
5. 心肺蘇生	92
6. 転倒・転落	95
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）	
7. 自殺（自傷）事故	98
8. 盗難事故	99
9. 異物誤飲	99
10. 無断離院	100
11. 針刺し・切創・皮膚・粘膜曝露時の対応（院内感染対策マニュアルも参照）	103
12. 放射線物質による汚染事故	114
V. 救急カートの整備・管理基準	115
1. 目的	
2. 収納物品	
3. 設置方法	
4. 救急カートの使用および管理方法	
5. その他	
VI. 病理解剖・Ai 時の対応	117
1. 対象	117

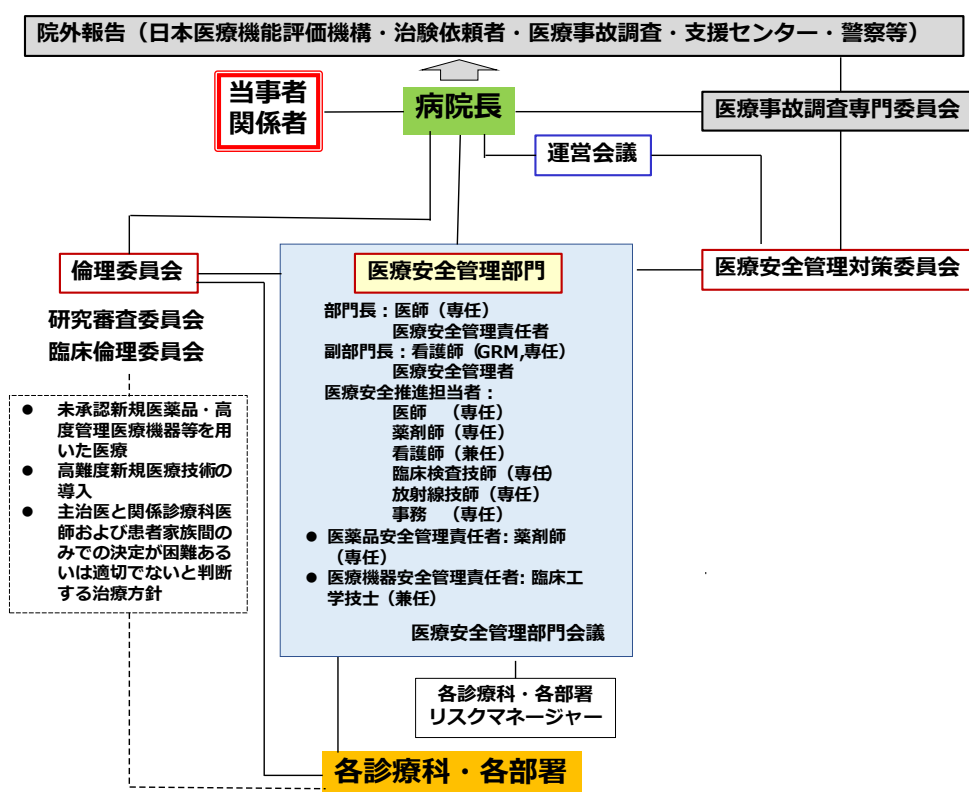
2. 医療事故発生時（疑われる場合を含む）の病理解剖・Aiの説明	117
3. 病理解剖の依頼	118
4. Aiの依頼	119
5. その他の対象	120
 VII. 報告・連絡先	 126
 別紙1. 抗血栓薬の消化器内視鏡検査、治療時の取扱い	 127
別紙2. 中心静脈ポート留置時の抗凝固薬・抗血小板薬の中止・再開の目安	128
別紙3. 血栓リスク評価の手順	129
別紙4. 画像検査（特に造影剤投与）に係わる院内基準	132
別紙5. コード造影剤使用時、ビグアニド系糖尿病治療薬休薬	134

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任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、医療技術部部長兼薬局長、看護部部長、事務部部長、医療安全管理部門部門長、医療安全管理者、各部署医療安全推進者、各部署リスクマネージャー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、副委員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
令和5年8月1日改訂
令和7年4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) 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書の作成。それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果の記録
 - (2) 医療安全管理対策委員会との連携状況の記録
 - (3) 医療安全に関する教育研修の企画・運営・実績の記録
 - (4) 患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取り扱いの記録
 - (5) 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）
 - (6) マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
 - (7) 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
 - (8) 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）

- (9) 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）
- (10) 医療安全管理に係る連絡調整
- (11) その他の医療安全管理者の活動実績の記録
- (12) 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催。

医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加する。

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。

（医療安全管理責任者の配置）

第2条 医療安全管理推進のため、医療安全管理部門に医療安全管理責任者を置く。

- 1 医療安全管理責任者は、医療安全に関する十分な知識を有する者であり、医療安全に関わる担当者を指揮する。
- 2 医療安全管理責任者は、病院長が任命する。
- 3 医療安全管理部門の業務内容を把握する。
- 4 医療安全に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - 一 医療安全管理部門会を統括する。
 - 二 病院長の指示を受けて必要時開催される事例対応会議、事故調査委員会等を運営する。
 - 三 医療安全管理部門の活動を管理し、各部門との緊密な連絡・連携をとり、情報収集・提供および医療事故対策の周知をはかるよう努力する。
- 5 医療安全管理責任者は、4の業務を遂行するために、以下の権限を有する。

医療安全に係る業務を統括し、また医療事故時の指示・命令に関する全ての権限を有する。

（医療安全管理者の配置）

第3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 定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策実施状況を把握・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こと。
 - 三 各部門におけるリスクマネージャーへの支援を行う。
 - 四 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
 - 五 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の企画・実施。
 - 六 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援する。
 - 七 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。
- 4 医療安全管理者は、3の業務を遂行するために、以下の権限を有する。
 - 一 全職員に対して医療安全に関連した調査や教育・指導ができる。
 - 二 患者情報の自由閲覧ができる。
 - 三 医療事故発生時の発生現場において調査することができる。
 - 四 問題提議が必要な場合、各委員会へ臨時で出席することができる。
 - 五 インシデントレポート等の提出に関する教育と指導を行うことができる。

（医薬品安全管理責任者の配置）

第4条 医薬品の使用に係る安全管理のため、医療安全管理部門に医薬品安全管理責任者を置く。

- 1 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施を行う。
- 2 医薬品の安全使用のための研修を実施する
- 3 医薬品の安全使用のための情報の収集、医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を実施する。

（医療機器安全管理責任者の配置）

第5条 医療機器の安全使用のため、医療安全管理部門に医療機器安全管理責任者を置く。

- 1 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検を適切に実施する。
- 2 医療機器の安全使用のための研修を実施する。
- 3 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策を実施する。

（医療安全推進担当者の配置）

第4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、薬剤課、生理

機能検査課、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

令和3年3月1日改訂

令和5年8月17日改訂

令和7年4月1日改訂

4. 医療事故調査委員会規程

第1条 目的

医療法人東札幌病院で発生した重大な医療事故について、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。また、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場合は、医療法第6条の10に従い、院内医療事故調査を行う。

第2条 活動内容

医療事故調査委員会（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、副院長、看護部部長、事務部部長、医療技術部部長兼薬局長、医療安全管理責任者、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 調査資料と事故調査報告書

- 1 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 事故調査報告書は、病院長、医療安全管理対策委員会、運営会議に提出する。
- 3 病院長は、対象事例の患者家族に対し、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。
- 4 病院長は、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事故の場合、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。
- 5 2、3、4以外の用途で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。
- 6 患者家族から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

令和3年3月1日改訂

令和7年4月1日改訂

5 第三者による医療事故調査委員会規程

第1条 目的

発生した重大医療事故について、医療法人東札幌病院外部の有識者が、再発防止のために医療事故等の事実関係を調査確認するとともに原因を究明し、その改善策について審議し、病院長に報告を行うことで、医療の安全確保を資することを目的とする。

第2条 活動内容

第三者による医療事故調査委員会は、院内の医療事故調査委員会による事故調査報告書をもとに、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、病院長が委嘱する関連分野の外部有識者数名をもって構成する。
- 2 外部の有識者の専任に当たっては、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。
- 3 委員長が必要と認めたときは、委員以外の者を会議に出席させ、その意見を聴くことができる。

第4条 委員長

- 1 委員長は、第1回目の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 調査資料と事故調査報告書

- 1 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 事故調査報告書は、病院長、医療安全管理対策委員会、運営会議に提出する。
- 3 病院長は、対象事例の患者家族に対し、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。

- 4 病院長は、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事故の場合、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。
- 5 2、3、4以外の用途で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。
- 6 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。

第6条 守秘義務

医療事故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。

令和3年3月1日施行

6. 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。

7. 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

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 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」
- (4) 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）

- (5) 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
- (6) 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
- (7) 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）
- (8) 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

8. 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

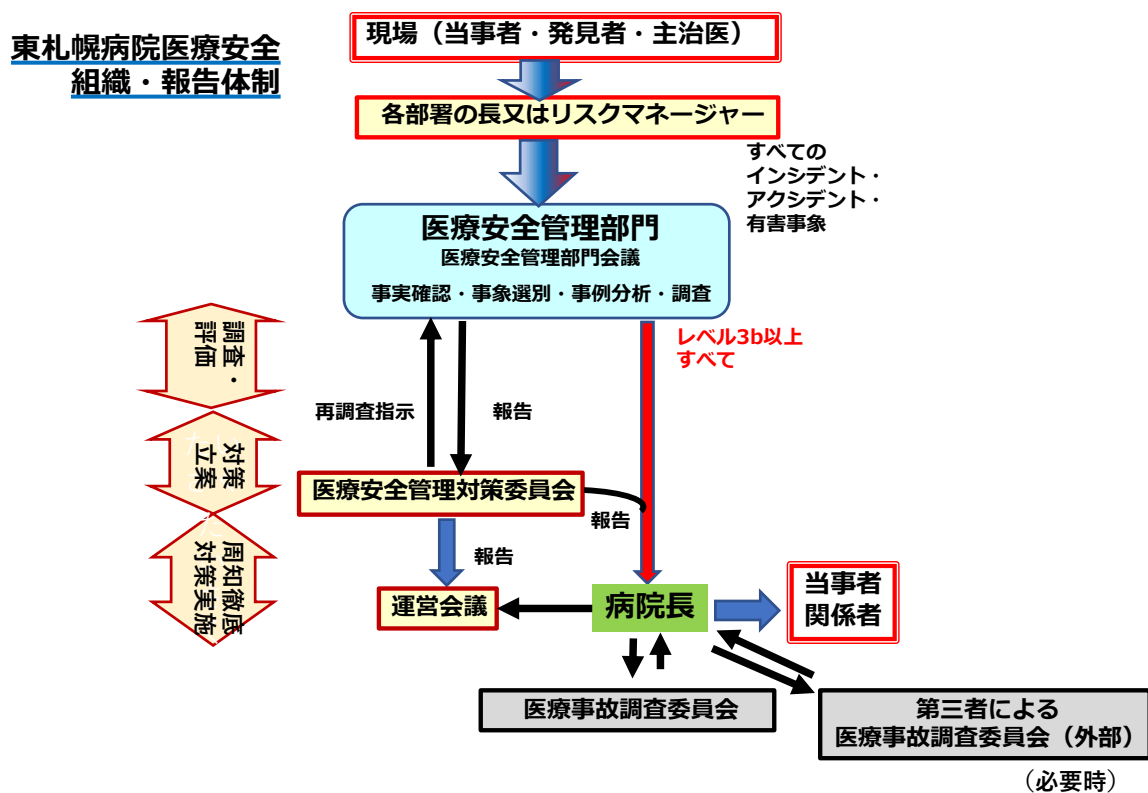
[報告者レベル] [表題] [概要] [発生日時] [発生場所] [当事者情報] [他当事者情報] [当事者以外の関連職種] [患者ID] [患者年齢] [性別] [診療科] [疾患名] [来院区分] [患者の心身状態] [インシデント発生要因] [事例が発生した背景・要因] [その後の対応（診察・処置・検査・看護・報告・患者家族への説明）] [再発防止に向けての対策] [セクションでの話し合いの結果]	報告書番号：
--	---------------

令和元年8月1日改訂

9. 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）
- その他 : 原疾患の自然経過によるもの
- その他

10. インシデントレポート報告の流れ

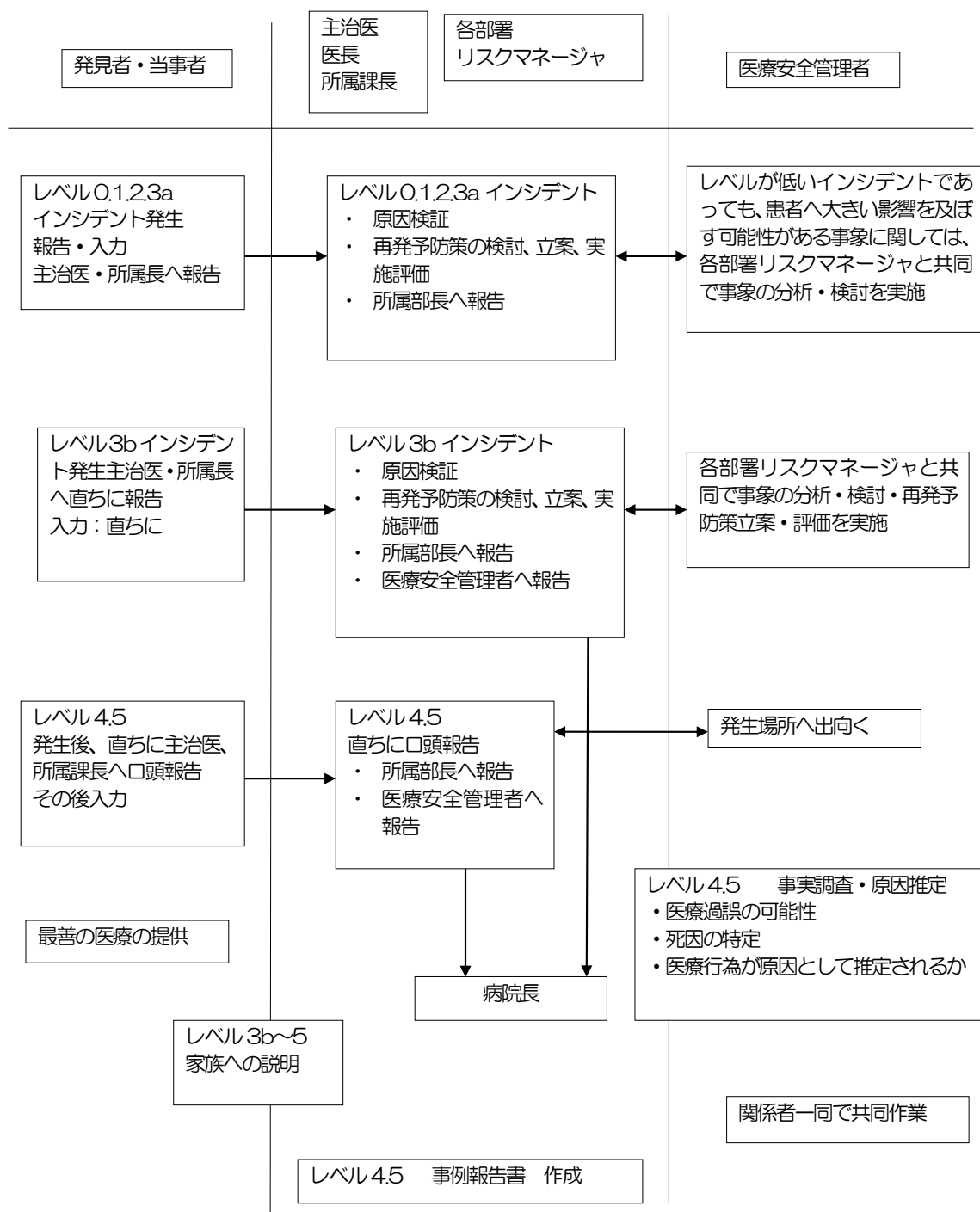


11. 医療安全に関する報告体制と初期対応・フローシート

＜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＞



12. 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

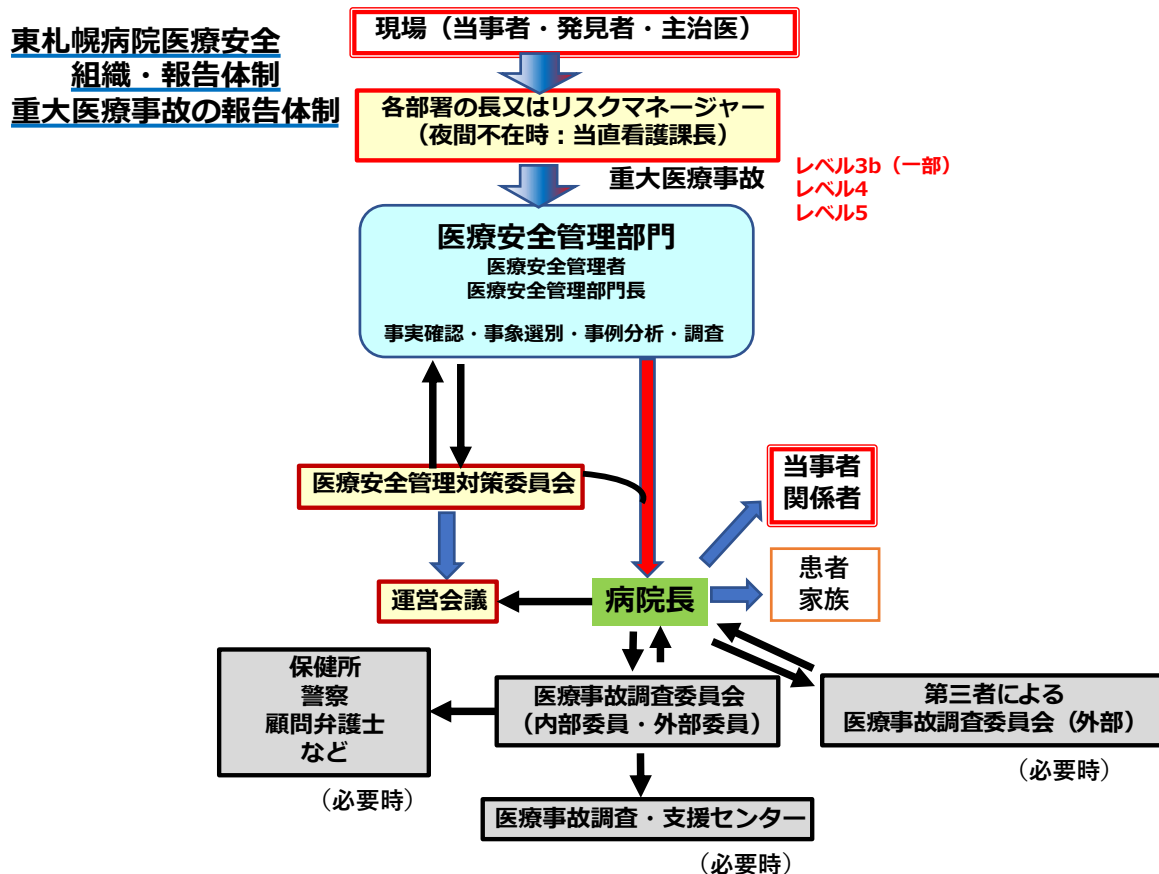
(ア) 発生直後の対応・報告

事故発生時、直ちに各所属の長・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。

図 A：重大医療事故発生後の報告及び連絡



- (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
- 証拠となる器具類の保存状況を確認
 - 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。(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、状況によって看護課長、医療安全管理責任者、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。

(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、医療安全管理部門において、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し、医療安全管理対策委員会へ報告する。

一 審議内容

- ① 医療事故原因の調査に関すること
- ② 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こと
- ③ 公的機関への報告に関すること
- ④ 報道に関すること
- ⑤ その他医療事故に関すること
- ⑥ 医療事故調査委員会の設置に関すること

二 医療事故調査委員会

重大医療事故発生時において、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。また、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場合は、医療法第6条の10に従い、院内医療事故調査を行う。（医療事故調査委員会規程参照）

三 第三者による医療事故調査委員会

発生した重大医療事故について、医療法人東札幌病院外部の有識者が、再発防止のために医療事故等の事実関係を調査確認するとともに原因を究明し、その改善策について審議し、病院長に報告を行うことで、医療の安全確保を資することを目的とする。（第三者による医療事故調査委員会規程参照）

平成23年7月1日改訂

令和3年3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）

スタットコール記録用紙

		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。想像や憶測、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、間違っただ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) 通常の面談と同様に、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

13. 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、9. 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、9. 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：発生年月、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）

14. 医療に起因すると疑われる死亡事例把握のための体制

1) 各部署看護課長（看護課長不在時は、課長代行）からの報告

(1) 死亡退院事例の緊急報告（口頭）

下記の条件に合う場合は、ただちに電話で医療安全管理者に報告する。（平日・夜間・休日問わず）

<手術・侵襲的検査・侵襲的処置に関する死亡>

- 手術室内あるいは手術後または侵襲的検査および侵襲的処置後 24 時間以内に生じた予期せぬ死亡
（心筋梗塞、脳血管障害、肺血栓、肺塞栓、麻酔に関する有害事象による死亡）
- 術中の予測しない事態に対し、予定外の手術・手技を行った場合の死亡
- 手術時間が予定時間より概ね 1.5 倍以上（予定 2 時間以内の場合は 2 倍以上）に延長した場合の死亡
- 術中に想定外の大量出血が生じ、予定外の輸血を必要とした場合、あるいは 3,000ml 以上出血した場合の死亡
- 術後、同一入院中の予定外の再手術ないし侵襲的治療（術前説明の有無を問わない）を行った場合の死亡
- 退院後 7 日以内に再手術や侵襲的治療を要する合併症が生じた場合の死亡
- 説明していない合併症、または説明してあっても予想後の後遺症が残る合併症が生じた場合の死亡
- 予定手術あるいは侵襲的検査および侵襲的処置後、同一入院期間内の死亡

<その他の処置・治療、医療行為に関わる死亡>

- 説明していない合併症、または説明してあっても予想後の後遺症が残る合併症が生じた場合の死亡
- 入院中の予期せぬ、あるいは予測を超える重篤な疾患の発症があった場合の死亡
- 重篤な薬剤アレルギーや副作用、そのほかの処置・治療に関連する重篤な有害事象が生じた場合の死亡（例：投薬・注射・輸血・リハビリ・放射線治療・医療機器の使用に関連するものなど）
- その他（転倒・誤嚥等）に関連する死亡

<その他の死亡>

- 自殺

(2) 「患者死亡時チェックシート」による報告

「患者死亡時チェックシート」の各項目に記入し、医療安全管理者に提出する。

平日日中の死亡退院は、当日 17 時まで

平日夜勤帯の死亡退院は、翌日 10 時まで

土曜・日曜・祝日の死亡退院は、休日明けの 10 時まで

＊「患者死亡時チェックシート」は、電子カルテパソコンの共有フォルダ→中央管理部→医療安全管理部門→死亡時チェックシート（各病棟と外来用）に保存されている。

患者IDを入力すると、患者氏名と死亡日時（電子カルテの「退院確認」の時間）が自動で出力される。パソコン上でデータの保存は不要。印刷したものを医療安全管理者に提出する。

＊1）（1）に該当する死亡退院事例の緊急報告として口頭で報告した場合でも、「患者死亡時チェックシート」は提出する。

2）医療安全管理者が、電子カルテから死亡退院患者を把握し、リストを作成する。

ID、氏名、退院日、主病名、死因、DNR 面談の有無

3）1、2 の患者リスト及び報告内容から事実確認のための情報収集を行い、医療に起因する予期せぬ死亡事例に該当する又はおそれがあるかを医療安全管理責任者と医療安全管理者で確認し、病院長に報告する。

＜報告先＞

①医療安全管理者：二井矢 PHS 924

②医療安全管理責任者：長岡 PHS 931

①②とも夜間・休日は、携帯電話に連絡する

患者死亡時チェックシート

報告日： 年 月 日

部署		死亡日
I D		年 月 日
患者氏名		時 分

* 患者の死亡がいずれかに起因するか、該当するものにチェックしてください。

死亡が

<病死（内因死）>

- ☐ 原病に起因するもの
- ☐ 併発症によるもの
(提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患)
- ☐ 病死と判断できる心肺停止

<医療に起因したあるいは起因したと疑われる死亡>

- ☐ 治療に起因するもの
手術・麻酔・投薬・注射・輸血
リハビリ・放射線治療・処置・
医療機器の使用に関連するもの
- ☐ 診察に起因するもの
- ☐ 検査に起因するもの
- ☐ その他（転倒・誤嚥等）

* 起因すると疑われるものも含む

<その他の死亡>

- ☐ 自殺
- ☐ 施設管理によるもの
(火災、天災など)
- ☐ 事故等の外傷に起因するもの
- ☐ 病死と判断できない心肺停止
- ☐ 不明

死亡する可能性について
(予期される死亡かどうか)

- ☐ 患者・家族に説明していた※
- ☐ 患者・家族に説明していなかった
- ☐ 診療録に記載がある
- ☐ 診療録に記載なし

死亡する可能性について
(予期される死亡かどうか)

- ☐ 患者・家族に説明していた※
- ☐ 患者・家族に説明していなかった
- ☐ 診療録に記載がある
- ☐ 診療録に記載なし

医療事故発生時の連絡・報告体制に沿って報告

☐ 院内発生

医療事故時の
連絡・報告体制に沿って報告
異常死として
警察に届出

☐ 検視

☐ 院外発生

☐ 検視

看護課長（不在時は課長代行）は、医療安全管理者へ提出

※個人の病状等を踏まえない「高齢のため何が起るかわかりません」といった一般的な死亡可能性についてのみの説明は該当しない

報告者	所属部署	
	氏名	

2021年5月10日作成 医療法人東札幌病院 医療安全管理部門

Ⅲ. 事故防止のためのチェックポイント

1. 患者確認

- ☐ 患者確認は、患者自身に【フルネーム】を言ってもらい確認する。
- ☐ 外来患者の患者確認は、患者自身に【フルネーム】と【生年月日】を言ってもらい確認する。
- ☐ 患者が名乗れない場合、診察券で【フルネーム】を確認する。外来患者の場合は、診察券または外来案内票でフルネームと生年月日を確認する。
- ☐ 患者自身の【フルネーム】と患者に実施する医療行為等の患者情報を確認する対象物の【フルネーム】を照合して確認する。

患者情報を確認する対象物とは、①診察券、②検査案内票、③カルテ画面、④薬袋、⑤注射ラベル、⑥検体ラベル など

- ☐ 注射（化学療法を含む）、与薬、輸血、検体採取、手術室入室の場合、【フルネーム】とバーコードを使用した患者認証システム（医療安全機能）による【ID 番号】を用いて確認する。バーコード認証の場合、患者の診察券の患者 ID のバーコードと医療行為等の場面で患者情報を確認する対象物に印字されている患者 ID のバーコードを照合する。

＜表1＞医療安全支援機能のバーコード認証で照合する場面と認証バーコード

医療行為等の場面	3点認証	患者ID	対象物の認証するもの
注射・点滴の投与時 （定期・臨時）	注射認証	診察券	注射ラベルのバーコード
注射・点滴の投与時（先渡）	簡易認証	診察券	注射処方箋の患者IDバーコード
麻薬注射投与時（定期・臨時）	注射認証	診察券	注射ラベルのバーコード
麻薬注射投与時（更新用 Do 処方）	注射認証	診察券	注射ラベルまたは麻薬処方箋の患者IDバーコード
麻薬注射投与時（先渡） （更新用指示簿の薬剤指示）	簡易認証	診察券	注射処方箋の患者IDバーコード
内服薬の投与時（1回配薬）	簡易認証	診察券	内服薬と薬ケース用名前カードの患者IDバーコード
内服薬の投与時（自己管理）	簡易認証	診察券	薬袋の患者IDバーコード
内服薬の投与時（1日配薬）	簡易認証	診察券	1日配薬ボックスの名前の患者IDバーコード
麻薬（内服・貼付剤）投与時	簡易認証	診察券	麻薬1回分がセットされている名前カードの患者IDバーコード
内服薬投与（頓用 本人用）	簡易認証	診察券	薬袋の患者IDバーコード
常備配置薬投与（内服・座薬等）	簡易認証	診察券	常備処方箋の患者IDバーコード
輸血	輸血認証	診察券	輸血の製造番号、規格番号のバーコード

			-コード
化学療法（注射）	化学療法 認証	診察券	注射ラベルのバーコード
採血・検体採取	簡易認証	診察券	採取指示票の患者IDバーコード
手術室入室	手術認証	診察券	（電子カルテの手術申込オーダー画面）

- ☐ 患者が名乗ることができない場合は、1人双方向型で診察券と患者に実施する医療行為等の患者情報を確認する対象物を照合する。一呼吸置いて患者情報を確認する対象物と診察券を照合する。
- ☐ 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。

<手術・侵襲の高い検査・処置前の患者名・手技・部位の確認>

- ☐ タイムアウトの実施
タイムアウトとは、手技が実施される場所において手技の直前に関係スタッフが一旦手を止め、患者名、生年月日、実施する術式、検査、処置、実施する部位（左右の確認を含む）、同意書の有無を確認する作業をいう。
- ☐ タイムアウトを実施すべき医療行為
 - 1) 手術
手術室で行われる手術
 - 2) 侵襲の高い検査・処置
体内に器具を挿入する検査・処置および検査によって体に影響が出る可能性がある検査・処置

(1) 皮下を越えて臓器に達する穿刺、麻酔を用いて切開する検査・処置
生検（甲状腺、乳腺、肝臓、皮膚、直腸粘膜 等）
穿刺（骨髄、心嚢・腰椎・胸腔・腹腔・膿瘍・甲状腺エタノール注入 等）
ドレーン・チューブ挿入・留置（胸腔・腹腔・鼓膜チューブ留置術 等）
切開排膿ドレナージ
(2) 小手術
胃瘻造設術、鼓膜切開術
(3) 内視鏡処置
内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）、 超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）、

内視鏡的粘膜下層はく離術（ESD）、内視鏡的粘膜切除術（EMR）、 消化管ステント留置、イレウス管挿入
（４）中心静脈カテーテル挿入
中心静脈カテーテル挿入、PICC カテーテル挿入、CV ポート造設・抜去
（５）その他
腹水濾過濃縮再静注法

３）すでに院内で同意書の取得が必須である検査

- ・ 内視鏡検査（胃、大腸、気管支）
- ・ 内視鏡処置（胃瘻交換）

- ☐ 侵襲の高い検査・処置のタイムアウトを実施したことを診療記録に記載する。手術室は、手術安全チェックリストを用いて確認し、記録を残す。

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。
- ☐ アレルギー歴がないか確認したか。
- ☐ 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。
- ☐ アレルギー歴がないか確認したか。
- ☐ 内容と薬剤の監査をしたか。

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。
- ☐ アレルギー歴がないか確認したか。
- ☐ 電子カルテの医療安全機能の「注射薬剤確認」で職員番号のバーコード、注射ラベルのバーコードを読み込み、患者名とオーダー内容が正しいか確認したか。
- ☐ 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。
- ☐ 電子カルテの医療安全機能の「3 点認証」で職員番号のバーコード、患者の診察券のID 番号のバーコードを読みこみ、「注射認証」で注射ラベルのバーコードを読み込み、患者名とオーダー内容が正しいか確認したか。
- ☐ 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) 高カロリー輸液投与にあたっての注意点

高カロリー輸液の中でも、以下の輸液を投与する場合は、急速投与防止のため、原則、輸液ポンプを使用する。

- ・エルネオパNF2 号 1500ml（1230kcal）
- ・ハイカリック RF500ml（1000kcal）

7) 抗癌剤投与にあたっての注意点

(1) 基本的注意事項

- ☐ 化学療法前日に注射剤のスケジュールと副作用対策の内服薬のスケジュールをケモオリエンテーション用紙で確認する。

- 抗がん剤の調整時の吸入曝露防止対策のために、調整は、薬剤部の安全キャビネット内で薬剤師が実施する。
- 取り扱い時の曝露防止のために、揮発性の高い抗がん剤などには、揮発防止用具（フアシール）を使用する。
- 抗がん剤取り扱い時におけるガウンテクニック（保護マスク、保護ガウン、キャップ、保護フェイスシールド、防護手袋等の着用）を徹底する。
- 抗がん剤取り扱いに係る作業手順は、抗がん剤取り扱いマニュアル、与薬技術マニュアル（看護部）に則り、遵守する。
- 化学療法当日は、ケモオリエンテーション用紙と薬歴照会を確認して指示の時間に内服薬を与薬する。注射剤はケモ伝票とケモオリエンテーション用紙を確認して投与する。

(2)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。
- 抗がん剤を投与する場合は、薬剤漏出性皮膚障害の分類で投与する薬剤の危険性を事前に必ず確認する。
- 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。特定の抗がん剤以外は、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。

(3) 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 ワル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。

(4) 放射線療法と抗がん剤の相互作用と休薬について

抗がん剤治療中の患者において放射線療法を併用する場合、添付文書や診療ガイドライン等を参照すること。重篤な合併症の報告がある場合や、併用の情報が十分ではない場合は、休薬あるいは放射線療法の延期を検討すること。放射線治療医は、治療計画に際して抗がん剤併用の有無や、相互作用についての確認を行うこと。

- ☐ ゲムシタビンと胸部照射は併用禁忌である。
- ☐ 抗 VEGF 抗体（アバスチン[®]）は消化管が照射野に含まれる場合、同時併用しない。
- ☐ 抗 HER2 療法は、心臓が照射野に含まれる場合、休薬を検討する。
- ☐ m-TOR 阻害薬、抗 PD-L1 抗体、CDK4/6 阻害薬は同時併用しない。

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＜口頭指示＞として指示内容を記載（入力）する。
- ☐ 麻薬の注射指示の場合、指示を受けた看護師が診療記録に記載し、当直医に注射オーダー入力を依頼する。当直医はカルテ画面に入力してある口頭指示内容を確認し、注射オーダーを入力する。翌日以降、医師は、＜口頭指示＞の内容と登録されたオーダー内容を確認する。
- ☐ 一般注射薬の場合、電子カルテの「注射事後」から看護師が入力し、注射処方箋を発行して投与する。常備薬として配置されていない薬剤の場合、夜間・休日に必要な分だけを

当直課長に依頼し、病棟看護師も一緒に薬品庫に行き、薬剤を2名で確認して持ち出す。翌日以降、医師は、＜口頭指示＞の内容と登録されたオーダー内容を確認する。

- ☐ 内服薬の指示の場合、看護師は、カルテ画面の＜口頭指示＞の内容を確認して、与薬する。常備薬として配置されていない薬剤の場合、夜間・休日に必要な分だけを当直課長に依頼し、病棟看護師も一緒に薬局に行き、薬剤を2名で確認して持ち出す。医師は翌日以降に、カルテ画面の看護師が入力した＜口頭指示＞の内容を確認し処方を行う。

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・規格が一致しているか。
- ☐ 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（またはオレンジ色）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

- ☐ 電子カルテの医療安全機能の「3点認証」で職員番号のバーコード、患者の診察券のID番号のバーコードを読み込み、「簡易認証」で与薬ケースの名前カードのバーコードを読み込み、患者名を確認したか。

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) 内服管理基準

内服確認・飲み込み (1回配薬)	各食後に看護師が配薬カートの与薬ケースに入っている PTP シートや一包化された包装から薬杯に薬剤を出して配薬する  	飲み込みまで確認する
内服確認・口頭 (1回配薬)		薬杯が空になっていることと、服用したことを口頭で確認する

内服確認 (1日配薬)	【退院(自己管理)に向けて練習する場合などに限る】 配薬カートの与薬ケースから1日配薬ボックスに看護師が1日分をセットする。薬は一包化にして、飲み終わった薬包を確認する。 薬剤の特性によって一包化できない薬が含まれている場合は、看護師と薬剤師で相談し1回配薬か自己管理か見極めてどちらかにする。
内服確認・殻 (自己管理)	ハイリスク薬・利尿剤・抗生剤などを自己管理している場合、PTPシートを切り離さずシートから薬剤を押し出して薬剤のみを服用してもらう、飲み終わってから殻を切り離してもらい、電子カルテの薬歴照会と照合して飲み間違いがないか確認する。
内服確認 (自己管理)	PTPシートを切り離さずシートから薬剤を押し出して薬剤のみを服用してもらうように指導し、飲み終わったことを口頭で確認する



5. 危険薬の誤投与防止

1) 危険薬の定義

誤った投与の仕方をした場合に、患者の健康状態に対し死亡を含めた深刻な影響をもたらす薬剤とする。

東札幌病院における危険薬

1. カリウム製剤(注射剤)
2. 糖尿病治療薬・膵臓ホルモン剤(インスリン製剤)
3. 精神神経用薬(睡眠導入剤を含む)
4. 医療用麻薬類

「危険薬」の保管場所には「危険薬」とラベルを貼り、注意を促す。

2) カリウム製剤の安全管理

- 投与量、投与方法を誤ると、不整脈や心停止を起こす危険性があるため、慎重に投与する。
- 病棟と外来、手術室の常備薬に定数配置しない。
- カリウム製剤名と【要希釈】のコメントと一緒に注射伝票に表示されるように薬剤マスタを登録して注意を促す。
- カリウム製剤の院内投与基準を守る。

一般病棟・外来 手術室	中心静脈・末梢静脈
	濃度：40mEq/L 以下 (20mEq/500mL 以下)
	速度：20mEq/hr 以下
	投与方法：40mEq/日以上の場合、輸液ポンプ使用

- KCL を追加する場合には、投与中のメインの輸液に混注しない。カリウム製剤の院内投与基準を守り、新たに希釈用の輸液とともに処方する。
- プレフィルドシリンジ型製剤使用時は、専用針を用いて輸液剤等に混ぜて使用する。別の注射器への移し替えは禁止する。
- カリウム製剤の急速静注はしない。

誤投与（ワンショット静注）防止対策品



3) 糖尿病治療薬・膵臓ホルモン剤の安全管理

＜糖尿病治療薬（内服）＞

- 投与量を誤ると低血糖症状を起し、生命に関わる場合があるため、慎重に取り扱う。特にスルホニルウレア剤（SU 剤）、速効型インスリン分泌促進薬は、低血糖症状を起しやすい。
- 検査、処置等で絶食の指示が出た場合には、原則糖尿病薬は休薬し、検査、処置後に食事摂取の許可が出た時に与薬する。
- ビグアイド系経口血糖降下剤を内服している患者がヨード造影剤使用の検査をする場合、乳酸アシドーシスを起こす可能性があるため、検査の 2 日前から検査後 2 日間は休薬する。（検査日を含めると 5 日間休薬）（別紙 3）

＜インスリン製剤＞

- 投与量を誤ると低血糖症状を起し、生命に関わる場合があるため、慎重に取り扱う。
- インスリンは、入院中は「注射オーダー」で入力する。ペン型インスリンを使用する場合、個人用で薬剤課に請求する。（詳細は、薬剤部の『危険薬・ハイリスク薬安全管理マニュアル』参照）退院時処方は、「処方オーダー」で登録する。
- 入院中のインスリンのオーダー入力時の単位は「単位」とする。
- 病棟に個人用ではないペン型インスリンは保管しない。
- インスリン製剤（バイアル型とペン型）は、使用予定がなくなった場合は、薬剤部に返品する。
- バイアル型インスリンは、使用予定の患者が入院している場合のみ、病棟での保管を可能とする。
- バイアル型インスリンを使用する場合は、インスリン専用の注射器（BD ロードーズ）を

使用する。

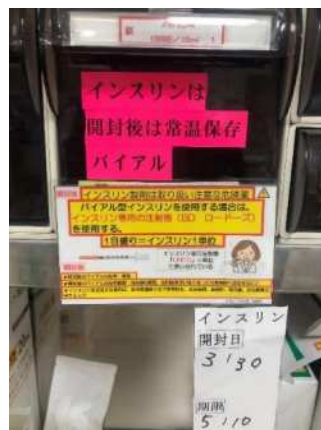
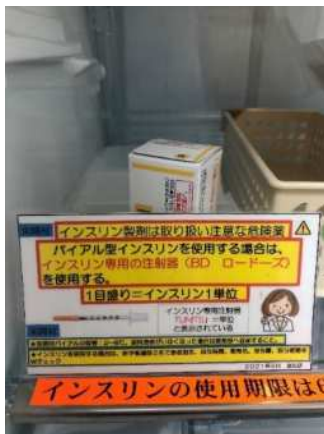


インスリン専用注
射器
「UNITS」＝単位



＜未開封は冷所保存＞

＜開封後は常温保存＞



- バイアル型インスリンを使用する場合、必ず看護師 2 人で患者氏名、投与時間、薬剤名、投与量、投与経路をダブルチェックしてから投与する。

＜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（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、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）

【血糖測定時間】

食事摂取可能の場合：A法：各食前+21時 B法：各食前のみ

食事摂取不可能の場合：C法：測定時間、6時、12時、18時、21時

血糖値 (mg/dl)	速効型インスリン製剤 ノボリン®R注 皮下投与量 (単位)		
	スライディングスケールⅠ	スライディングスケールⅡ	スライディングスケール21時
71-150	0	0	0
151-200	0	2	0
201-250	2	4	0
251-300	4	6	2
301-350	6	8	2
351-400	8	10	4
401-450	10	12	4
451以上	医師コール		

*血糖値 70mg/dl 以下：標準化低血糖指示

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、低血糖繰り返すとぎなどは医師に連絡

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

＊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
ソルデム 3A	500	21.5	2	4
ビーフリード	500	37.5	4	8
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。

4) 精神神経用剤（睡眠導入剤を含む）

- 投与量を誤ると原疾患の症状と類似した副作用（錐体外路症状、パーキンソン症候群等）や致死的副作用（悪性症候群、セロトニン症候群等）が出現する可能性があるため、慎重に取り扱う。
- 向精神病薬は定数管理および台帳管理とし、鍵のかかる金庫で管理する。
- 自殺目的での過量服用を防ぐため、自殺のリスクが高い患者に処方する場合には、1 回分の処方日数を最小限にとどめる。

＜参考：自殺のリスク・アセスメントのためのチェック・リスト＞

項 目		チェック欄
【患者の訴え】	死や自殺の願望・意思を口に出している	
	絶望感やあきらめを口に出している	
	身体機能の喪失、疼痛により強い苦悩・苦痛を訴えている	
【既往歴・家族歴】	精神疾患の既往歴がある	
	自傷・自殺企図の既往がある	
	自殺の家族歴がある	
【生活環境、ライフ・イベント】	最近、親しいものと離別・死別があった	
	失業や経済的破綻を経験した	
	家族や介護者、相談者がおらず孤立している	
【症状、疾病】	精神症状を呈している、あるいは精神疾患を合併している	
	抑うつ状態にある	
	強い不安状態ないしは焦燥状態にある	
	不眠や食思不振がつづいている	
	明らかな行動上の変化・異常を認めている	
	慢性ないしは進行性の身体疾患に罹患している	
	自身の身体や健康に無頓着である	

＜患者安全推進ジャーナル第 17 号, 2007 年＞

5) 医療用麻薬

- ☐ 麻薬は、投与量を誤ると重篤な呼吸抑制を起こす場合があるため、慎重に取り扱う。
- ☐ 麻薬を投与する場合は、看護師 2 人によるダブルチェックを原則とする。
- ☐ 麻薬は定数管理および台帳管理とし、鍵のかかる麻薬金庫で管理する。

(1) 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、指示内容があっているか確認したか。
- ☐ 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。
- ☐ ダブルチェックを担当する看護師は、麻薬注射準備のダブルチェック確認表を使用して、以下の項目を指でなぞりながら、声に出して読み上げる。薬剤は必ず手に取り、確認する。（※看護師 2 名で同時に確認しない）

＜麻薬注射準備のダブルチェック確認表＞

☐ 患者氏名 ☐ 日付 ☐ 投与経路 ☐ 薬剤名と規格 ☐ アンプルのシールの薬剤名確認 ☐ 投与指示量と使用アンプル数 (麻薬に残量がある場合、麻薬注射箋に記入してあるかを確認) ☐ トータル量 ☐ 時間流量 ☐ 残量のある薬剤がある場合、正しい量を吸っているかを目視で確認 ☐ (持続投与開始時間) (内服薬・貼付剤から変更になる場合のみ指示簿確認) ☐ 麻薬・(麻) ペチジン・(向精神薬) ソセゴンの空アンプルは箱に入れて金庫に戻す	注射処方箋 麻薬注射箋 注射ラベル 薬剤アンプル	4 カ所 を確認
---	--	-------------

- ☐ 電子カルテの医療安全機能の「注射薬剤確認」で職員番号のバーコード、注射ラベルのバーコードを読み込み、患者名とオーダー内容が正しいか確認したか。
 - ☐ 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。
 - ☐ 電子カルテの医療安全機能の「3点認証」で職員番号のバーコード、患者の診察券のID番号のバーコード、「注射認証」で注射ラベルのバーコードを読み込み、患者名とオーダー内容が正しいか確認したか。
 - ☐ 麻薬注射の準備中は、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。
- ② 更新用の麻薬持続注射の投与
- ☐ 医師は、①指示簿の「簡易入力」から「オピオイド更新用」⇒「オピオイド更新指示」
 「(例) 塩酸モルヒネ持続注射の更新分は、指示開始日から最新の定期薬と同様の指示を使用すること」と入力する。または、②定期薬と指示簿に2回薬剤の内容をオーダー入力する。
 - ☐ 看護師は、「オピオイド更新指示」が出た場合、当日のカルテ画面(オーダー画面)の最新の定期麻薬注射薬を確認し、右クリック⇒DO⇒本日⇒確定⇒確認を行い、オーダー登録し、麻薬処方箋が出力されたら、再度、当日の最新の定期薬の指示内容と同様であるかを看護師2人でダブルチェックする。
- ③ 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。
- レスキュー量の換算方法

経口投与：オピオイド1日投与量の10～20%相当の量

持続静注・持続皮下注：定期投与量の1～2時間分

注射投与での1回量（点滴静注・静注・皮下注）：

1日の注射投与量の1/24～1/12から開始

※定期のオピオイドが経口薬・貼付剤の場合は、1日投与量を注射剤に換算して確認する

※1回のレスキュー注射投与が10mg以上の場合、必ず適正な投与量が確認する（フェンタニル以外）

※アブストラル舌下錠は、上記に当てはまらないため、「アブストラル使用の手引き」を参照する。

オピオイド換算表(図4)

	経口 トラマドール 300mg	=	モルヒネ坐剤 40mg	=	タペンタドール 200mg	
経口ヒドモルフォン (ナルサス®錠) 12mg	=	経口 オキシコドン 40mg	=	経口 モルヒネ 60mg	=	フェンタニルクエン酸塩1日 用テープ2mg「テイコク」 (0.6mg/日)
						フェントス®テープ2mg/日
ヒドモルフォン注 (ナルベイン®注) 2.4mg(1.2ml)	=	オキシコドン注 30mg	=	モルヒネ注 30mg	=	フェンタニル注 0.6mg(0.1mg 6A)

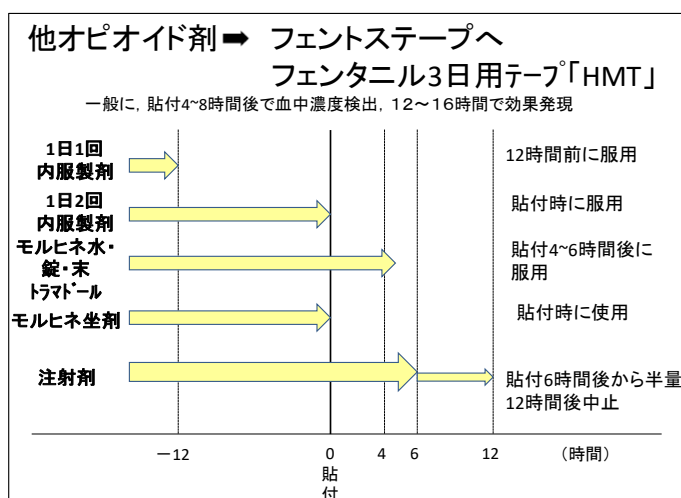


図5. 貼付剤への投与経路変更方法

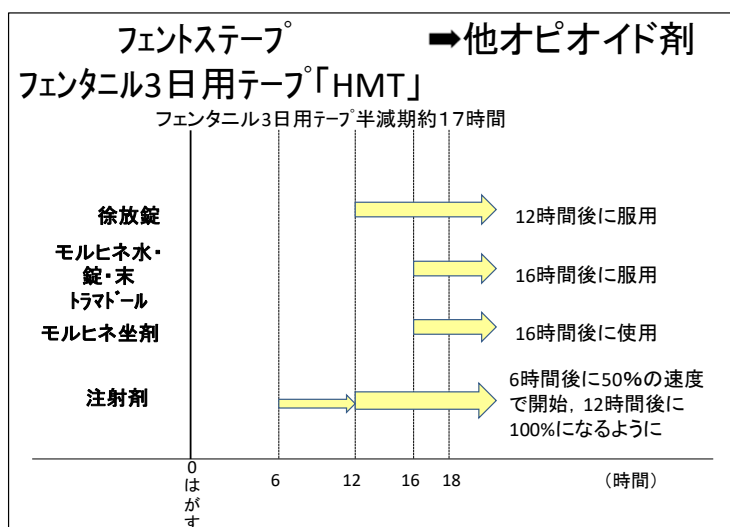
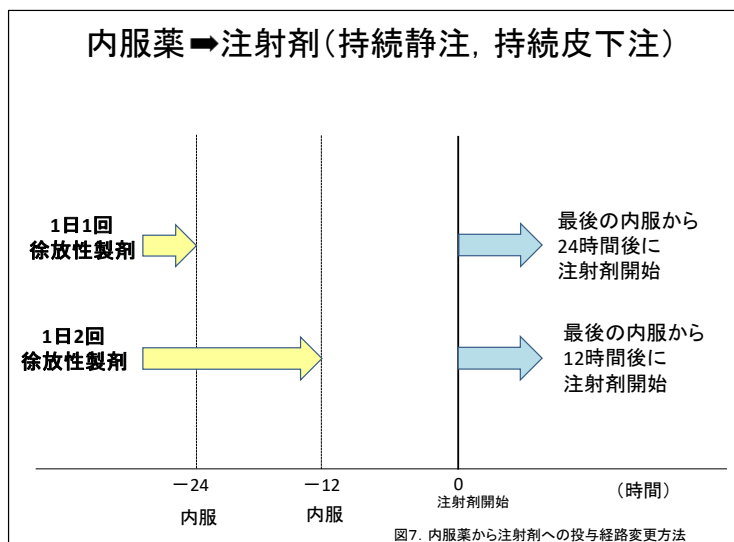
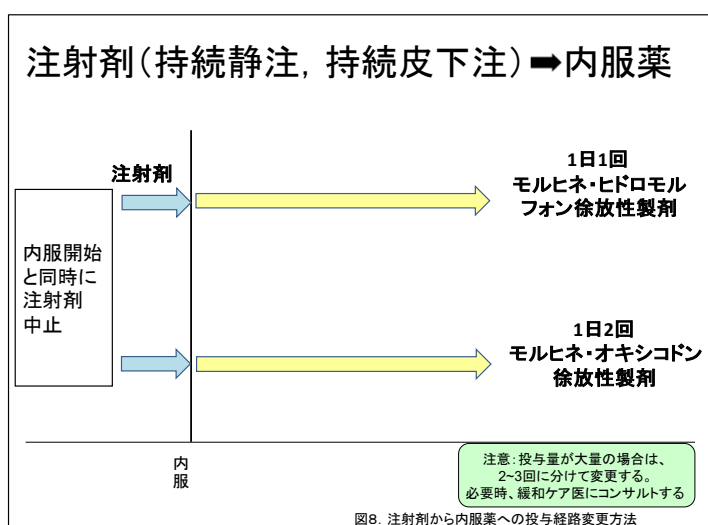


図6. 貼付剤からの投与経路変更方法

図7. 内服薬から注射剤への投与経路
変更方法図8. 注射剤から内服薬への投与経路
変更方法

④麻薬注射の複数規格と外観類似薬

モルヒネ塩酸塩注射薬 10 mg 「オパ」 1%1ml 	モルヒネ塩酸塩注射薬 50 mg 「オパ」 1% 5ml 	モルヒネ塩酸塩注射薬 200 mg 「オパ」 4% 5ml  【高用量】
オキシコドン注射液 10 mg 1% 1ml「第一三共」 	オキシコドン注射液 50 mg 1% 5ml「第一三共」 	
ナルベイン注射 2 mg 0.2%1ml 	ナルベイン注射 20 mg 1%2ml  【高用量】	
フェンタニル注射液 0.1 mg「テルモ」 2ml 	麻薬のアンプルは、必ず手に取り、 薬剤名と規格（〇mg△ml）を指さしながら読み上げ、 注射処方箋・麻薬注射箋の薬剤名と規格（〇mg△ml） が合っているか確認する	

(2) 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。
- ☐ レスキュー薬は、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 人ごととの与薬が困難な場合、ワゴンが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。
- ☐ 電子カルテの医療安全機能の「3点認証」で職員番号のバーコード、患者の診察券のID番号のバーコードを読み込み、「簡易認証」で1回分の薬剤が貼られた名前カードのバーコードを読み込み、患者名が正しいか確認したか。
- ☐ 患者と共に処方内容・薬剤の確認をしたか。
- ☐ 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。

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 レスキュー麻薬自己管理能力評価（入院患者）

医療用麻薬のレスキュー薬を自己管理する場合は、以下のレスキュー麻薬自己管理能力評価で評価し、医師・看護師・薬剤師・患者で合意のもと自己管理を決定する。

【レスキュー麻薬自己管理能力評価（入院患者）】

<身体機能の評価>

- ☐ 意識が清明であり、日常会話が成立する。
- ☐ 理解力低下、見当識障害、認知症がない
- ☐ 文字が読める（見える）
- ☐ 上肢や指の機能障害（麻痺、しびれ、可動域制限、手指の変形など）がない
- ☐ 嚥下障害はない
- ☐ 薬包を開封して薬を取り出せる
- ☐ 薬をこぼさず口に運んで飲める

<薬効、用法・用量などの理解の評価>

- ☐ 薬剤の用法・用量を言える（または理解している）
- ☐ 内服を忘れた、間違った時の対応を知っている
- ☐ 薬剤の作用を言える（または理解している）
- ☐ 副作用を言える（または理解している）
- ☐ 自己管理に同意している、自己管理に意欲がある
- ☐ 薬剤の使用目的を理解できている、服薬する理由を知っている
- ☐ 服薬の疑問時に確認できる
- ☐ 薬を服用後、看護師に報告ができる

<結果>

- ☐ 上記の要件をすべて満たしており、自己管理可能
- ☐ 病棟管理 理由（ ）

6. 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、『輸血 時間外・休日対応マニュアル』『与薬技術マニュアル』に準ずる。

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。
- ☐ 電子カルテの医療安全機能の「3点認証」ので職員番号のバーコード、患者の診察券のID番号のバーコードを読み込み、「輸血認証」で輸血ラベルの製造番号のバーコードと規格番号のバーコードを読み込み、患者名とオーダー内容が正しいか確認したか。
- ☐ 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）

7. 手術関連

- ☐ 手術前に、執刀医により、電子カルテの手術依頼の画面を確認し、手術部位に“○”（丸）印または線でマーキングしたか。
- ☐ 患者搬送が一人ずつ行われたか。
- ☐ 血栓リスク評価の手順に沿って、内服している薬剤の休薬推奨期間を確認し、執刀医は休薬または継続、再開日を決定する。（別紙3）

【手術安全チェックリストでの確認】

<入室時>

- ☐ 氏名確認を、患者自身にフルネームで名乗ってもらい、診察券の患者氏名と抗生剤の注射処方箋と注射ラベルの名前を照合したか。

<麻酔導入前：サインイン>

- ☐ 手術室入室後、麻酔医、手術室看護師、外科医、患者で、患者の氏名を確認したか。
- ☐ 麻酔法、アレルギーの有無、挿管・麻酔に伴う注意点を確認したか。
- ☐ 電子カルテの医療安全機能の「3点認証」で職員番号のバーコード、患者の診察券のID番号のバーコードを読み込み、「手術認証」で患者名と手術オーダーの日時と内容が正しいか確認したか。

<皮膚切開前：タイムアウト>

- ☐ 執刀前に、タイムアウトをしたか。
 - ・執刀医による患者氏名、病名、予定術式、手術部位（左右含めて）の発声
 - ・電子カルテの画像画面、手術承諾書、手術依頼を提示し、麻酔科医、外回り看護師は執刀医の発声内容を確認したか。

<術中・閉創前まで>

- ☐ 手術中に針、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。

<手術室退室前：サインアウト>

- ☐ 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。
- ☐ 手術室退室前に、執刀医がドレーン量、傷の状態を確認したか。

8. 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。
- ☐ 検体検査実施時、電子カルテの医療安全機能の「3 点認証」で職員番号のバーコード、患者の診察券の ID 番号のバーコードを読み込み、「簡易認証」で採取指示票の患者 ID 番号のバーコードを読み込み、患者名が正しいか確認したか。

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。(別紙4)
- ☐ コード造影剤使用時の検査をする場合、ビッグアナイド系経口血糖降下剤を内服している患者は乳酸アシドーシスを起こす危険性があるため、検査の2日前から検査後2日間は休薬しているか。(検査日を含めると5日間休薬)(別紙5)
- ☐ 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

MRI検査は、強力な磁場および高周波(ラジオ波:RF波)を使用するため、MRI検査問診票で以下の点を十分に説明し、確認する。

MRI担当技師は、MRI検査室への入室直前に、患者と介助で入る職員に対し、磁性体の持ち込みがないことを確認してから入室を許可する。

☐ 熱傷の危険性

(1)MRI検査中、高周波(RF波)の影響により、体内・体表面の金属や導電性物質が加熱され、低温やけどを引き起こす危険性があるため、MRI室に持ち込まないようにする。

- ・心電図電極など(導線が皮膚へ直接接触することでやけどの危険性ある)
- ・金属が入った衣類(ヒートテック等)の着用
- ・湿布、カイロ、エレキバン等
- ・アートメイク、刺青(金属色素による局所加熱)
- ・ジェルネイル、マニキュア、タトゥー、アートメイク、ヘアカラー等*(鉄分や酸化金属によるやけど)

*ヘアカラー:一時染毛料(増毛パウダー、白髪ファンデーション、ヘアマスカラ、ヘアカラースプレー等)は、やけどの危険性と微細金属が機器へ吸着し故障の原因になる。

- ・カラーコンタクトレンズ(酸化鉄や磁性金属を含む着色剤が使用されている)
- ・すべての貼付剤(フェンタニル貼付剤・硝酸イソソルビドテープ・ツロブテロールテープ・ジクトルテープ・ロナセン[®]テープ等)

(2)高周波電流ループによる熱傷

MRI検査の際、患者の人体の一部で高周波電流ループが生じ、熱傷を生じる可能性があるため、腕・脚等の皮膚同士が接触していないか確認する。

☐ 吸引事故防止

MRI検査室内は、常に強力な磁場があるため、磁性体金属の持ち込みは禁止している。

- ・車いす、ストレッチャー、歩行器、点滴棒、酸素ボンベ、シリンジポンプ等

※MRI対応の非磁性体車いす、ストレッチャーが、MRI室前に設置されているため、

MRI 室前の廊下で乗り換える。点滴棒も MRI 対応の点滴棒に取り換える。検査中は、MRI 室内に非磁性体車いす、ストレッチャーが入っている。

酸素は、MRI 室内の中央配管の酸素流量計に接続する。

- ・補聴器、めがね、腕時計、財布、携帯電話（スマートフォン）
- ・文房具（はさみ、クリップ、ボールペン等）、鍵
- ・電子機器（ノートパソコン）
- ・金属トレイ、血圧計、ステート
- ・金属を含む衣類、アクセサリ、ヘアピン等
- ・眼球内金属片（金属加工等の職業歴がある方は確認が必要）

□ 体内植込みまたは留置された医療機器等の故障、動作不良等

金属を含む医療機器等が植込みまたは留置された患者には、原則 MRI 検査は実施しない。植込みまたは留置された医療機器等の体内での移動、故障、破損、動作不良、やけど等が起こるおそれがある。

- ・心臓ペースメーカー、植込み型除細動器（ICD）

※条件付き MRI 対応デバイスがあるが、MRI 検査の施設基準を当院では満たせないため検査不可（専門医不在、体内デバイスの調整可能な工学士不在）

- ・人工内耳、脳動脈瘤（手術用クリップ）、人工関節
- ・インプラント、差し歯

□ 取り外し可能な磁性体等の故障、動作不良等

MRI 室に磁気製品を持ち込むと、磁気が消失する可能性がある。

- ・DIB キャップ（磁石式導尿バルーンカテーテルキャップ）
- ・磁石式の入れ歯
- ・補聴器
- ・携帯電話、クレジットカード、交通系 IC カード、診察券等

6) 内視鏡検査での注意事項

- 検査予定で抗凝固薬・抗血小板薬を内服している場合、休薬の目安を参考に休薬したか。（別紙 1）

- キシロカインアレルギーなどの薬剤アレルギーがないか確認したか。

- 侵襲を伴う内視鏡処置前に、タイムアウトをしたか。

・対象となる処置・治療は、ERCP、EUS-FNA、ESD、予定の EMR、PEG 造設、消化管ステント留置など侵襲を伴う内視鏡的検査・治療

・医師・看護師・技師は、処置開始前に一旦手を止めて以下の項目を確認する

- ① 患者氏名確認：看護師

内視鏡モニター、電子カルテ画面の名前も確認する

- ② 病名、対象部位、処置内容、予定時間：医師

- ③ （いつもと異なる手順の有無）ある場合：医師、看護師、技師

- ④ 起こりうる極めて重要なイベントと対処法：医師

- ⑤ (患者特有の問題) ある場合：医師、看護師、技師
- ⑥ 抗血栓薬使用の有無、薬剤数、休薬期間：看護師
- ⑦ 鎮静の有無と内容：医師

9. チューブ・ドレーン類の管理

複数チューブ・ドレーンが挿入されている場合は、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し、指でたどって刺入部を確認してから接続する。

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。
- ☐ 薬剤注入前に毎回逆血を確認したか。逆血確認ができない場合、医師に報告したか。
- ☐ 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】

- ☐ 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したか。（別紙 2）

- ☐ CV ポート造設直後にベバシズマブ（アバスチン[®]）を投与した場合、創傷離開の報告もあるため、注意して投与する。
 - ☐ CV ポートを使用しない場合、グローションカテーテルでもオープンエンドカテーテルでも 10ml 以上の生食でパルシングフラッシュ後、ヘパ生 5ml で陽圧ロックを 4 週間に 1 回行う。
 - ☐ CV ポートのフラッシュ忘れ防止のため、退院時に最終フラッシュ日を記載した「ポートフラッシュ施行日カード」を患者に渡し、外来受診時に持参するように説明する。患者に点滴がない場合でも、4 週間に 1 回フラッシュが必要であることを説明する。看護要約で入院病棟看護師から外来看護師に引き継ぐ。
 - ☐ 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、造設時の画像と見比べて確認をしたか。
 - ☐ 留置 2 年を超える場合は、抜去か交換の必要性について、患者を含む医療チームで検討する。また、使用しない中心静脈ポートは、速やかに抜去する。
- 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し、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、カフ付きのカテーテルの場合、固定液は何mlか確認したか。
- ☐ マーキングはされているか。
- ☐ 挿入部は腎瘻造設後1週間まではYガーゼ・8つ折りガーゼ・シルキーテックスで固定し、造設から1週間後以降は、未滅菌フィルムで固定する。また、腎瘻造設直後は、2か所シルキーテックスとクイックフィックスで固定する。初回腎カテ交換後は、1か所クイックフィックス3号またはシルキーテックスで固定する。
- ☐ 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

- ☐ せん妄のリスクスクリーニングで評価し、対策を講じたか。
- ☐ 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付き添う

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、オレンジの注射器を使用しているか。
- ☐ 麻酔・髄注用には、黄色の注射器を使用しているか。

輸液ルート用	排液ルート用	
		

【2020年12月以降、経腸栄養のコネクタが国際規格へ変更】

変換コネクタ	栄養ルート用（オレンジ）	排液ルート用（紫）
		

新旧接続コネクタ/チューブについて

栄養分野については、長期留置をとまなう製品もありますので、新旧接続コネクタ/チューブが認められています。



麻酔・髄注用（黄色）

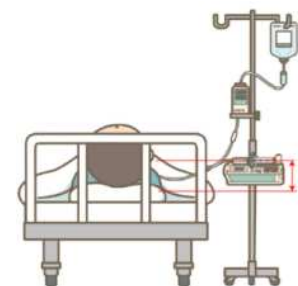


10. 輸液ポンプ・シリンジポンプ

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
- ☐ 早送りをしてはいけない薬剤の場合、「早送り 禁」の赤いテプラのテープを「早送り」ボタンの上に貼ったか。



【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（イノバン注0.3%シリンジ、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（ヘルベッサー、ニカルジピン等）、抗不整脈薬（キシロカイン、リスモダンP等）、鎮静薬（セルシン等）、塩化カリウム（KCL）、血液凝固阻止薬（ヘパリンNa注）、医療用麻薬は適量・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、輸液ポンプに使用可能なシュアプラグ輸液セットまたはポンプ専用の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

11. 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。

12. 転倒・転落防止

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）

2) 転倒・転落防止

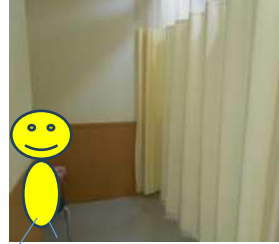
- アセスメント結果、危険度ⅡまたはⅢ→転倒防止用の看護計画立案（表2）、実施
（チーム内でアセスメントし、必要と判断した場合は転倒の参画型看護計画を活用する）
- アセスメント結果、危険度Ⅰ→状態変化時に再度チェックする
- 看護計画立案時は、転倒・転落防止対策フローチャートを活用し、対策を検討する
- 排泄パターンを考慮して、電子カルテのフローシートから排泄時間を把握し、計画に追加する。（よりその人に合った計画を立案する）
- 電子カルテの標準看護計画リストから「転倒予防看護」を選択する。看護計画詳細で標準看護計画から「看護目標：転倒しない」を作成する
- 歩行介助する場合、介助者は、患者がバランスを崩しそうになったときに、すぐに支えられる位置で介助する。

寄り添い歩行介助	手引き歩行介助	見守り歩行介助
 介助者は、患者が右利きであれば左側に立つようにする。介助者の右腕を患者の右脇に入れ、患者の左手に介助者の左手を添える。	 患者と向かい合い、両手を取りながら歩行する。患者の肘からしっかりと支えてあげるとより安全に進める。患者は、介助者の肘の関節あたりに上から手を置く。	 介助者は、不安定になりやすい杖と反対側、あるいは麻痺している側につき、斜め後ろから見守る形をとる。

- 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。
- ナースコールマット設置中の注意点
 - ・電源をOFFにしない。
 - ・ナースコールマットを設置している患者は、プライバシーに配慮しつつ排泄が終わるまでトイレ内のカーテン越しまたはトイレの扉の前で待機し、転倒防止に努める。

【トイレの待機場所の例】

中央棟2階
中央棟3階
多目的トイレ



□ 転倒転落危険度ⅡまたはⅢ、もしくは症状が急激に変化し、以下のいずれかに該当する患者を優先して多職種で院内ラウンドを行い、転倒防止策を検討する。

- ・転倒転落が発生した、または繰り返している
- ・ナースコールマット使用中
- ・せん妄症状がある
- ・看護必要度で「診療・療養上の指示が通じる：いいえ」、「危険行動：ある」と評価される

多職種転倒ラウンド後は、ダイナミックテンプレートを用いて診療記録に記録する。

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			評価点	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 抗アレルギー薬 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 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			各 2 点			
K 検査 処置	CS 前処置が予定されている。 鎮静剤を使用する検査処置が予定されている。 高度便秘のため、便処置が予定されている。			各 2 点			
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

令和2年9月17日改訂

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

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PmSHELL 分析による医療安全カンファレンス実施記録を提出する
- ☐ 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】

＊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）

＊方法

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

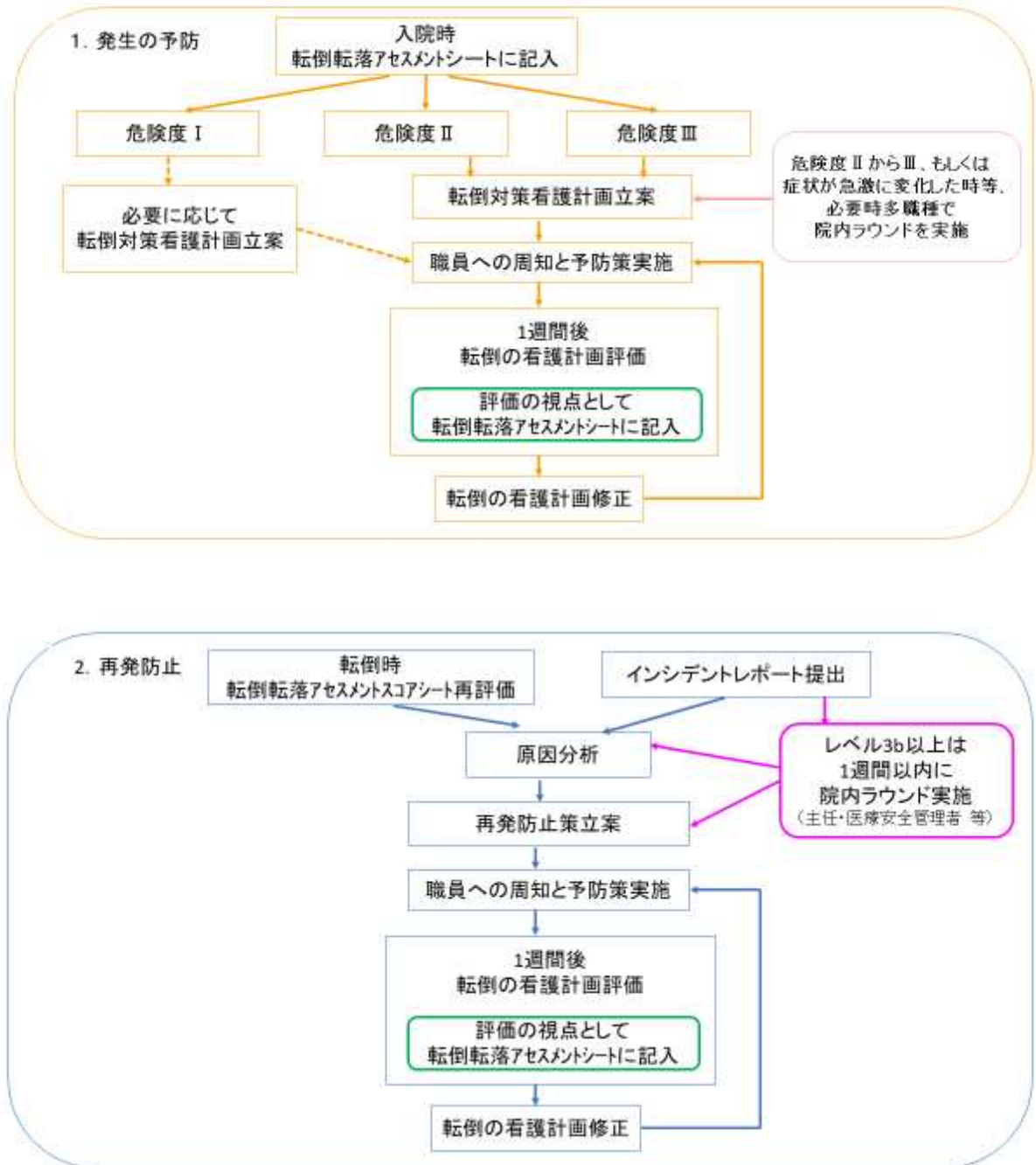
＊ラウンドの視点

- 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
- ②報告書からPmSHELL分析による医療安全カンファレンス実施記録にまとめて主任会担当課長、医療安全管理者へ提出
- ③②のあと、看護課長、医療安全管理部門へ提出する

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

令和6年7月1日改訂

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おいている。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、介護衣やつなぎ服等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

患者の身体行動制限（ベッドの 4 本柵やナースコールマット、介護衣やつなぎ服等）は、患者の身体の安全を守るため、やむを得ない場合に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、介護衣やつなぎ服）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や介護衣やつなぎ服等を使用した場合は、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和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とする。

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イ・グリーネンにも適応するものとする。

平成 16 年 4 月作成

平成 22 年 6 月改訂

令和 3 年 12 月改訂

身体行動制限についての承諾書

医療法人 東札幌病院

ID

患者 _____ 様 _____ の現在の状況について、ご理解とご承諾をいただ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。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トの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ました。
5. 治療のためにチューブ・ドレーン類の挿入を行っていますが、自己抜去により生命の危険があります。抜去が頻回に認められる場合や再度の挿入が困難な場合に限り、治療の一環として必要最低限の身体抑制（介護衣/つなぎ服等）を行うことがあります。

可能な限り患者さんに拘束感を与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 _____

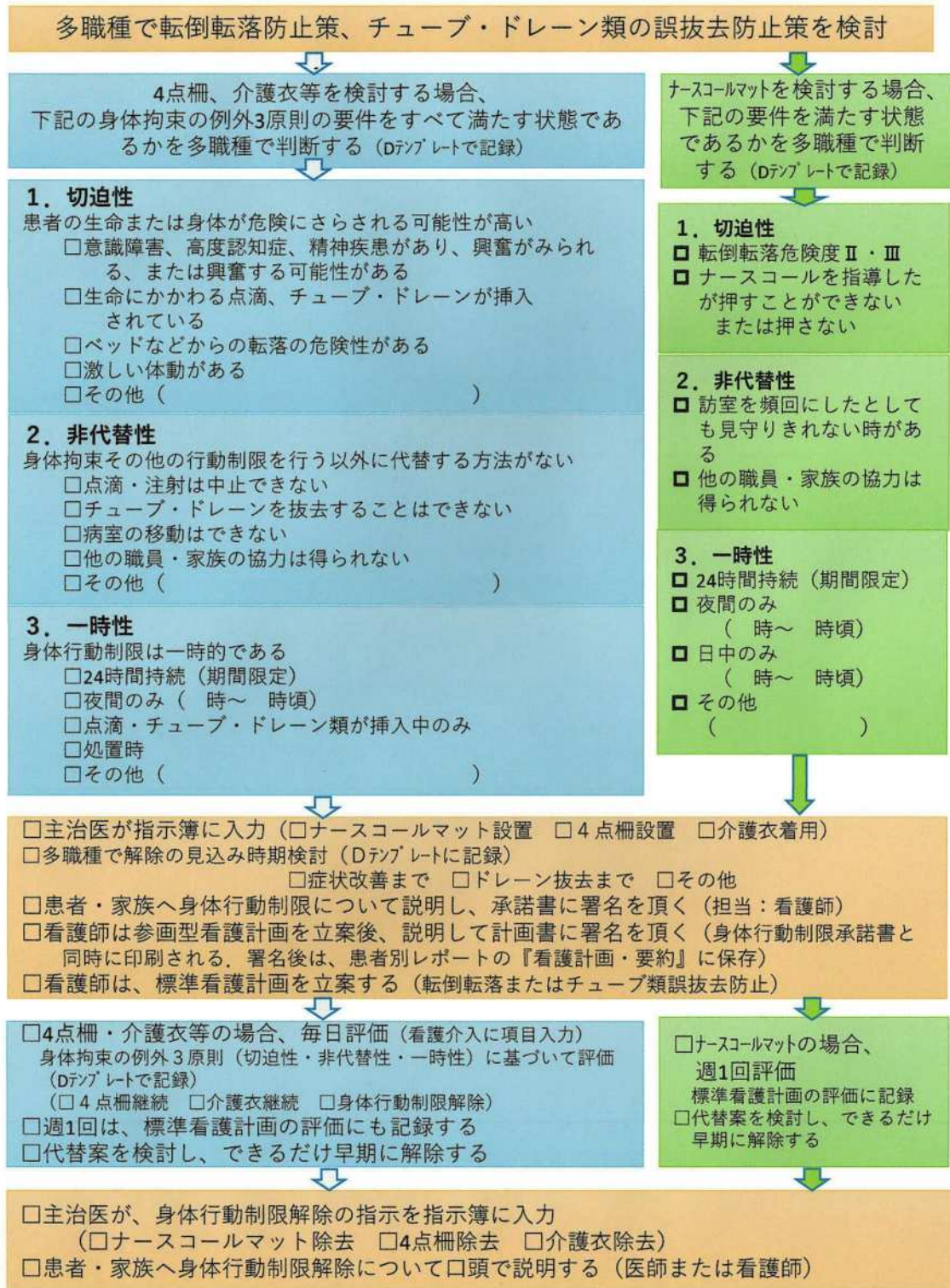
上記の件について承諾いたします。

年 月 日

患者氏名 _____

家族氏名 _____
(本人との続柄)

身体行動制限をせざるを得ない場合の手順



2021年12月 医療法人東札幌病院 看護部

13. 針刺し

1) ワクチンの推進

針刺し切創、体液曝露に関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。



14. アナフィラキシー

1) アナフィラキシーの診断基準

以下の2つの基準のうち、いずれかに該当する場合、アナフィラキシーと診断する。

- (1) 急速な（数分～数時間）皮膚、粘膜、またはその両方の症状（全身性の蕁麻疹、掻痒または紅潮、口唇・舌・口蓋垂の腫脹など）、さらに
 - a. 重度の呼吸器症状（呼吸困難、呼気性喘鳴・気管支攣縮、吸気性喘鳴、最大呼気流量低下、低酸素血症など）
 - b. 血圧低下または臓器不全に伴う症状（筋緊張に低下〔虚脱〕、失神、失禁など）
 - c. 重度の消化器症状（重度の痙攣性腹痛、反復性嘔吐など〔特に食物以外のアレルゲンへの曝露後〕）
 a、b、cの少なくとも1つ
- (2) アレルゲンへの曝露後、急速な（数分～数時間以内）血圧低下（血圧 90 mm Hg 未満、平常時の血圧の 70%未満）。または、気管支攣縮または喉頭症状（吸気性喘鳴、

変声、嚥下痛)。

2) 薬剤アレルギー

(1) 基本的注意事項

- 薬剤を処方する場合、患者のアレルギー歴に関する問診を十分に行い、電子カルテの「患者基本」のアレルギー情報を確認する。
- アナフィラキシーはあらゆる薬剤で発症の可能性があるため、複数回、安全に使用できた薬剤でも発症し得ることを認識する。
- 造影剤、抗菌薬、筋弛緩薬等のアナフィラキシー発症の危険性が高い薬剤を静脈内注射で使用する際は、少なくとも薬剤投与開始時より5分間は注意深く患者を観察する。
- 抗悪性腫瘍剤のうち、白金製剤であるオキサリプラチンは、累積投与量が400 mg/m²を超える場合、5サイクル以降の場合、アナフィラキシー等の発現により一層注意し、投与開始後30分以内は、患者の状態を注意深く観察する。トイレ歩行は、薬剤投与前に済ませておくよう指導する。

(2) 薬剤アレルギー情報の登録方法

- 「患者基本」の「薬剤アレルギー」の「編集」から登録する。薬剤名が明らかな場合は、「薬剤選択」から薬剤名を登録する。(処方時に警告が出る)
- 外来患者の場合は、問診・前医からの紹介状等で薬剤アレルギー情報を確認した医師は、直接薬剤アレルギーの「薬剤分類」と「薬剤名」の登録を行う。外来看護師が「薬剤名」が明らかなアレルギー登録を行う場合は、薬剤課に直接電話で「薬剤分類」について確認し、看護師が入力する。
- 入院患者の場合は、問診・前医からの紹介状等で薬剤アレルギー情報を確認した医師は、直接薬剤アレルギーの「薬剤分類」と「薬剤名」の登録を行う。病棟看護師がアレルギーの「薬剤名」と登録した場合、病棟薬剤師に「薬剤分類」の登録について確認を依頼し、必要時病棟薬剤師が「薬剤分類」を登録する。病棟薬剤師が「薬剤分類」を登録した後、登録した画面をプリントスクリーンで印刷し、リーダー看護師に渡し、リーダー看護師から主治医に情報共有する。
- 入院中に発症した薬剤アレルギーについては、主治医が薬剤アレルギー登録する。
- アレルギーがない場合は、「アレルギーなし」を入力し、確認日を登録する。
- 病棟秘書は、入院3日以内に薬剤アレルギーが登録されていない場合、看護師に報告する。看護師は、再度アレルギー情報を確認し、登録する。
- 再入院の場合、新たなアレルギー薬がある場合は、その薬剤名を登録する。アレルギーの薬剤がすでに登録されており、再入院時、他に新しいアレルギー薬が増えていない場合、「変更なし」をクリックして、最終更新日を更新する。

- 造影剤アレルギーがある場合、薬剤アレルギーに薬剤名を登録するとともに、「患者基本」の「患者確認」の「造影剤アレルギー」を「有り」と登録する。（画像オーダー時に警告が出る）
- キシロカインアレルギーがある場合、薬剤アレルギーの「キシロカイン」にチェックを入れるとともに、「患者確認」の「内視鏡検査（キシロカイン禁）」を「有り」と登録する。（内視鏡検査オーダー時に警告が出る）
- アルコールアレルギーがある場合、「患者基本」の「検体採取時の注意」の「アルコール禁」にチェックを入れる。（採取指示票と注射処方箋の左下に「アルコール禁」と表示される）ベッドサイドのネームプレートの下に『アルコール綿使用禁止』のプレートを表示する。
- 薬剤アレルギーのフリーコメントは、処方オーダー・注射オーダーと連動していないため、「薬剤選択」の検索リストにない薬品の場合に入力する。

【患者基本の画面】

「アレルギーなし」も入力してください

薬剤アレルギー

薬剤アレルギーは未確認です

アレルギーなし

薬剤名	変更なし	最終更新日	履歴
☐ キシロカイン	☐		履歴
☐ ヨード	☐		履歴
☐ ペニシリン	☐		履歴
☐ ドリン	☐		履歴
☐ セフェム系	☐		履歴
☐ カルバペネム系	☐		履歴
☐ キノロン系	☐		履歴
☐ NSAIDs	☐		履歴

薬剤アレルギー

アレルギーなし

薬剤名	変更なし	最終更新日	履歴
☐ キシロカイン	☐	2020/ 8/26	履歴
☐ ヨード	☐	2020/ 8/26	履歴
☐ ペニシリン	☐	2020/ 8/26	履歴
☐ ドリン	☐	2020/ 8/26	履歴
☐ セフェム系	☐	2020/ 8/26	履歴
☐ カルバペネム系	☐	2020/ 8/26	履歴
☐ キノロン系	☐	2020/ 8/26	履歴
☐ NSAIDs	☐	2020/ 8/26	履歴

確認日が登録されたら、「確定」をクリックしてください

薬剤提供

確定

造影剤アレルギーの登録(2か所)

患者確認

チェック項目	有無
造影剤アレルギー(CT, IVP等)	有
造影剤アレルギー(MRI)	有

造影剤の薬剤名が明らかな場合は、薬剤アレルギーにも入力する。薬剤名が不明の場合は、フリーコメントに「造影剤」と入力する。

キシロカインアレルギーの登録(2か所)

腎機能障害

内視鏡検査(キシロカイン禁)

有

キシロカイン

アルコールアレルギー

検体採取時の注意

アルコール禁

外来処方区分
処方一包装
患者固有情報
検体採取時の注意

採取指示票と注射処方箋に「アルコール禁」表示

検体採取時の注意
アルコール禁

3) 食物アレルギー

(1) 基本的注意事項

- 医師・看護師が、入院決定・入院確認時に食事オーダーを入力する際、また入院中に新たに食事オーダーを入力する際は、①患者に食物アレルギーの有無を確認するとともに、②診療情報提供書・看護添書・入院時問診票等の食物アレルギー情報を確認する。入院後、栄養士は、①②を再度確認して、食事オーダーの最終確認をする。

(2) 食物アレルギー情報の入力方法

- 「患者基本」の「食物アレルギー」の「編集」から登録する。チェックボックスにないアレルギーを登録する場合は、「食物選択」から入力する。

- ☐ 食事オーダーの「禁止事項」の該当食物にチェックする。（「患者基本」に食物アレルギーを登録しただけでは、食事オーダーに反映されない）
- ☐ 食物アレルギーがない場合は、「アレルギーなし」を入力し、確認日を登録する。

【患者基本の画面】

[illegible]

【食事オーダー画面】

一般治療食	食 種 名	1人1日 -	蛋白
P C食	常食 A 米飯(10歳以上 女)	1500	60
F C食	常食 B 米飯(30歳以上 男)	1800	65
術後食・潰瘍食	常食 C 米飯(18~29歳 男)	2000	68
E C食	濃厚流動食		1500
パターン食	7 分粥		1300
欠食・その他	5 分粥		1200
旧食種(使用禁止)	3 分粥		1100
	流動食	700	20
	軟菜食米飯(キザミ)	1500	60
	軟菜食全粥(キザミ)	1500	60

アレルギーのある食物に
チェックする

指示	特別指示	禁止事項
特別指示	カリウム制限 糖質制限 ヨード制限 ラップ・クレープ 主食1/2 主食1/4 主食2/3 副食1/2 副食1/4 全食1/2 全食1/4 副食一口大 副食キザミ	☐ 肉類 (アレ) ☐ 鶏肉類 (アレ) ☐ エビ・カニ類 (アレ) ☐ 貝類 (アレ) ☐ 香魚類 (アレ) ☐ サバ類 (アレ) ☐ 卵類 (アレ) ☐ 牛乳・乳製品類(7L) ☐ 長いも類 (アレ) ☐ パウ料の果物類(7L) ☐ ナッツ類 (アレ)

【患者基本の画面】

「アレルギーなし」も入力してください

食物アレルギー

食物アレルギーは未確認です アレルギーなし

変更なし	最終更新日	履歴
☐ 肉類 (アレ)	☐	履歴
☐ 鶏肉類 (アレ)	☐	履歴
☐ エビ・カニ類 (アレ)	☐	履歴
☐ 貝類 (アレ)	☐	履歴
☐ 青魚類 (アレ)	☐	履歴
☐ サバ類 (アレ)	☐	履歴
☐ 卵類 (アレ)	☐	履歴
☐ 牛乳・乳製品類 (アレ)	☐	履歴
☐ 長いも類 (アレ)	☐	履歴
☐ パラ科の果物類 (アレ)	☐	履歴
☐ ナッツ類 (アレ)	☐	履歴
☐ そば類 (アレ)	☐	履歴
☐ 大豆類 (アレ)	☐	履歴
☐ 小麦粉類 (アレ)	☐	履歴
☐ 納豆類 (毒)	☐	履歴

確認日が登録されたら、「確定」をクリックしてください

食物選択 確定 キャンセル

(3) アレルギー食物の誤配膳防止

- アレルギー対応の調理をする場合、調理担当者、委託栄養士、院内栄養士が、時間、場所を変更して複数の目でアレルギーが混入していないか献立内容とアレルギー内容を照合する。
- アレルギー対応の食札、食事のトレイは、専用の色とする。
- 各病棟の看護師は、食事内容にアレルギーの食材が混入していないか、アレルギー対応患者の一覧表に記載されたアレルギー内容と照合する。照合後に、配膳担当者は患者に配膳する。

4) ラテックスアレルギー

(1) 基本的注意事項

- 外来問診、入院時問診の際、患者にラテックスアレルギーの有無、ハイリスク患者を把握する。

<ハイリスクグループ>

- ① 医療従事者 特に手指にアトピー性皮膚炎、接触性皮膚炎がある場合
- ② 医療処置を繰り返し実施している患者（特に二分脊椎症患者）
- ③ クリ、バナナ、アボガド、キウイフルーツ等の食物アレルギーがある患者（ラテックス・アレルゲンと交叉抗原性をもつ）
- ④ 天然ゴム製造従事者

- 検査・処置・手術においてリスク共有ができるように申し送りを行う。
- ラテックスアレルギーがある場合、クリ、バナナ、アボガド、キウイフルーツの食物アレルギーの登録をする。
- 使用予定の製品に天然ゴムが含まれていないか確認し、含まれていれば取り除き、代用品（非ラテックス）を準備する。

(2) ラテックスアレルギー情報の入力方法

- 「患者基本」の「患者確認」の「ラテックスアレルギー」を「有り」と登録する。

【患者基本の画面】

チェック項目	有無	確認日	確認医師	更新者	患者へ
造影剤アレルギー(MRI)	—				
ビグリアイド系糖尿病薬服用	—				
心臓ペースメーカー	—				
脳内クリップ	—				
心臓人工弁	—				
義眼、人工内耳	—				
腹腔内クリップ、ステント	—				
体内金属（人工骨頭、骨接合金属）	—				
妊娠有無	—				
閉所恐怖症有無	—				
腎機能障害	—				
内視鏡検査（キシロカイン禁）	—			テスト 管理者	
ラテックスアレルギー	有			テスト 管理者	

確認事項

5) アナフィラキシーの対応

アナフィラキシーの対応

症状出現。症状誘発の可能性のある投与中の薬剤は中止



2025 年 8 月 医療法人東札幌病院 医療安全管理部門

15. 診断・治療の見逃し・遅延防止

1) 画像の読影レポートの確認に関する安全対策

- ☐ 画像検査をオーダーした検査依頼医は、画像とその読影レポート内容を確認した上で、読影レポートの右上『レポート未確認』にチェックを入れて、医師名を登録する。
- ☐ 2週間おきに放射線科で未読症例の一覧を作成し、医局へ通知する。

2) 入院時の頭部外傷見逃し防止対策

- ☐ 看護師は、入院時問診票で過去1～2か月以内の転倒歴と頭部打撲の有無について確認する。頭部打撲がある場合、頭部外傷リスクスクリーニング（入院時）のテンプレートを用いて診療記録に症状等を記録し、医師と情報共有する。

【転倒転落：頭部外傷リスクスクリーニング（入院時）】テンプレート

☐ 過去 1～2 か月以内に転倒転落したことがある

☐ 頭部を打撲したことがある

<上記 2 項目に加えて>

☐ 転倒後から頭痛あり

☐ 転倒後から活動性の低下あり

☐ 転倒後から記憶力障害あり

☐ 転倒後から片麻痺あり

☐ 転倒後から尿失禁あり

☐ 抗凝固剤内服中

☐ 転倒後からの新たな症状はない

- ☐ 医師は、上記の情報をもとに患者の問診・診察を行い、入院早期に頭部 CT 撮影をする。
- ☐ 医師は、頭部 CT で慢性硬膜下血腫等の所見を診断した場合、速やかに本人・家族と治療方針について話し合う。

3) 検体検査異常時（パニック値）報告システム

外来・入院患者の検査結果において異常値の見落としや報告・診断遅滞を防止する。

【血液検査・尿検査/パニック値】

定義『生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値』

- ☐ 入院患者のパニック値報告

- ① 検査室の臨床検査技師から検査結果が出た時点で検査をオーダーした医師へ直接電話で報告する。

- ② 検査をオーダーした医師に連絡が取れない場合は、病棟看護師に電話連絡。病棟看護師から主治医（不在時病棟医長）に電話連絡する。

□ 外来患者のパニック値報告

- ① 検査室の臨床検査技師からパニック値のコメント入力した報告書を作成し、外来の各診察室の看護師に手渡す。各診察室の看護師が過去の検査値と照らし合わせ、指示医に緊急報告する。
- ② 外来診察終了後、患者が帰宅後にパニック値が検出された場合は、外来看護師から指示医に報告し、対応方法について協議する。

□ パニック値を報告された医師は、速やかにパニック値への対応を行い、記録する。

血液検査・尿検査パニック値一覧

項目名	外来患者		入院患者		単位
白血球	1500 ↓	15000 ↑	1000 ↓	25000 ↑	/μL
白血球像	芽球 1 ↑		芽球 30 ↑		%
Hb	9.0 ↓		6.0 ↓		g/dL
血小板	5万 ↓	60万 ↑	3万 ↓	100万 ↑	/μL
血糖	50 ↓	400 ↑	50 ↓	500 ↑	mg/dL
T-Bil	5.0 ↑		12.0 ↑		mg/dL
Na	125 ↓	155 ↑	110 ↓	170 ↑	mEq/L
K	3.0 ↓	5.5 ↑	2.5 ↓	6.5 ↑	mEq/L
Ca	7.0 ↓	12.0 ↑	6.0 ↓	14.0 ↑	mg/dL
BUN	40.0 ↑		80.0 ↑		mg/dL
Cre	3.0 ↑		3.0 ↑		mg/dL
AST (GOT)	200 ↑		1000 ↑		U/L
ALT (GPT)	200 ↑		1000 ↑		U/L
CPK	300 ↑		1000 ↑		U/L
アミラーゼ	300 ↑		500 ↑		U/L
ジゴキシン	2.5 ↑		2.5 ↑		ng/mL
テオフィリン	25.0 ↑		25.0 ↑		μg/mL
フェニトイン	20.0 ↑		20.0 ↑		μg/mL
バルプロ酸Na	150 ↑		150 ↑		μg/mL
尿アミラーゼ	1000 ↑		1000 ↑		U/L
プロトロン時間 (PT-INR)	4.0 ↑		4.0 ↑		—

4) 病理診断報告書の報告システム

外来・入院患者の病理診断の報告書の未読や診断遅延を防止する。

□ 入院患者の病理診断報告書未読対策

- ① 検査室の臨床検査技師から外来看護師と病棟看護師にそれぞれ 1 枚ずつ病理診断報告書を渡す。
- ② 病棟看護師は、各病棟の医師別ファイルに報告書を入れる。検査依頼医と主治医が異なる場合は、主治医に報告する。
- ③ 病棟看護師は、検査依頼医または主治医と患者へ結果を説明するための面談日を調整する。
- ④ 検査依頼医または主治医は病理診断報告書の内容を確認し、患者に速やかに説明し、記録を残す。
- ⑤ 病棟看護師は、病理診断報告書の説明が患者にされたことを確認する。
- ⑥ 検査依頼医または主治医が病理診断報告書を確認した場合、報告書を確認済みファイルに入れる。
- ⑦ 確認済みファイルに入った病理診断報告書は、病棟秘書が患者カルテに取り込む。
- ⑧ 外来看護師に渡された病理診断報告書は、検査依頼医に渡され、検査依頼医が確認した場合、報告書に医師名の印または署名を記載し、外来でファイルに保存する。検査依頼医と主治医が異なる場合は、主治医に報告する。

□ 外来患者の病理診断報告書未読対策

- ① 病理診断に検体が提出された場合、検査室で病理ノートに記載する。
- ② 病理診断に検体が提出された場合、外来看護師は、結果説明をする外来受診日について検査依頼医または主治医と調整する。
- ③ 検査室の臨床検査技師から外来課長に病理ノートとともに病理診断報告書が渡される。外来課長による病理ノートの記載事項と病理診断報告書の照合後、医療秘書課職員によって主治医別ファイルに振り分けられ、検査依頼医または主治医に病理診断報告書が届く。主治医と内視鏡施行医が異なる場合などは、両者に病理診断報告書を確認してもらう。
- ④ 検査依頼医または主治医は、患者へ速やかに説明し、記録に残す。
- ⑤ 外来看護師は、病理診断報告書の説明が患者にされたことを確認する。
- ⑥ 検査依頼医が病理診断報告書を確認した場合、報告書に医師名の印または署名を記載し、外来でファイルに保存する。
- ⑦ 検査室の臨床検査技師から医事課にも病理診断報告書 1 枚渡される。医事課は、電子カルテに取り込む。

16. 作業環境

1) 作業環境

- 作業環境の整理・整頓につとめ、異常の発見、手順の間違いを容易にする。

2) 作業中断

- できる限り作業は、最初から終了まで一貫して行う。特に麻薬、抗がん剤、ハイリスク薬、輸血等を取り扱い、確認作業をしている間は、周囲の者は声をかけない。
- 万が一、確認作業が中断した場合は、最初から行う。
- 作業が中断し、その場を離れる場合は、「中断中」のイエローカードを置き、作業が中断していることを周囲に知らせる。また、自分自身も中断した業務を忘れないようにし、確認作業は最初から行う。



中断中カード

17. 急変発生時の対応方法

1) スタットコール

【起動基準】

- ① 心肺停止あるいは心肺停止に陥る状況
 - ・呼吸異常
 - ・痙攣・急激な意識障害
 - ・ショック状態
- ② 応援人員が多数必要

【発見者】

発見した職員もしくは応援に駆け付けた職員が、院内全館放送 630 にかける。

「スタットコールです。〇〇病棟〇〇号室」2 回繰り返す。

【対応する職員】

- ・ 当該部署の医師・看護師は、救急カート・AED・移動式モニターを持って集合する。
- ・ 発生部署と同じ棟の職員（東棟 3 階、中央 2 階、西棟外科）は直流除細動器を持って集合する。
- ・ 先着した医師が現場を統括して、蘇生を実施することが望ましい。
- ・ 主治医が到着したら、先着した医師から引継ぎ現場を統括する。

2) 急変対応コール（Rapid Response System：RRS）

心肺停止のような重大な合併症を未然に防ぐために患者の病状悪化をできる限り早期に発見し、適切に介入を行う急変対応システムを指す。

（1）報告基準 以下のいずれかに該当した場合に報告する

項目	内容	指標
呼吸	新たな自発呼吸回数の変化	9回/分以下または 30 回/分以上
	新たな酸素飽和度の低下	SpO ₂ ：92%以下（酸素吸入下）
循環	新たな心拍数の変化	心拍数 40 回/分未満または 130 回/以上
	新たな収縮期血圧の変化	収縮期血圧 90 mmHg 以下 または 200 mmHg 以上
	新たな尿量の低下	50ml 以下/4 時間
意識	急激な意識レベルの低下	
その他	新たな顔面や四肢の麻痺	
	制御不能な出血	
	何らかの懸念	

※ただし、がん終末期の患者で DNR の同意が得られ、バイタルサイン等の変化が病状の進行による自然な経過と判断される場合は除外する。

(2) 報告体制

上記報告基準のいずれかに該当する患者を発見した看護師は、主治医に報告する。主治医が不在の場合、または主治医が希望する場合は、下記の対応順に沿って急変対応コールを行う。

【平日：日中 8:30～17:00】

主治医院内滞在時、および院内不在時（院外出張、週休、当直明け、年休）

内科	内科病棟に入院の患者	①主治医 ②病棟医長 ③医局長 ④院長
主治医	外科病棟に入院の患者	①主治医 ②医局長 ③院長
外科	外科病棟または 内科病棟に入院の患者	①主治医 ②外科担当医 ③外科病棟医長
外来		午前：1 診担当医師 午後：2 診または3 診担当医師

【土曜日：8:30～12:30】

内科・外科の入院患者	①病棟当番医 ②主治医
外来患者	2 診担当医師

【平日夜間 17:00～8:30、土曜日 12:30～日曜 9:00、日・祝日 9:00～翌日（平日）8:30】

内科・外科の入院患者	①当直医師 ②主治医
外来患者	当直医師

主治医に連絡する場合、①院内滞在時は PHS に連絡

②院外の場合は、病棟の携帯電話から主治医の携帯電話に連絡

<病棟医長>

東棟 PCU（東 PCU）	梅田
東棟 PCU（中央 PCU）	佐賀
東棟 3 階	伊藤
東棟 4 階	大村
中央棟 3 階	藤田
西棟外科	信岡
西棟 PCU	町野

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、医療安全管理者、輸血部への報告。
- ☐ 患者家族へ説明、対応をする。
- ☐ 投与していた輸血パックは保管しておく。

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・点滴の内容を複数の看護師で確認する。（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、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、注射指示箋・注射ラベルで再度誤った注射・点滴の内容を確認する。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・看護課長、医療安全管理者、（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、医療安全管理者、（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？ | ☐ 患者取り違いの可能性は？ |

(1) オピオイドの過量投与

オピオイドの過量投与があった場合、瞳孔径、意識状態、呼吸回数は、必ず状態が回復するまで経過記録に残す。

＜オピオイドの過量状態の兆候と観察＞

	瞳孔径の縮小	傾眠	呼吸数の抑制
観察指標	・瞳孔径 2～3 mmからピンホール状	・何もせずにいるとウトウトする ・昼間の睡眠が増える	・安静時呼吸数 10 回/分未満 ・チェーンストークス呼吸が観察されることがある
観察のポイント	・オピオイドによる縮瞳は暗がりでも散大しにくい ・他の徴候と併せて観察する	・声かけや刺激で覚醒しにくい ・傾眠が見られた時点で呼吸数が減少する	・安静時や睡眠時の呼吸数を観察しておき比較対照にする ・通常、安静時の呼吸数は 15～16 回以上

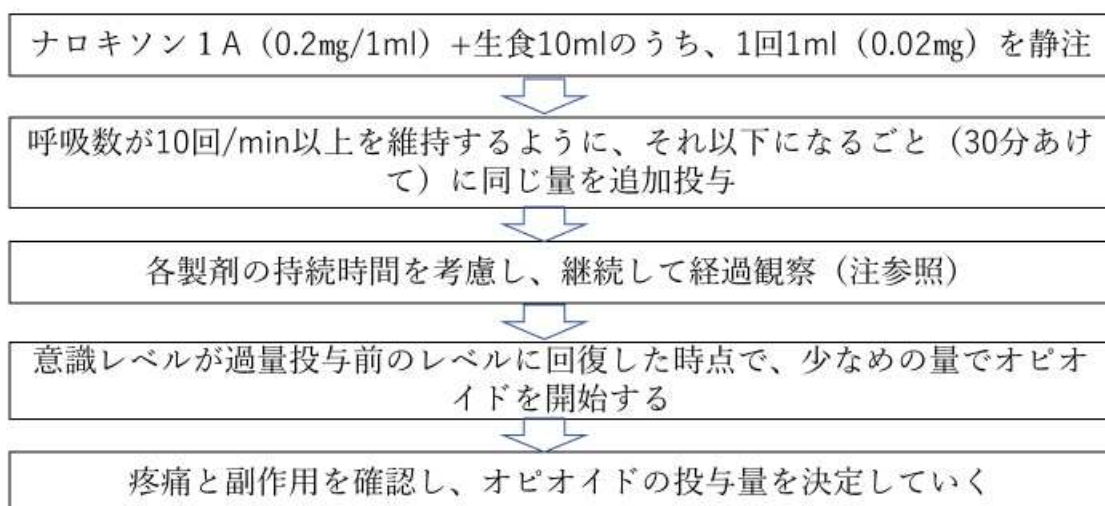
(医療用麻薬適正使用ガイダンス, 平成 29 年 4 月)

＜ナロキシソンの投与方法＞

呼名などにより呼吸が回復する場合は、経過観察するが、患者がほとんど覚醒せず持続的な SpO₂ 低下や CO₂ ナルコーシスのリスクがある場合は、オピオイド拮抗薬であるナロキシソンを使用する。ナロキシソンは、各部署の救急カートに保管されている。

＜ナロキシソンの投与方法＞

(電子カルテの指示簿に簡易入力あり)



注) 各オピオイド製剤における観察時間の目安

製剤	観察時間
オキシコドン徐放錠・オキシコドン徐放カプセル・MS コンチン錠・MS ツワイスロン	12 時間以上
ナルサス錠・メサペイン錠	24 時間以上
フェンタニール・フェンタニール酒酸塩 1 日用テープ「HMT」	剥がしてから 17 時間以上
モルヒネ・オキシコドン・フェンタニール・ナルバイン持続静注	投与中止から 3 時間以上

(2) オピオイドの離脱症候群

突然の薬物中止、急速な投与量減少、血中濃度低下、および拮抗薬投与により生じる。あくび、くしゃみ、流涙、発汗、悪心、嘔吐、下痢、腹痛、散瞳、頭痛、不眠、不安、せん妄、痙攣、振戦、全身の筋肉・関節痛、呼吸速迫、動悸等の離脱症候群（退薬症候）を起こす事があるため、医師の指示のもと、オピオイド製剤の投与について検討する。

(3) ベンゾジアゼピン系薬剤の過量投与

<フルマゼニル（アネキセート[®]）の投与方法>

ベンゾジアゼピン系薬剤（ドルミカム[®]、サイレース[®]）による呼吸抑制改善時には、フルマゼニル（アネキセート[®]）を投与する。

初回 0.2 mg（2ml）を緩徐に静脈内投与する。投与後 4 分以内に望まれる覚醒状態が得られない場合は更に 0.1 mg を追加投与する。以後必要に応じて、1 分間隔で 0.1 mg ずつを総投与量 1 mg まで投与を繰り返す。ただし、ベンゾジアゼピン系薬剤の投与状況及び患者の状態により適宜増減する。アネキセート[®]は、各部署の救急カートに保管されている。

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治療前に、薬剤漏出性皮膚障害の分類で投与する薬剤の危険性を確認する。

⑤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。

⑥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。

表 薬剤漏出性皮膚障害の分類

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、潰瘍形成を起こしうるもの	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 イノバン エフオーワイ 塩酸バンコマイシン グリセレブ 造影剤 (イオパミロン、イオメロン、イソビスト、オムニパーク、ガドビスト、コンレイ、ビジパーク、ビリスコピン、プリモビスト EOB) 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・エネフリード等 (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	アブラキサン アルケラン イダマイシン エクザール エトポシド エピルビシン オキサリプラチン オンコビン カルセド コスメゲン サイメリン ザノサー ダウノマイシン ダカルバジン ドキシソルビシン ドセタキセル トレアキシン ノバントロン パクリタキセル 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 ランダ ロゼウス	5-FU イホマイド イリノテカン エンドキサン エンハーツ カルボプラチン ゲムシタビン ダルビアス ドキシル ※2 トリセノックス ※1 ハイカムチン ブレオ マイロターグ	アービタックス アドセトリス アバスチン アリムタ イミフィンジ エムプリシティ オブジーボ カイプロリス ガザイバ カドサイラ キイトルーダ キロサイド サークリサ サイラムザ ザルトラップ ダラザレックス テセントリク トラスツズマブ パージェタ ハラヴェン フルダラ ベクティビックス ポテリジオ ポライビー ボルテゾミブ マブキャンパス メソトレキセート リツキシマブ ロイナーゼ

参考)がん薬物療法に伴う血管外漏出に関する合同ガイドライン 2023 年版

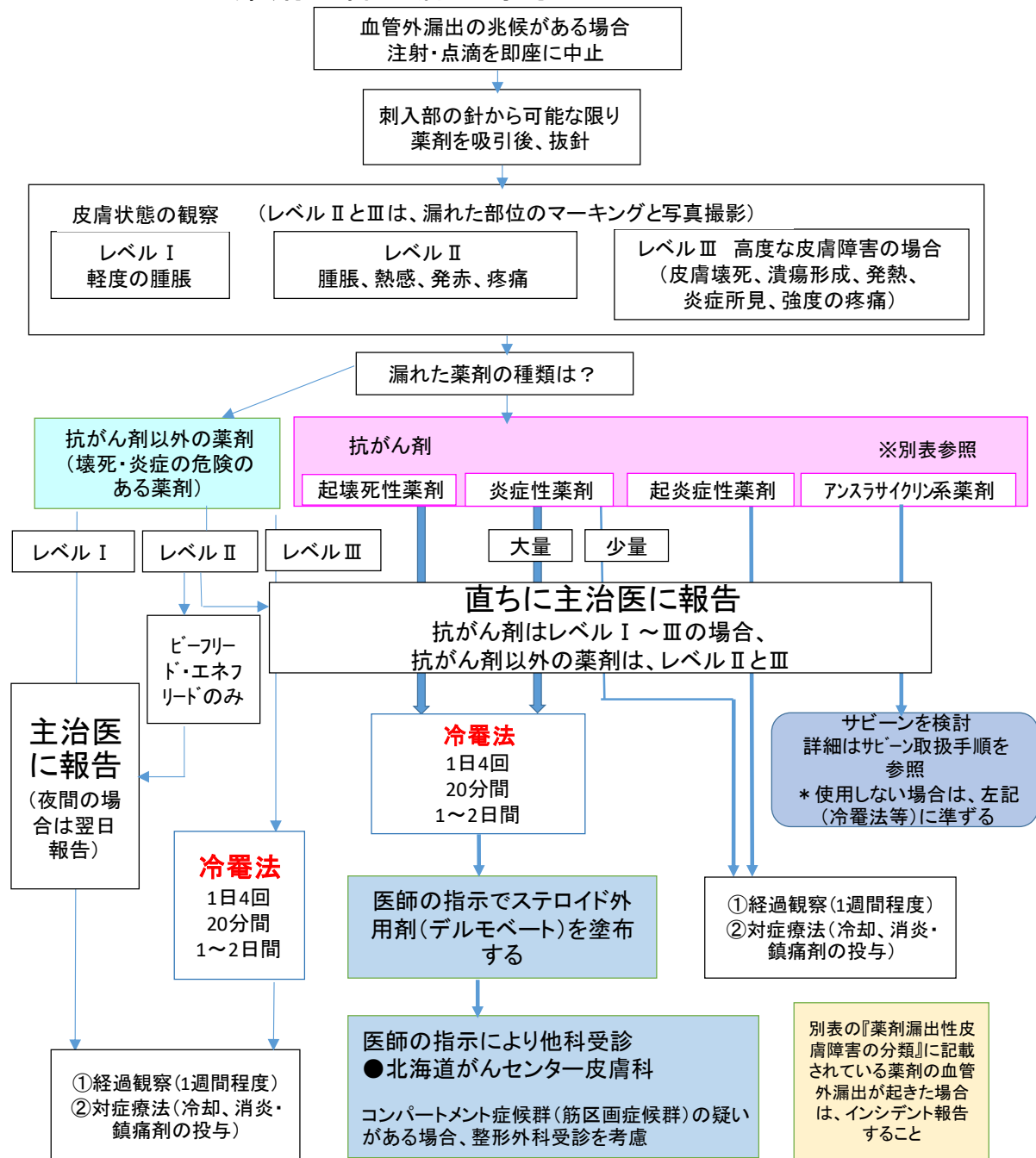
※1 トリセノックス(三酸化ヒ素)は分類が確立されていないが主薬の三酸化ヒ素は刺激性・腐食性があるとのこと

※2 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。

- ・ データなし製剤(アクブラ、アクラシノン、イストダックス、オニバイド、サンラビン、テラルビシン、ニドラン、ピシバニール、ビダーザ)
- ・ 皮下注薬剤(ダラキューロ、ビダーザ、フェスゴ、ボルテゾミブ)
- ・ 表に記載のない薬剤については薬剤課(1130)へ問い合わせてください。

2024/3 改訂 薬剤課

薬剤血管外漏出時対応のフローチャート



【治療費について】

- 薬剤投与と因果関係が明らかで、他科受診した場合は、医療費免除対象となりうるが、その判断は病院長が行う。
- 病院負担となる場合の手続き
 - ①他院受診の場合、病棟看護課長または外来看護課長が、患者から他院の領収書を預かりコピーをとる。領収書の原本を総務課へ提出後、現金を受け取る。看護課長が現金と領収書のコピーを患者に渡す。
 - ②a.入院患者が院内整形外科を受診した場合は、病棟看護課長が病棟秘書に連絡する。
b.外来患者が院内整形外科を受診した場合、外来看護課長が医事課に連絡する。処方がある場合は、院内処方とする。

(2018年4月1月作成 2021年2月改訂 2021年12月改訂 2022年5月改訂 2024年4月改訂)

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し、石鹸で洗う。
- ☐ 目に入った場合は、すみやかに生理食塩水か流水で十分洗い流し、必要に応じて眼科を受診する。
- ☐ シーツ・衣類に少量（直径5 cm以内）付着した場合は、スピルキットを準備してマスク、キャップ、手袋・ガウン・シューズカバーを着用する。吸水シートを広げて汚染したシーツや衣類をのせ、汚染部位にオゾン水をかけ不活化させる。オゾン水をしぼり、シーツや衣類を透明ビニール袋に入れ、固く口を縛る。ビニール袋に「抗がん剤汚染あり。不活化済み」と記入し、洗濯に出す。
- ☐ シーツ・衣類に中等量～多量（直径5 cm以上）付着した場合は、スピルキットを準備してマスク、キャップ、手袋・ガウン・シューズカバーを着用する。汚染したシーツや衣類は、透明ビニール袋に入れ、固く口を縛り、ハザードボックスに破棄して看護課長に報告する。看護課長は、破棄伝票を記入して、看護部長に提出する。（詳細は、与薬技術マニュアル参照）

10) 抗がん剤のエアロゾルを吸入した場合

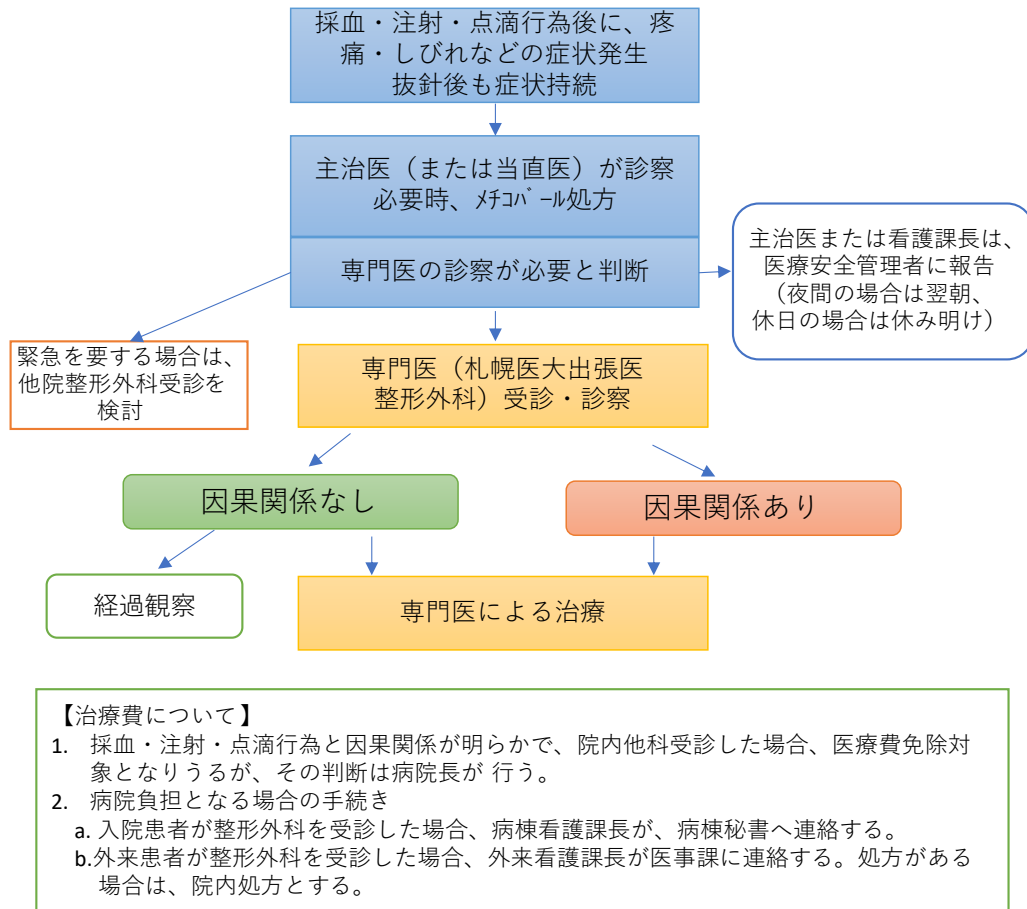
- ☐ 直ちに十分な水道水でうがいをする。
- ☐ 鼻から吸入した場合は、鼻洗浄の処置を行う。

3. カテーテル・チューブ抜去または切断

- ☐ 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。
- ☐ 中心静脈カテーテルを患者がハサミ等で切断または引きちぎってしまった場合は、切断面から空気が入り空気塞栓の危険性があること、あるいは血液が流出して失血死の危険性もあることから、患者側のカテーテルをペアンなどでクランプしてただちに医師に報告する。医師はカテーテルを速やかに抜去する。
- ☐ 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. 採血・注射・点滴行為における末梢神経損傷

採血・注射・点滴行為における末梢神経損傷の対応



（2021年12月作成、2024年5月改訂）

5. 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、中央棟3階）



(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、すなわち心肺蘇生法 (cardiopulmonary resuscitation : 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しだい、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。

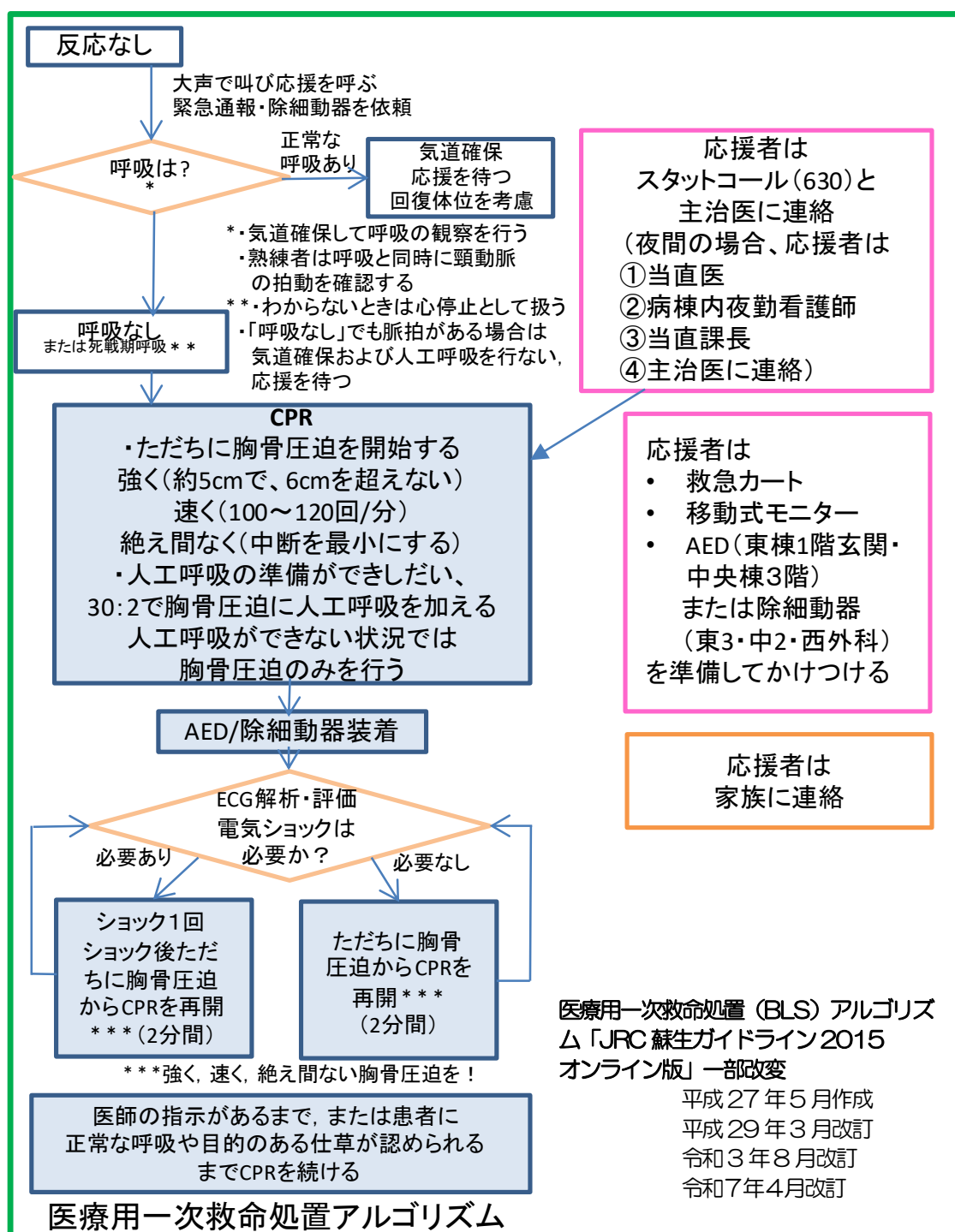
□ AED : CPR を開始し、AED が到着したら、すみやかに心臓を挟んでパッドを装着する。AED によるリズム解析が開始されたら、傷病者に触れないようにする。AED の音声メッセージに従って、ショックボタンを押し電気ショックを行う。電気ショック後は

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。



6. 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・転落対策検討

- ☐ 転倒転落防止策を実施している場合は転倒転落アセスメントスコアシートで再評価し、対策の見直しを行う
- ☐ 転倒転落の防止策が未実施の場合、転倒転落アセスメントスコアシートで評価し、対策を検討する。

(4) 状況の報告

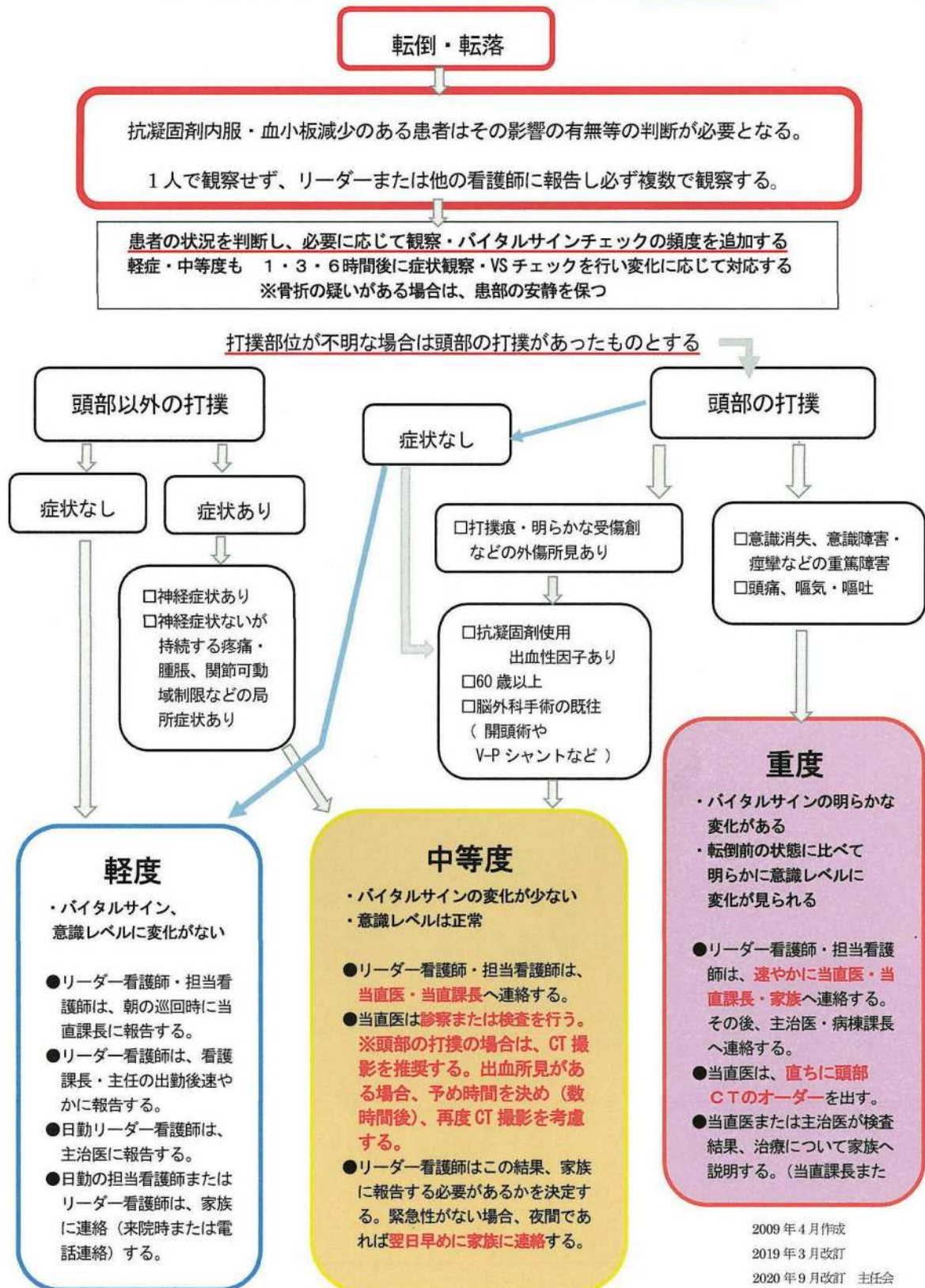
- ☐ 看護課長、主治医へ報告
- ☐ 他の看護師と情報を共有
- ☐ 患者、家族に説明

(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）

2009年4月作成
2019年3月改訂
2020年9月改訂 主任会

転倒・転落のインシデント発生時の報告基準（**夜間・休日**）

2009年4月作成

2019年3月改訂

2020年9月改訂 主任会

7. 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）

「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。

- 縊死を発見した場合、先ず身体を支えあげる。直後であれば呼吸確保になる。結び目は残し、使用具を切る。時計を確認し、静かに床におろして救命処置を行う。
- 死傷行為を発見した場合、刃物は抜かずに動かないように固定する。時計を確認し、救命処置を行う。必要であれば、衣服はハサミで切る。

（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→医療安全管理者→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。

夜間は、当直課長と当直医に報告

- 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、ご遺体にシーツをかけ、現場を封鎖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

8. 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。

9. 異物誤飲

(1) 現在の状態を観察する（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。

×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。

④ PTP シート

- ・誤飲したもの（形状、大きさ、薬の種類）と数を確認する。

- ・むやみに吐かせない。

- ・CT でPTP シートの有無を確認する。（PTP シートは、X線透過性のため、レントゲン撮影による同定は困難）

- ・CT でPTP シートが確認できた場合、内視鏡でPTP シート摘出を試みる。

10. 無断離院

(1) 入院時の説明とリスク評価

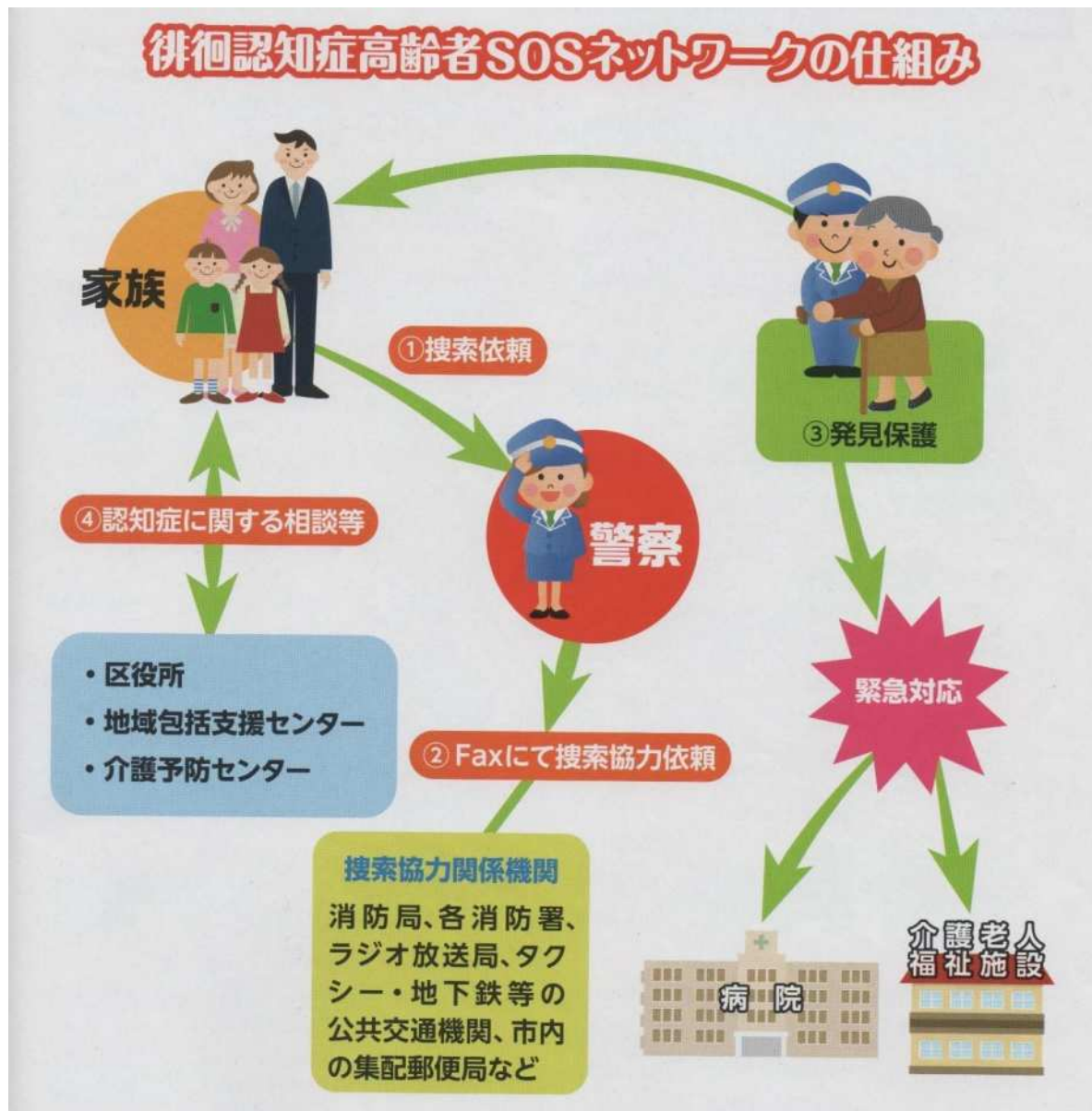
- ☐ 入院時のオリエンテーションの際、外出・外泊は主治医の許可が必要であることを説明する。
- ☐ 見当識障害、認知症、自殺企図、帰宅願望、過去に離院・離棟の既往等、患者が無断離院する可能性を評価し、職員間で共有する。

(2) 予防対策

- ☐ 離院の可能性が高い患者（ハイリスク患者）は、顔写真をとり、各部署、玄関、守衛室に配布し、情報共有する。
- ☐ 離院の可能性が高い患者は、頻回な所在確認、ナースコールマット設置、移動時の付き添いを行う。
- ☐ 離院の可能性の高い患者は、家族に私服を持ち帰ってもらうまたはナースステーションで預かる。

(3) 無断離院発生時

- ☐ 患者の無断離棟・離院の可能性に気付いたら、直ちに病棟課長に報告し、病棟内を搜索する。10分程度を目安にトイレ、浴室、鍵のかかっていない部屋などを搜索する。患者が携帯電話を所持している場合は、連絡・安否確認を行う。
- ☐ 病棟内で見つからない場合、病棟課長は、主治医・医療安全管理部門・看護部長に報告する。
- ☐ 看護課長またはリーダー看護師は、患者の情報収集を行う。①患者の特徴（服装・体型・髪型など）、②所持品など。
- ☐ 看護課長は、家族等に連絡し帰宅の有無を確認する。患者が行く可能性のある場所の確認と顔写真入手について家族に協力を求める。
- ☐ 医療安全管理者は、各部署に連絡し、院内の搜索をする。20分程度を目安にする。
- ☐ 院内で発見できなく、自宅への帰宅も確認できない場合、病院長に報告する。事務部に連絡し院外搜索の応援要請をする。
- ☐ 病院出入口の防犯カメラの確認をする。
- ☐ 院外で搜索する場合は、携帯電話を持参し、適宜報告する。
主な搜索場所：東札幌イオン、ラソラ、コンビニ、地下鉄駅（東札幌・白石）
- ☐ 警察への届出については、家族と相談のうえ、病院長または主治医が判断する。
 - ・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、すみやかに搜索、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。
- ☐ 患者を発見した場合、速やかに病棟課長・主治医に報告し、医療安全管理者、家族、搜索関係者、院長に報告する。



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	ふりがな氏 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。

11. 針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露時の対応（院内感染対策マニュアルも参照）

1. 針刺し・切創及び皮膚・粘膜曝露とは

針刺し・切創	湿性生体物質（血液、汗を除く体液、分泌物、排泄物）で汚染された 鋭利器材による受傷
皮膚・粘膜曝露	湿性生体物質（血液、汗を除く体液、分泌物、排泄物）による 損傷した皮膚や粘膜の汚染

2. 曝露事故発生時の共通対応

1)

針刺し・切創、皮膚曝露	受傷部位を石鹸と流水で十分洗う	
粘膜曝露	口腔	大量の水でうがいする
	眼	生理食塩水で十分に洗浄する

2) 曝露源（患者）の感染症検査を確認する

- ① 事故発生時は、曝露源（患者）の感染症情報を確認する。感染症情報（HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体・梅毒）は、1年以内の検査を有効とする。事故発生時に1年以上経過している場合は、検査同意書を得て採血を行う。患者が感染症検査を拒否した場合は、p19-10「感染源・感染性不明の鋭利器材で受傷した場合のフローチャートNo.6」に準じて対応する。
- ② 当院では入院時に、患者の感染症採血（HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体・梅毒）を検査している。外科手術予定で抗HIV抗体を検査している患者以外での事故発生時には、検査同意書を得て「抗HIV抗体」の採決を行う。
- ③ 曝露事故発生時の感染症検査の説明は、平日（日中）は主治医、夜間・休日は当直課長・課長代行者が行い同意を得る。

3) 受傷者（職員）の感染者情報を確認する

- ① カルテから「HBs抗原/CLIA法・HBs抗体/CLIA法」を確認する。
- ② 感染症採血「HCV抗体」は職員検診に含まれていない為、HCV陽性血や感染源・感染性不明の鋭利器材で受傷した場合は、事故後に受傷者の採血（ベースライン検査）で「HCV抗体3rd、HCV核酸リアル（PCR）」を行う。
- ③ 職員で過去にHBs抗体価をPHA法で検査している場合は、抗体価は未確認とみなして対応する。職員は平日（日中）に事故が発生した場合は外来受診、夜間・休日は第一岸本臨床に採血検体「HBs抗体/ICA」を提出する。

3. 費用負担

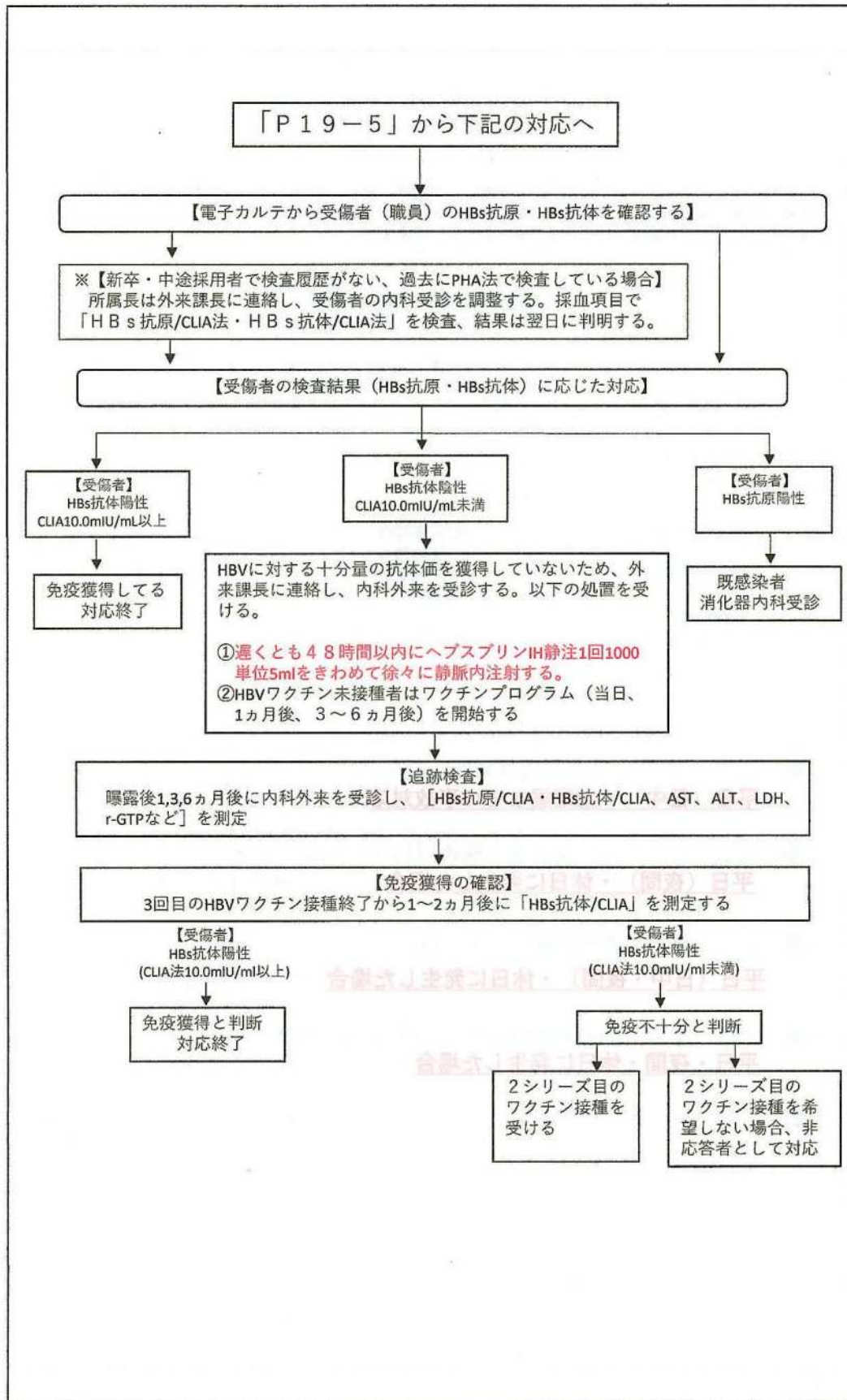
- ① 職員の針刺し等の事故発生時、曝露源患者に対する検査費用は病院が負担する。事故により受診が必要になった職員は、労働災害の申請手続きを行う。

- ② 労災の流れは、「事故発生」→「外来受診」→「総務課長から労災申請書の受け取り」→「労災申請書に必要事項を記載」→「総務課長に提出」となる。
- ③ 受傷者はインシデントレポートを作成し報告する。

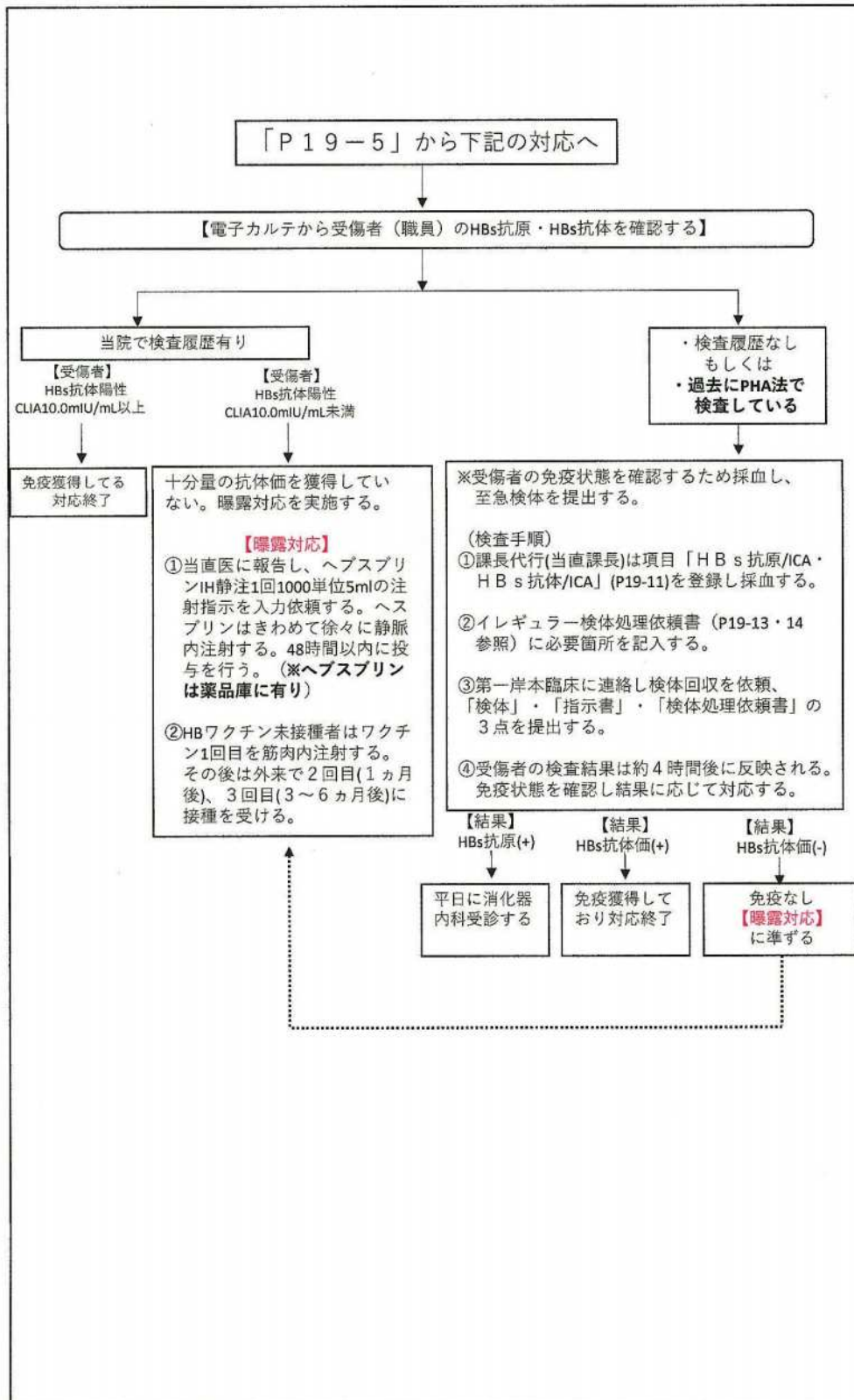
●針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露発生時の全病原体共通対応（※初期対応）
フローチャート No. 1



●HBV 血液・体液曝露発生時の対応 フローチャートNo.2
平日（日中）・土曜昼までの対応

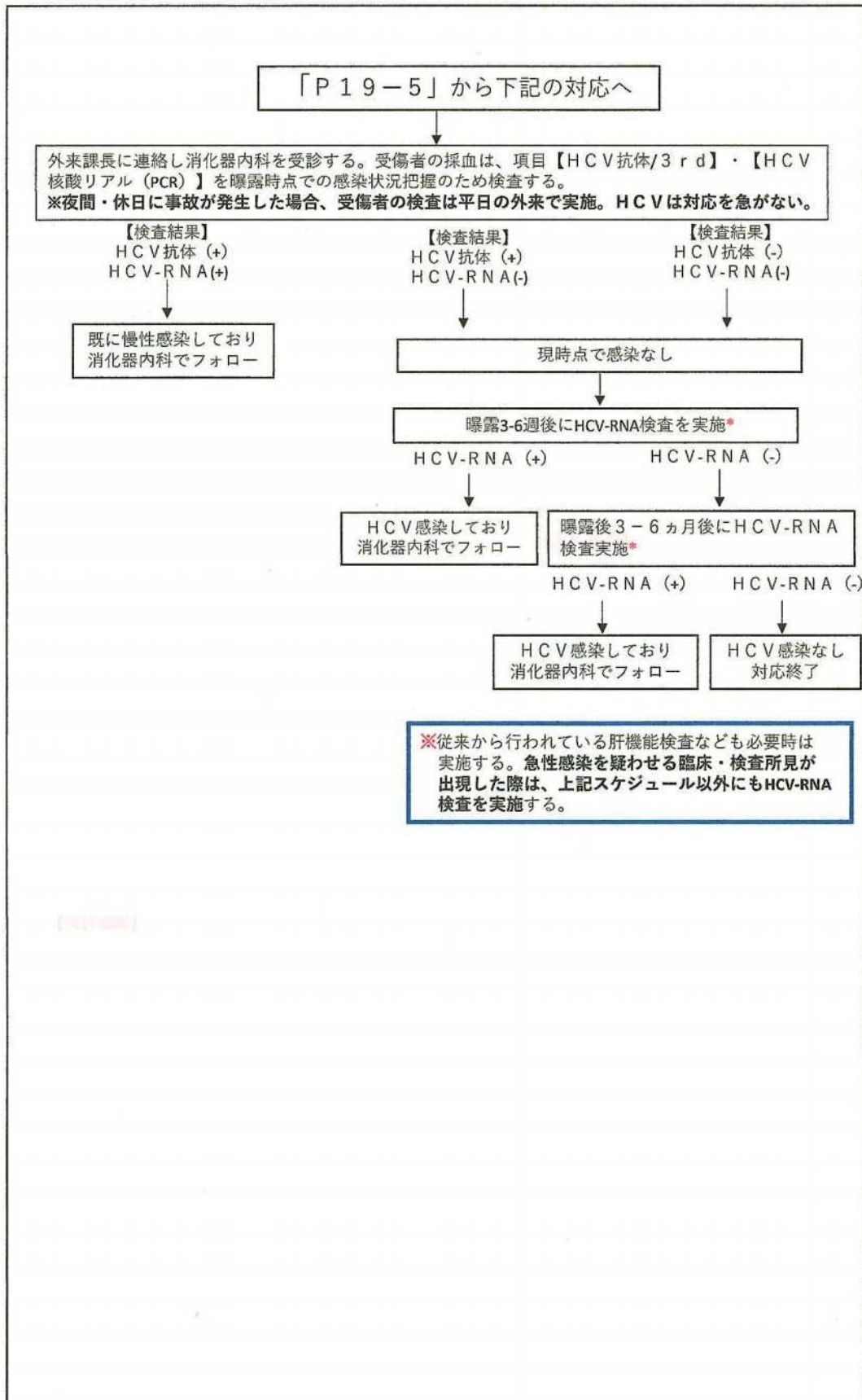


●HBV 血液・体液曝露発生時の対応 フローチャート No.3
 平日の夜間・休日に発生した場合

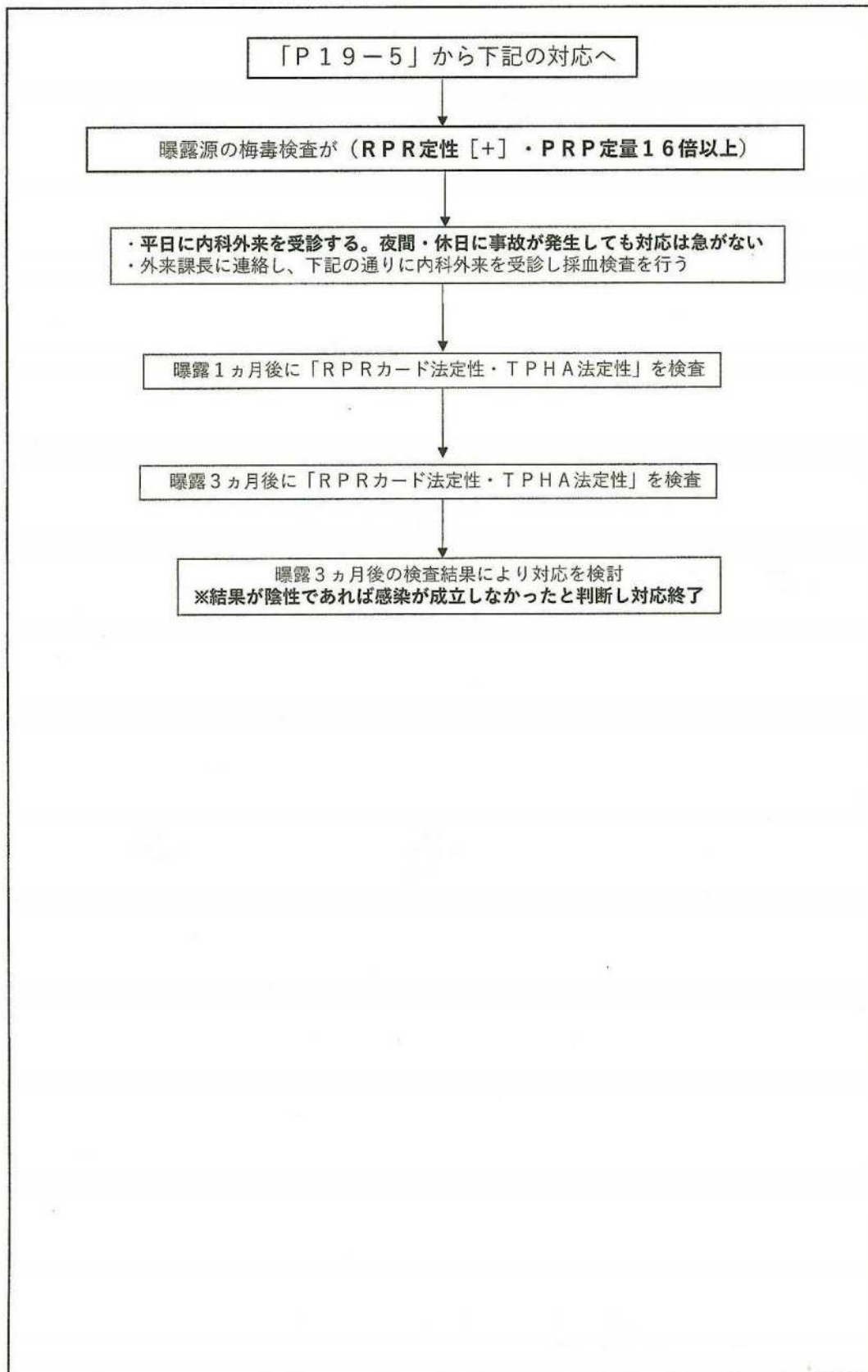


●HCV血液・体液曝露発生時の対応 フローチャートNo.4

平日・夜間・休日に発生した場合



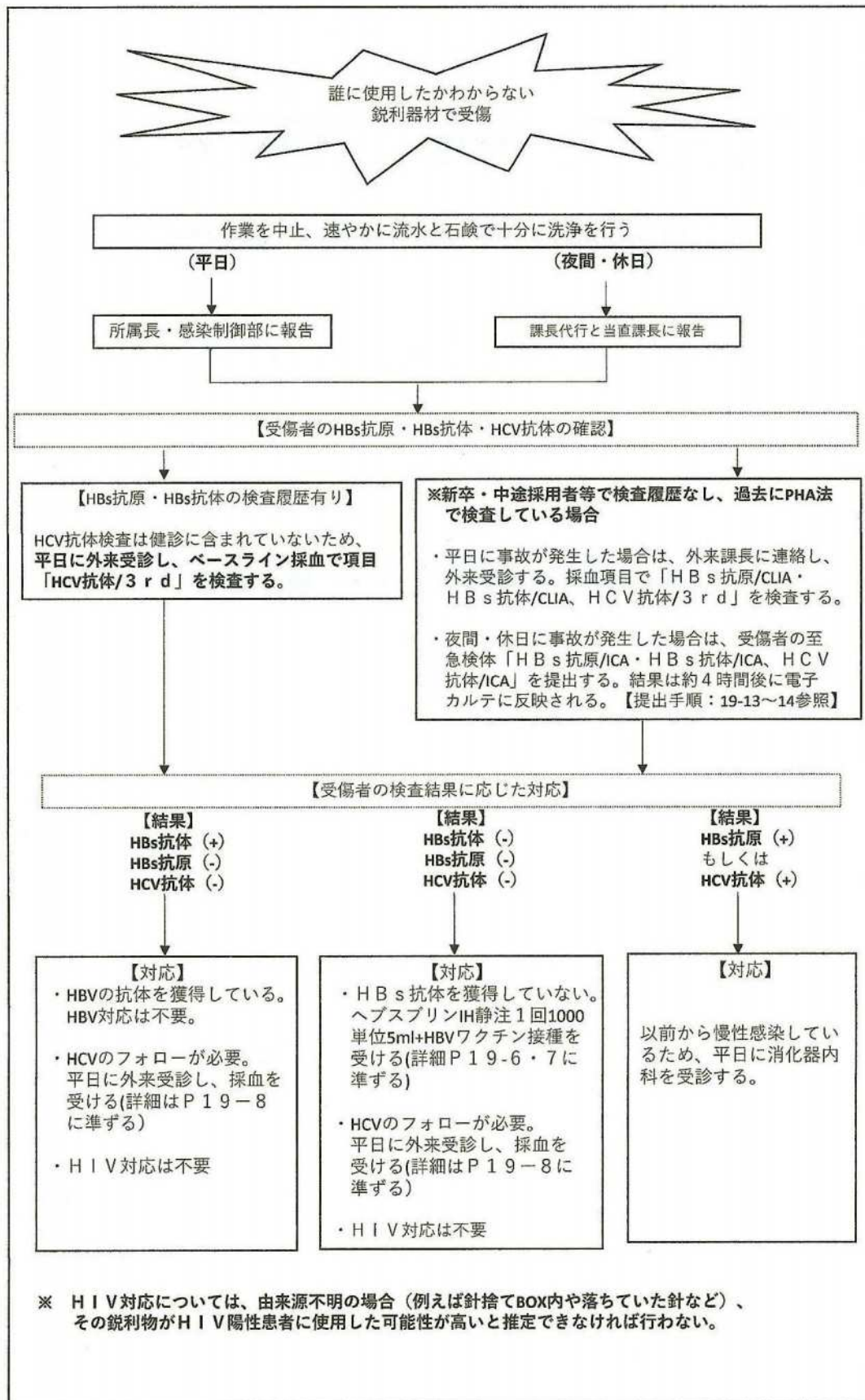
●梅毒 血液・体液曝露発生時の対応 フローチャートNo.5
平日・夜間・休日に発生した場合



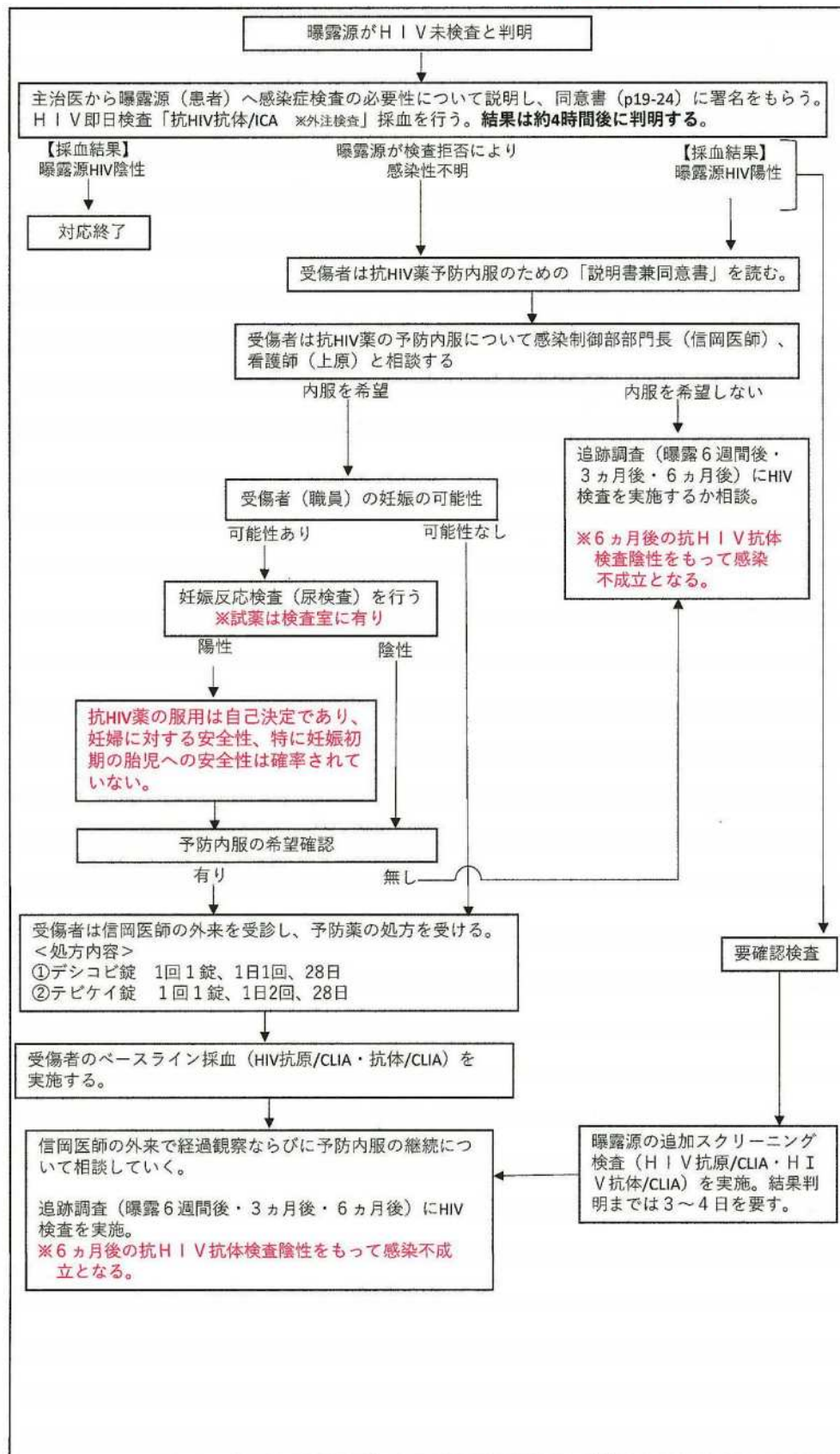
●感染源・感染性不明の鋭利器材で受傷した場合 フローチャート No.6

平日、夜間・休日に発生した場合

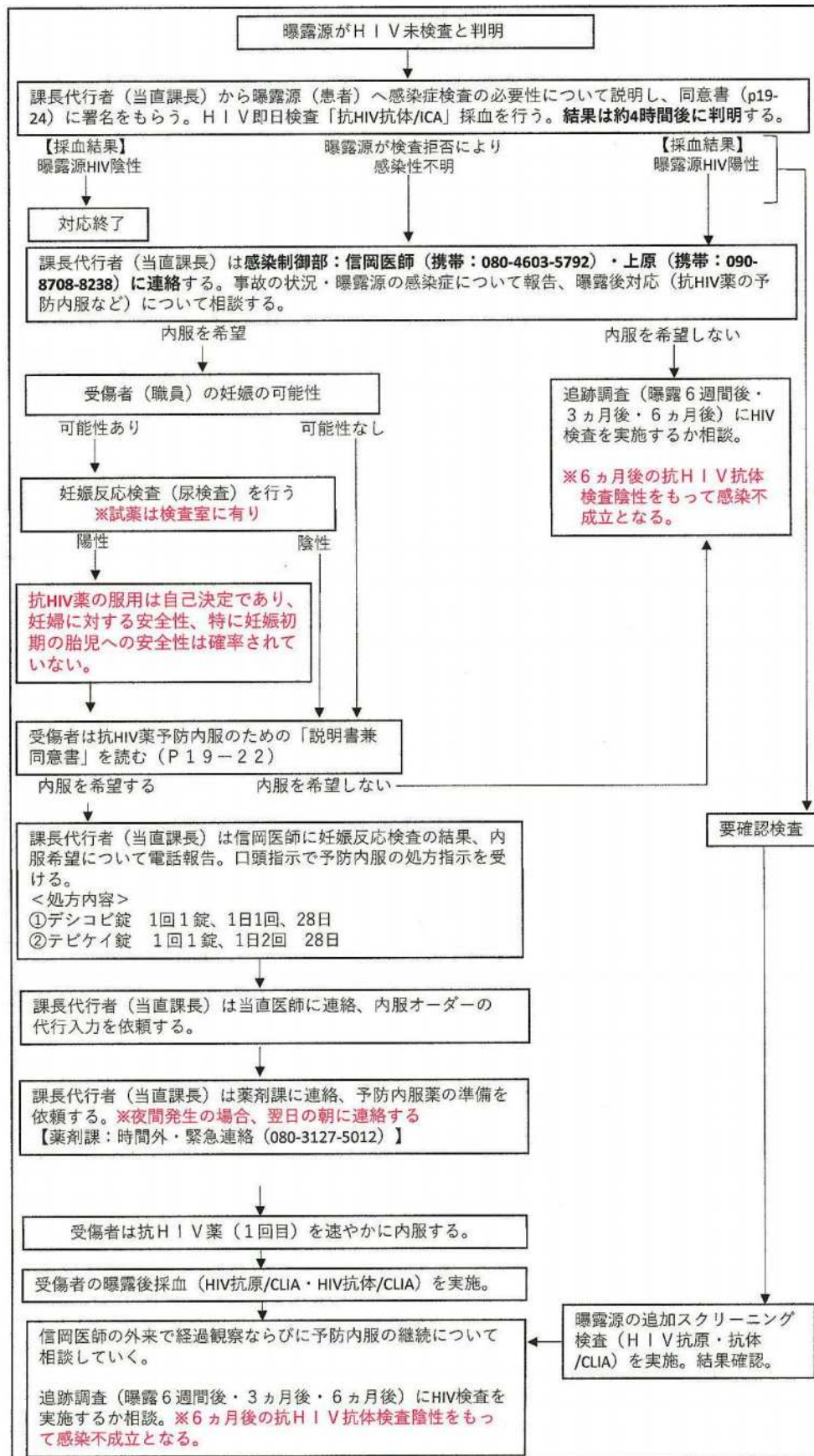
合形式」主翼コ日科・間夜・日平



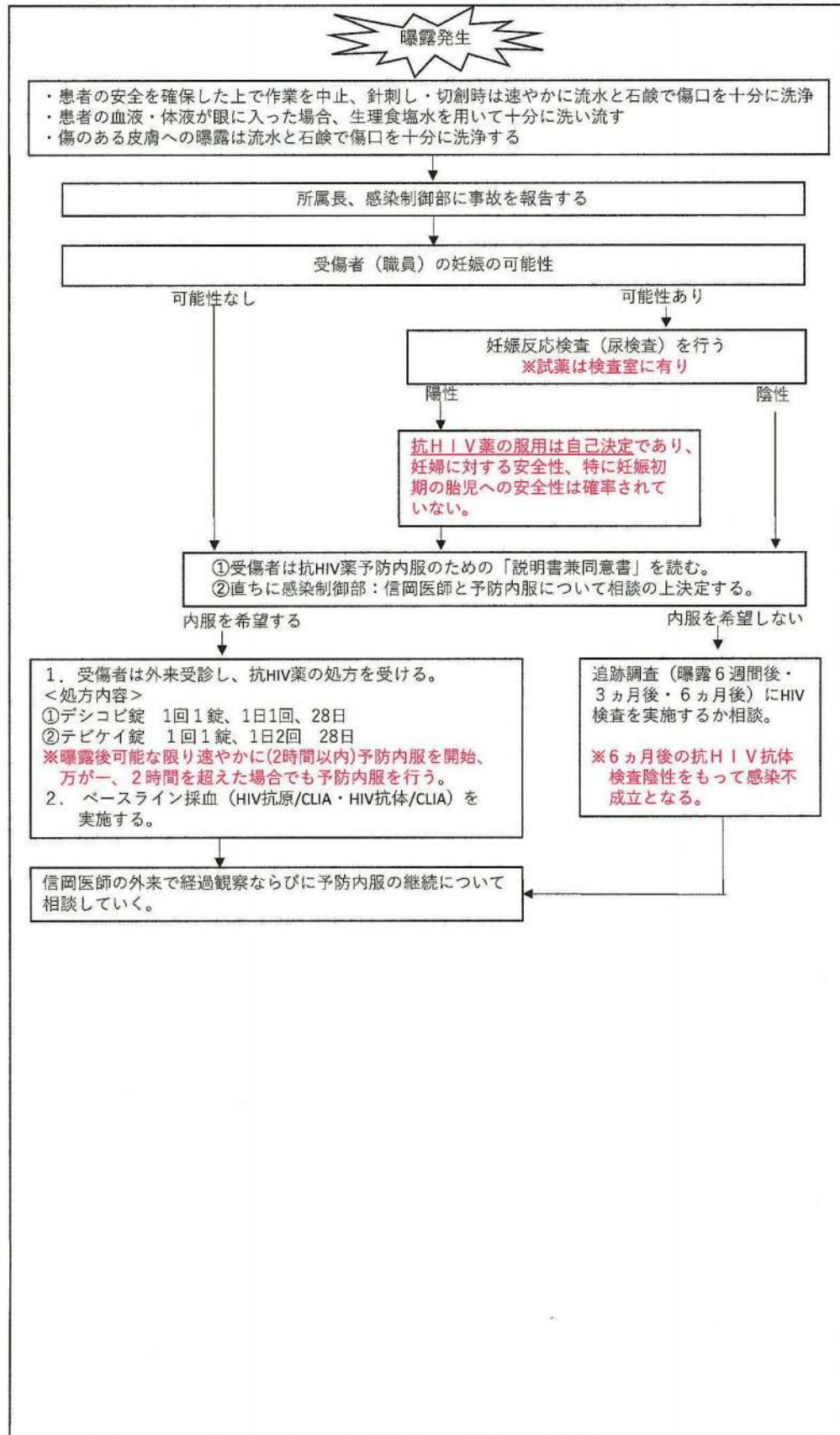
● HIV未検査の場合 フローチャートNo.7 平日(日中) 対応



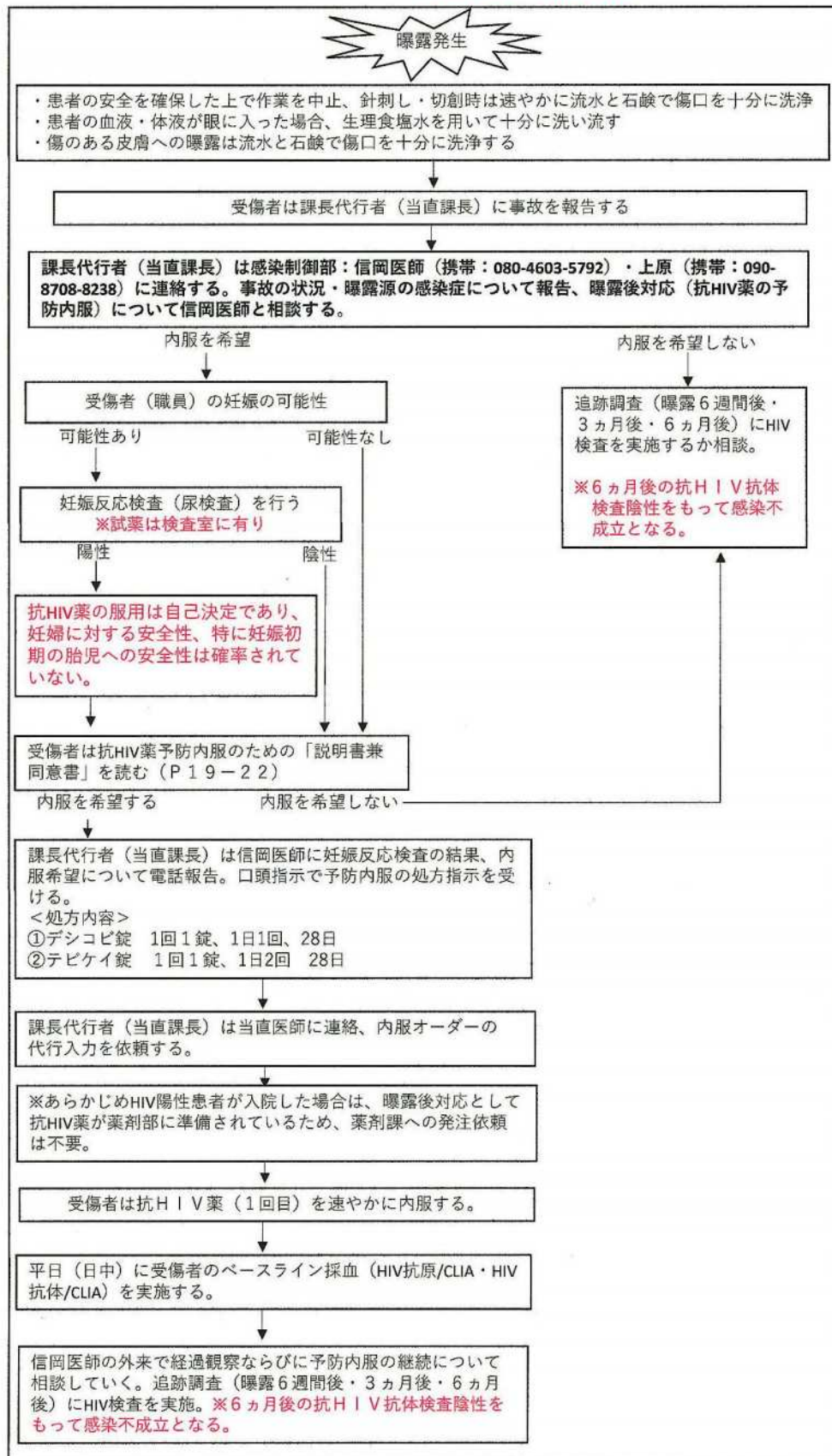
●患者がHIV未検査の場合 フローチャートNo.8 平日（夜間）・休日対応



● HIV陽性で入院した患者での事故対応 平日（日中）・土曜の昼まで



● HIV陽性で入院した患者での事故対応 平日の夜間・休日対応



12. 放射性物質による汚染事故

1) 汚染事故防止策

- ① 静脈注射時は必ずディスポグローブを着用する。
- ② 放射性物質を投与された患者のオムツ、バルンカテーテル、ウロガードなどはビニール袋に入れて専用の廃棄箱にする。

2) 被爆した時の処置方法

(1) 指・皮膚に付着した場合

- ① 中性洗剤で洗浄する：汚染個所にふりかけ、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）
- ② 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、薬剤課課長が定めた薬剤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、原則月2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・東棟PCU（中央）・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. 病理解剖・Ai 時の対応

1. 対象

院内死亡事例等のうち、予期せぬ死亡で、医療事故発生（疑われる場合を含む）の際、ご遺族、または主治医・担当医の申し出により医療安全管理部あるいは病院長が必要と判断したものを実施対象とする。

尚、それ以外の対象は本マニュアルに別途記載する。

2. 医療事故発生時（疑われる場合を含む）の病理解剖・Ai の説明

予期せぬ死亡で、医療事故発生時（疑われる場合を含む）は、院内連絡体制に則り医療安全管理部門に連絡、病院長へ報告する。病院として病理解剖または Ai の必要性を判断し、ご遺族へ説明する。

1) 病理解剖とは

病理解剖とは、病理を専門とする医師が直接身体の中を確認し、亡くなった原因やその原因と診療行為との関連性などを検討するものである。解剖は、「死因、生前に下された診断との関連」、「病気がどの程度進行していたのか」、「治療の効果はどうだったのか」、「原病とは別の病気が存在していたのか」など、どうして亡くなられたのかを知るための手がかりを得るための重要な調査である。

解剖を行っても亡くなった原因や病態が明らかにならない場合もある。しかし、「解剖が行われなかったために原因が分からない」とことと、「解剖の結果を含めた医学的検証を行っても原因不明」なのかでは、ご家族の亡くなられたことに対する納得の思いも異なってくることを考慮してご遺族へ説明する。

2) 死亡時画像診断（Ai：Autopsy imaging）とは

CT 等を用いてご遺体を検査し画像を撮影して、死因の究明に役立てる検査手法である。Ai の読影は通常の生体読影とは異なり、死後変化や救急蘇生処置による修飾が加わることが多いため、死因を明確にすることが困難な場合がある。例えば、くも膜下出血、脳出血、大動脈解離、大動脈瘤破裂などの出血性病態の場合は、Ai 所見と解剖所見の一致がみられる。一方、心タンポナーデや肺炎などは、Ai では確実な診断ができるとは言えないとされている。死因確定率は CT で 30%、病理解剖（70～80%）と比べ低率である。

当院では、CT による Ai を実施する。

3) ご遺族への病理解剖・Ai の説明

一般的には主治医が行うが、死亡に至る経過やご遺族との関係性等を勘案し、事例に合わせて説明者を決定する。

ご遺族の心情に合わせ、病理解剖の場合、部分的な解剖も可能であることを説明する。

4) ご遺族の同意

病理解剖及びAiにはご遺族の同意が必要である。しかし、ご遺族も大変動揺していることに配慮し、特に病理解剖の実施を決定するまでに、短時間でもご遺族内で検討いただける時間が確保できるようであれば、ご遺族にはその場での回答を求めず、ご遺族内で検討ができるよう検討時間の確保に配慮する。

3. 病理解剖の依頼

札幌医科大学附属病院 病理解剖依頼マニュアルを参照し、申し込み手続きをする。

(電カル/パソコン>院内ポータル>中央管理部門>医療安全管理>病理解剖・Aiに保存されている)

1) 連絡先と受付時間

平日(月～金) 9:00～17:30

札幌医科大学附属病院 病理診断科・病理部(011-688-9681)

休日(土日、祝日) 9:00～17:30

札幌医科大学附属病院 防災センター

(病棟地下1階:011-611-2111 内線31450)

ただし、休日は受付のみとなり、解剖の実施は休日明けの平日となる。

2) 病理解剖実施時間・実施場所

平日(月曜～金曜日)の9:00～17:30に札幌医科大学附属病院 地下1階剖検室で行う。

3) 必要書類

(a) 剖検依頼書 (b) 病理解剖に関するご遺族の承諾書

4) 搬送

- ① 葬儀社に依頼して、ご遺体を札幌医科大学附属病院地下1階霊安室に搬送して冷蔵庫に入れる。
- ② 休日受付の解剖についてもご遺体を休日中に搬送することも可能。
- ③ 搬入する前に葬儀社から札幌医科大学附属病院 防災センター(病棟地下1階:011-611-2111 内線31450)に連絡するように葬儀社に伝える。

5) 立ち会い

主治医もしくは代理臨床医は、(a) 剖検依頼書 (b) 病理解剖に関するご遺族の承諾書に必要事項を記載し、持参する。主治医もしくは代理臨床医立ち会いのもとに、病理解剖を行う。

6) 所要時間

通常2～3時間程度。札幌医科大学附属病院の院内症例を優先するため、執刀予定時刻よりも遅れて解剖が開始されることもある。

7) 肉眼的な結果の説明

解剖終了後、肉眼的結果を担当した医師から説明を受けることができる。

8) 報告書

通常は3か月以内を目処に病理解剖診断報告書が作成され、依頼医（主治医）に報告される。

9) 報告書の説明

病理解剖診断報告書が届いてから、ご遺族に連絡し、説明の場を設ける。

10) 費用

(1) 解剖費用

病院で必要と認めた場合は病院負担。

解剖費用は、250,000+消費税=275,000 円

後日（通常は翌月）、札幌医科大学附属病院 病院課から請求書および振込用紙が病院に送付される。

(2) 搬送費

病院で必要と認めた場合は、病院負担。（病院→札幌医大→自宅）

後日、葬儀会社から、病院に請求書を送付してもらうように依頼する。

4. Aiの依頼

1) オーダー入力

電力の「画像生理」→「Ai用 全身撮影」→「Ai用 全身撮影 頭部～指趾（P）」

緊急

2) 必要書類

Ai（死亡時画像診断）検査に関する説明・承諾書

*Aiのオーダーを登録すると、自動で出力される

3) 放射線科に電話連絡

連絡先：日勤帯であれば、CT 操作室（内線 1025 または内線 985）に直接連絡する。

夜間・休日であれば、X線時間外の担当放射線技師（090-6213-8514）に連絡する。

撮影開始時間の調整を行う。休日・夜間の場合、放射線技師が来院するまでの時間と CT の機械の立ち上げの時間も考慮する。

4) 撮影時間

午後の検査終了後、休日・夜間など一般患者がいない時間帯が望ましい。しかし、Ai実施後に解剖が予定されている場合や遺族側の事情により診療時間内に行われる場合は、一般患者に対して配慮を十分に行う。所要時間は、30分程度。

5) ご遺体に関する注意点

治療や蘇生処置の際に体内へ挿入されたチューブやカテーテル等は抜去しない。

エンゼルケアは撮影が終わるまで行わない。その後解剖が予定されている場合は、エンゼルケアは行わない。

6) 搬送

一般患者に十分配慮して搬送する。エレベーターは「専用」とする。

7) 感染対策

病棟看護師または外来看護師は、感染症の有無を放射線技師に伝える。血液・体液、分泌物、排泄物などに接触する可能性がある場合、放射線技師は手袋、サージカルマスク、ディスポーザブルガウンなどを着用する。撮影台には防水シートを敷く。万が一、体液などで汚染した場合は、撮影後、0.05～0.1%次亜塩素酸ナトリウムで清拭する。

8) 撮影

- ① 撮影台に遺体を移す際には遺体の取り扱いに十分注意し、遺体が搬送されたままの状態で行う。
- ② 撮影範囲は四肢を含む全身とする。

9) 読影結果

後日、院内の主治医、放射線科医師、医療安全管理部医師を含む複数の医師で読影カンファレンスを行い、その結果をカルテに記載する。必要に応じて外注先の画像診断医にコメントを求める。

医療事故調査等、正式な報告書が必要な場合は、専門機関（Ai 情報センター等）への読影依頼を検討する。

10) 臨床経過の説明

Ai の画像所見を含めた臨床経過について、原則、後日改めて主治医からご遺族に説明する場を設ける。

11) 費用

費用は病院負担とする。

5. その他の対象

下記の場合における病理解剖・Ai は、ご遺族の同意のもと主治医・担当医の判断で実施する。

- 1) 救急搬送、通院治療中で死因が明らかでないもの
- 2) 医師が死亡診断書（死体検案書）作成のために必要と判断した場合
- 3) 医師が医学の発展のために必要と判断した場合
- 4) 遺族が死因究明を望んだ場合

2021 年 7 月 6 日作成

2023 年 3 月改訂

医療法人東札幌病院 医療安全管理部門

病理解剖・Aiのフローチャート



2021年7月6日

2023年3月改訂

医療法人東札幌病院 医療安全管理部門

≪東札幌病院 Ai 検査に関する説明・承諾書≫

Ai（死亡時画像診断）検査に関する説明・承諾書

1. 亡くなられた方の お名前 _____ 様 ID _____

2. 死亡年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 死亡の場所 医療法人 東札幌病院

Ai（死亡時画像診断）は、CT・MRI の画像診断技術を活用して、亡くなられた方の死因等を確認するものです。当院では、CT の検査を実施します。

検査は、ご遺体を傷つけることなく、また礼を失することなく実施します。得られた画像データは、当院の診療情報管理規定に基づき 10 年間保存されます。

医療法人 東札幌病院

説明者：(医師) _____

医療法人 東札幌病院 病院長殿

上記の Ai（死亡時画像診断）検査を実施することの説明を受け、承諾いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____

亡くなられた方との関係： _____

住所： _____

《札幌医科大学附属病院 剖検依頼書》

剖検番号(執刀医が記載します) _____

(様式 1)

剖検依頼書

(剖検前に執刀医にお渡しください)

依頼者： _____ 病院 _____ 科 _____

担当医： _____ (連絡先(内線等)： _____)

患者： _____ 男・女 _____ 才(死産の場合：在胎 週) _____

患者 ID 番号： _____

生年月日： _____ 年 月 日 身長： _____ cm 体重： _____ kg

死亡日時： _____ 年 月 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

住所： _____ 出身地： _____

職業：技術者(金属 機械 電気 科学 建築 土木 鉱山 その他)

専門家(医療 教育 芸術 その他)

事務系(管理職 内勤 外勤 その他)

販売(商店 飲食店 外交員 その他)

運輸通信(鉄道 自動車 船 通信 その他)

作業員(金属 自動車 電気 化学 繊維 印刷 建設土木 木工 食品製造 その他)

労務者

保安(自衛官 警察 消防 その他)

サービス(主婦・家事 理容・美容 接客 農業 林業 漁業 その他)

無職(無職の場合は一番長かった職業にも○を付ける)

臨床診断：1. _____

2. _____

3. _____

家族歴： _____

既往歴： _____

高血圧：有・無 糖尿病：有・無

感染症：HBV, HCV, HIV, HTLV-1, 結核, 梅毒, その他 ()

治療歴：手術 輸血 放射線 副腎皮質ホルモン 抗癌剤 移植 抗生剤 被爆 透析

癌以外の手術：術後期間：1ヶ月以内 1ヶ月以上

移植手術：血管 腎 肝 骨髄 その他

心臓手術：奇形 弁置換 血管 その他

その他の手術（ ）

病悩期間：1ヶ月未満 1-6ヶ月 6ヶ月-1年 1-5年 5年以上

訴訟、事件等法律問題に関与する可能性：有・無

異状死体届け出：有・無 検視：有・無

臨床経過：

臨床上の問題点（剖検で特に明らかにしたい点）

《札幌医科大学附属病院 病理解剖に関するご遺族の承諾書》

病理解剖に関するご遺族の承諾書

(様式 2)

札幌医科大学附属病院 病院長 殿

1. 故人 氏 名：
生年月日：
住 所：
2. 死亡年月日： 年 月 日
3. 死亡された場所：

病理解剖は亡くなられた方の死因を確認し、病気の成り立ちを解明するために行われます。このため、病理解剖では主要臓器から肉眼標本を採取し、さらに、顕微鏡検査標本を作製して診断します。

説明を受け、承諾された項目にチェックを付けてください。

- ☐ 肉眼標本は一定期間保存され、死体解剖保存法に基づき、茶毘に付されます。
顕微鏡標本やパラフィン・ブロックは原則として半永久的に保存されます。
- ☐ 病理解剖診断は日本病理剖検報に登録されます。この際、亡くなられた方の氏名や住所等の個人情報登録されません。
- ☐ 採取した臓器の一部を医学教育や学術研究に使用させていただくことがあります。
研究に使用する際には、必要に応じて倫理委員会の審査を受けます。
- ☐ 学会や紙上発表の際には匿名化して、個人情報は公開されません。
- ☐ 文部科学省・厚生労働省・経済産業省合同の「ヒトゲノム・遺伝子研究解析に関する倫理指針」に沿って、採取した臓器の一部を、ヒトゲノム・遺伝子研究解析に使用させていただくことがあります。
- ☐ 教育目的で札幌医科大学の学生が病理解剖に立ち会うことがあります。この際、学生が解剖行為を行うことはありません。
- ☐ 承諾される解剖範囲について、それぞれに丸印をつけてください。
全身解剖（ 開胸 ・ 開腹 ・ 開頭 ）
または
局所解剖（承諾される範囲： ）
- ☐ 上記の承諾事項に異議があれば、解剖を実施する前でししたら、いつでも変更できます。

病理解剖に関して上記の説明を受け、上記のご遺体が死体解剖保存法（昭和24年法律204号）の規定に基づいて解剖されることを承諾しました。

署 名 日： 年 月 日
氏 名：
故人との関係：
住 所：

説明者所属： 病院
担当医名： 科

Ⅵ. 報告・連絡先

1. 電話番号表

- 施設・設備に関すること営繕部部長（PHS 965）
- 盗難・傷害に関すること事務部部長（PHS 966、1158）
夜間・休日は守衛（1170）または、
当直看護課長（看護師当直室 1401, PHS 919）
当直医師（医師当直室 1419, PHS）
- スタットコール（630）

別紙1

抗血栓薬の消化器内視鏡検査・治療時の取扱い

分類	一般名	商品名	生検・ステント留置 (出血低危険度)	ポリペック・ESD・FNA・ ERCP・PEG造設等 (出血高危険度)
抗血小板薬	① アスピリン	バイアスピリン	休薬なし	5日間休薬
	アスピリン・ダイアルミネート	バファリン配合錠A81mg	休薬なし	5日間休薬
	アスピリン・ランソプラゾール	タケルダ配合錠		
	② アスピリン・ボノブラザンフマル酸塩配合	キャブピリン	休薬なし	5日間休薬
	クロビドグレル硫酸塩・アスピリン	コンブラビン配合錠	休薬なし	7日間休薬
		ロレアス配合錠		
	③ チクロピジン塩酸塩	パナルジン	休薬なし	7日間休薬
	④ クロビドグレル塩酸塩	ブラビックス	休薬なし	7日間休薬
	⑤ プラスグレル塩酸塩	エフィエント	休薬なし	7日間休薬
	⑥ チカグレロル	ブリリント	休薬なし	7日間休薬
	⑦ シロスタゾール	プレタール	休薬なし	1日休薬
	⑧ イコサベント酸エステル	エパデル	休薬なし	1日休薬
抗凝固薬	⑨ ベラプロストナトリウム	ドルナー	休薬なし	1日休薬
		ケアロードLA		
		プロサイリン		
		ベラサスLA		
	⑩ サルボグレラート塩酸塩	アンブラーグ	休薬なし	1日休薬
	⑪ ワルファリンカリウム	ワールファリン	5日前からDOACに変更し休薬。DOACは1日休薬。当日朝のPT-INRを確認、生検可能か判断。	5日前からDOACに変更し休薬。DOACは1日休薬。当日朝のPT-INRを確認、処置可能か判断。
	⑫ ダビガトランエテキシラートメタン スルホン酸塩	ブラザキサ	1日休薬	1日休薬
	⑬ エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ	1日休薬	1日休薬
	⑭ リバーロキサバン	イグザレルト	1日休薬	1日休薬
	⑮ アビキサバン	エリキュース	1日休薬	1日休薬
冠拡張薬	⑯ リマプロストアルファデクス	オパルモン	休薬なし	1日休薬
	⑰ ヘプロニカート	ヘプロニカート	休薬なし	1日休薬
	⑱ ジビリダモール	ペルサンチン	休薬なし	1日休薬
	⑲ ジラゼブ塩酸塩水和物	ジラゼブ	休薬なし	1日休薬
		コメリアン		
	⑳ トラビジル	ロコルナール	休薬なし	1日休薬

* 多剤併用時は検査指示医に確認すること。

2025/05東札幌病院内視鏡室
医療安全管理部門

別紙2

中心静脈ポート留置時の抗凝固薬・抗血小板薬の中止・再開の目安

	一般薬	商品名	留置前 休薬期間	再開までの期間
抗 凝 固 薬	ワーファリンカリウム	ワーファリン ワルファリンカリウム	5日 ^{*2}	12時間
	アピキサバン	エリキュース	2日	2日
	ダビガトラン	ブラザキサ	2日	2日
	リバーロキサバン	イグザレルト	2日	2日
	エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ	1日	1日
抗 血 小 板 薬	プラスグレル塩酸塩	エフィエント	5日	1日
	クロピドグレル硫酸塩	プラビックス クロピドグレル	5日	0
	チクロピジン塩酸塩	チクロピジン パナルジン	5日	0
	アスピリン100mg・クロピドグレル75mg配合	コンプラピン配合錠 ロレアス配合錠	5日	0
	低用量アスピリン（100mg以下/日） （1日100mgを超える場合は、医師の 判断）	アスピリン アスピリン・ダイアルミネートA81 錠 キャブピリン配合錠 タケルダ配合錠 ニトギス配合錠A81 バイアスピリン バッサミン配合錠A81 パファリン配合錠A81 ファモター配合錠A81	0	0
		シロスタゾール	0	0
		ブレタール	0	0
	チカグレロル	ブリリンタ	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
	ベラプロストナトリウム	ケアロードLA ドルナー プロサイリン ベラサスLA ベラプロストナトリウム	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
		サルボグレラート	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
		イコサペント酸エチル	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
	イコサペント酸エチル	エバデール エバデールS	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
		オバルモン リマプロストアルファデクス	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
	ジピリダモール	ジピリダモール ペルサンチン	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
	ジラゼブ塩酸塩水和物	コメリアン ジラゼブ	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
	トラピジル	ロコルナール トラピジル	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}
	オメガー3脂肪酸エチル	ロトリガ	医師の判断 ^{*1}	医師の判断 ^{*1}

中心静脈ポート留置前に、主治医は、患者背景を確認し、血小板、プロトロンビン時間（PT）の検査を実施する。

*1 患者背景と血小板とプロトロンビン時間（PT）の検査結果を確認して、施行医が判断する。

*2 ワーファリン休薬期間中、必要時ヘパリン投与する場合、留置4時間前に中止し、留置1時間後再開。

2025年5月 東札幌病院 医療安全管理部門

別紙3

血栓リスク評価の手順

- ・判断が難しい場合は、脳梗塞に関しては処方元の医療機関に依頼して判断する
脳梗塞以外（狭心症治療後や下肢閉塞性動脈硬化症など）は循環器内科にコンサルトして判断することが望ましい。それでも判断が困難な場合は麻酔科医と協議して薬剤の継続可否を決定する

- ① 血栓リスク分類（高リスク、低リスク どちらか）
- ② 手術出血リスク分類
- ③ 内服している薬剤の休薬推奨期間を確認。休薬または継続を判断し、必要時はヘパリン置換を実施
- ④ 再開日を決定

① 血栓リスク分類

血栓高リスク

抗血小板剤：PCI、CABG 施行後 3 ヶ月以内

AMI 発症後 6 ヶ月以内

冠動脈ステント（薬剤溶出性ステント DES）留置後 12 ヶ月以内

脳血管再建術（頸動脈内膜剥離・ステント）留置 2 ヶ月以内

主幹動脈に 50%以上の狭窄を伴う脳梗塞、TIA

最近発症した脳梗塞、TIA

安静時疼痛がある閉塞性動脈硬化症

頸動脈超音波検査・頸動脈 MRI 画像で休薬の危険が大きいと判断される所見がある場合

抗凝固剤：1 ヶ月以内に診断された深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症 ※末梢型で血栓量の少ないものは除く

CHADS2 スコア 3 点以上の心房細動

弁膜症を合併する心房細動

人工弁置換術後

心原性脳梗塞血栓症の既往

左室内血栓の既往

抗リン脂質抗体症候群

重症心障害：透析導入後または $eGFR < 30 \text{ ml/min}$

重症糖尿病：HbA1c > 8.0

※CHADS2 スコア

うっ血性心不全	1 点
高血圧	1 点
年齢 75 歳以上	1 点
糖尿病	1 点
TIA や脳梗塞の既往	2 点

血栓低リスク

抗血小板剤：PCI、CABG 施行後 3 ヶ月以上経過しており経過良好

AMI 発症後 6 ヶ月以上経過しており経過良好

冠動脈ステント（薬剤溶出性ステント DES）留置後 12 ヶ月以上経過しており経過良好

血栓高リスク以外の脳梗塞

血栓高リスク以外の閉塞性動脈硬化症

1 次予防目的もしくは使用目的不明の抗血小板剤

抗凝固剤：1 ヶ月以上前に診断された治療継続中の深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症

CHADS2 スコア 2 点以下の心房細動

② 手術出血リスク分類

中リスク：消化器外科手術、顎骨形成術

低リスク：虫垂切除術、ヘルニア根治術、乳腺手術、甲状腺手術

抜歯手術、体表手術（膿瘍切開、皮膚小切開手術など）

③ 抗血小板剤・抗凝固剤の休薬推奨期間（内服薬）の目安

血栓低リスクの場合

区分	成分名	商品名	手術前休薬時期	
			出血リスク：低	出血リスク：中
			虫垂切除、ヘルニア根治術 乳腺手術、甲状腺手術 抜歯手術、体表手術（切開等）	消化器外科手術 顎骨形成術
抗血小板剤	クロピドグレル塩酸塩	ブラビックス	14 日前	
	クロピドグレル塩酸塩・アスピリン	コンプラビン配合錠		
		ロレアス配合錠		
	チクロピシン塩酸塩	パナルジン	10～14 日前	
	プラスグレル塩酸塩	エフィエント	14 日前	
	チカグレロル	ブリリント	5 日前	
	アスピリン	バイアスピリン	7 日前	
	アスピリン・ボノブラザンフマル酸塩配合	キャプビリン配合錠		
	アスピリン・ランソプラゾール	タケルダ配合錠		
	アスピリン・ダイアルミネート	バッサミン配合錠 A81		
		バファリン配合錠 A81		
	シロスタゾール	プレタール	3 日前	
	サルボグレラート塩酸塩	アンブラーグ	1 日前	
抗凝固剤	ワルファリンカリウム	ワーファリン	4～7 日前	
	アピキサパン	エリキュース	2 日前	
	エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ	1 日前（手術前日）	
	リバーロキサパン	イグザレルト	1 日前（手術前日）	
	ダビガトラン	ブラザキサ	1 日前（手術前日）	2～4 日前

以下の医薬品は、抗血小板作用が非常に弱い、手術当日は休薬とする

成分名	商品名	成分名	商品名	成分名	商品名
イコサペント酸エチル	エパデール	ジビリダモール	ベルサンチン	ベラプロスト	ケアロード LA
		ジラゼブ	コメリアンコーワ		ドルナー
イフェンプロジル	セロクラール	トラビジル	ロコルナール		プロサイリン
イブジラスト	ケタス	トリメタジジン	バスタレル F		ベラサス LA
オメガ-3 脂肪酸エチル	ロトリガ	ニセルゴリン	サアミオン	リマプロストアルファデクス	オバルモン

血栓高リスクの場合

区分	成分名	商品名	手術前休薬時期	
			出血リスク：低	出血リスク：中
			虫垂切除、ヘルニア根治術 乳腺手術、甲状腺手術 抜歯手術、体表手術（切開等）	消化器外科手術 顎骨形成術
抗血小板剤	クロピドグレル塩酸塩	ブラビックス	休薬する場合は 14 日前	
	クロピドグレル塩酸塩・アスピリン	コンプラビン配合錠		
		ロレアス配合錠		
	チクロピシン塩酸塩	バナルジン	休薬する場合は 10～14 日前	
	プラスグレル塩酸塩	エフィエント	休薬する場合は 14 日前	
	チカグレロル	ブリリント	休薬する場合は 5 日前	
	アスピリン	バイアスピリン	休薬する場合は 7 日前	
	アスピリン・ボノブラザンフマル酸塩配合	キャブピリン配合錠		
	アスピリン・ランソプラゾール	タケルダ配合錠		
	アスピリン・ダイアルミネート	バッサミン配合錠 A81		
		バファリン配合錠 A81		
	シロスタゾール	プレタール	休薬する場合は 3 日前	
	サルボグレラート塩酸塩	アンブラーグ	休薬する場合は 1 日前	
抗凝固剤	ワルファリンカリウム	ワーファリン	4～7 日前 ※ヘパリンに置換する	
	アピキサバン	エリキューズ	2 日前	
	エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ	1 日前（手術前日）	
	リバーロキサバン	イグザレルト	1 日前（手術前日）	
	ダビガトラン	プラザキサ	1 日前（手術前日）	2～4 日前

以下の医薬品は、抗血小板作用が非常に弱いですが、**手術当日は休薬**とする

成分名	商品名	成分名	商品名	成分名	商品名
イコサペント酸エチル	エバデール	ジビリダモール	ベルサンチン	ベラプロスト	ケアロード LA
		ジラゼブ	コメリアンコーワ		ドルナー
イフェンプロジル	セロクラール	トラビジル	ロコルナール		プロサイリン
イブジラスト	ケタス	トリメタジジン	バスタレル F		ベラサス LA
オメガ-3 脂肪酸エチル	ロトリガ	ニセルゴリン	サアミオン	リマプロストアルファデクス	オバルモン

参考：兵庫県立がんセンター 周術期の抗血小板剤・抗凝固剤の休薬期間の目安

東札幌病院 2025 年 10 月 作成

別紙4

画像検査（特に造影剤投与）に係わる院内基準

1. 画像検査当日の食事・水分制限・内服薬

CT 検査	腹部を含まない単純撮影	食事制限なし 水分制限なし
	腹部を含む単純撮影	検査当日の検査直前の食事禁止 水分は水のみ可
	造影検査	検査当日の検査直前の食事禁止 水分は水のみ可
MRI 検査	単純・造影（MRCP 以外）	食事制限なし 水分制限なし
	肝 EOB、直腸	医師の指示による
	MRCP	検査当日の検査直前の食事禁止 少量の水は可

主治医より、別途指示がある場合は、指示に従う

<検査当日の内服薬・インシュリンについて>

● 造影 CT の場合

・ビグアナイド系糖尿病薬

（検査の 2 日前から検査後 2 日間、検査日を入れて 5 日間休薬）

● 上記以外のすべての検査

・通常通り内服（医師の指示による）

2. 造影剤アレルギーの既往を有する患者への対応（ヨード造影剤、ガドリニウム造影剤）

1) 過去の造影剤副作用の評価と対処法

	症状	造影検査の可否
軽度	紅斑・蕁麻疹（局所性）、掻痒、鼻汁 結膜充血、くしゃみ 熱感・嘔気/嘔吐、頭痛、めまい、血圧上昇	プレドニン投与で造影検査を考慮
中等度	広範な蕁麻疹、呼吸苦のない気道狭窄、 顔面浮腫、遷延する嘔気/嘔吐、 治療を要する迷走神経反射	不可
重度	呼吸苦を伴う浮腫・気道狭窄、ショック、治療抵抗性の迷走神経反射、痙攣、不整脈、急性心不全、呼吸停止、心停止	不可

- プレドニン 5mg6 錠（30mg）を検査前日就寝前と検査当日検査の 2 時間前に内服。
オーダー医または主治医が処方する。

- 造影剤アレルギーの既往は、患者への問診、電子カルテの患者基本の「患者確認」欄を参照する

3. 喘息に関して

気管支喘息の治療中だがコントロール不良（発作を起こしている）	CT（造影）/MRI（造影）はできない
気管支喘息の治療中でコントロール良好（3～5年間発作がない）	プレドニンの前投薬を投与してCT（造影）/MRI（造影）実施可能
気管支喘息または小児喘息の既往があり、現在無治療	プレドニンの前投薬を投与してCT（造影）/MRI（造影）実施可能

プレドニン 5mg6錠（30mg）を検査前日就寝前と検査当日検査の2時間前に内服。

オーダー医または主治医が処方する。

4. 腎機能

腎機能の検査は、3ヶ月以内を有効とし、造影検査可能な基準を下記とする。

造影CT	e-GFR 45mL/min/1.73 m ² 以上
造影MRI	e-GFR 30 mL/min/1.73 m ² 以上

基準値を満たさない場合は、主治医が単純撮影に変更するか検査を中止するか判断する。

※超緊急の場合で、患者の病態により腎機能の検査結果が待てない場合は、医師の判断により造影検査を行う場合がある。その場合は、放射線技師・看護師とも情報共有しておく。

5. 妊婦および授乳

- 1) 妊娠の可能性がある場合、CT（単純・造影）、MRI（単純・造影）、RI検査は行わない。
- 2) 授乳中の場合、検査内容によって、授乳中止期間が異なる。

造影CT・造影MRI	造影剤注射後24時間は授乳を避ける
RI（骨シンチ）	造影剤注射後4時間は授乳を避ける
MRCP	造影剤内服後48時間は授乳を避ける

6. MRI（単純・造影）検査における体内金属、心臓ペースメーカー等

- 1) 体内金属は、撮影可能な金属の場合は撮影可能
- 2) 心臓ペースメーカーおよびICD（植え込み型除細動器）は、MRI対応機種であっても、当院では体制が整っていないため検査はできない。

2025年2月27日

医療法人 東札幌病院 医療安全管理部門

別紙5



ヨード造影剤使用時、ビグアナイド系糖尿病治療薬休薬

検査の2日前から検査後2日間、検査日を入れて5日間休薬



主な検査項目	ヨード造影剤
・ CT造影 ・ 血管造影 ・ DIP（経静脈的尿路造影）	イオパミロン
	オムニパーク
	オブチレイ
DIC-CT（CT胆嚢造影）	ビリスコピン

ビグアナイド系糖尿病治療薬

一般名	商品名	
メトホルミン塩酸塩	グリコラン錠	
	メトグルコ錠	
	メトホルミン塩酸塩錠	
ブホルミン塩酸塩	ジベトス錠	
	ブホルミン塩酸塩腸溶錠	
メトホルミン塩酸塩含有の 配合薬	メタクト配合錠LD	メタクト配合錠HD
	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD
	メトアナ配合錠LD	メトアナ配合錠HD
	イニシンク配合錠	

*ただし、緊急に検査を行う必要がある場合は検査前の休薬は除き、検査後2日間休薬する。

2020年12月作成 2021年3月改訂 2024年4月改訂

医療安全管理部門



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
令和 3 年 1 月 1 日改訂
令和 3 年 4 月 1 日改訂
令和 4 年 6 月 22 日改訂
令和 5 年 9 月 1 日改訂
令和 6 年 7 月 10 日改訂
令和 7 年 10 月 1 日改訂

医療法人 東札幌病院 医療安全管理部門