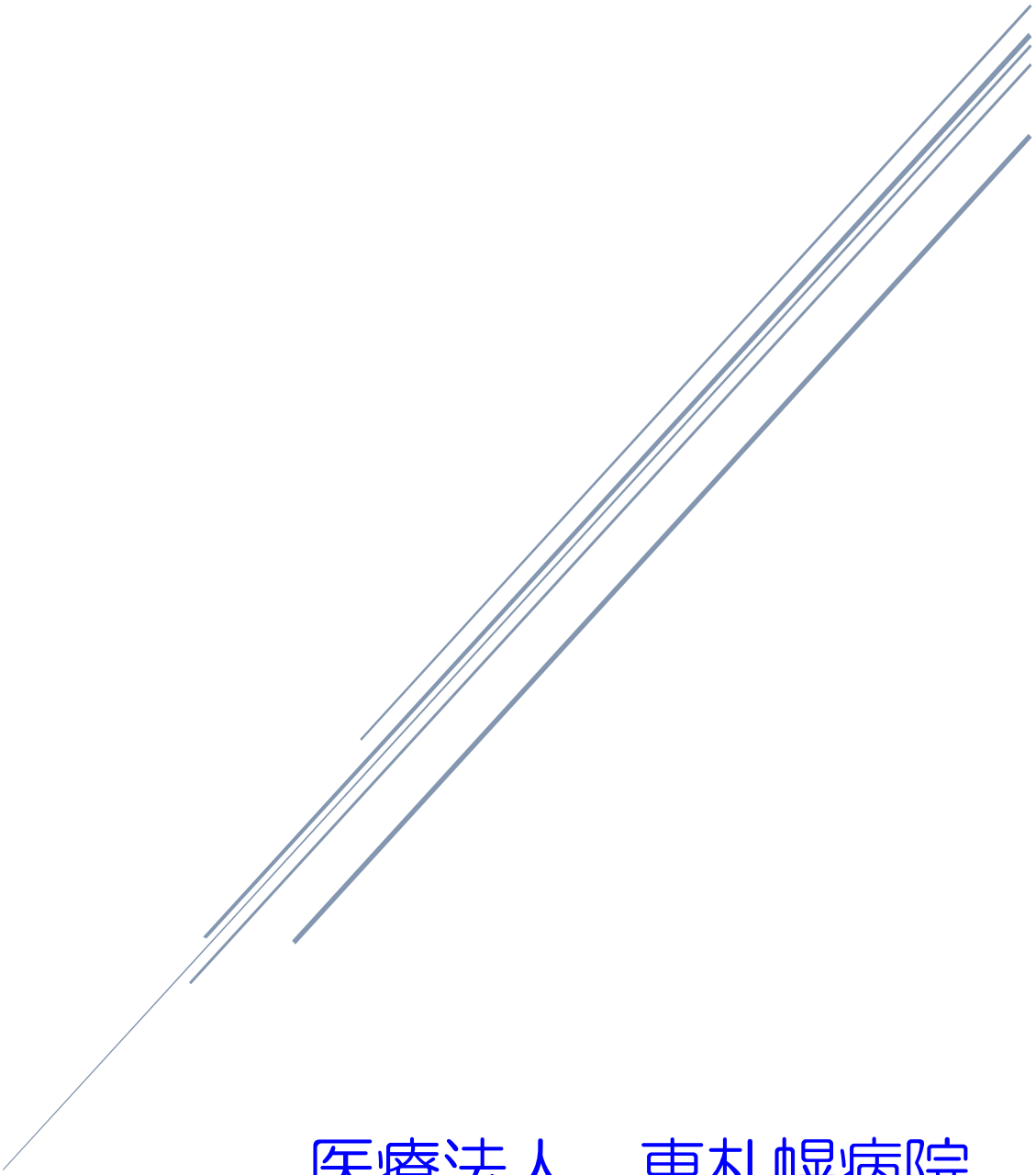
医療安全管理マニュアル



医療法人　東札幌病院

2026/10/1 改訂

目　次

Ⅰ. はじめに・・・

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・・・

14. アナフィラキシー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・82
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・89
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・102
1）作業環境
2）作業中断
17. 急変発生時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・103
1）スタットコール
2）急変対応コール（Rapid Response System：RRS）
18. 自殺防止対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・105

Ⅳ. 事故対応マニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・108
1. 輸血・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・108
2. 薬剤関連・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・108
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・114
4. 採血・注射・点滴行為における末梢神経損傷・・・・・・・・・・・・・115
5. 窒息発見時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・116
6. 異物誤飲・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・117
7. 心肺蘇生・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・118
8. 転倒・転落・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・122
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）
9. 自殺（自傷）事故・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・125
10.盗難事故・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・126
11.無断離院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・126
12.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）・・129
13.放射線物質による汚染事故・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・140

Ⅴ. 救急カートの整備・管理基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・141
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
6. 救急カート・除細動器・AED・アミオダロン塩酸塩注　配置場所

Ⅵ. 病理解剖・Ai 時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・143
1. 対象・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・143
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・・・・・・・・・・143
3. 病理解剖の依頼・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・144
4. Ai の依頼・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・145
5. その他の対象・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・146

Ⅶ. 報告・連絡先・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・152

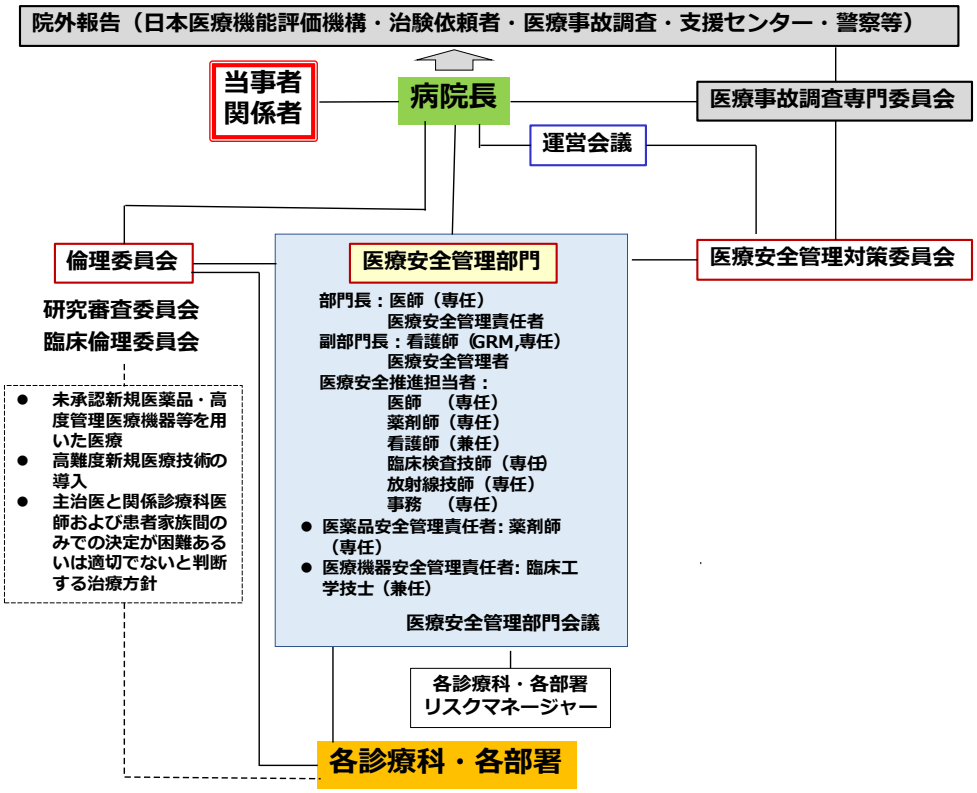
別紙１．抗血栓薬の消化器内視鏡検査、治療時の取扱い・・・・・・・・・・・・・・153
別紙２．中心静脈ポート留置時の抗凝固薬・抗血小板薬の中止・再開の目安・・・・・154
別紙３．血栓リスク評価の手順・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・155
別紙４．CT/MRI/RI（特に造影剤投与）に係わる院内基準・・・・・・・・・・・・・158
別紙５．ヨード造影剤使用時、ビグアナイド系糖尿病治療薬休薬・・・・・・・・・・161

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　重大な医療事故その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のための調査及び分析。ただし、この調査及び分析は、客観的な事実から構造的な原因を分析するものであり、個人の責任追及を行うものではないことに留意する。

二　一の分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした病院の組織としての改善のための方策の立案及び実施並びに院内の職員への周知。

この改善のための方策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含む。

三　二の改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し。

具体的には、同様の事故等の発生状況の確認や、医療安全管理委員会の構成員が定期的に関係部署の巡回を行うなどをして調査を行い、必要に応じて医療安全の知見に基づいた見直しを行う。

四　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

五　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

六　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
七　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
八　医療訴訟に関すること
九　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　委員会の重要な検討内容については、患者への対応状況を含め院長へ報告する。
9　委員会の開催は、概ね毎月１回とする。ただし、重大な問題が発生した場合など必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
10 委員会の記録その他の庶務は、医療安全管理部門が行う。
11 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
令和8年6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
⑴ 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

⑵ 医療安全管理対策委員会との連携状況の記録

⑶ 医療安全に関する教育研修の企画・運営・実績の記録

⑷ 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

⑸ 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）

⑹ マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等

⑺ 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

⑻ 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）

⑼ 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）

⑽ 医療安全管理に係る連絡調整

⑾ その他の医療安全管理者の活動実績の記録

⑿ 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

⑴ 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

⑵ 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。）

⑶ 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

⑷ 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

⑸ 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　各部門における医療安全推進担当者および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　医療安全管理委員会が実施する医療に係る安全管理のための業務の支援。
　六　事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を実施するために必要な業務の実施
　　・具体的には、医療事故発生の報告または連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努め、分析、改善策の立案、実施状況の評価、情報共有　に関することを行う。
　七　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。
　八　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。
　九　医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議の参加、その他医療安全の推進に関する業務を行う。
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・リスクマネージャーの配置）

第6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とリスクマネージャーを置く。

１　医療安全推進担当者は、看護部、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、各所属長が指名する。

２　リスクマネージャーは、各看護単位、リハビリテーション課、栄養課、放射線課にそれぞれ１名置くものとし、各所属長が指名する。

３　医療安全推進担当者およびリスクマネージャーは、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
令和８年６月１日改訂

4. 事故判断に関する院内検討会規程

（目的）

第１条　この規定は医療法（昭和23年法律第205号）の規定に基づき同法に基づく医療事故（医療法人東札幌病院に勤務す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又は死産であって、病院長が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの。以下「医療法に基づく医療事故」という。）が疑われる事案が発生した場合の必要かつ迅速な対応を行うため、事故判断に関する院内検討会の組織及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

（設置）

第２条　病院長は、医療法に基づく医療事故が疑われる事案が発生した場合、医療法に基づく医療事故に該当するか否かの判断その他必要かつ迅速な対応を行うため、事故判断に関する院内検討会（以下「検討会」）を設置する。

（審議事項）

第３条　検討会は、次に掲げる事項を審議する。

⑴　医療法に基づく医療事故に該当又は非該当に関すること。
⑵　異常死に該当又は非該当に関すること。
⑶　遺族等への対応に関すること。
⑷　遺族等から医療事故ではないかと申出があった場合（医療事故調査・支援センターより遺族等からの相談内容を伝達された場合を含む）の再検討に関すること。
⑸　外部団体（医療事故調査・支援センター等）への支援要請に関すること。
⑹　医療法に基づく医療事故の公的機関への報告に関すること。
⑺　医療法に基づく医療事故の公表に関すること。
⑻　その他医療法に基づく医療事故に関すること。

（組織）

第４条　検討会は、病院長、副院長、医療安全管理責任者、医療安全管理者、事務部部長、看護部長、その他病院長が必要と認めた者をもって構成する。

２　前項に掲げる委員が、医療法に基づく医療事故が疑われる事案に直接関与している場合は、審議に加わらないものとする。

（委員長及び副委員長）

第５条　検討会に委員長を置き、病院長をもって充てる。

２　委員長は、検討会を招集し、その議長となる。

３　検討会に副委員長を置き、第４条に規定する委員のうちから病院長が指名した者をもって充てる。

４　副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故があるときまたは医療法に基づく医療事故が疑われる事案が、委員長が直接関与しているものであるときは、その職務を代行する。

５　委員長が不在時の検討会での決定事項は、副委員長から委員長に報告するものとする。

（委員以外の者の出席）

第６条　委員長が必要と認めたときは、検討会に委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

（報告）

第７条　検討会の審議の結果、医療法に基づく医療事故と判断された場合は、医療法第６条の10第１項に基づき、病院長は遅延なく医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

（異状死）

第８条　検討会が異常死に該当すると判断した場合は、医師法第21条に基づき、病院長は所轄警察署に届出を行わなければならない。

（記録・庶務）

第９条　検討会の結果として、医療事故の該当性に関する判断の結果、判断理由等の記録、および遺族等への対応等に関する記録を、医療安全管理者は作成し、５年間保存する。

その他の庶務は、事務部において処理する。

令和８年６月１日作成

5. 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。

⑴ 委員会構成員一覧

⑵ 委員会開催経過

⑶ 医療事故の概要と詳細

⑷ 事故原因の分析
⑸ 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

６．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。
⑴ 委員会構成員一覧
⑵ 委員会開催経過
⑶ 医療事故の概要と詳細
⑷ 事故原因の分析
⑸ 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

7．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。

8．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

⑴　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

⑵　再発防止策の指標、評価データ

⑶　職員研修の教材

⑷　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

⑴　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

⑵　患者に障害が発生する可能性があった場合

⑶　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

⑴ インシデント当事者・発見者が電子カルテ MIRAIｓ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、「リポート作成」の「新規作成」から入力する

⑵ 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

⑶ 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

⑷ 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)

⑸ 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

⑹ 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

⑺ 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）

⑻ インシデントレポートで報告された内容について医療安全管理部門で集計し、事例を収集、分析した結果を医療安全管理対策委員会へ報告する。その際、別表１に示す事象についてはすべて報告する。また別表２に示す事象に関しても報告するよう努める。

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ー、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リスクマネージャー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。

別表１

（a）患者への影響度が大きく、回避する手段が普及している事象	① 手術等の侵襲的手技※1における患者、部位、手技または人工物の取り違え ② 手術等の侵襲的手技※1における意図しない異物の体内遺残 ③ 薬剤又は栄養剤等の投与経路間違い（経消化管/非経消化管投与の取り違え又は経静脈/髄腔内投与の取り違え） ④ ハイリスク薬の過剰投与 （インスリンの予定量の 10 倍以上の投与、高濃度カリウム液の急速投与又は抗がん剤の過量投与） ⑤ 既知のアレルギー又は禁忌薬剤等の投与※2による死亡または後遺障害 ⑥ 意図しない不適合な血液又は血液製剤/成分の輸血又は臓器の移植 ⑦ 放射線治療における照射線量の設定間違い、照射部位の間違い又は累積線量の誤認 ⑧ 栄養剤等の注入前に検出されなかった消化管チューブの気道へ

	の留置 ⑨　気管切開チューブの迷入による死亡または後遺障害 ⑩　医療用ガスの取り違え、酸素投与が指示されている患者への無投与による死亡又は後遺障害 ⑪　医療機器の誤使用又は故障による死亡又は後遺障害 ⑫　重大な検査結果※3の確認、伝達又はフォローアップの失敗による死亡又は後遺障害

※1　手術室以外で行われるものを含む。カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺（末梢血管穿刺等の軽微なものを除く）を含む。

※2　アレルギー・禁忌情報を把握した上で、リスク・ベネフィットを医学的に判断して投与した場合を除く。

※3　検査結果には検体検査・画像検査・生理学的検査・病理学的検査が含まれる。

別表２

(b) 患者への影響度が大きく、回避可能性は必ずしも高くない事象	①　手術等の侵襲的手技※1における以下の事象：術中心停止、術中ショックを伴った大量出血、周辺臓器損傷※2又は予定外の再手術 ②　硬膜外麻酔又は脊髄くも膜下麻酔に関連する血腫による死亡又は後遺障害 ③　気道確保困難又は食道挿管による死亡又は後遺障害 ④　鎮静による死亡又は後遺障害 ⑤　カテーテルによる検査又は治療における高線量被曝（概ね3Gy以上） ⑥　生体情報モニターのアラームへの対応に関連する死亡又は後遺障害 ⑦　肺血栓塞栓症による死亡又は後遺障害 ⑧　脳空気塞栓症 ⑨　分娩に関連する母体の死亡又は後遺障害 ⑩　入院中の患者の自殺又は自殺未遂 ⑪　転倒・転落による死亡又は後遺障害 ⑫　ベッド柵による挟まりまたは拘束具の使用による死亡又は後遺障害

※1　手術室以外で行われるものを含む。カテーテルや内視鏡を用いた検査・治療、中心静脈穿刺、その他の穿刺（末梢血管穿刺等の軽微なものを除く）を含む。

※2　カテーテル治療における血管穿孔、消化管内視鏡における消化管穿孔を含む。

平成25年6月1日改訂

令和元年8月1日改訂

令和８年６月１日改訂

9．インシデントレポートで報告すべき内容

報告様式：インシデントレポート

インシデント・アクシデントレポート

報告書番号：

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

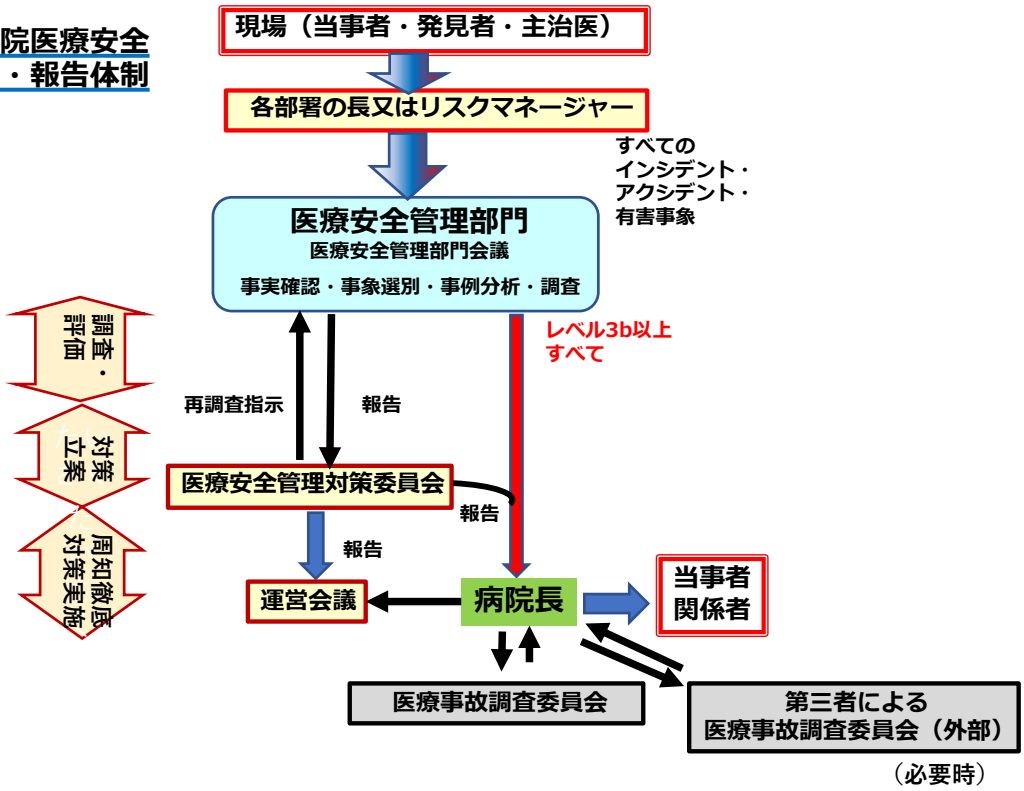
令和元年８月１日改訂

10．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３ａ：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３ｂ：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４ａ：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４ｂ：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

11．インシデントレポート報告の流れ

東札幌病院医療安全組織・報告体制



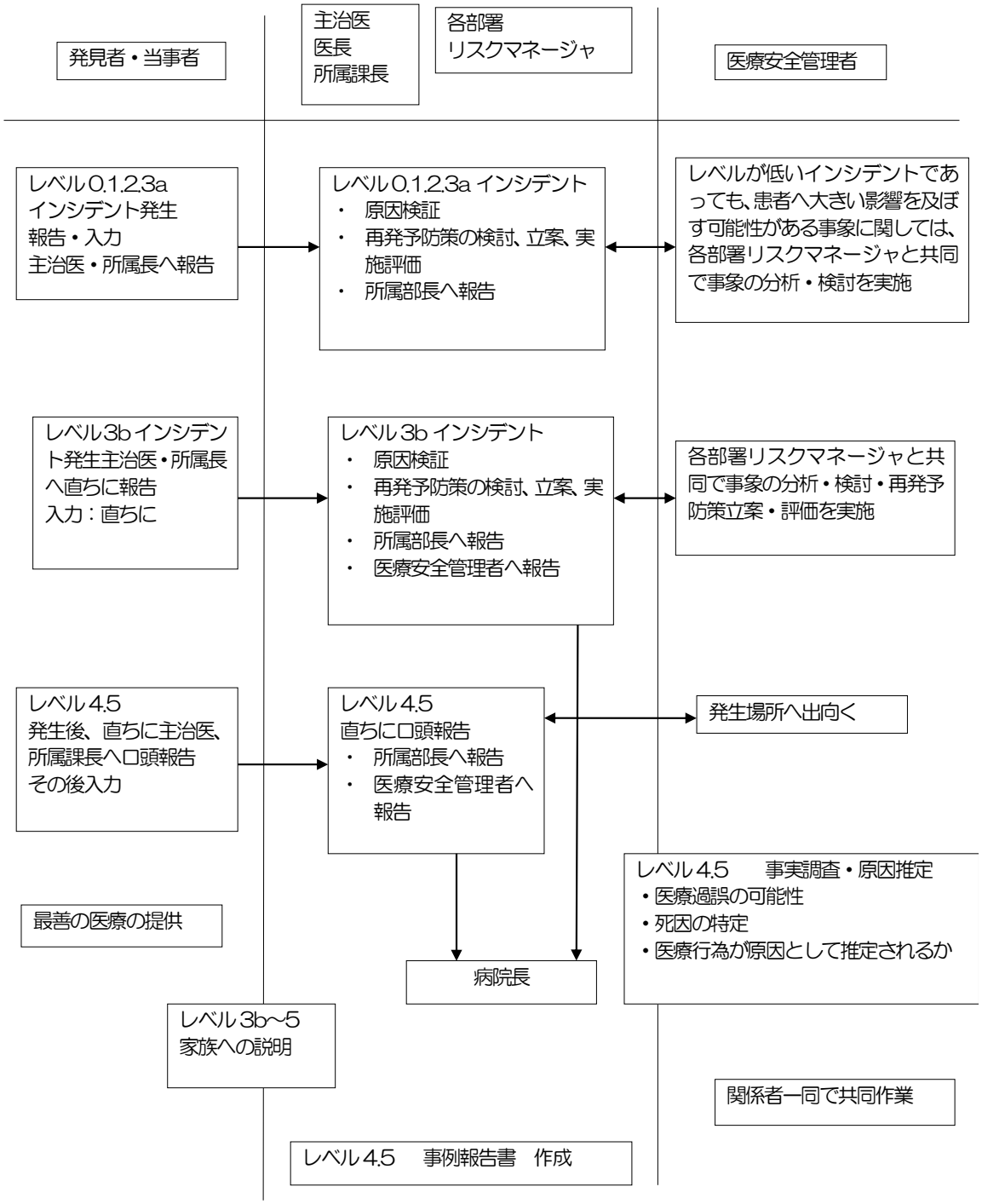
12. 医療安全に関する報告体制と初期対応・フローシート

＜医療安全に関する報告基準＞

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

2）患者、家族とのトラブル発生時や、トラブルが予測された場合は、レベルに関わらず報告する

＜レベルに応じた初期対応フローシート＞



平成23年7月作成

１３．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.

⑴ 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

⑵ 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ぶ

(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

① 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.

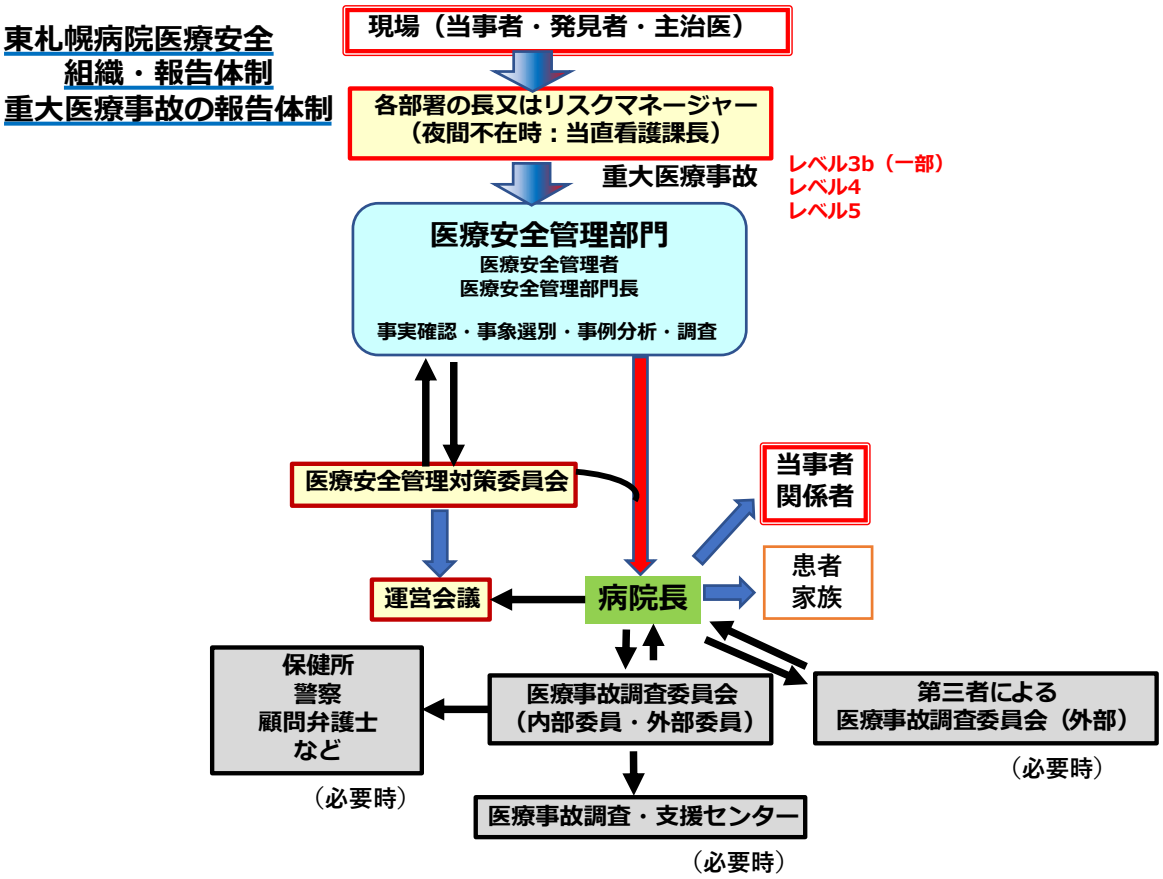
b　主治医不在・夜間の場合は、代行医師・当直医・当直看護課長へ報告する.

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



② 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.

③ 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。

④ 部署課長・医療安全管理者は,以下について自分の眼で、客観的に細部まで観察し確認する

a. 証拠となる器具類の保存状況を確認

b. 事故の現場

（警察が介入するような事例では、証拠物件として提出を求められる.廃棄は証拠隠滅と取られる可能性があるので注意する）

⑤ 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.

⑥ 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.

⑦ 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

⑶ 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ければならない理由を明確に伝える）

ウ　患者の意識が無い場合は救命処置を開始し、意識回復後、状態が落ち着いた早い段階で状況・経過を主治医が説明する.

エ　患者の意識がある場合は、状況・必要な処置について説明し、同意を得て実施する.

オ　家族への説明

a　患者・家族の身体・精神状態を考慮し、誠意を持って、速やかに事実を説明する.

b　説明は、原則として病院管理者がおこなう.
病院長・部長、主治医等が行い、状況によって看護課長、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.

⑷ 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を職場に形成するこ

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.

⑸ 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・家族は何が起こったのか事実を知る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・家族の受け容れ状況によっては、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容れ状況を考慮し、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.

⑹ 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。

ー 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

⑴報告者（当事者）の背景

⑵患者氏名・性別・ID・疾患名

⑶事故発生日時

⑷事故の経過（詳細に）

⑸緊急に行った処置

⑹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

14．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4ａ～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）

15. 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外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外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

＜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

（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）医療安全管理者は、1）2）の患者リスト及び報告内容から全死亡事例を把握・確認し、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医療事故に該当する可能性の事例を抽出し、医療安全管理責任者と病院長に報告する。

4）病院長は、『事故判断に関する院内検討会』で医療事故調査制度における医療事故の該当性の判断を検討する。また、必要に応じて医療事故調査・支援センターや医療事故調査等支援団体に支援を求め、その該当性を検討する。

病院長は、最終的にその該当性を判断する。

5）『事故判断に関する院内検討会』で検討された判断の結果、判断理由等の記録、および遺族等への対応等に関する記録を医療案管理者は作成し、5 年間保存する。

6）なお、当該プロセスには、遺族等から医療事故ではないかと申出があった場合（医療事故調査・支援センターより遺族等からの相談内容を伝達された場合を含む）に、その申出に対して改めて『事故判断に関する院内検討会』で医療事故の該当性を検討し、病院長が最終判断し、その結果を遺族等に説明するプロセスを含める。

患者死亡時チェックシート

報告日：　　年　　月　　日

部署		死亡日 年　月　日 時　分
ＩＤ		
患者氏名		

＊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

→ 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

→ 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

＜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

→ ☐ 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「高齢のため何が起こるかわかりません」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、リストバンドで【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、患者のリストバンドの患者 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	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	注射ラベルのﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
注射・点滴の投与時（先渡）	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	注射処方箋の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
麻薬注射投与時（定期・臨時）	注射認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	注射ラベルのﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
麻薬注射投与時（更新用 Do 処方）	注射認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	注射ラベルまたは麻薬処方箋の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
麻薬注射投与時（先渡）（更新用指示簿の薬剤指示）	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	注射処方箋の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
内服薬の投与時（1 回配薬）	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	内服薬与薬ケース用名前カードの患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
内服薬の投与時（自己管理）	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	薬袋の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
内服薬の投与時（1 日配薬）	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	1 日配薬ボックスの名前の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
麻薬（内服・貼付剤）投与時	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	麻薬１回分がセットされている名前カードの患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
内服薬投与（頓用　本人用）	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	薬袋の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
常備配置薬投与（内服・座薬等）	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	常備処方箋の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ

輸血	輸血認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	輸血の製造番号、規格番号のﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
化学療法（注射）	化学療法認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	注射ラベルのﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
採血・検体採取	簡易認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	採取指示票の患者 IDﾊﾞｰｺｰﾄﾞ
手術室入室	手術認証	ﾘｽﾄﾊﾞﾝﾄﾞ	（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 人双方向型でリストバンド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リストバンドを照合する。
□ 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、患者のリストバンドの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（ファシール）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　Wルーメンの場合は茶ルートから抗がん剤を投与する。

□ 接続がゆるんで外れないよう、ロックつきのセットを使用する。

□ 動きによってカテーテルが抜けてこないように、ポート針が抜けないように固定されているか確認する。（カテーテルが脱落したり、ポート針が抜け出てくることもありうる）

□ 抗癌剤投与中も漏れていないか注意する。（挿入部、ルートの接続部）

□ CVポート・PICC の場合、生理食塩水を注入し穿刺部の腫脹や患者に違和感がないか確認する。血液逆流を確認した場合は、生理食塩水でカテーテル内を陽圧にするようパルシング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、リストバンドで患者名を確認する。

□ 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、患者のリストバンドの 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

<table>
<tr><td>内服確認・飲み込み
（1 回配薬）</td><td rowspan="2">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



</td><td>飲み込みまで確認する</td></tr>
<tr><td>内服確認・口頭
（1 回配薬）</td><td>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</td></tr>
<tr><td>内服確認
（1 日配薬）</td><td colspan="2">【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。</td></tr>
<tr><td>内服確認・殻
（自己管理）</td><td colspan="2">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</td></tr>
</table>

	らう、飲み終え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しうる薬剤とする。

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】のコメントが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こし、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、低血糖症状を起こしやすい。
- 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。
- ビグアナ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こし、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。





＜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）＞

⑴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。

⑵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。

⑶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イングスケール（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

	速効型インスリン製剤　ノボリン®R注　皮下投与量（単位）		
血糖値　(mg/dl)	ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞｽｹｰﾙ　Ⅰ	ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞｽｹｰﾙⅡ	ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞｽｹｰﾙ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		

標準化低血糖時指示（図2）

低血糖：血糖値が70 ㎎/dL 以下のとき、または、発汗、動悸、ふるえ等明らかな低血糖症状を認めるとき。

① 経口摂取可能なときは、ブドウ糖 10ｇを経口摂取する。
② 経口摂取が困難なときは、大塚糖液 50%20ml を静注する。
③ ①または②の 15 分後に症状の消失が無い場合あるいは 30 分後に血糖再検して、70 ㎎/dL 以下の場合、①または②を２回目実施。
④ ③実施後、改善しない場合は、主治医に報告する。
⑤ 定期的にインスリン注射をしている場合、投与のタイミングと投与量について、主治医に指示を確認する。

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 単位十生食 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）が出現する場合があるため、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・意思を口にしている	
	絶望感やあきらめを口にしている	
	身体機能の喪失、疼痛により強い苦悩・苦痛を訴えている	
【既往歴・家族歴】	精神疾患の既往歴がある	
	自傷・自殺企図の既往がある	
	自殺の家族歴がある	
【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 人による連続型の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

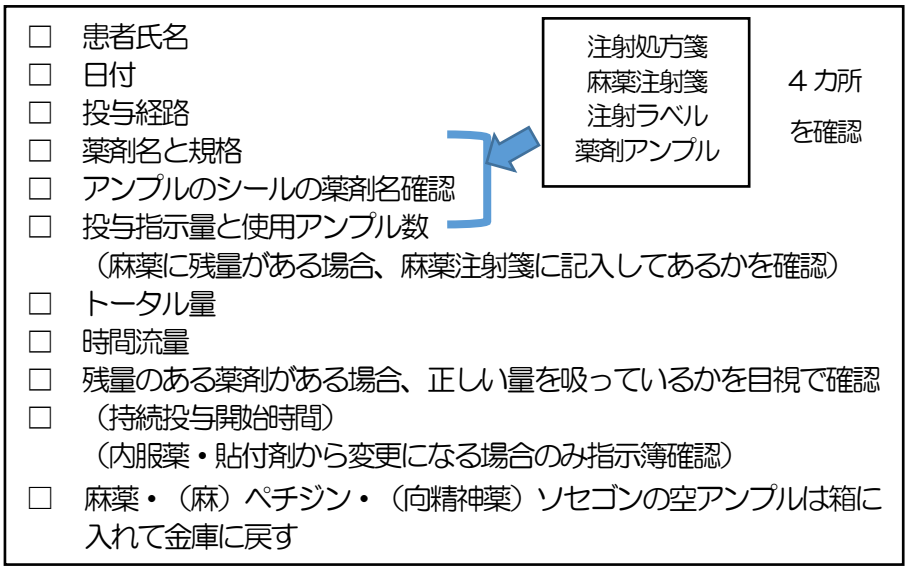
① 麻薬注射薬の投与

- □ 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＞



□ 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、患者のリストバンドの 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）：

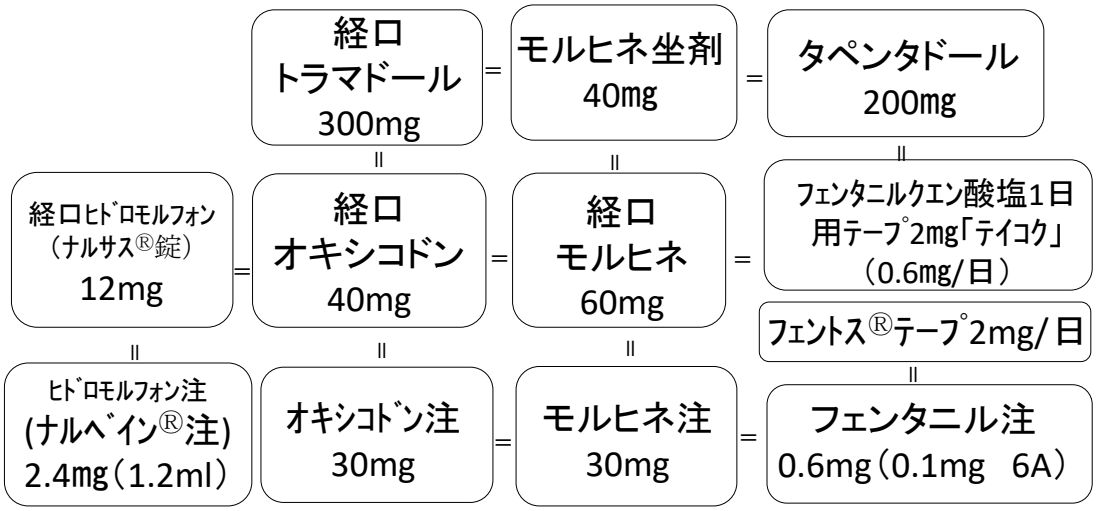
1日の注射投与量の 1/24～1/12 から開始

※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 10 ㎎以上の場合、必ず適正な投与量か確認する（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）



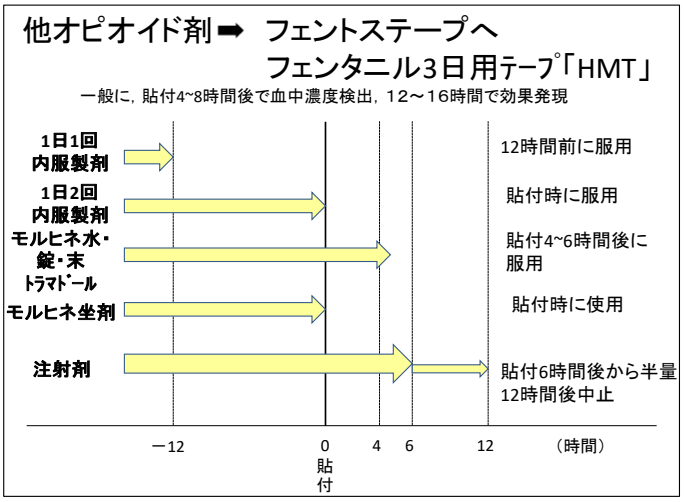


図5．貼付剤への投与経路変更方法

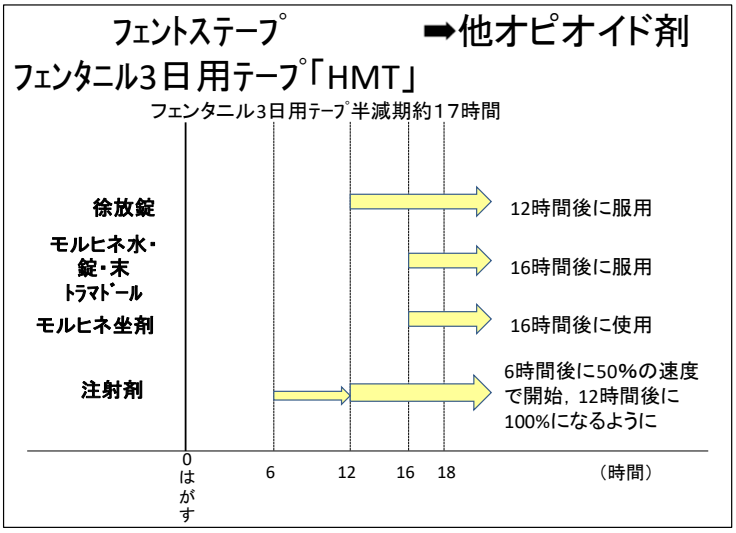


図6．貼付剤からの投与経路変更方法

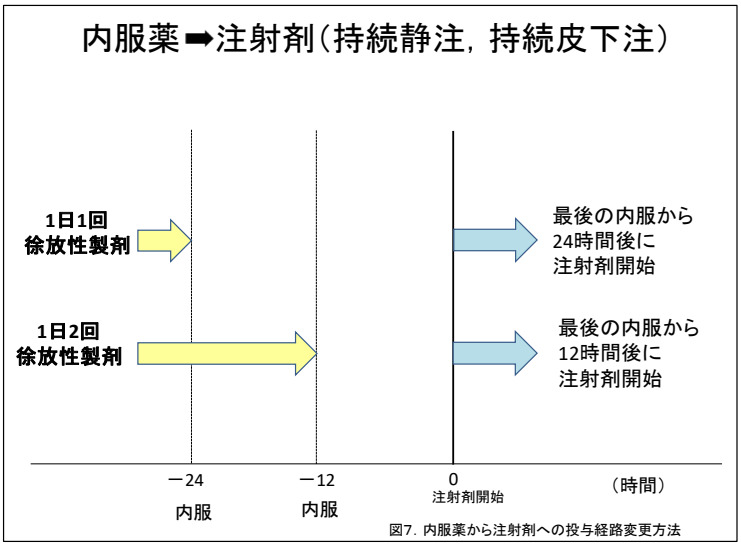


図7．内服薬から注射剤への投与経路変更方法

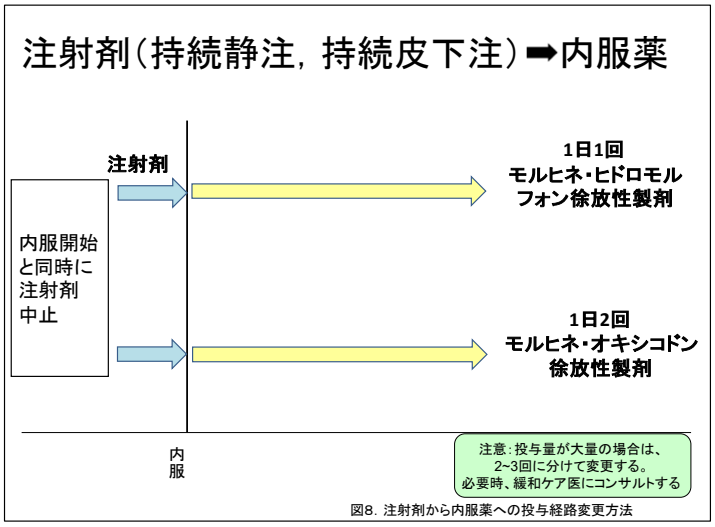


図8．注射剤から内服薬への投与経路変更方法

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 ㎎「ｼｵﾉｷﾞ」1％1ml  	ﾓﾙﾋﾈ塩酸塩注射薬 50 ㎎「ｼｵﾉｷﾞ」1％ 5ml  	ﾓﾙﾋﾈ塩酸塩注射薬 200 ㎎「ﾀｹﾀﾞ」4％ 5ml  【高用量】
ｵｷｼｺﾄﾞﾝ注射液 10 ㎎1％ 1ml「第一三共」  	ｵｷｼｺﾄﾞﾝ注射液50 ㎎1％ 5ml「第一三共」  	
ﾅﾙﾍﾞｲﾝ注２㎎0.2%1ml  	ﾅﾙﾍﾞｲﾝ注 20 ㎎1％2ml  【高用量】	
ﾌｪﾝﾀﾆﾙ注射液 0.1 ㎎「ﾃﾙﾓ」2ml  		

麻薬のアンプルは、必ず手に取り、
薬剤名と規格（○㎎△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（○㎎△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。

□ ダブルチェックを担当する看護師は、麻薬薬袋サイン欄作成のダブルチェック確認表を使用して、薬剤名、規格、投与回数、投与時間、１回投与量、服用開始日、薬剤の番号等を確認する。

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人ごとの与薬が困難な場合、ワゴンの一番上には与薬する患者の薬袋のみ置き、その他の患者の薬袋は２段目以下に置き、薬袋の取り違いを防いだか。また複数患者の与薬を同時にする場合は、他の看護師に協力を得る。

□ 与薬時は、患者に名乗ってもらうか、名乗れない場合、リストバンドと薬袋・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、患者のリストバンドの 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。

〇患者氏名　〇ＩＤ番号　〇血液型　〇製剤名
〇製造番号　〇有効期限　〇生年月日

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、リストバンドの名前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、患者のリストバンドの 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“〇”（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、リストバンド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。
□ 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、患者のリストバンドの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。

＜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。

＜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。
- □ 同意書が必要な検査は同意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

- □ 受付時は患者のフルネームと生年月日、リストバンドで確認したか。
- □ 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、患者のリストバンドの 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）
□ ヨード造影剤使用時の検査をする場合、ビ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）
＊アートメイク、刺青、タトゥーのある患者は、変色や熱傷のリスクに同意いただける場合に限り検査を実施する。
＊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、アクセサリー、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、患者の利益・不利益を考慮し、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。定期的にレントゲンでセプタムとカテーテルが適切に留置されているか確認する。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行い、１日１回は固定場所を変更する。
□ 栄養剤・薬剤注入前には、毎回、チューブが抜けかけていないか、挿入の長さと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）
 		



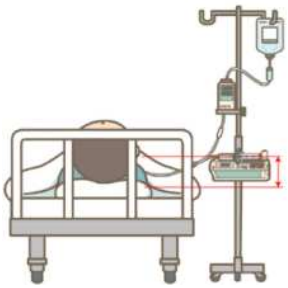
麻酔・髄注用（黄色）



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しているか。

□ 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に逃がしてからセットし直し、閉塞部位を開放する。（薬液の急速投与を防ぐ）
□ 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O_2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レ点チェックする（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、両手をとりながら歩行する。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。

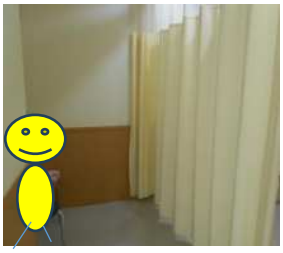
□ ナースコールマット設置中の注意点

- 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	評価ｽｺｱ	評価日と状況		
A年齢	60 歳以上	２点			
B既往歴	転倒転落したことがある 意識消失したことがある（失神痙攣等の既往がある） 眩暈立ちくらみなどの症状がある	２点			
C患者特徴	ナースコールを認識できない・使えない 行動が落ち着かない 何事も自分でやろうとする 普段は布団で寝ている ナースコールを押さないで行動しがちである	５点			
D感覚	視野視力障害がある 聴力障害・難聴がある 平衡感覚障害がある	３点			
E活動領域	麻痺・痺れ・拘縮・筋力低下・変形・欠損・荷重制限がある 車椅子・杖・歩行器を使用している スリッパを使用中 ポンプ類を使用中 下肢浮腫、または痛みがある 貧血症状がある	各１点			
F健康障害	発熱している ドレーン挿入・点滴中である	各１点			
G認識力	不穏行動がある 認知症症状がある 理解力・記憶力の低下がある 意識障害・見当識障害・意識混濁・混乱がある	５点			
H薬剤	睡眠剤	３点			
I 薬剤	降圧剤・利尿剤 麻薬 抗アレルギー薬 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	看護師サイン			
危険度Ⅲ	19 点以上	転倒・転落を良く起こす				

＊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

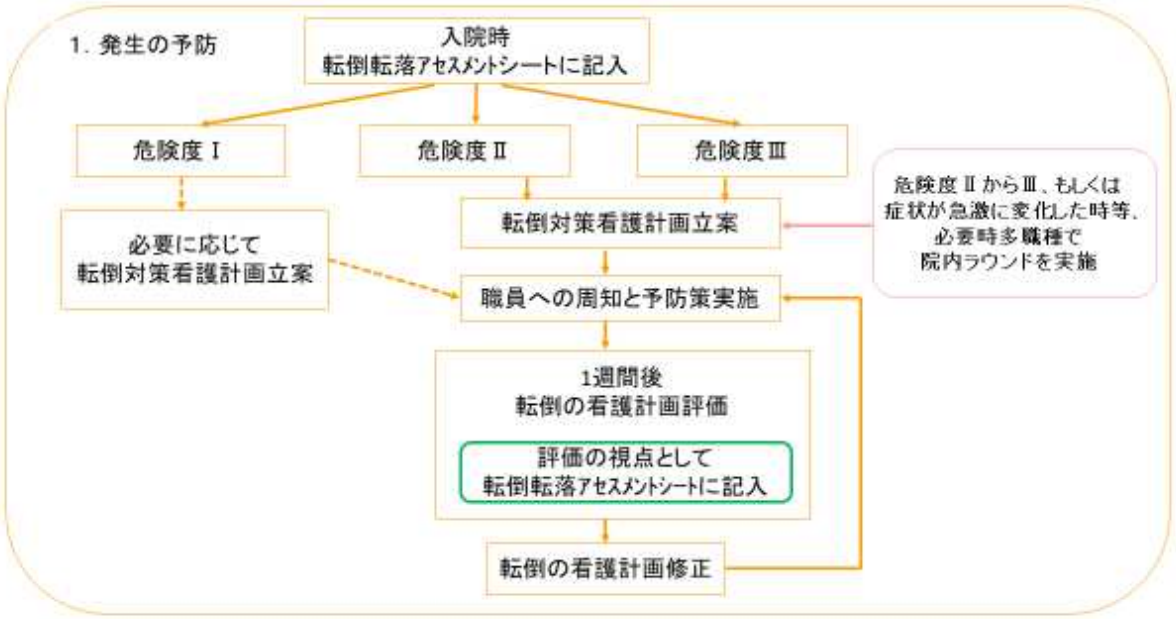
□ ベッド周囲の環境調整（例：ピュアレックスマットの設置）

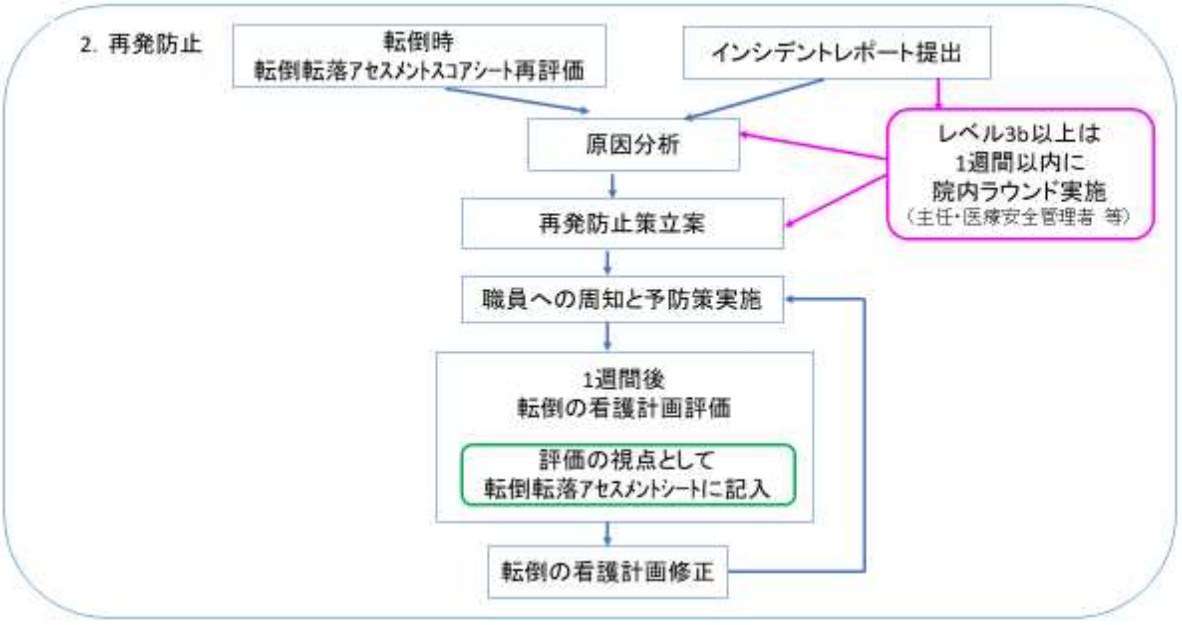
表３【インシデント発生時の院内ラウンドの基準とその視点】

＊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とリスクについて評価し、必要ないと判断された場合は、医師の指示の元速やかに制限を解除とする。

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・グリュ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、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が、その危険性が高いことが分かりました。

3. アセスメントに基づいて患者さんの安全をまもるために別紙のように看護計画を立案いたしました。

4. 医師とも相談し患者さんの安全をまもるために、一時的あるいは夜間だけベットの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が、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

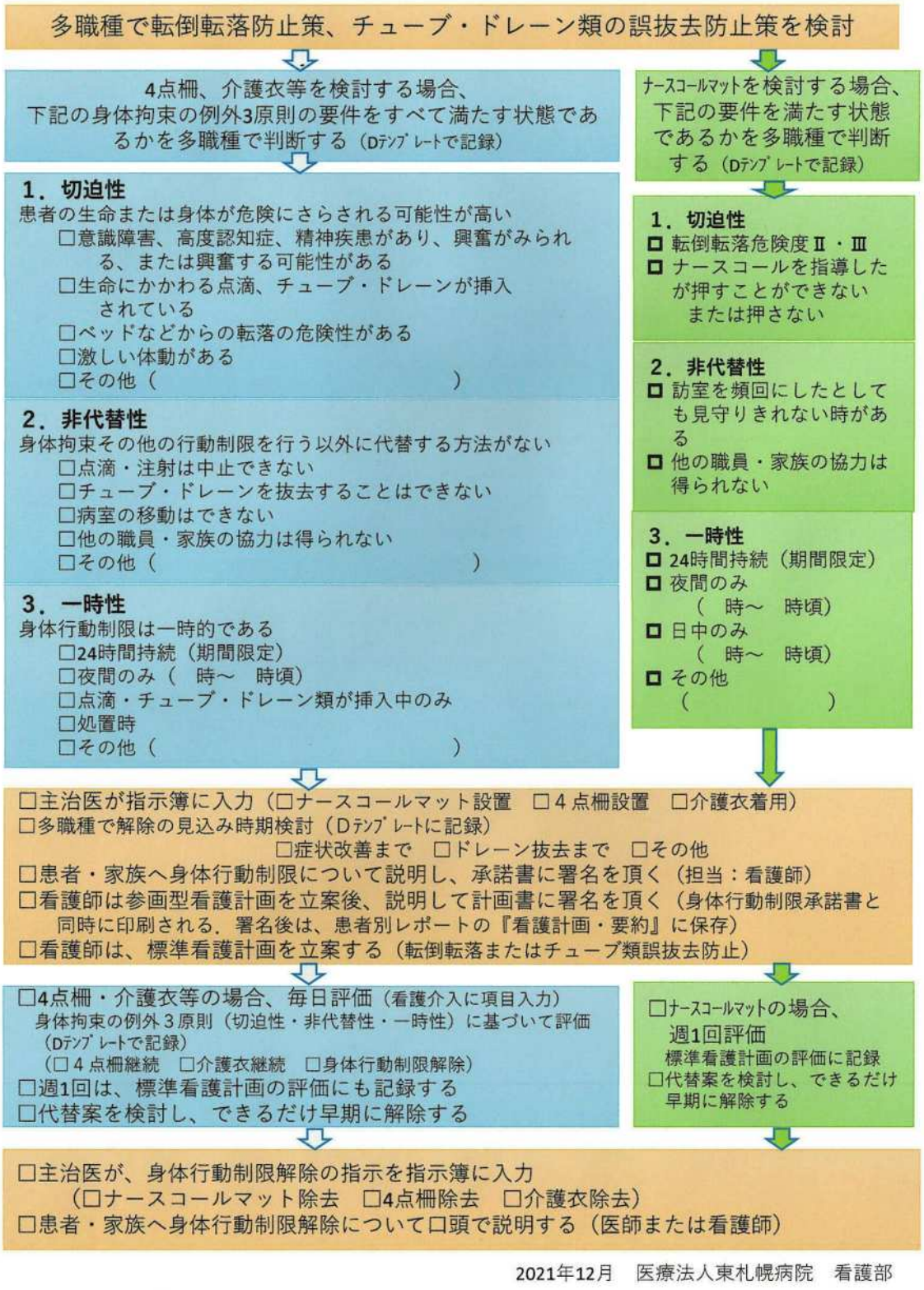
看護師

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

身体行動制限をせざるを得ない場合の手順

多職種で転倒転落防止策を検討

ﾅｰｽｺｰﾙﾏｯﾄを検討する場合、下記の要件を満たす状態であるかを多職種で判断する（Dﾃﾝﾌﾟﾚｰﾄで記録）

1．切迫性
- □ 転倒転落危険度Ⅱ・Ⅲ
- □ ナースコールを指導したが押すことができないまたは押さない

2．非代替性
- □ 訪室を頻回にしたとしても見守りきれない時がある
- □ 他の職員・家族の協力は得られない

3．一時性
- □ 24時間持続（期間限定）
- □ 夜間のみ
  （　時～　時頃）
- □ 日中のみ
  （　時～　時頃）
- □ その他（　　）

リモートカメラを検討する場合、ﾅｰｽｺｰﾙﾏｯﾄ設置と併せて下記の要件を満たす状態であるかを多職種で判断する（Dﾃﾝﾌﾟﾚｰﾄで記録）

1．切迫性
- □ 転倒転落危険度Ⅱ・Ⅲ
- □ ナースコールを指導したが押すことができない。または押さない

2．非代替性
- □ 感染対策で隔離しており、訪室を頻回にできない。
- □ ナースコールマットを設置したとしても見守りきれない時がある
- □ 他の職員・家族の協力は得られない

3．一時性
- □ 24時間持続（期間限定）
- □ 夜間のみ
  （　時～　時頃）
- □ 日中のみ
  （　時～　時頃）
- □ 感染対策の隔離期間のみ
- □ その他（　　）

※リモートカメラを設置する場合は、ﾅｰｽｺｰﾙﾏｯﾄ設置と併用すること

□主治医が指示簿に入力（□ナースコールマット設置　□リモートカメラ設置）
□多職種で解除の見込み時期検討（Dﾃﾝﾌﾟﾚｰﾄに記録）
　□症状改善まで　□感染対策の隔離解除まで　□その他
□患者・家族へ身体行動制限について説明し、承諾書に署名を頂く（担当：看護師）
□看護師は参画型看護計画を立案後、説明して計画書に署名を頂く（身体行動制限承諾書と同時に印刷される．署名後は、患者別レポートの『看護計画・要約』に保存）
□看護師は、標準看護計画を立案する（転倒転落）

□ﾅｰｽｺｰﾙﾏｯﾄ・リモートカメラの場合、週1回評価
　標準看護計画の評価に記録
□代替案を検討し、できるだけ早期に解除する

□主治医が、身体行動制限解除の指示を指示簿に入力
　（□ナースコールマット除去　□リモートカメラ除去）
□患者・家族へ身体行動制限解除について口頭で説明する（医師または看護師）

2021年12月作成　2026年3月改訂　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 ㎜ 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り、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 ㎎/㎡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、

①　薬剤アレルギーのフリーコメントに薬剤名と症状を登録する。

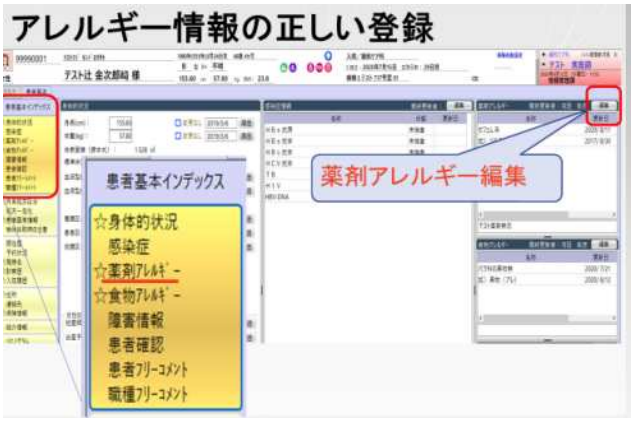
②　「患者基本」の「患者確認」の「造影剤アレルギー」を「有り」と登録する。（画像オーダー時に警告が出る）「ﾌﾘｰｺﾒﾝﾄ」に〔症状が出現した日時〕〔造影剤名〕〔症状〕を登録し、その情報を確認した日を「確認日」に登録する。

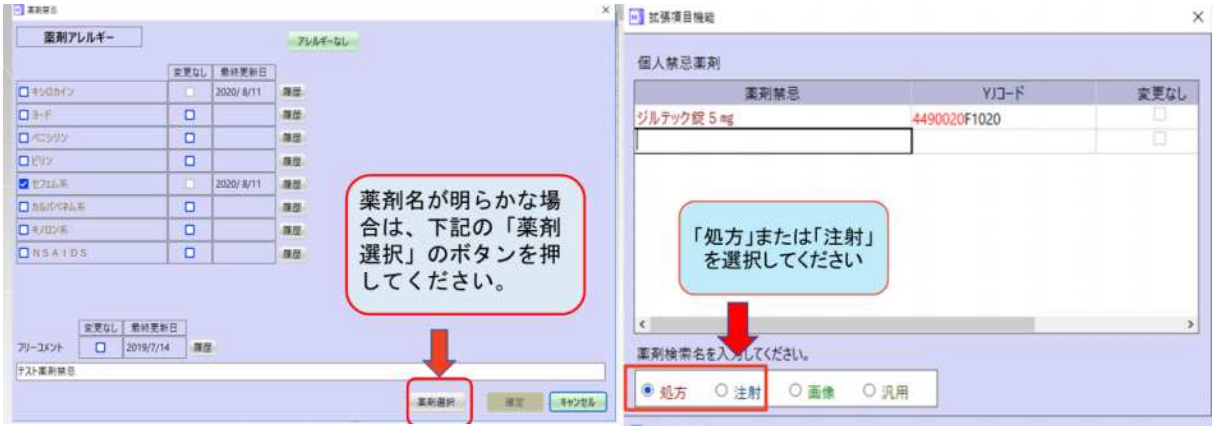
□　キシロカインアレルギーがある場合、薬剤アレルギーの「キシロカイン」にチェックを入れるとともに、「患者確認」の「内視鏡検査（キシロカイン禁）」を「有り」と登録する。（内視鏡検査オーダー時に警告が出る）

□　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』のプレートを掲示する。

□　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。

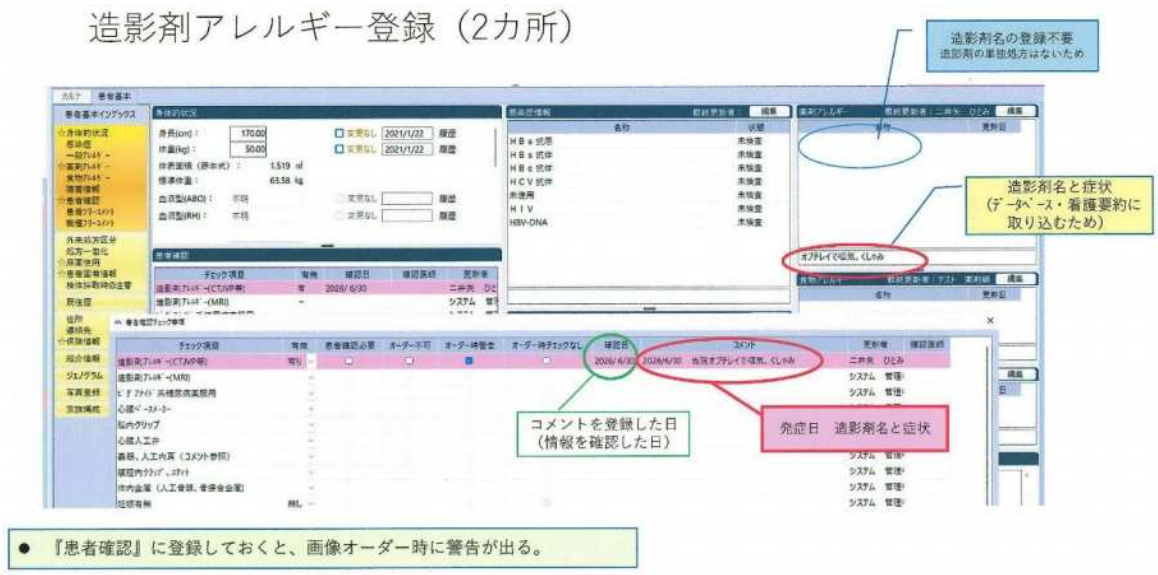
【患者基本の画面】




薬剤アレルギー
アレルギーなし
薬剤名が明らかな場合は、下記の「薬剤選択」のボタンを押してください。
薬剤選択
確定
キャンセル
拡張項目機能
個人禁忌薬剤
薬剤禁忌
YJコード
変更なし
ジルテック錠５mg
4490020F1020
「処方」または「注射」を選択してください
薬剤検索名を入力してください。
処方
注射
画像
汎用


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


薬剤アレルギー
アレルギーなし
確認日が登録されたら、「確定」をクリックしてください
2020/ 8/26
フリーコメント
薬剤選択
確定


造影剤アレルギー登録（2カ所）
造影剤名の登録不要
造影剤の単独処方はないため
造影剤名と症状
（データベース・看護要約に取り込むため）
コメントを登録した日
（情報を確認した日）
発症日　造影剤名と症状
● 『患者確認』に登録しておくと、画像オーダー時に警告が出る。


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





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。

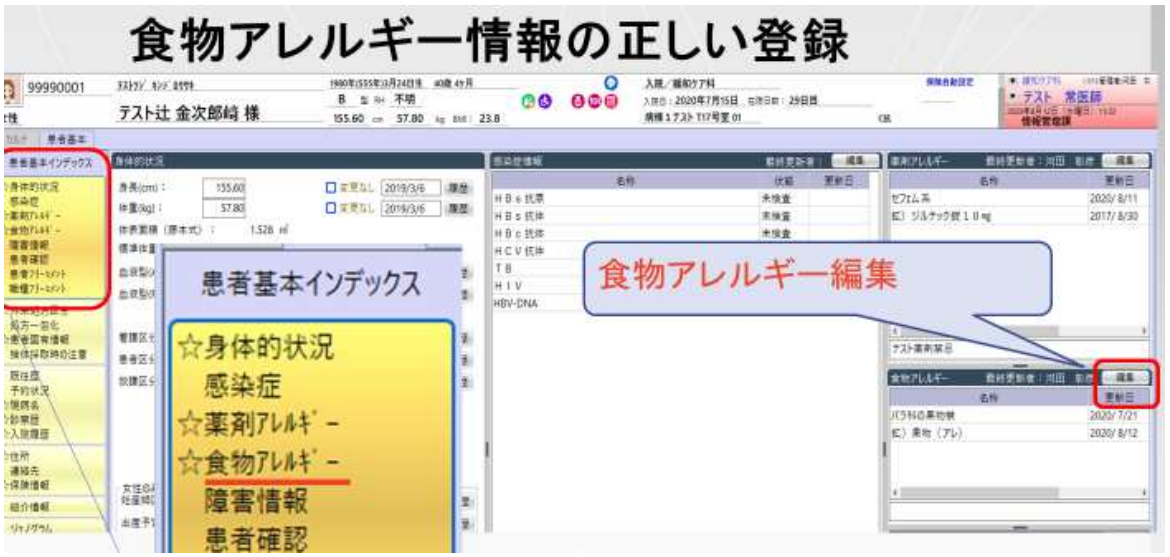
（2）食物アレルギー情報の入力方法

□　「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】

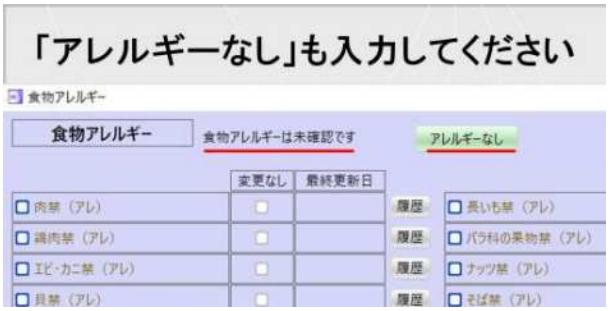




【食事オーダー画面】



【患者基本の画面】





（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】



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

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４週間分の未読症例の一覧を作成し、オーダーした検査依頼医へ通知する。

□　また、３か月ごと放射線科で未読症例の一覧を作成し、オーダーした検査依頼医へ通知する。

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
□転倒後から記銘力障害あり
□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

＜平日：日中８：30～17：00＞

① 検査室の臨床検査技師からパニック値の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「病棟名」「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」を報告する。オーダー医に連絡が取れない場合は、下記順番に医師へ報告をする。医師へ復唱を促す。ただし、以下の場合はそれぞれの手順に従うこととする。

〔オーダー医（主治医）が外来診察中の場合〕

㋐検査室の技師が診察の合間にパニック値報告書を渡す。㋑外来看護師または医療秘書を通じて診察の合間にパニック値報告書を渡す。（パニック値報告書を渡されてから 30 分以内）でも良いこととする。㋑の場合、外来看護師または医療秘書がパニック値を報告したことをテンプレートを利用して記録する。

〔オーダー医（主治医）が手術中の場合〕

㋐検査室からオーダー医（主治医）に電話連絡（手術室看護師が電話対応）㋑オーダー医（主治医）からの口頭指示を手術室看護師が電話で入院病棟に伝達。㋒指示を受けた病棟看護師は、口頭指示を診療記録に残す。㋓オーダー入力が必要な場合は、病棟看護師から下記順番の医師に依頼する。㋔手術後、主治医はパニック値に対する治療方針を電子カルテにテンプレートを用いて記録する。

内科主治医	内科病棟に入院の患者	①主治医　②病棟医長　③医局長　④副院長　⑤院長
	外科病棟に入院の患者	①主治医　②医局長　③副院長　④院長
外科主治医	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 ④医局長　⑤副院長　⑥院長

② 検査室の臨床検査技師からパニック値管理者に「病棟名」「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」「値」「報告した医師名」を紙面で報告する。パニック値管理者は、電子カルテにパニック値報告書を取り込み、診療記録に貼り付ける。

③ 検査室の臨床検査技師からパニック値の報告を受けた医師は、電話で復唱する。パニック値に対する治療方針を電子カルテにテンプレートを利用して記録し、必要な対応をする。

④ パニック値管理者は、2 時間以内に医師のパニック値に対する治療方針の記録を確認し、テンプレートを利用して記録する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。

⑤ 〔パニック値に対応した医師と主治医が異なる場合〕

㋐主治医が院内に滞在中であれば、主治医がパニック値を確認した記録をパニック値管理者は外来診療時間、手術時間等を考慮し２時間ごと記録が確認できるまで確認する。確認できない場合は、主治医に電話連絡する。

㋑主治医が院内不在の場合は、翌日以降の主治医来院日に主治医がパニック値を確認した記録をパニック値管理者が確認する。確認できない場合は、伝達事項で未確認であることを知らせる。２時間ごと記録が確認できるまで確認する。

⑥ パニック値管理者が「主治医によるパニック値の確認」ができた時点でパニック値の対応

確認を終了とし、パニック値管理者が電子カルテにテンプレートを利用して記録する。

＜平日夜間 17：00～8：30（翌日が休日の場合は９：00 まで）、土曜・日曜・祝日９：00～翌日（平日）8：30＞

① 病棟看護師は、検体を第一岸本臨床検査センターに提出してから2時間以内に電子カルテ上で検査結果を２人の看護師でパニック値の表と照合しながら確認する。パニック値がある場合は、検査をオーダーした医師へ直接電話で「病棟名」「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」を報告し、医師にもパニック値を確認してもらう。オーダーした医師に連絡がとれない場合は、当直医に連絡する。医師へ復唱を促す。病棟看護師は、パニック値の報告をしたことをテンプレートを利用して記録する。

② パニック値の報告を受けた医師は、電話で復唱する。パニック値に対する治療方針を電子カルテにテンプレートを利用して記録し、必要な対応をする。

③ 病棟看護師は、パニック値の出た患者の容態を確認する。

④ 病棟看護師は、パニック値の報告を受けた医師のパニック値に対する治療方針の記録と指示を２時間以内に確認する。必要時、病棟の携帯電話から主治医の携帯電話に連絡し、対応について確認し、記録に残す。（看護師の記録は、指示受けの記録または口頭指示の記録で良い）

⑤ 検査室の臨床検査技師からパニック値管理者に平日初日に「病棟名」「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」を紙面で報告する。

⑥ パニック値管理者は、平日初日の朝に医師のパニック値に対する治療方針の記録を確認し、テンプレートを利用して記録する。

⑦ パニック値に対応した医師と主治医が異なる場合、主治医がパニック値を確認した記録をパニック値管理者が確認する。確認できない場合は、伝達事項で未確認であることを知らせる。2 時間ごと記録が確認できるまで確認する。

⑧ パニック値管理者が「主治医によるパニック値の確認」ができた時点でパニック値の対応確認を終了とし、パニック値管理者が電子カルテにテンプレートを利用して記録する。

＜平日：日中：パニック値管理者不在時＞

① 検査室の臨床検査技師からパニック値の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「病棟名」「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」を報告する。オーダー医に連絡が取れない場合は、下記順番に医師へ報告をする。医師へ復唱を促す。

内科主治医	内科病棟に入院の患者	①主治医　②病棟医長　③医局長　④副院長 ⑤院長
	外科病棟に入院の患者	①主治医　②医局長　③副院長　④院長
外科主治医	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 ④医局長　⑤副院長　⑥院長

② 検査室の臨床検査技師からパニック値の報告を受けた医師は、電話で復唱する。パニック値に対する治療方針を電子カルテにテンプレートを利用して記録し、必要な対応をする。

③ 検査室の臨床検査技師から医師への報告後、病棟看護師にも電話で「病棟名」「患者名」

「検査日時」「パニック値の項目」と「値」、「報告した医師名」を報告する。

④ 病棟看護師は、パニック値の報告を受けた患者の容態を確認する。

⑤ 病棟看護師は、パニック値の報告を受けた医師のパニック値に対する治療方針の記録と指示を２時間以内に確認する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。（看護師の記録は、指示受けの記録または口頭指示の記録で良い）

⑥ 検査室の臨床検査技師からパニック値管理者に不在日の翌日に「病棟名」「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」「報告した医師名」を紙面で報告する。パニック値管理者は、電子カルテにパニック値報告書を取り込み、診療記録に貼り付ける。

⑦ パニック値管理者は、不在日翌日の朝に医師のパニック値に対する治療方針の記録を確認し、テンプレートを利用して記録する。

⑧ パニック値の対応をした医師と主治医が異なる場合は、主治医がパニック値を確認した記録をパニック値管理者が確認する。確認できない場合は、伝達事項で未確認であることを知らせる。２時間ごと記録が確認できるまで確認する。

⑨ パニック値管理者が「主治医によるパニック値の確認」ができた時点でパニック値の対応確認を終了とし、パニック値管理者が電子カルテにテンプレートを利用して記録する。

□ **外来受診中の患者のパニック値報告**（平日８：30～17：00）

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または医療秘書に手渡す。午後の外来予約患者で外来担当医による診療開始前にパニック値を検出した場合、低血糖のパニック値のみ検査室から医師へ直接電話連絡する。その他のパニック値は、午後の外来診療開始後（13 時 30 分または 14 時）に外来の各診察室の看護師または医療秘書に手渡す。

② 各診察室の担当看護師は、過去の検査値と照らし合わせ、指示医に「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」を緊急報告する。外来看護師は、パニック値の報告をしたことをテンプレートを利用して記録する。診察室担当の医療秘書は、指示医にパニック値報告書を用いて報告し、テンプレートを利用して記録する。

③ 検査室の臨床検査技師からパニック値管理者に「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」「報告した看護師名」を紙面で報告する。パニック値管理者は、電子カルテにパニック値報告書を取り込み、診療記録に貼り付ける。

④ パニック値の報告を受けた医師は、パニック値に対する治療方針を電子カルテにテンプレートを利用して記録し、必要な対応をする。

⑤ パニック値管理者は、２時間以内に医師のパニック値に対する治療方針の記録を確認し、テンプレートを利用して記録する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。その後、２時間ごと医師の記録が確認できるまで確認する。

⑥ パニック値管理者が「主治医によるパニック値の確認」ができた時点でパニック値の対応確認を終了とし、パニック値管理者が電子カルテにテンプレートを利用して記録する。

＜パニック値管理者不在時＞
上記①～②、④は同様。

⑦ 各診察室の外来看護師（または医療秘書から連絡を受けた外来看護師）は、パニック値の報告を受けた医師のパニック値に対する治療方針の記録と指示を 2 時間以内に確認する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。（看護師の記録は、指示受けの記録または口頭指示の記録で良い）

⑧ 検査室の臨床検査技師は、パニック値報告書を不在日翌日朝にパニック値管理者に報告する。

⑨ パニック値管理者は、不在日翌日の朝に電子カルテにパニック報告書を取り込み、診療記録に貼り付ける。さらに、医師のパニック値に対する治療方針の記録を確認し、テンプレートを利用して記録する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。その後、2 時間ごと医師の記録が確認できるまで確認する。

⑩ パニック値管理者が「主治医によるパニック値の確認」ができた時点でパニック値の対応確認を終了とし、パニック値管理者が電子カルテにテンプレートを利用して記録する。

ロ　外来患者帰宅後のパニック値報告

① 外来看護師は、採血結果を確認することが後日になることがあらかじめ決まっている場合、指示医に検査結果が出た際の連絡方法または治療方針を事前に確認しておく。

② 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、外来課長（不在時は他の外来看護師）に手渡す。

③ 外来課長または外来看護師は、過去の検査値と照らし合わせ、指示医に「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」を緊急報告し、対応方法について協議する。外来課長または外来看護師は、パニック値の報告をしたことをテンプレートを利用して記録する。

④ 検査室の臨床検査技師からパニック値管理者に「患者名」「検査日時」「パニック値の項目」と「値」「報告した看護師名」を紙面で報告する。パニック値管理者は、電子カルテにパニック値報告書を取り込み、診療記録に貼り付ける。

⑤ パニック値を報告された医師は、速やかにパニック値に対する治療方針を電子カルテにテンプレートを利用して記録し、必要な対応をする。

⑥ パニック値管理者は、2 時間以内に医師のパニック値に対する治療方針の記録を確認し、テンプレートを利用して記録する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。その後、2 時間ごと医師の記録が確認できるまで確認する。

⑦ パニック値管理者が「指示医によるパニック値の確認」ができた時点でパニック値の対応確認を終了とし、パニック値管理者が電子カルテにテンプレートを利用して記録する。

＜指示医が院内不在の場合＞

⑧ 指示医に連絡がつかない場合のみ、外来課長または外来看護師は、下記担当医にパニック値を報告し、対応を協議する。

平日：日中 8:30～17:00	〔内科〕午前：１診担当医師 午後：２診または３診担当医師 〔外科〕外科外来担当医師
平日夜間：17:00～8:30（翌日休日の場合は9:00 まで）、 土曜・日曜・祝日 9:00～翌日（平日）8:30	当直医師

⑨ パニック値を報告された医師は、速やかにパニック値に対する治療方針を電子カルテにテンプレートを利用して記録し、必要な対応をする。

＜パニック値管理者不在時＞

上記①～③、⑤は同様。

⑪ 外来課長または外来看護師は、パニック値の報告を受けた医師のパニック値に対する治療方針の記録と指示を２時間以内に確認する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。（看護師の記録は、指示受けの記録または口頭指示の記録で良い）

⑫ 検査室の臨床検査技師は、パニック値報告書を不在日翌日朝にパニック値管理者に報告する。

⑬ パニック値管理者は、不在日翌日の朝に電子カルテにパニック報告書を取り込み、診療記録に貼り付ける。さらに、医師のパニック値に対する治療方針の記録を確認し、テンプレートを利用して記録する。医師の治療方針の記録がない場合は、パニック値の報告を受けた医師へ再度連絡し、パニック値に対する対応についての確認と記録記載を依頼する。その後、２時間ごと医師の記録が確認できるまで確認する。

⑭ パニック値管理者が「主治医によるパニック値の確認」ができた時点でパニック値の対応確認を終了とし、パニック値管理者が電子カルテにテンプレートを利用して記録する。

パニック値管理者　輸血部　米谷

留意事項：がん終末期、血液疾患等でパニック値が続いており、主治医が予め「経過観察」することを決定している場合に限り、採血オーダー時にコメントとして『ﾊﾟﾆｯｸ電話不要 Hb』『ﾊﾟﾆｯｸ電話不要 PLT』『ﾊﾟﾆｯｸ電話不要 K』『ﾊﾟﾆｯｸ電話不要 PTINR』『ﾊﾟﾆｯｸ電話不要 PLT・Hb』を入力しても良いこととする。この場合は、検査室からパニック値のコメント入力がされた検査結果の紙面報告のみ行うこととする。（極端値と同じ報告方法）

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
Hb	9.0↓		6.0↓		g/dL
血小板	5万↓	60万↑	3万↓	100万↑	/μL
血糖	70↓	400↑	50↓	500↑	mg/dL
K	3.0↓	5.5↑	2.5↓	6.5↑	mEq/L
ﾌﾟﾛﾄﾛﾝﾋﾞﾝ時間（PT-INR）	4.0↑		4.0↑		ー

【極端値『緊急処置は要しないが極端な異常値』】

極端値の場合、検査室で検査報告書のコメントに「極端値」と記載し、紙面で医師へ速やかに報告。パニック値管理者による管理なし。

＜平日日中＞

- 入院患者の場合、検査室の臨床検査技師が、病棟のﾌﾟﾘﾝﾀｰから極端値報告書を出力。病棟看護師は、医師別ファイルに振り分ける。医師の回診時に確認・対応。
- 外来患者（当日診察分）、外来のﾌﾟﾘﾝﾀｰから極端値報告書を出力。外来看護師は、各診察室に振り分ける。診察時に確認・対応。
- 外来患者（前日診察分）、外来課長に極端値報告書を渡す。外来課長が確認して医師別ファイルに振り分ける。（必要時は、担当医に連絡）

＜夜間・休日分＞

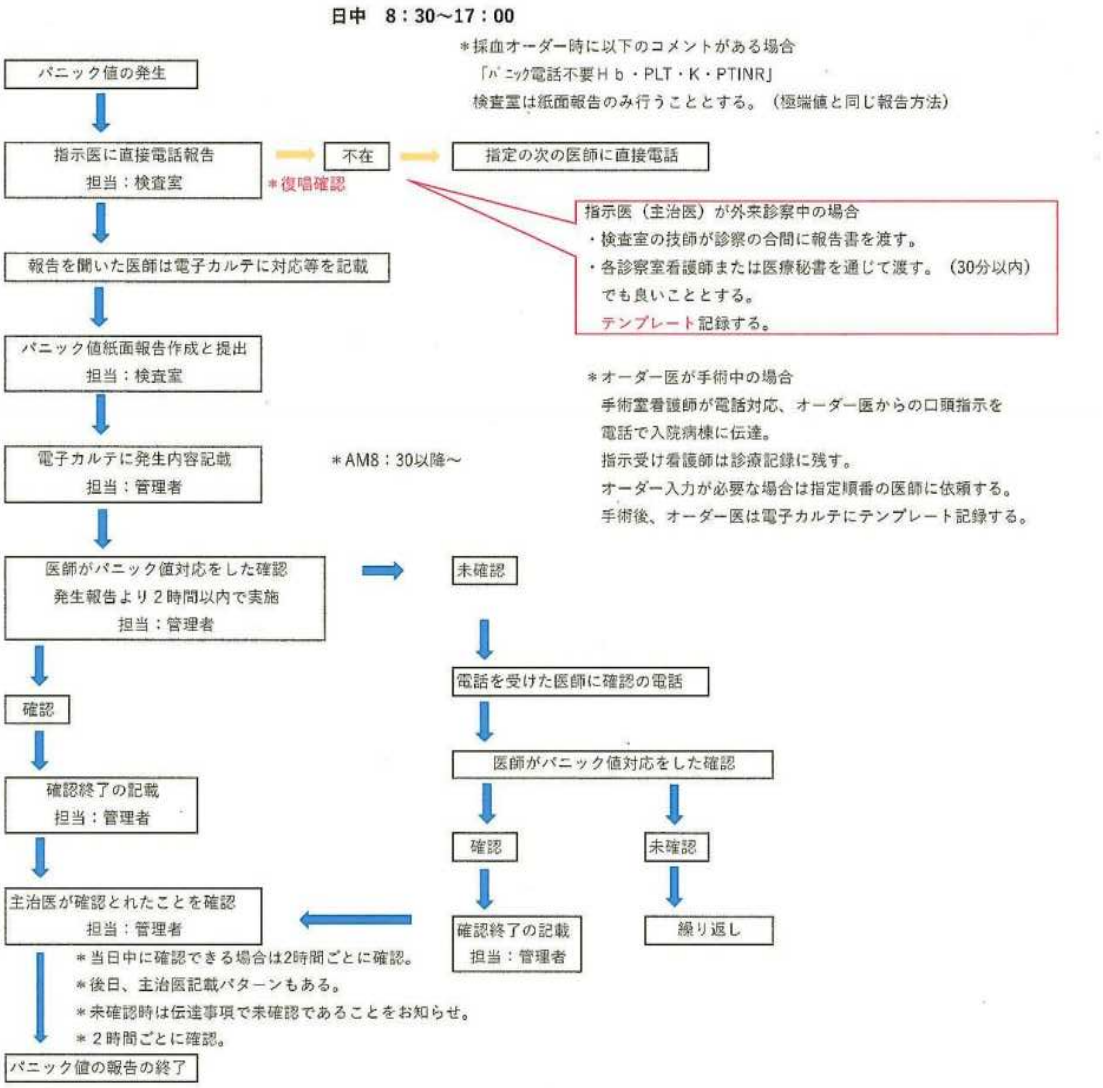
- 夜間・休日の検体結果は、検査結果が出たことを病棟看護師からオーダー医へ電話連絡。医師が電カル上で検査結果を確認・対応。院外の主治医に報告する場合は、看護師が医師から口頭指示を受け、主治医が出勤してきた時に検査結果を確認する。平日初日の朝、検査室稼働後に検査報告書のコメントに「極端値」と入力するのみ。

血液検査・尿検査極端値一覧

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↑		%
T-Bil	5.0↑		12.0↑		mg/dL
Na	125↓	155↑	110↓	170↑	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

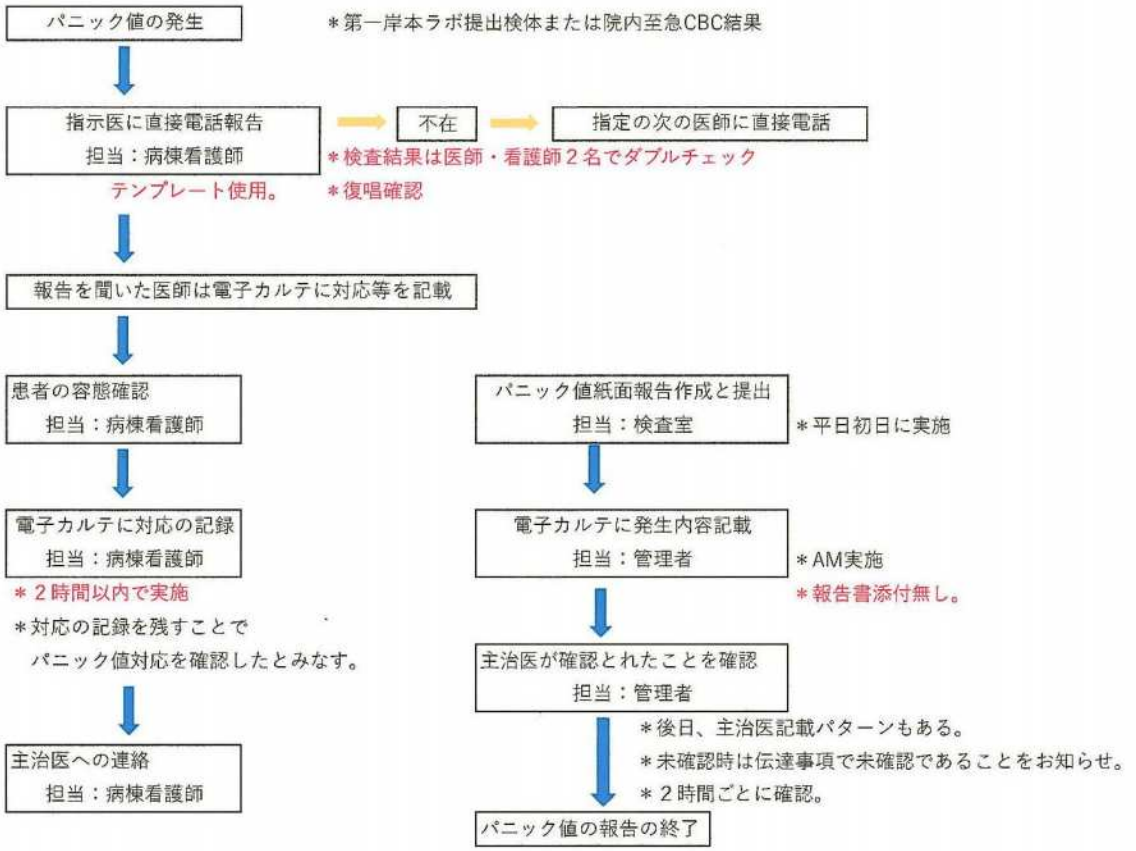
アミラーゼ	300↑	500↑	U/L
ジゴキシン	2.5↑	2.5↑	ng/mL
テオフィリン	25.0↑	25.0↑	μg/mL
フェニトイン	20.0↑	20.0↑	μg/mL
バルプロ酸Na	150↑	150↑	μg/mL
尿アミラーゼ	1000↑	1000↑	U/L

入院患者のパニック値報告　平日：日中　フローチャート



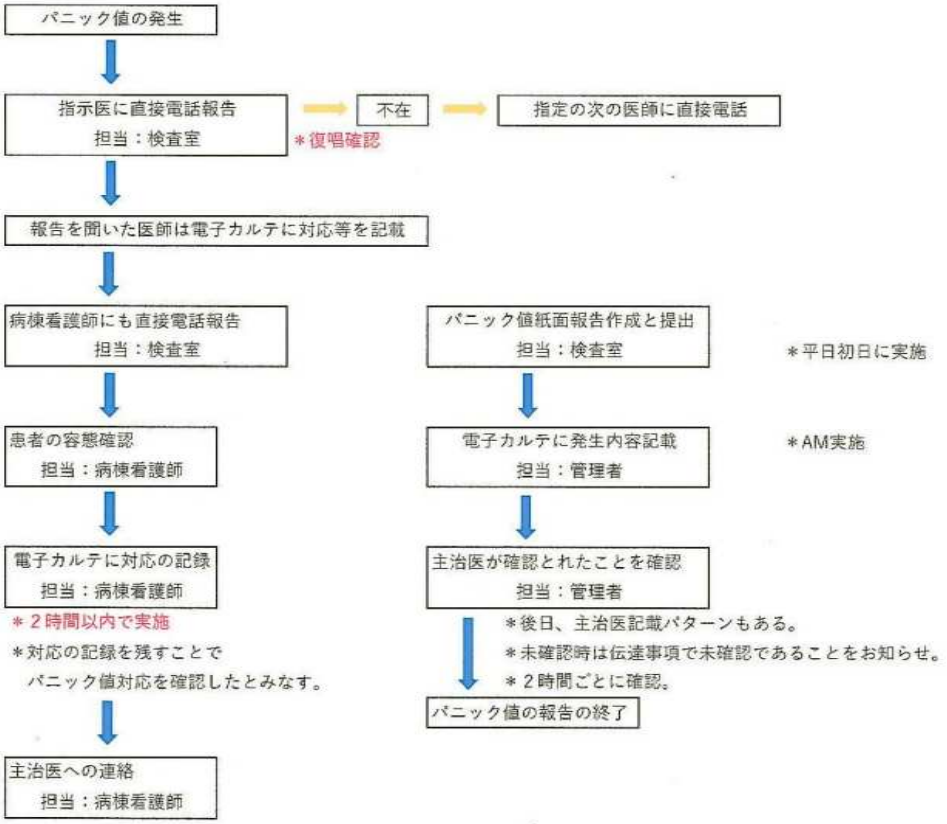
入院患者のパニック値報告　平日夜間・土曜・日曜・祝日　フローチャート

平日夜間：17：00～8：30（翌日が休日の場合は9：00まで）　土・日・祝日：9：00～翌日8：30

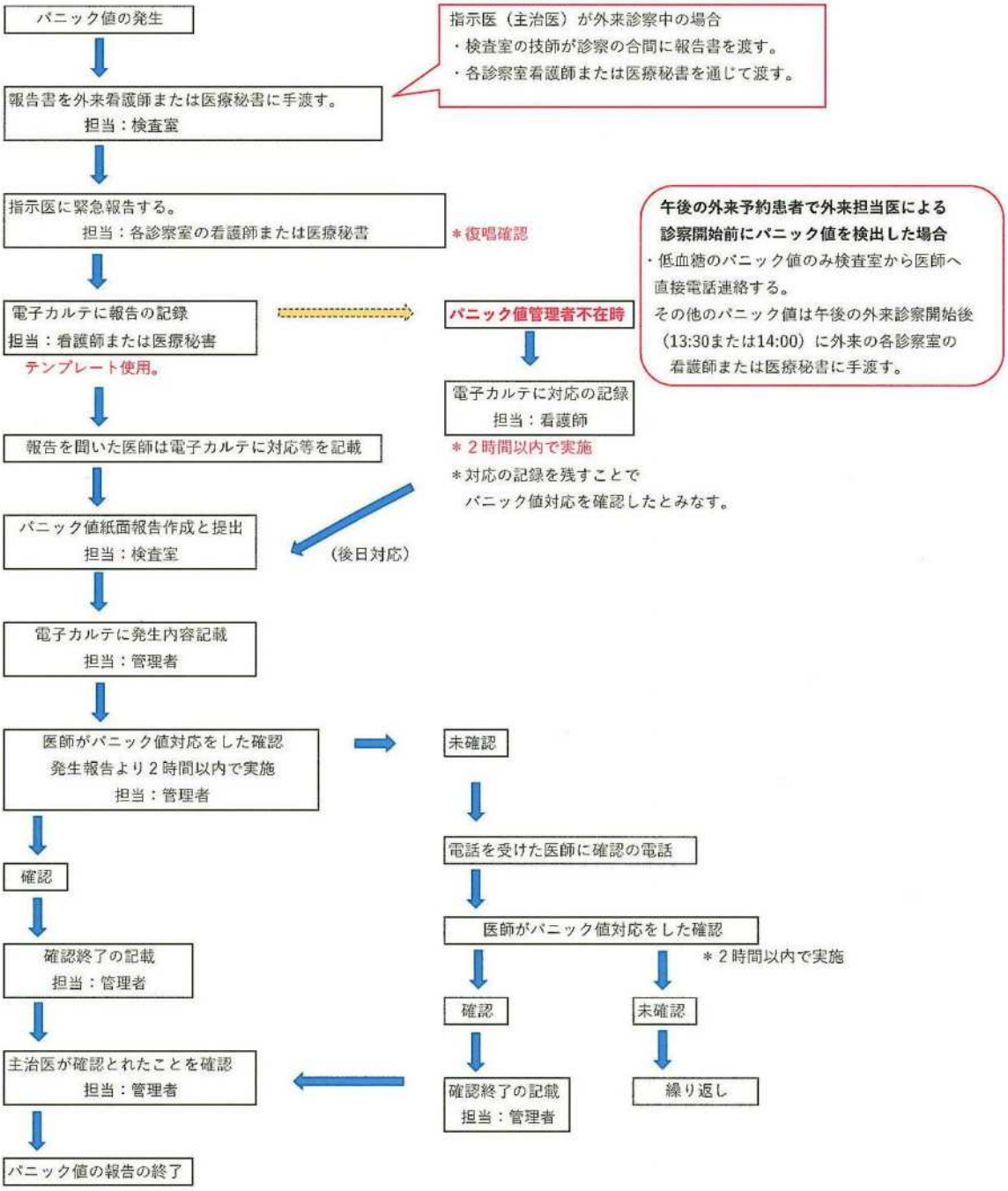


入院患者のパニック値報告　平日:日中　パニック値管理者不在時　フローチャート

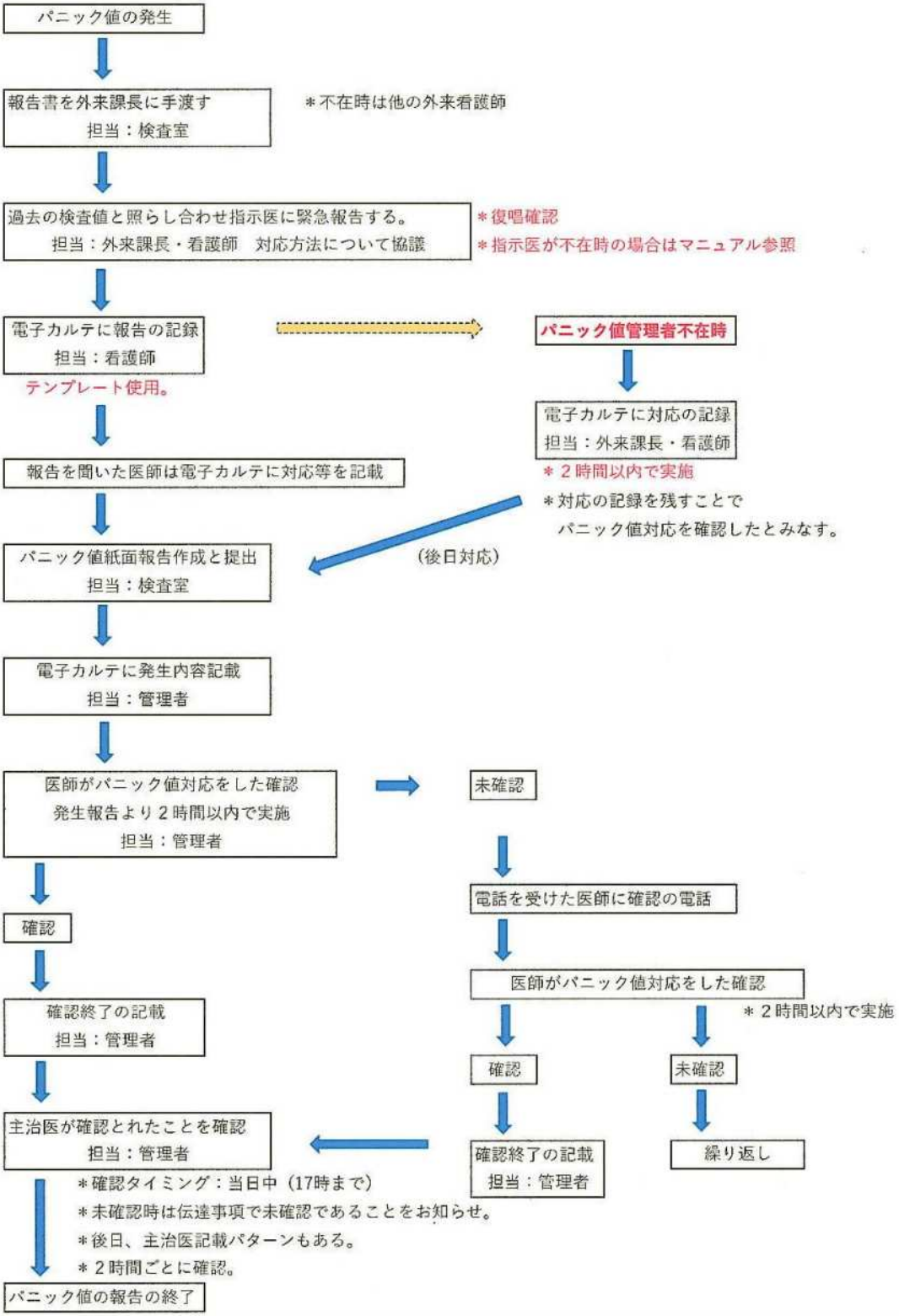
管理者不在時には事前に検査科に連絡、予定された休日等はポータルにてお知らせする。



外来受診中の患者のパニック値報告　フローチャート



外来患者帰宅後のパニック値報告　フローチャート



2026年１月13日作成、2026年3月９日改訂、2026年４月１日改訂

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、報告書を確認ず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 ㎜Hg 以下 または 200 ㎜Hg 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 主治医	内科病棟に入院の患者	①主治医　②病棟医長　③医局長　④副院長 ⑤院長
	外科病棟に入院の患者	①主治医　②医局長　③副院長　④院長
外科 主治医	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 ④医局長　⑤副院長　⑥院長
外来		午前：1 診担当医師 午後：2 診または3診担当医師

【平日夜間 17:00～8:30、土・日・祝日 9:00～翌日 9:00（翌日平日の場合 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	石井
西棟 PCU	町野

18. 自殺防止対策

がん患者は、診断、治療、辛い症状などストレスが大きく、自殺リスクが一般人口に比して高いことが知られている。そのため、自殺のハイリスク者を見つけ出し、自殺・自傷行為は予防可能という前提に立って日頃から患者の観察に努める必要がある。また、せん妄、認知症、抑うつの鑑別も意識しながらアセスメントする必要がある。

≪せん妄のリスクスクリーニングと不安の評価≫

1.【STEP1】
①せん妄のリスクスクリーニング
②不安の評価
（入院後３日以内または転棟初日）
（身体症状の変化や「何か変？」と感じた時）

①せん妄のリスクスクリーニング
- □ 70 歳以上
- □ 脳器質障害
- □ 認知症
- □ アルコール多飲
- □ せん妄の既往
- □ ﾍﾞﾝｿﾞｼﾞｱｾﾞﾋﾟﾝ系薬剤内服

②不安の評価：STAS
０：なし
１：変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。集中力に影響はない。
２：今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候がみられる。
３：しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。
４：持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。
７：入院直後や家族はいるが面会に来ないなど、情報が少ないため評価できない。
９：認知状態の低下や深い鎮静により評価できない。

2.【STEP1】で患者の不安以外の項目で１つ以上該当の場合
せん妄症状のチェック【STEP2】

3. せん妄要因チェック【STEP3】

4. せん妄対策【STEP4】

認知症の診断がある場合、もしくは認知症疑いのある場合、認知機能障害に対する認知症高齢者の日常生活自立度判定のＤテンプレート入力

5.【STEP1】で患者の不安STASが2～4の場合、
自殺のリスク・アセスメントのためのチェックリストと「2質問法」
※Dﾃﾝﾌﾟﾚｰﾄ入力

項　目	
患者の訴え	死や自殺の願望・意思を口にしている
	絶望感やあきらめを口にしている
	身体機能の喪失、疼痛により強い苦悩・苦痛を訴えている
既往歴・家族歴	精神疾患の既往歴がある
	自傷・自殺企図の既往がある
	自殺の家族歴がある
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＞

「2質問法」[1)]

皆さんにお聞きしていることなのですが・・
1）　この1か月の間、気持ちが沈み込んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか？　　A：はい　B：いいえ
2）　この1か月の間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？　　A：はい　B：いいえ

6.　自殺リスク・アセスメントでチェックありの場合、または「2質問法」でどちらかに「はい」と答えた場合、【STEP2】【STEP3】【STEP4】の結果と合わせて主治医に報告

7.医療チームで情報共有し、対応を検討。必要時、緩和ケアチームへ依頼

- □　包括的アセスメント（身体症状、精神症状、社会経済的問題、心理的問題、実存的な問題）とケア
- □　信頼の構築に努め、傾聴しながら抱えている問題や動機の確認。
- □　刃物・薬物・紐などの危険物の除去
- □　状況に応じてナースステーションに近い部屋への移動し、頻繁に訪室
- □　窓の開閉制限のロックがかかっているかなど、ホットスポット（自殺が多発する場所）の対策がとられているか確認

- □ 自殺のリスクが高い患者は、原則として単身の外出・外泊を控える
- □ 希死念慮がある場合、「自分を傷つけたり、終わりにしたりしないように（自殺しないことを約束）できるか」の確認
- □ 家族へ状況説明

8．精神科受診を検討

- □ 精神科かかりつけ医の有無確認。
- □ 患者・家族の同意を得て、院内精神科予約。主治医から患者にあらかじめ患者に説明しておく。
- □ 精神科医の診察を患者が希望しない場合でも、精神科医へ対応のアドバイスを求めることも検討。
- □ 自殺が著しく切迫している場合は、緊急で受診可能な他院精神科を探す。
  夜間・休日の場合、札幌市精神科救急情報センター・札幌こころのセンターに連絡し、精神科救急機関について相談する。
  TEL：011-204-6010（平日17：00～翌9：00、土日祝日9：00～翌朝9：00）

9．継続してモニタリングを行う

引用文献

1） Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many.

2026年2月19日作成

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。
- □ 投与していた輸血バ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収集。
□ 可能であれば薬物血中濃度を測定。
□ 結果を主治医に連絡。
□ 再投与は原因を明らかにしてから行う。
□ 薬剤投与が適切であって、かつ患者の症状が薬剤によることが強く疑われる場合は、薬剤課（内線 1130）に連絡する。

5）患者とり違えが明らかになった場合
1）2）3）4）の場合に準ずる。

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

7）副作用発生時の対処
（与薬後に患者に異常な反応や過量投与の兆候が現れた場合）
□ 主治医に連絡し指示を受ける。
□ 薬剤が原因と考えられる場合は薬剤投与を中止し、原因を調査する。

チェック項目

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

（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 ㎜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 SpO_2 低下や CO_2 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ソンを使用する。ナロキソンは、各部署の救急カートに保管されている。

＜ナロキソンの投与方法＞　（電子カルテの指示簿に簡易入力あり）

ナロキソン１A（0.2㎎/1ml）+生食10mlのうち、1回1ml（0.02㎎）を静注

↓

呼吸数が10回/min以上を維持するように、それ以下になるごと（30分あけて）に同じ量を追加投与

↓

各製剤の持続時間を考慮し、継続して経過観察（注参照）

↓

意識レベルが過量投与前のレベルに回復した時点で、少なめの量でオピオイドを開始する

↓

疼痛と副作用を確認し、オピオイドの投与量を決定していく

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	12 時間以上
ナルサス錠・メサペイン錠	24 時間以上
ﾌｪﾝﾄｽﾃｰﾌﾟ・ﾌｪﾝﾀﾆﾙｸｴﾝ酸塩 1 日用ﾃｰﾌﾟ	剝がしてから 17 時間以上
モルヒネ・オキシコドン・フェンタニル・ナルベイン持続静注	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 ㎎（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 ㎎を追加投与する。以後必要に応じて、1 分間隔で 0.1 ㎎ずつを総投与量 1 ㎎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。

⑵漏出事故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		
	起壊死性抗がん剤（Vesicant Drug）	炎症性抗がん剤（Irritant Drug）	非壊死性抗がん剤（Non-Vesicant Drug）
漏出によって皮膚壊死、炎症などを起こしうるもの	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にはいたらない。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 アドレナリン アミオダロン 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 シスプラチン ダウノマイシン ダカルバジン ドキソルビシン 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 ビキセオス 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 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 ダトロウェイ 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 エリブリン オプジーボ 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 トロデルビ パージェタ 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 リツキサン（リツキシマブ） ロイナーゼ

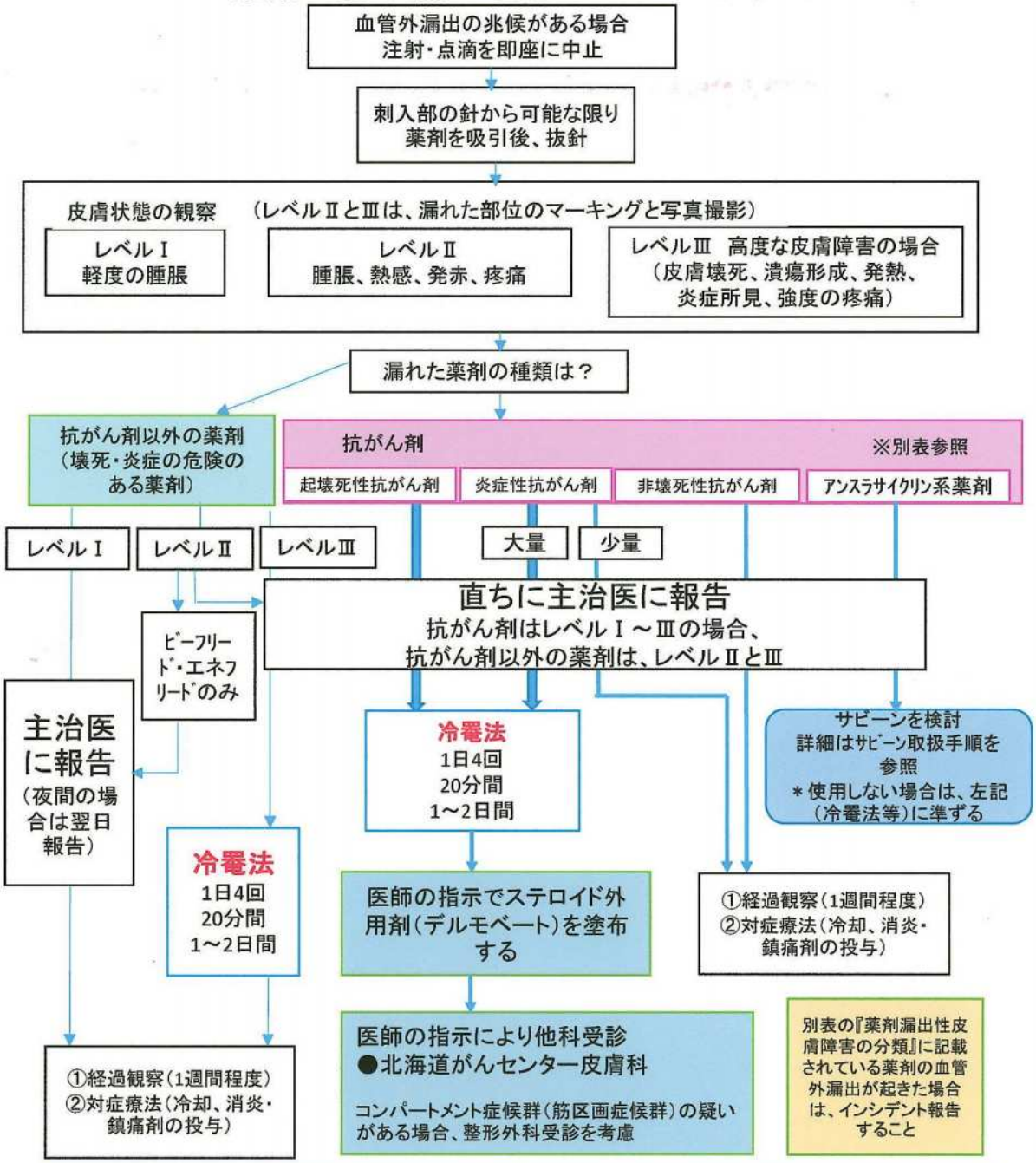
参考）がん薬物療法に伴う血管外漏出に関する合同ガイドライン 2023 年版

※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ニヒ素は刺激性・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（アクプラ、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、ビロイ、ブーレンレップ）
- 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。

2026/9 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】

1. 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。
2. 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　2026年9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㎝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㎝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Ｂｏｘ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。

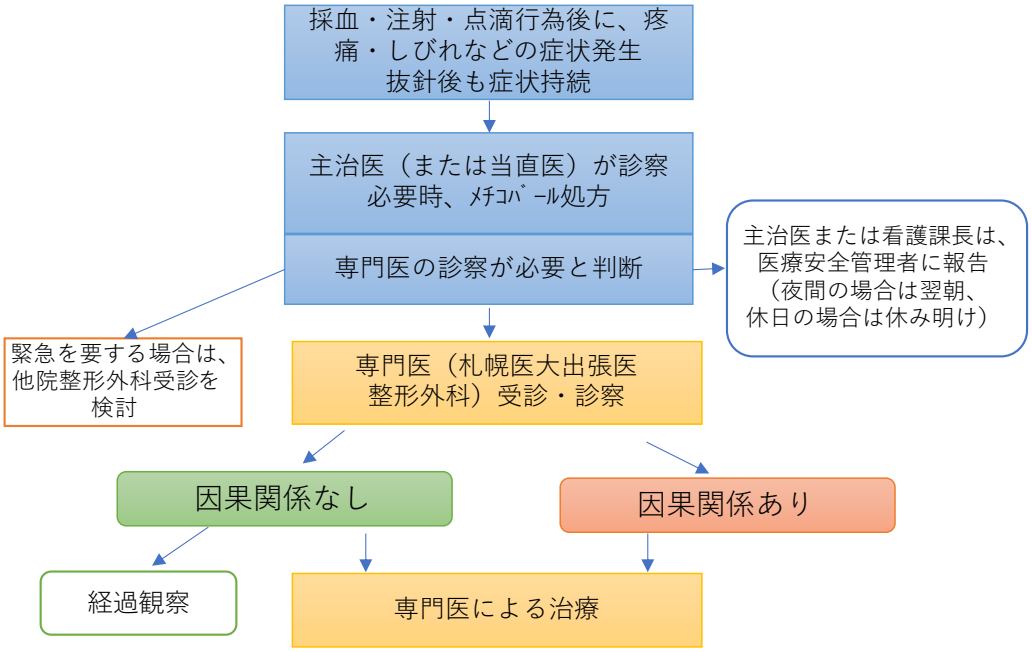
□ 中心静脈カテーテルを患者がハサミ等で切断または引きちぎってしまった場合は、切断面から空気が入り空気塞栓の危険性があること、あるいは血液が流出して失血死の危険性もあることから、患者側のカテーテルをペアンなどでクランプしてただちに医師に報告する。医師はカテーテルを速やかに抜去する。

□ 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

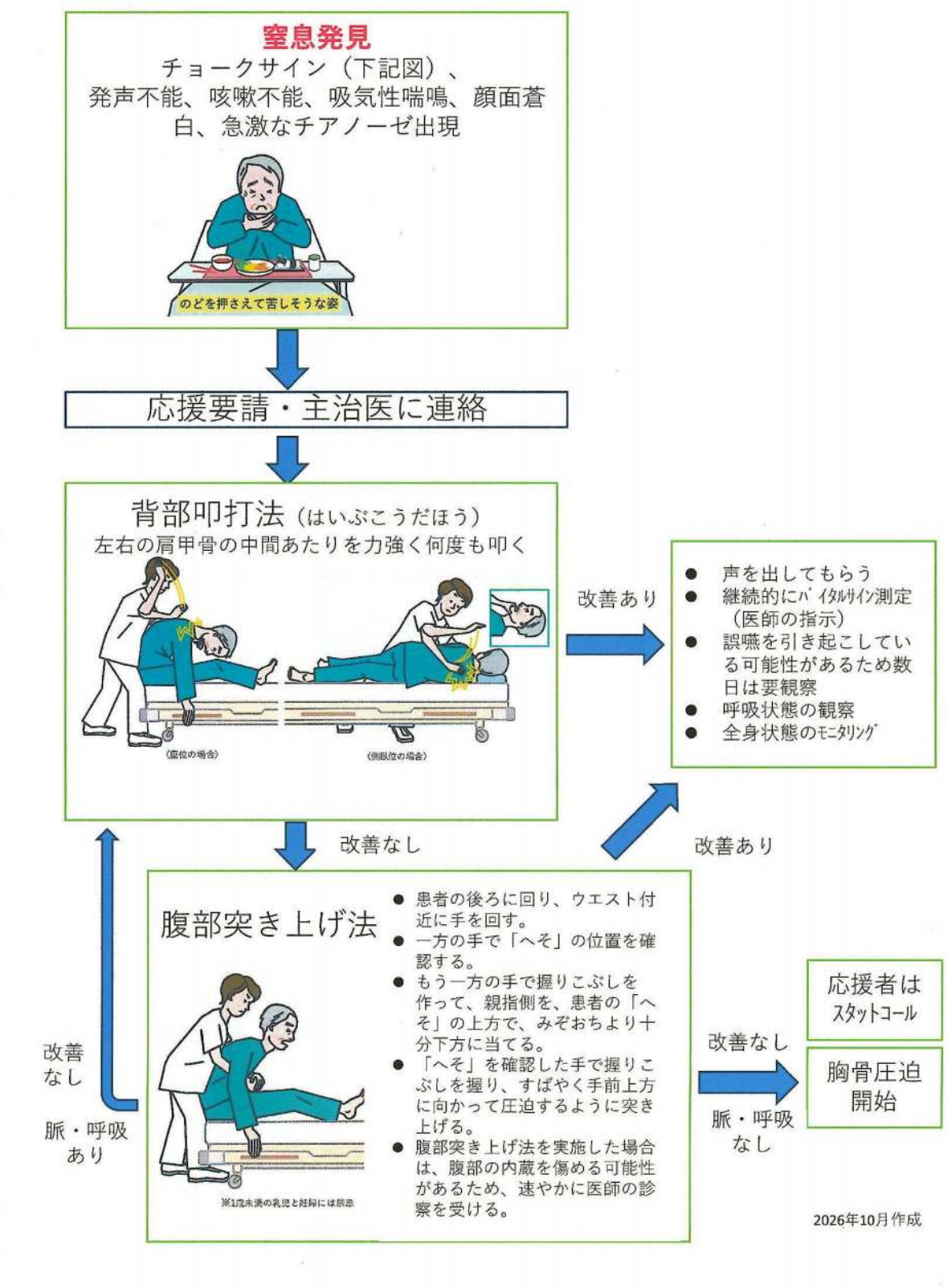
採血・注射・点滴行為における末梢神経損傷の対応



【治療費について】
1. 採血・注射・点滴行為と因果関係が明らかで、院内他科受診した場合、医療費免除対象となりうるが、その判断は病院長が 行う。
2. 病院負担となる場合の手続き
   a. 入院患者が整形外科を受診した場合、病棟看護課長が、病棟秘書へ連絡する。
   b.外来患者が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。

（2021年12月作成、2024年5月改訂）

5．窒息発見時の対応


窒息発見
チョークサイン（下記図）、
発声不能、咳嗽不能、吸気性喘鳴、顔面蒼白、急激なチアノーゼ出現
のどを押さえて苦しそうな姿
応援要請・主治医に連絡
背部叩打法（はいぶこうだほう）
左右の肩甲骨の中間あたりを力強く何度も叩く
（座位の場合）
（側臥位の場合）
改善あり
● 声を出してもらう
● 継続的にﾊﾞｲﾀﾙｻｲﾝ測定（医師の指示）
● 誤嚥を引き起こしている可能性があるため数日は要観察
● 呼吸状態の観察
● 全身状態のﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ
改善なし
改善あり
腹部突き上げ法
● 患者の後ろに回り、ウエスト付近に手を回す。
● 一方の手で「へそ」の位置を確認する。
● もう一方の手で握りこぶしを作って、親指側を、患者の「へそ」の上方で、みぞおちより十分下方に当てる。
● 「へそ」を確認した手で握りこぶしを握り、すばやく手前上方に向かって圧迫するように突き上げる。
● 腹部突き上げ法を実施した場合は、腹部の内蔵を傷める可能性があるため、速やかに医師の診察を受ける。
※1歳未満の乳児と妊婦には禁忌
改善なし
脈・呼吸あり
改善なし
脈・呼吸なし
応援者はｽﾀｯﾄｺｰﾙ
胸骨圧迫開始
2026年10月作成

6．異物誤飲

（1） 現在の状態観察をする（バイタルサイン・意識レベル、嘔吐・下痢の有無）

（2） 何をいつ、どれだけ飲んだかを情報収集

（3） (1)(2)を医師へ報告し、指示を施行する。

① 洗濯用洗剤・台所用洗剤

多量に飲んだ場合、吐かせるよりも胃洗浄が望ましい。

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

② 台所用漂白剤（塩素系、液体）

水かチオ硫酸ナトリウム（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。

7．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頚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 PCU、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、西棟外科）





（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　用手的気道確保

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。頚椎保護を常に念頭におき、頚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。

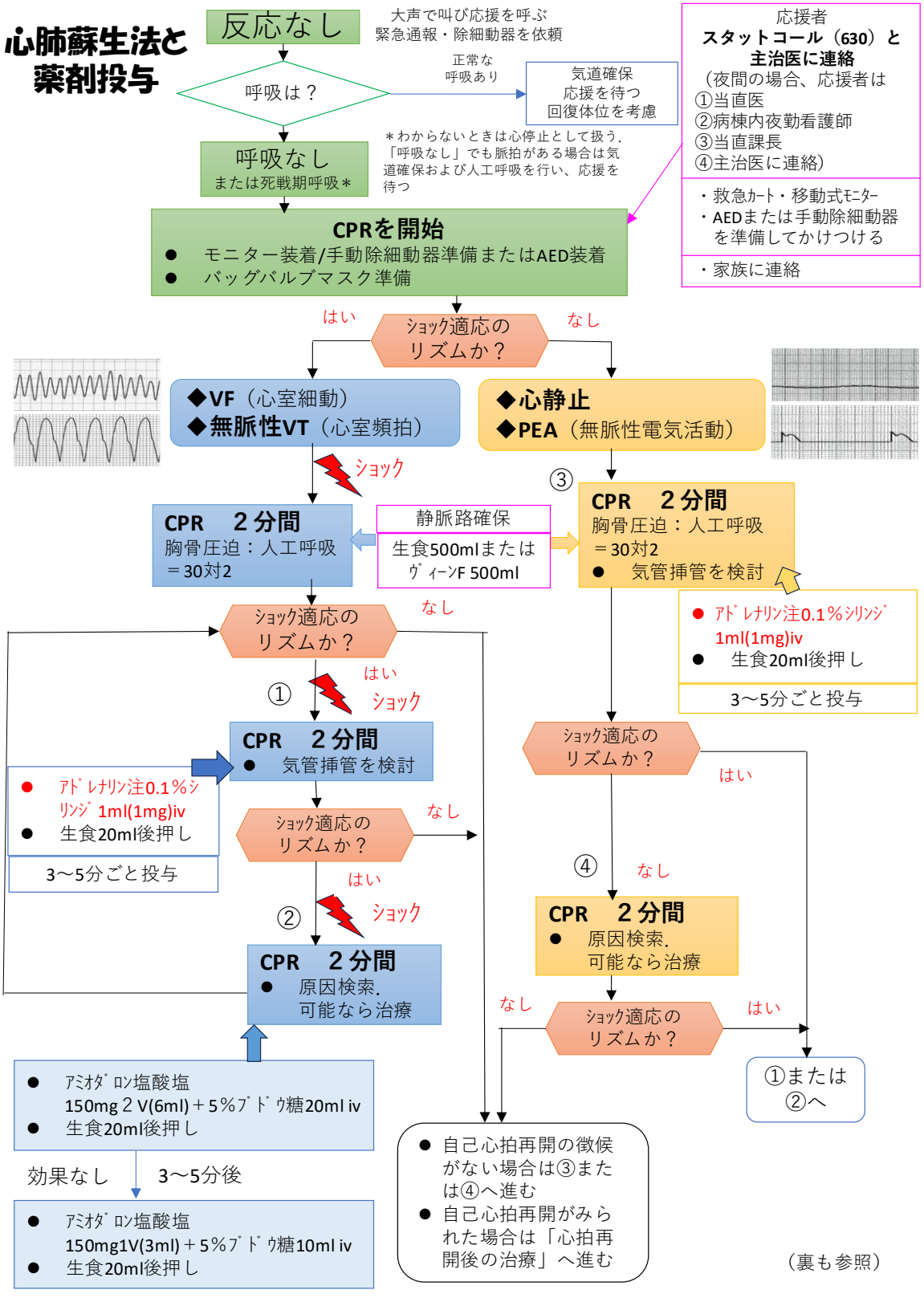
□ CPR 開始：胸骨圧迫を開始する。傷病者を仰臥位に寝かせて、救助者は傷病者の胸の横にひざまずく。可能ならば背板などの硬い物の上で CPR を行う。　成人心停止傷病者では胸骨のした半分を５ｃｍ（ただし6cm を超えない）の深さで、１分間あたり100～120 回のテンポで、中断を最小限にして行う。毎回の胸骨圧迫の後で完全に胸壁が元の位置に戻るように圧迫を解除する。ただし、完全な圧迫解除のために胸骨圧迫が浅くならないよう注意する。疲労による胸骨圧迫の質の低下を最小とするために、救助者が複数いる場合には、１～２分ごとを目安に胸骨圧迫の役割を交代する。交代に要する時間は最小にする。

□ 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ー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３ｃｍ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。

心肺蘇生法と薬剤投与



医療法人東札幌病院　医療安全管理部門
2026年5月作成

心肺蘇生法と薬剤投与のポイント

◆CPRの質

- 強く（少なくとも5cm）、速く（100～120回/分）押し、胸骨が完全に元に戻るようにする。
- 胸骨圧迫の中断を最小限にする。
- 過換気を避ける。
- 2分ごとに、または疲労した場合はそれより早く圧迫担当を交代する。
- 気管挿管後は、胸骨圧迫を続行しながら、6秒ごとに1回用手換気する。

◆手動除細動器のｼｮｯｸｴﾈﾙｷﾞｰ量（二相性）

- 初回エネルギー量（120～200J）
- 2回目以降のエネルギー量は初回と同等。エネルギー量の増加を考慮してもよい。

◆薬物療法

- **ｱﾄﾞﾚﾅﾘﾝ注0.1％ｼﾘﾝｼﾞ1ml（1mg）とボスミン注1ml（1mg）は同じ。**
- アミオダロンが使用できない場合

  リドカイン静注（キシロカイン）

  初回投与量：1～1.5mg/kg

  （例：体重50kgの場合、静注用ｷｼﾛｶｲﾝ2％　50mg～75mg.

  静注用ｷｼﾛｶｲﾝ2％5ml 0.5A（=2.5ml）～　0.75A（=3.75ml））

  2回目投与量：0.5～0.75mg/kg

  （例：体重50kgの場合、静注用ｷｼﾛｶｲﾝ2％　25mg～37.5mg.

  静注用ｷｼﾛｶｲﾝ2％5ml0.25A（=1.25ml）～　0.375A（1.875ml））

◆原因検索．可能なら治療

- 循環血液量減少
- 低酸素症
- 水素イオン（アシドーシス）
- 低/高カリウム血症
- 低体温症
- 緊張性気胸
- 心タンポナーデ
- 毒物
- 肺動脈血栓症
- 冠動脈血栓症

■手動除細動器の場所：東棟3階・中央PCU・西棟外科

■AEDの場所：外来（東棟1階玄関）・中央棟3階・西棟外科

■ｱﾐｵﾀﾞﾛﾝの場所：外来（点滴室）・中央棟3階・西棟外科

8．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

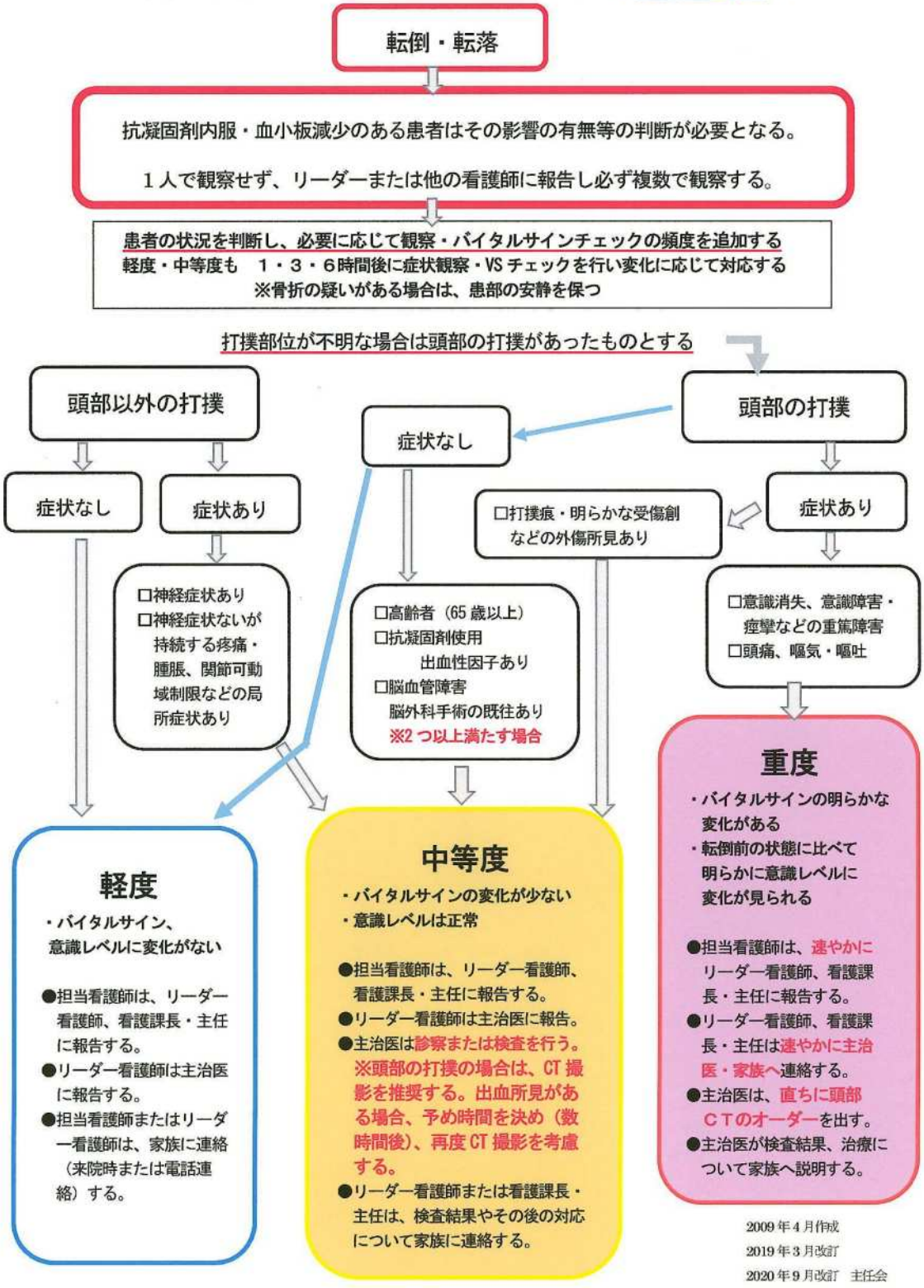
□ 患者、家族に説明

（5）事後速やかに

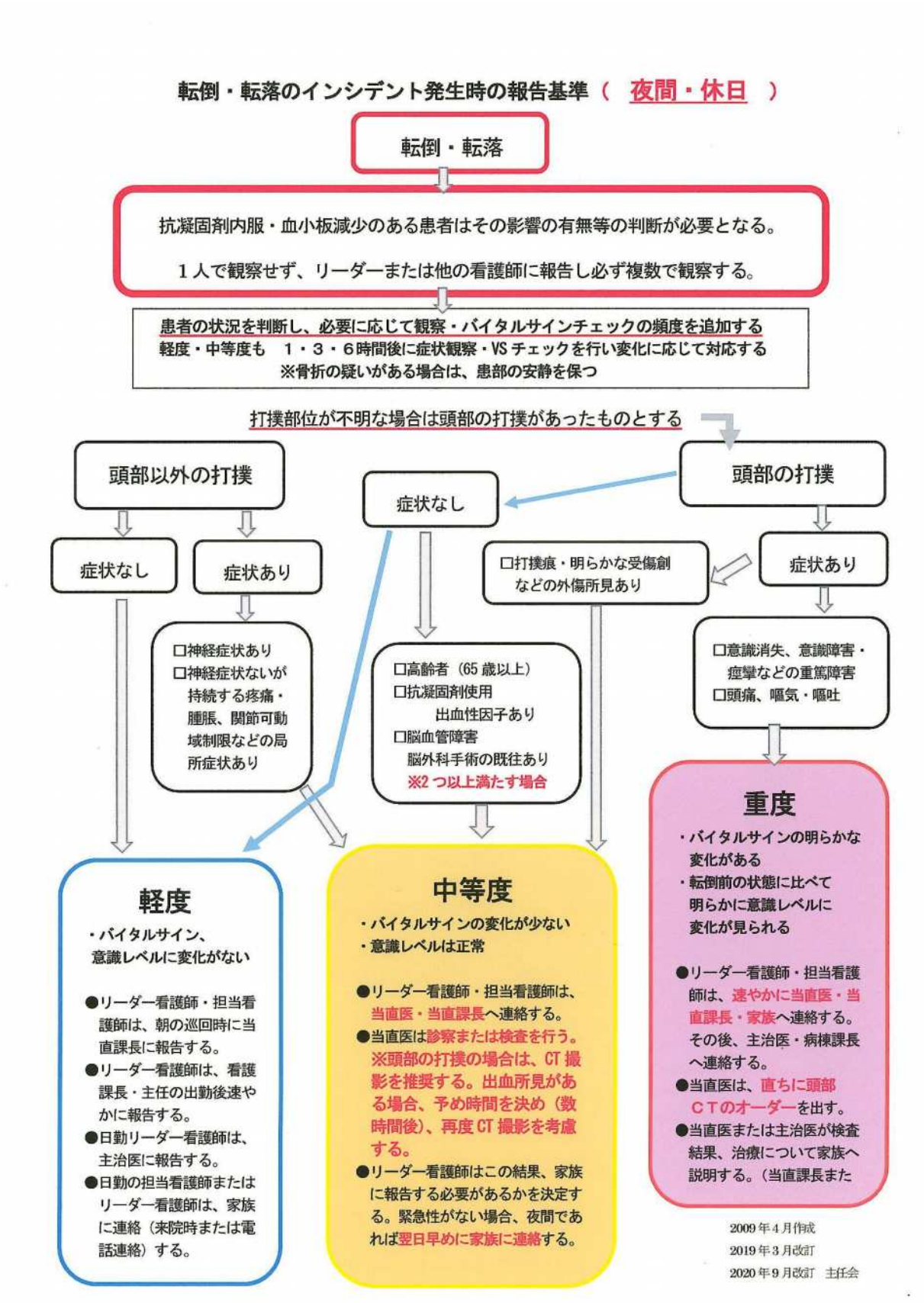
□ インシデントレポート作成と提出

□ 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 ）
転倒・転落
抗凝固剤内服・血小板減少のある患者はその影響の有無等の判断が必要となる。
１人で観察せず、リーダーまたは他の看護師に報告し必ず複数で観察する。
患者の状況を判断し、必要に応じて観察・バイタルサインチェックの頻度を追加する
軽度・中等度も　１・３・６時間後に症状観察・VS チェックを行い変化に応じて対応する
※骨折の疑いがある場合は、患部の安静を保つ
打撲部位が不明な場合は頭部の打撲があったものとする
頭部以外の打撲
症状なし
症状あり
□神経症状あり
□神経症状ないが
持続する疼痛・
腫脹、関節可動
域制限などの局
所症状あり
症状なし
頭部の打撲
□打撲痕・明らかな受傷創
などの外傷所見あり
症状あり
□意識消失、意識障害・
痙攣などの重篤障害
□頭痛、嘔気・嘔吐
□高齢者（65 歳以上）
□抗凝固剤使用
出血性因子あり
□脳血管障害
脳外科手術の既往あり
※2 つ以上満たす場合
軽度
・バイタルサイン、
意識レベルに変化がない
●リーダー看護師・担当看
護師は、朝の巡回時に当
直課長に報告する。
●リーダー看護師は、看護
課長・主任の出勤後速や
かに報告する。
●日勤リーダー看護師は、
主治医に報告する。
●日勤の担当看護師または
リーダー看護師は、家族
に連絡（来院時または電
話連絡）する。
中等度
・バイタルサインの変化が少ない
・意識レベルは正常
●リーダー看護師・担当看護師は、
当直医・当直課長へ連絡する。
●当直医は診察または検査を行う。
※頭部の打撲の場合は、CT 撮
影を推奨する。出血所見があ
る場合、予め時間を決め（数
時間後）、再度 CT 撮影を考慮
する。
●リーダー看護師はこの結果、家族
に報告する必要があるかを決定す
る。緊急性がない場合、夜間であ
れば翌日早めに家族に連絡する。
重度
・バイタルサインの明らかな
変化がある
・転倒前の状態に比べて
明らかに意識レベルに
変化が見られる
●リーダー看護師・担当看護
師は、速やかに当直医・当
直課長・家族へ連絡する。
その後、主治医・病棟課長
へ連絡する。
●当直医は、直ちに頭部
ＣＴのオーダーを出す。
●当直医または主治医が検査
結果、治療について家族へ
説明する。（当直課長また
2009 年 4 月作成
2019 年 3 月改訂
2020 年 9 月改訂　主任会

9．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

10. 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。

11. 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事を説明する。

□ 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、病棟内を捜索する。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捜索する。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、院内の捜索をする。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捜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。

□ 院外で捜索する場合は、携帯電話を持参し、適宜報告する。

主な捜索場所：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、すみやかに捜索、保護するシステム）を活用することができるので、家族と相談する。

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

□ 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、捜索関係者、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	氏名（ふりがな）	（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。

12. 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№.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。

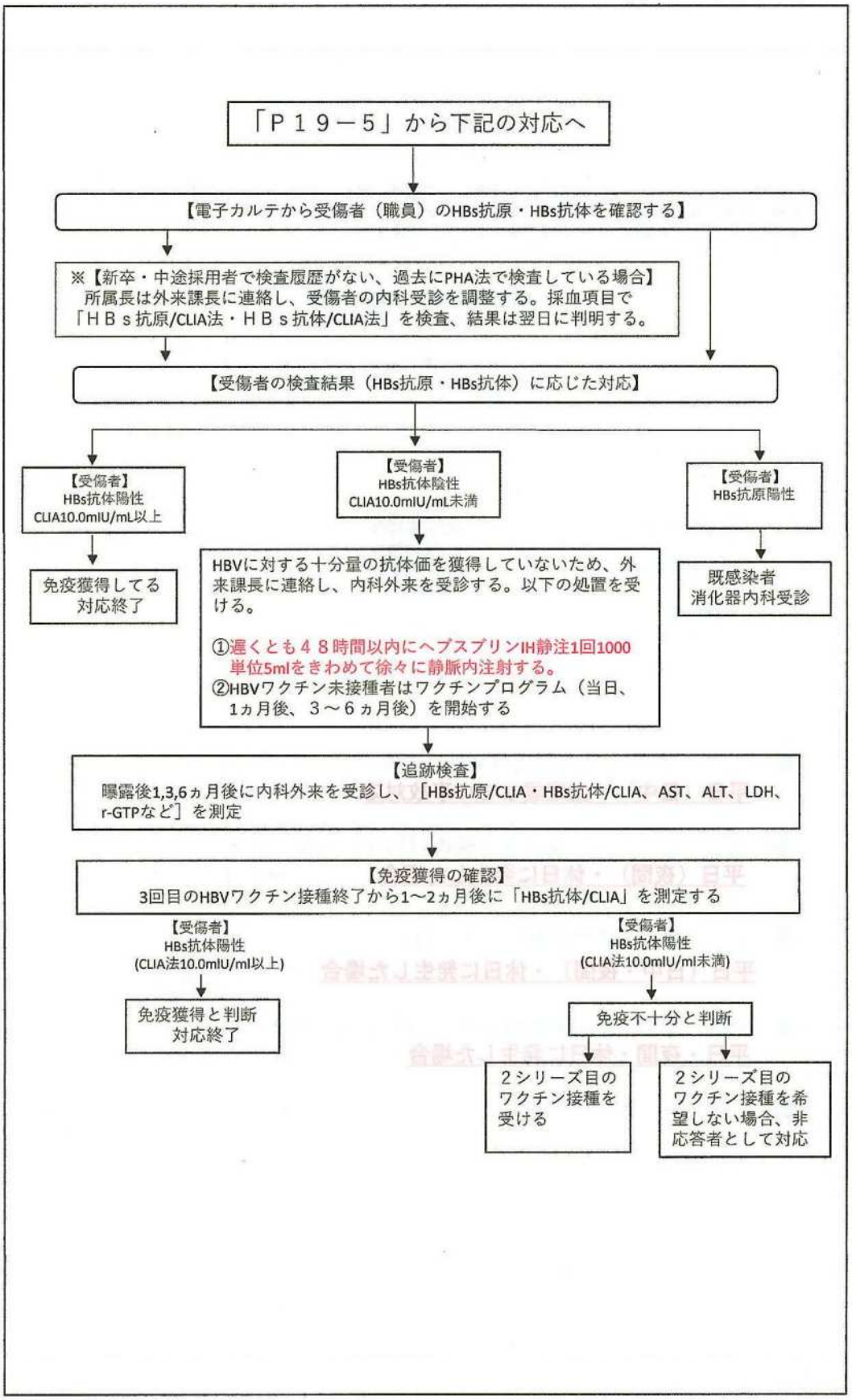
●針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露発生時の全病原体共通対応（※初期対応）
フローチャートNo.1



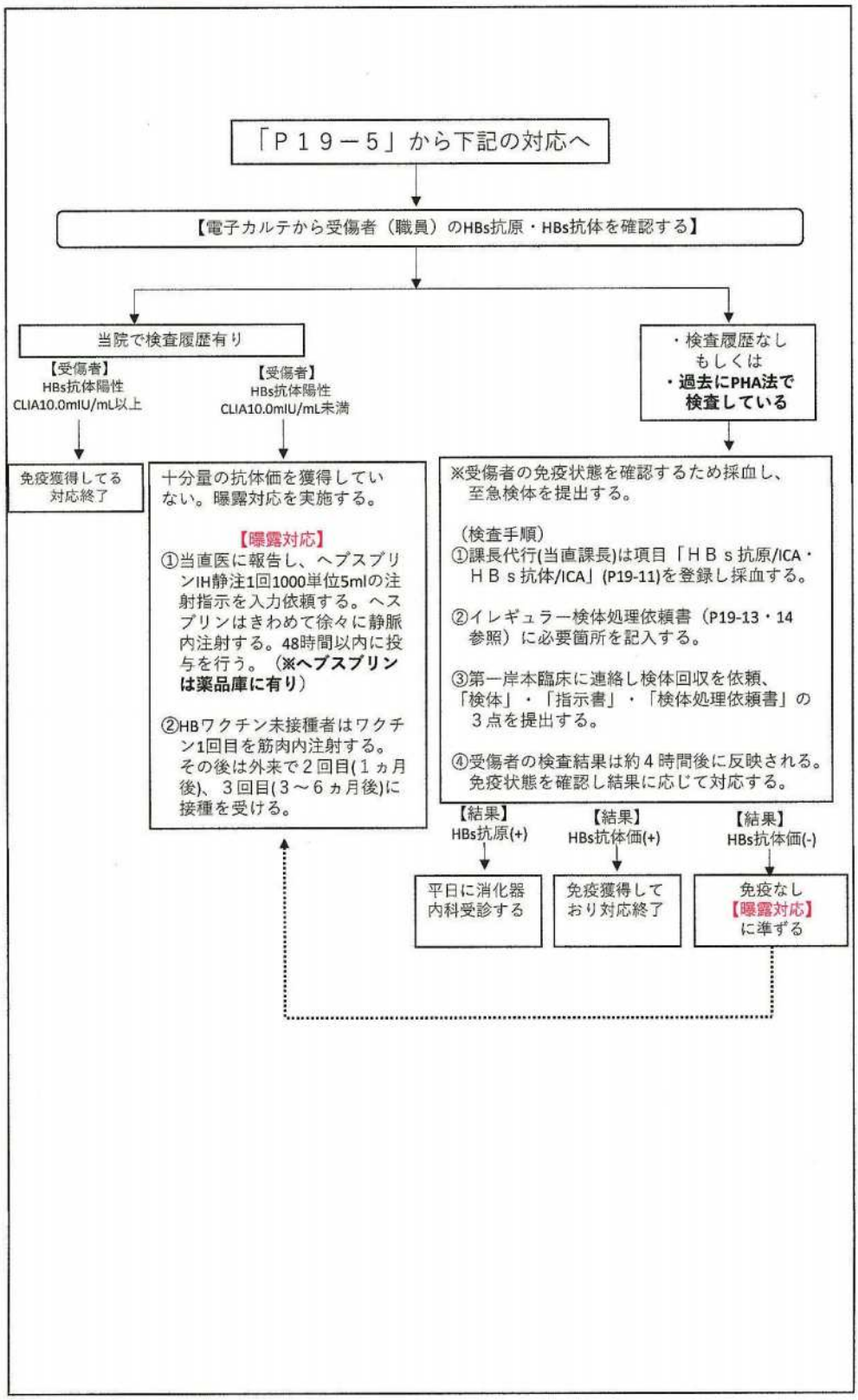
19-5

●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



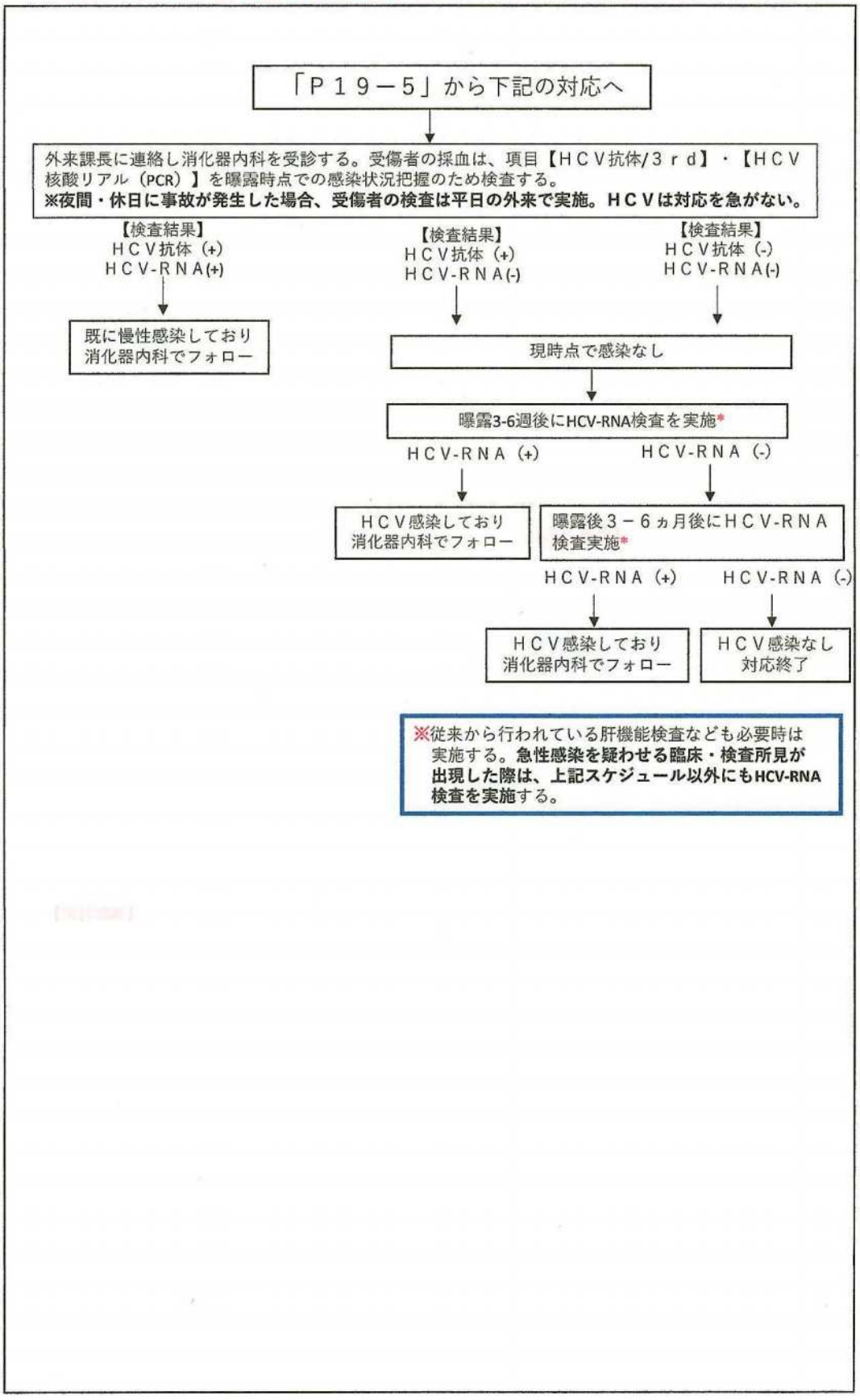
●ＨＢＶ 血液・体液曝露発生時の対応　フローチャートＮｏ.３
平日の夜間・休日に発生した場合



19-7

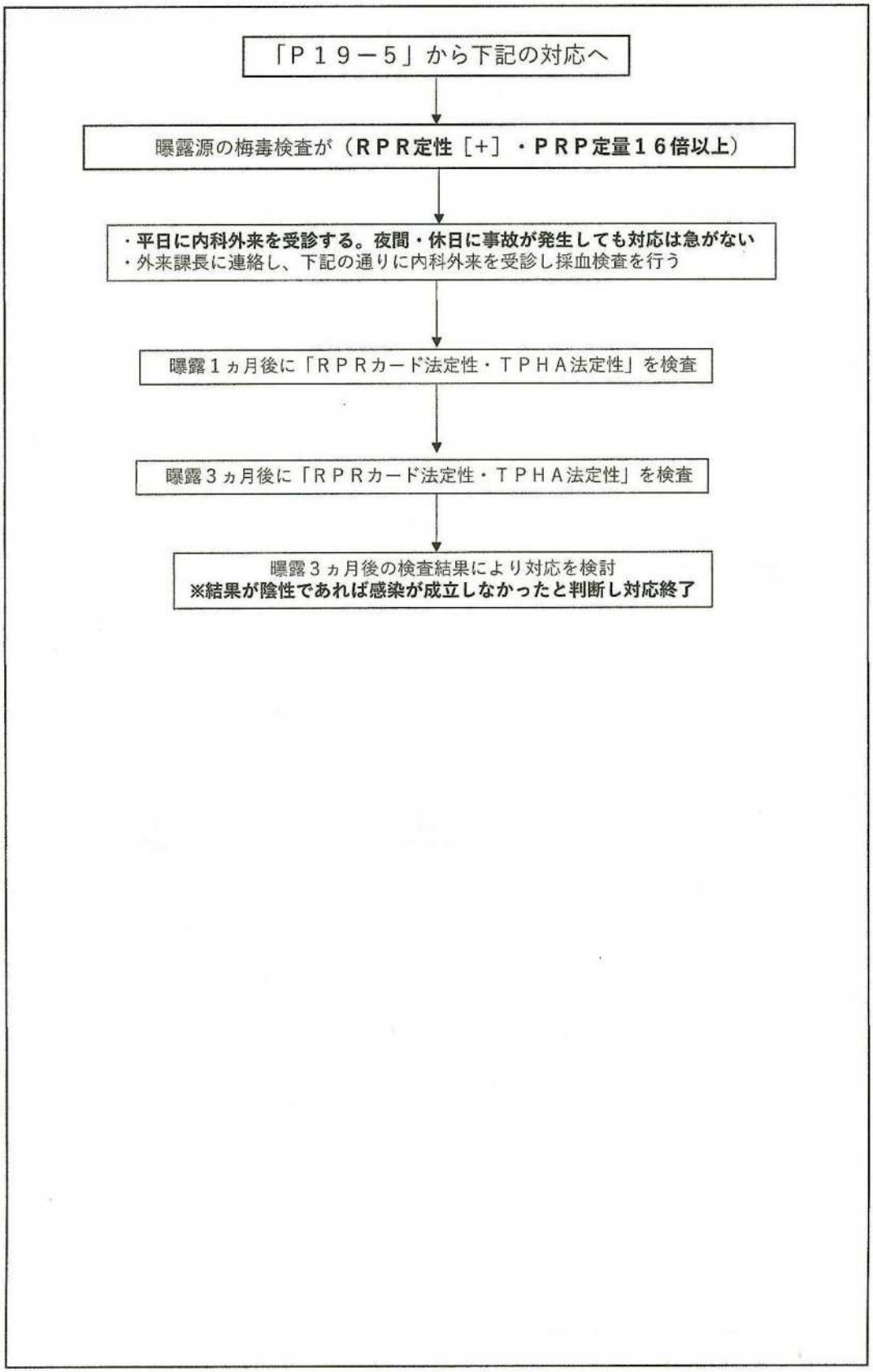
●ＨＣＶ血液・体液曝露発生時の対応　フローチャートＮｏ.４

平日・夜間・休日に発生した場合

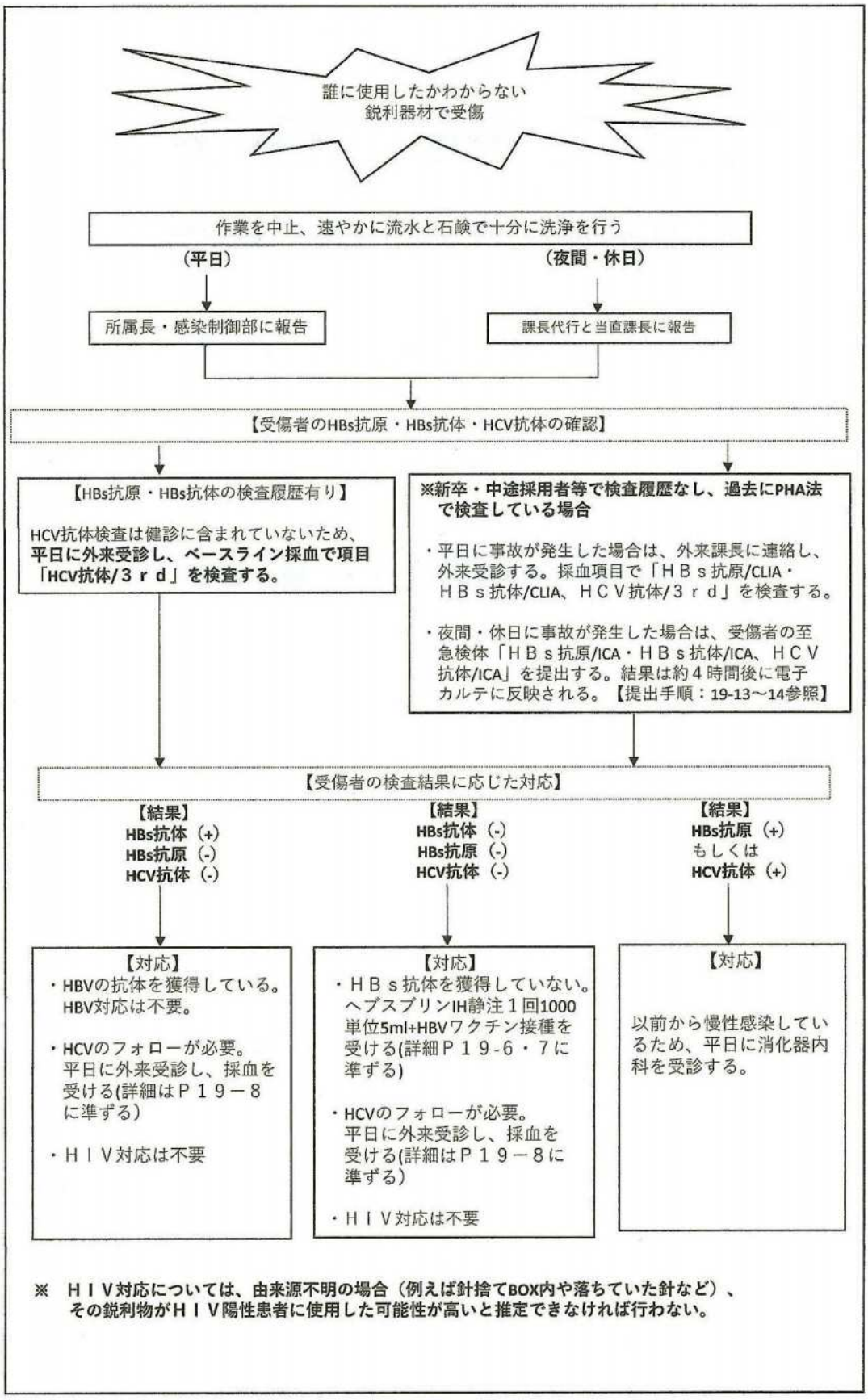


●梅毒　血液・体液曝露発生時の対応　フローチャートＮｏ.５

平日・夜間・休日に発生した場合



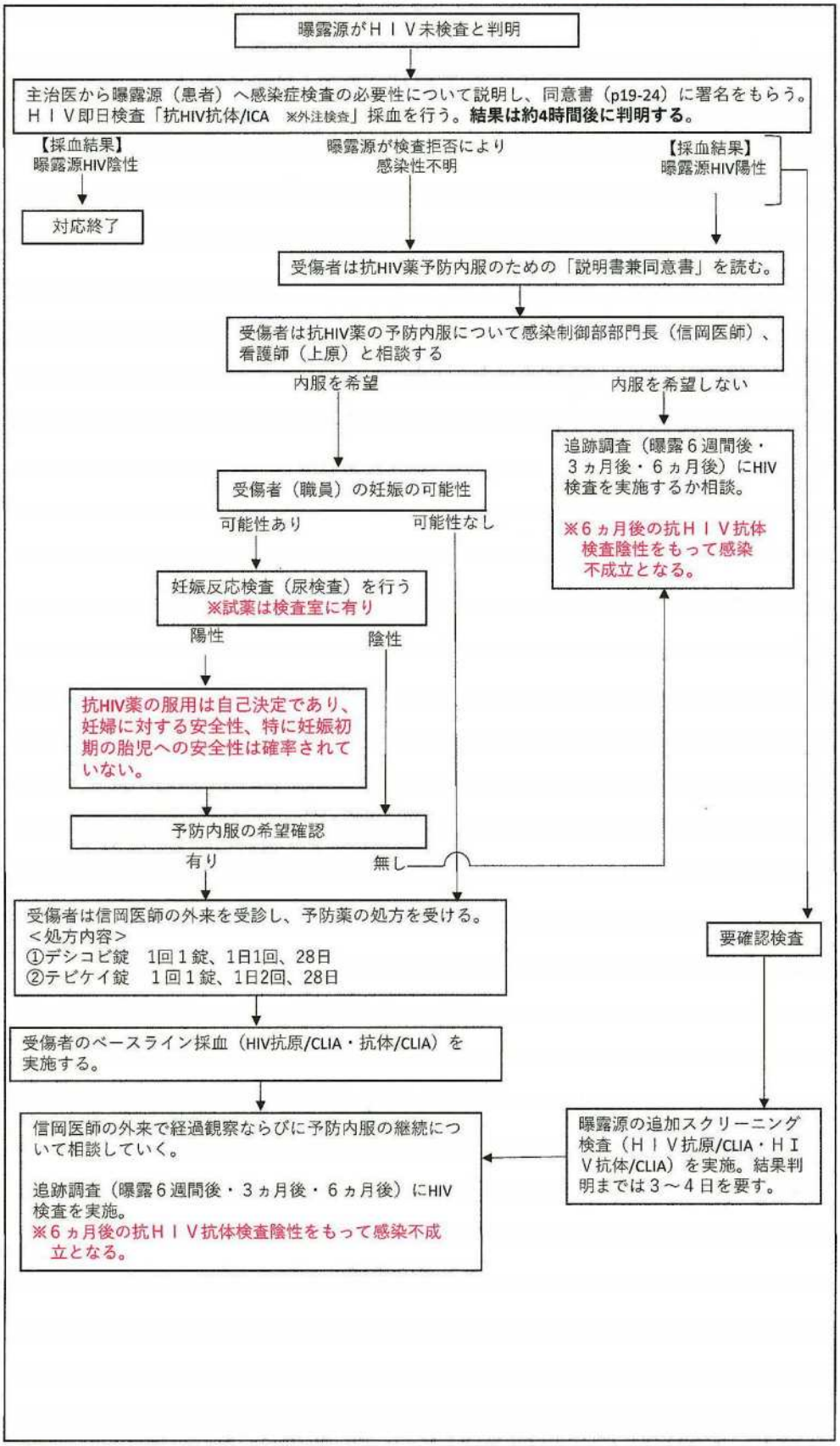
●感染源・感染性不明の鋭利器材で受傷した場合　フローチャートＮｏ.６
平日、夜間・休日に発生した場合



※　ＨＩＶ対応については、由来源不明の場合（例えば針捨てBOX内や落ちていた針など）、その鋭利物がＨＩＶ陽性患者に使用した可能性が高いと推定できなければ行わない。

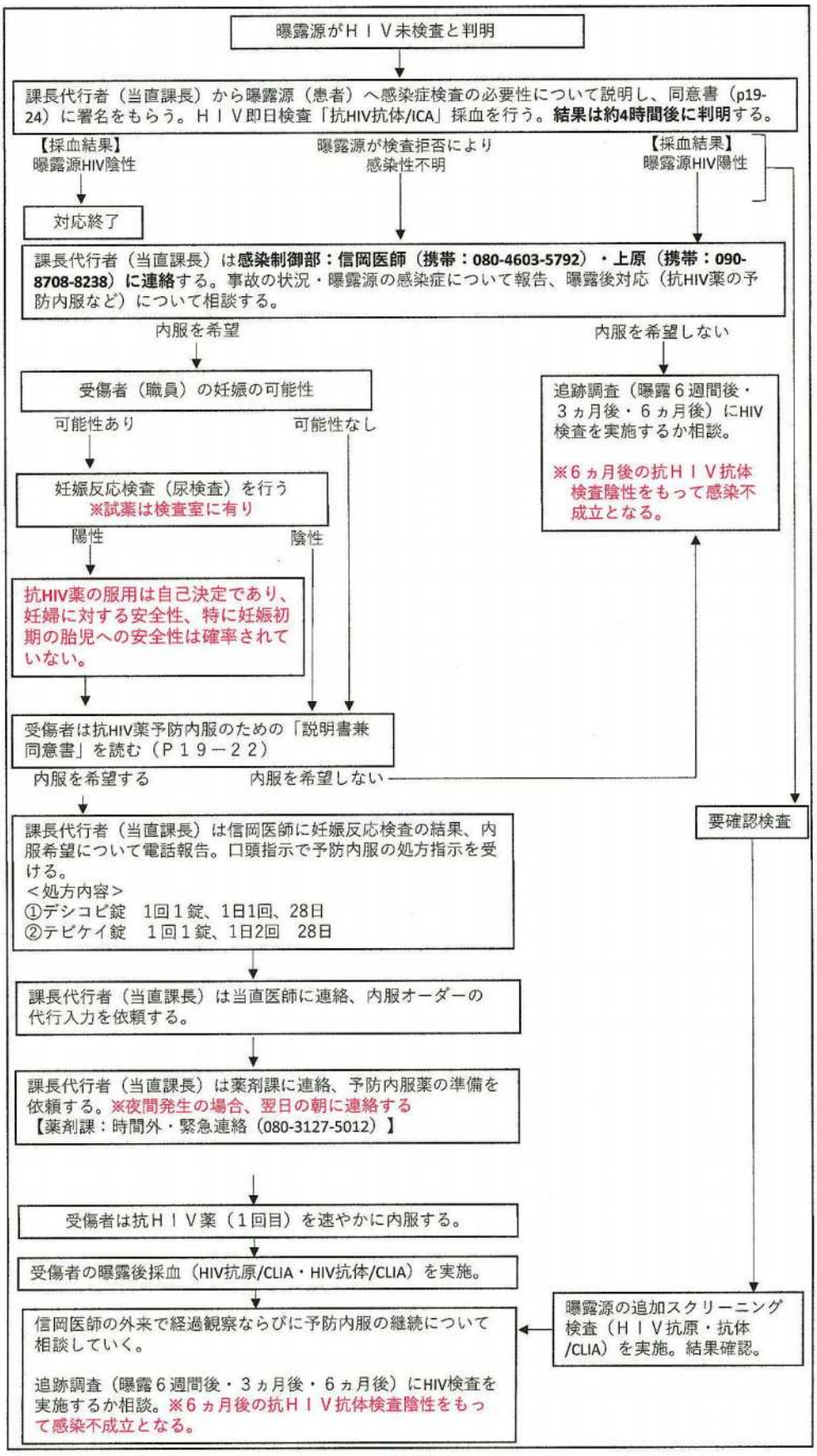
19-10

●ＨＩＶ未検査の場合　フローチャートＮｏ.7　　平日（日中）対応



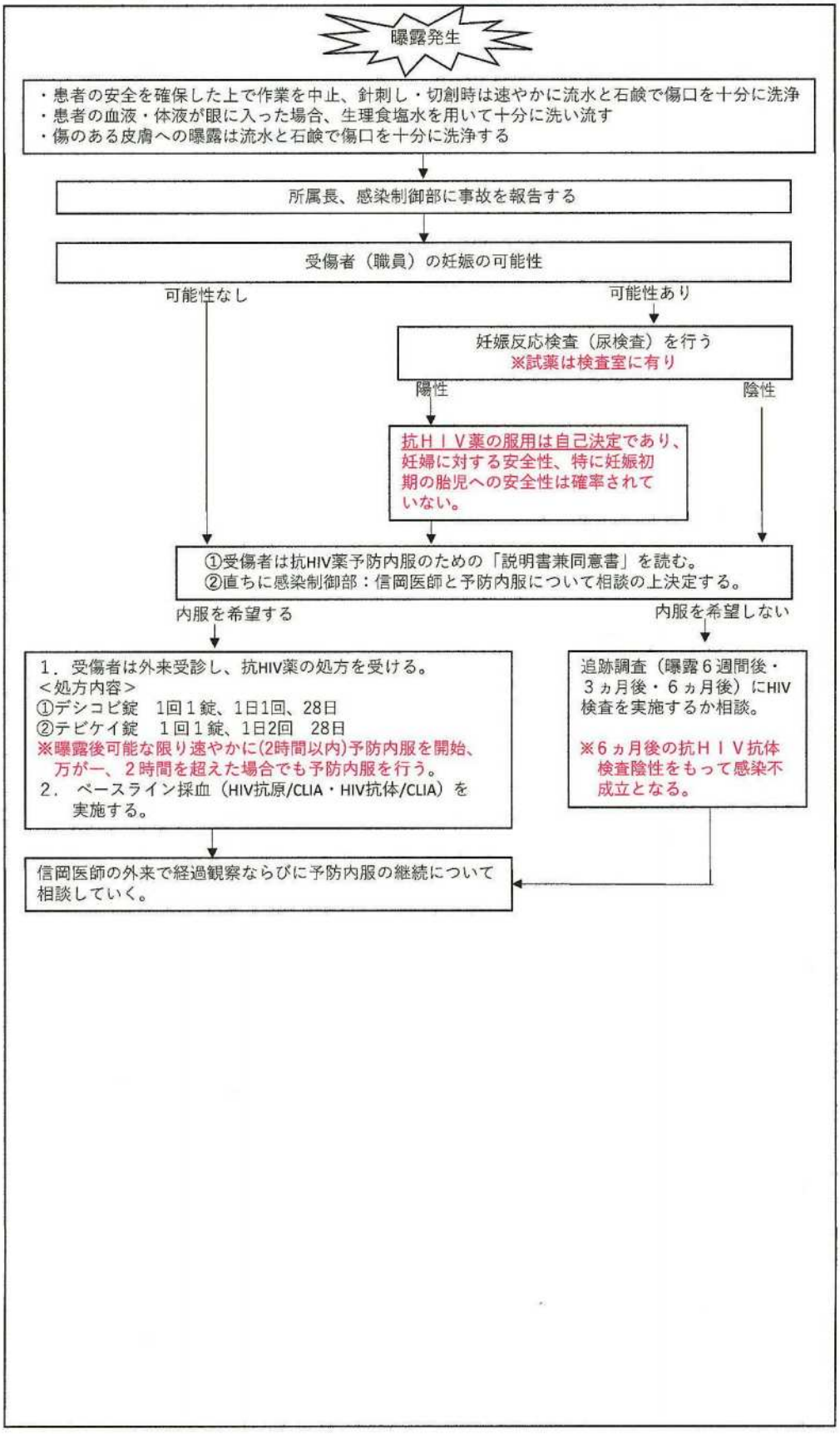
19-18

●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



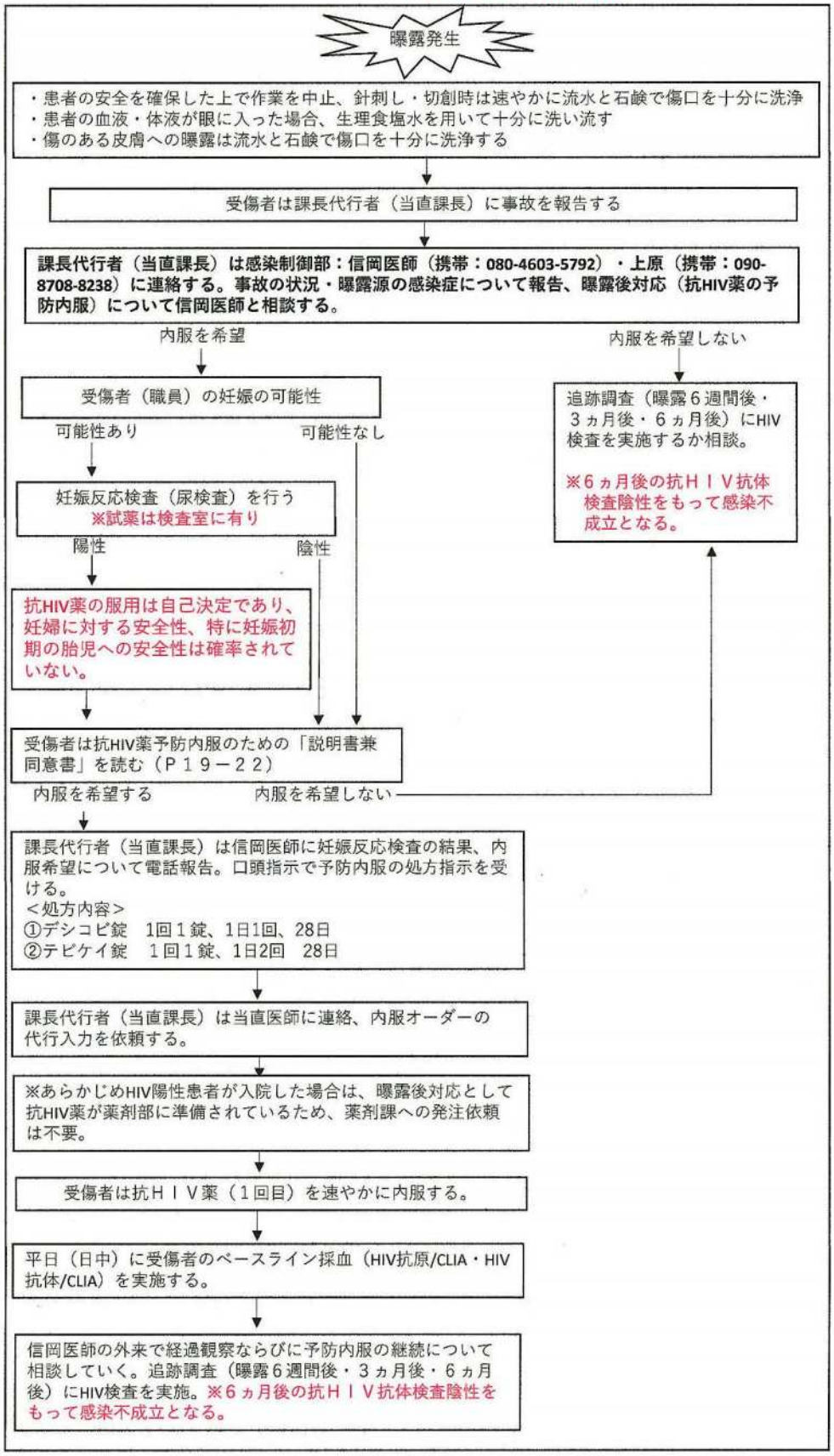
19-19

●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



19-20

●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**



19-21

13. 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てる。

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・東棟 PCU（中央）・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、電子カルテの「院内共有フォルダ」の「中央管理部」「医療安全管理部門」「医療安全対策」「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

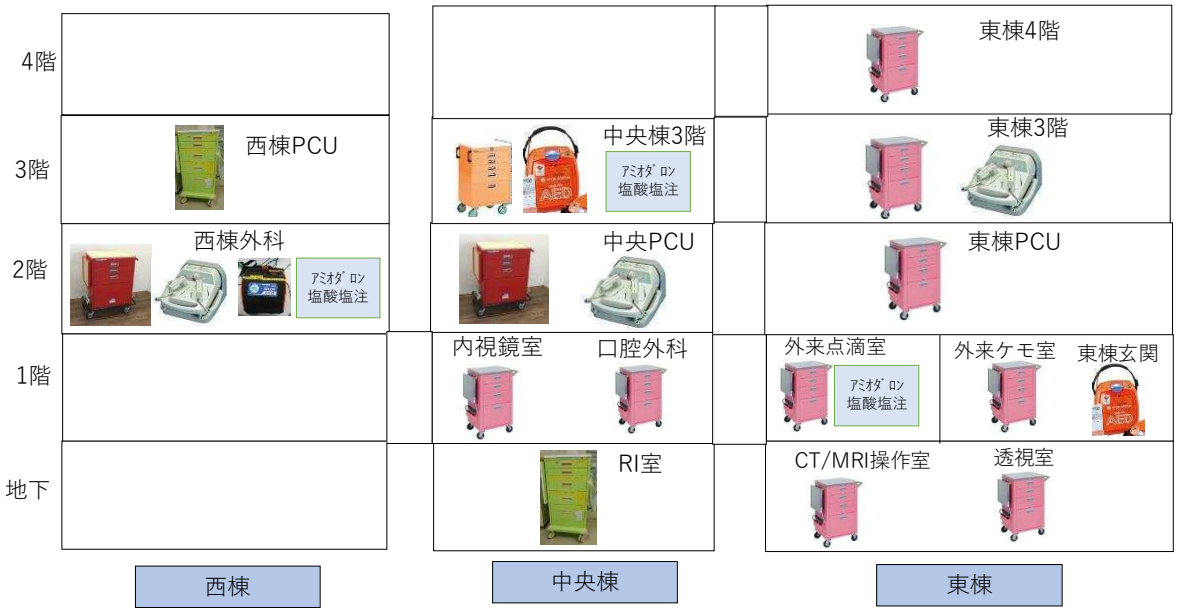
＊ただし、１段目に薬品が収まりきらない場合のみ、２段目にも薬品を置いてもよいこととする

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。

6．救急カート・除細動器・AED・ｱﾐｵﾀﾞﾛﾝ塩酸塩注配置場所

救急カート・除細動器・AED・ｱﾐｵﾀﾞﾛﾝ塩酸塩注配置場所



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」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

電カルの「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ツを敷く。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検査を行う。

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

予期せぬ死亡で、医療事故発生
（疑われる場合を含む）

↓

医療安全管理部門に報告
（医療安全管理者・医療安全管理責任者）

↓

病院長に報告

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

↓

主治医もしくは代理臨床医
病理解剖・Aiについてご遺族に説明

↓

ご遺族の同意あり

↓

病理解剖の手続き

下記受付先に電話連絡（9:00～17:30）
平日（月～金）：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）：札幌医科大学附属病院　防災センター（011-611-2111内線31450）（休日受付の解

必要書類の用意「剖検依頼書」
「病理解剖に関するご遺族の承諾

葬儀会社に連絡
搬送前に葬儀会社から札幌医科大学附属病院防災センターに電話連絡するように伝える
（011-611-2111内線31450）

搬送（休日でもご遺体の搬送は可能）

解剖　平日（月～金）9:00～17：30
主治医もしくは代理臨床医立ち会いのもとで行う
所要時間：通常２～３時間程度
主治医もしくは代理臨床医は、必要書類を持参する
肉眼的な結果説明　解剖終了後、担当医から説明を受けることが可能

病理解剖診断報告書作成後、主治医に結果の報告
通常3か月以内

病理解剖診断報告書の内容を、**ご遺族へ報告**

解剖費用・搬送費　支払い　請求書が届き次第

Ai　の手続き

オーダー入力
電カル「画像生理」→「Ai用　全身撮影」「Ai用　全身撮影　頭部～指趾（P）」

必要書類（Aiオーダー時に自動出力される）
「Ai検査に関する説明・承諾書」

放射線科に連絡
撮影時間の調整
平日日勤：CT操作室に連絡
（内線1025または内線985）
夜間・休日：時間外の担当放射線技師に
電話連絡（090-6213-8514）

搬送　一般患者に十分配慮する

撮影　撮影範囲　四肢を含む全身
読影　複数の医師で行う

ご遺族へ報告　臨床経過の説明

Ai撮影後、病理解剖予定の場合は、左記手続きをすすめる

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、荼毘に付されます。
　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輯報に登録されます。この際、亡くなられた方の氏名や住所等の個人情報は登録されません。
□ 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
	②	アスピリン・ダイアルミネート	バッサミン配合錠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		
		アスピリン・ボノプ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
		クロピドグレル硫酸塩・アスピリン	コンプラビン配合錠	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	クロピドグレル塩酸塩	プラビックス	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	ブリリンタ	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	イコサペント酸エステル	エパデール	休薬なし	1日休薬
	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	サルポグレラート塩酸塩	アンプラーグ	休薬なし	1日休薬
抗凝固薬	⑪	ワルファリンカリウム	ワーファリン	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	プラザキサ	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	アピキサバン	エリキュース	1日休薬	1日休薬
	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
冠拡張薬	⑰	ジピリダモール	ペルサンチン	休薬なし	1日休薬
	⑱	ジラゼプ塩酸塩水和物	ジラゼプ	休薬なし	1日休薬
			コメリアン		
	⑲	トラピジル	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。
＊休薬日数は、検査日を除くこと。

2026/10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	プラザキサ	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
	ｱｽﾋﾟﾘﾝ100mg・ｸﾛﾋﾟﾄﾞｸﾞﾚﾙ75mg配合	コンプラビン配合錠 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 ファモター配合錠A81	0	0
	シロスタゾール	シロスタゾール プレタール	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
	サルポグレラート	アンプラーグ サルポグレラート	医師の判断*1	医師の判断*1
	イコサペント酸エチル	イコサペント酸エチル エパデール エパデールS	医師の判断*1	医師の判断*1
張拡管	リマプロストアルファデクス	オパルモン 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
冠拡張薬	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
	ジラゼプ塩酸塩水和物	コメリアン ジラゼプ	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
血高症脂薬	オメガ−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。

2026年10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（頚動脈内膜剥離・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
頚動脈超音波検査・頚動脈 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＜30ml／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	プラビックス	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		
	チクロピジン塩酸塩	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	ブリリンタ	5日前	
	アスピリン	バイアスピリン	7日前	
	アスピリン・ボノプ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		
	シロスタゾール	プレタール	3日前	
	サルポグレラート塩酸塩	アンプラーグ	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	
	アピキサバン	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	エパデール	ジピリダモール	ペルサンチン	ベラプロスト	ケアロードLA
		ジラゼプ	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	トラピジル	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	パスタレル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	オパルモン

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	プラビックス	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	パナルジン	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	ブリリンタ	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・ボノプ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		
	シロスタゾール	プレタール	休薬する場合は　3 日前	
	サルポグレラート塩酸塩	アンプラーグ	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	エパデール	ジピリダモール	ペルサンチン	ベラプロスト	ケアロード LA
		ジラゼプ	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	トラピジル	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	オパルモン

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　2026 年 10 月　作成

別紙4

CT/MRI/RI（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）

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＋ 造影剤変更して検査実施 ただし、院外から依頼された画像検査（大通り乳腺・甲状腺ｸﾘﾆｯｸ、札幌乳腺外科ｸﾘﾆｯｸ以外）の場合は、実施不可
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。
万が一、検査前日就寝前のプレドニンは内服したが、検査当日のプレドニンを内服し忘れた場合は、検査当日にデキサート 3.3mg/A＋生食 100ml を 1 時間で点滴静注。点滴終了してから 1 時間後に造影検査実施でも可とする。ただし、検査前日就寝前のプレドニンを内服し忘れた場合は、別日に検査を変更する。

- 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（気管支拡張薬やステロイド吸入など）だが 5 年以内に喘息発作がある	CT（造影）/MRI（造影）禁忌
● 気管支喘息の治療中でコントロール良好（5 年以内に喘息発作なし） ● 気管支喘息の治療はしていないが、「季節の変わり目に咳が出る」「風邪をひくとゼーゼーする」などのエピソードがある場合	プレドニンの前投薬を投与して CT（造影）/MRI（造影）実施可能 ただし、院外から依頼された画像検査（大通り乳腺・甲状腺ｸﾘﾆｯｸ、札幌乳腺外科ｸﾘﾆｯｸ以外）の場合は、実施不可
● 気管支喘息治療終了から無治療・無症状で 5 年以上経過している ● 小児喘息の既往があるが、無治療・無症状で 5 年以上経過している	前投薬なしで CT（造影）/MRI（造影）実施可能。 ただし、患者の不安が強い場合やアレルギー体質が濃厚な場合は個別に検討する。

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。
万が一、検査前日就寝前のプレドニンは内服したが、検査当日のプレドニンを内服し忘れた場合は、検査当日にデキサート 3.3mg/A＋生食 100ml を 1 時間で点滴静注。点滴終了してから 1 時間後に造影検査実施でも可とする。ただし、検査前日就寝前のプレドニンを内服し忘れた場合は、別日に検査を変更する。

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 30mL/min/1.73 ㎡以上
造影ＭＲＩ	e-GFR 30 mL/min/1.73 ㎡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
造影 MRI	授乳中止期間なし

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』であると確認がとれた場合は撮影可能。

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 日作成
2026 年 3 月 19 日改訂
2026 年 7 月 1 日改訂
2026 年 8 月 5 日改訂
2026 年 8 月 20 日改訂
医療法人　東札幌病院　医療安全管理部門

＜参考文献＞

1）腎障害患者におけるヨード造影剤使用に関するガイドライン 2018．日本腎臓学会・日本医学放射線学会・日本循環器学会（編）．

2）「ヨード造影剤ならびにガドリニウム造影剤の急性（即時性）副作用発症の危険性低減を目的としたステロイド前投薬に関する提言」2022 年 12 月改訂第 3 版．日本医学放射線学会．

3）「授乳中の女性に対する造影剤投与後の授乳の可否に関する提言」2019 年 6 月．日本医学放射線学会．

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 オプチレイ
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	
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の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　2025年5月改訂　2026年10月改訂

医療法人　東札幌病院　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
令和８年１０月１日改訂
医療法人 東札幌病院 医療安全管理部門