

V

安全管理対策マニュアル
(全科共通)

目 次

	ページ
1. 転倒・転落	123～131
2. 身体行動制限に関する基準	132～139
3. 注 射	140～163
静脈注射実施に関する指針	
血管外漏出対策マニュアル	
4. 与薬（内服液）	164～167
5. 麻 薬	168～176
6. 輸 血	177～199
緊急時の取り決め	
自己血輸血の事故防止マニュアル	
輸血拒否時（エホバの証人信者）に関するガイドライン	
7. チューブ類の管理	200～203
8. 検 査	204～208
9. 入浴・シャワー浴	209～213
10. 褥 瘡	214～219
11. 摂食・経管栄養	220～224
12. 窒 息	225～229
13. 酸素吸入	230～234
14. 人口呼吸器	235～244
ME 緊急連絡網	
15. 気管切開	245～248
16. 手術	249～255
17. 深部静脈血栓症	256～258
18. がん告知とインホームドコンセント	259
19. 虐待・DV	260～263

V-1

転倒・転落の 事故防止対策 マニュアル

H13. 5. 1 作成
H19. 12. 1 改訂
H25. 5. 1 改訂
H25. 6. 1 改訂
H29.10. 1 改訂

転倒・転落事故パターン

患者の状況

- ・下肢などの筋力低下傷害
- ・精神障害、譫妄
- ・安定剤・睡眠薬内服
- ・尿回数が多し
- ・ルート類の挿入で体動制限

環境

- ・ベッド柵の高さ
- ・浴室・廊下などの手すり
- ・滑りやすい床の材質
- ・濡れている床
- ・廊下などの傷害物

どのような事故か

- ・廊下・病室内で転倒
- ・ベッドから転落
- ・トイレ、洗面所、浴室、
沐浴室などで転倒・転落
- ・検査・処置用ベッドから転落
- ・車いすから転倒・転落
- ・ポータブルトイレに移動中に転倒
- ・リハビリ中に転倒
- ・その他(体重計、身長計に
移動時に転倒など)

発生しやすい 場所

- ・ベッドサイド
- ・廊下
- ・トイレ
- ・浴室・沐浴室・
シャワー室
- ・検査室(レントゲン室、
採血室など)
- ・リハビリ室、階段

転倒・転落には、上記のようなエラー発生パターンがある。
このパターンを考慮した事故防止対策マニュアルを作成するとともに、エラー発生防止ができるチェック表を作成する。

事故発生防止の心得

1. 事故パターンを全職員が知る

- 1) 各セクションに入院する患者の特性を知る
疾患、年齢、どのような状態の患者なのか
- 2) 入院する患者の特性から事故パターンを知る

2. 患者の特性から、発生する事故を認識する

- 1) 「事故はいつでも・どこでも・どのような状況からでも発生する」という認識を全職員がもつ
- 2) 患者の特性から、発生する事故の予測について家族に説明をする

3. 事故発生を回避するための心得

- 1) 援助するスタッフは、患者のおかれている状況や環境が安全か、常に自分自身に問いかける
- 2) 発生しやすい場所の点検をする
- 3) 他職種スタッフを共同して医療を行う場合は、患者の安全が継続できるように、情報を提供する

転倒・転落事故防止マニュアル

■入院時

1. 入院患者及び家族への説明

- 1) 医師の依頼のもと、「転倒・転落防止対策について」「転倒・転落防止のためのお願い」のリーフレットを用いて、転倒・転落の危険性について看護師が説明を行う。

2. 転倒転落の危険度評価と初期計画

- 1) 「転倒・転落アセスメントシート」を用いて、入院患者の評価を行う。
「転倒・転落アセスメントシート」は患者及び家族と共に記入し、裏面の「転倒・転落の危険度別看護計画」に沿って初期計画を立案する。

- 2) 入院患者とその家族へ1)で行った評価結果及び立案した計画について説明し、理解を得る。

3. 医師への報告

- 1) 評価結果を主治医へ報告し、「転倒・転落アセスメントシート」に医師のサインをもらう。

■看護の実践

1. 患者の状況把握

- 1) 患者の特性から予測される転倒・転落のパターンについて看護師間の伝達を行い、情報を共有する。

2. 患者の状態に応じた看護の実践

- 1) 入院時、手術や検査時などの状態変化時、転倒・転落時、転棟・転室時には、立案した計画の評価見直しを行い、変更内容を看護師間で伝達する。
- 2) 睡眠・安定剤、鎮痛剤使用時は特に注意する。
- 3) 離床センサーや低床ベッドなどの選択を適切に行い、状態の変化に対応する。
- 4) 不穏などで転倒・転落の危険性が高く、身体行動制限が必要と判断された時は、医師の指示のもと、「行動制限の手順」に基づき、家族の同意を得て実施する。

■ 医師に求められる実践

1. 患者への事前説明
 - 1) 病状から予測される転倒・転落の危険について、患者や家族にわかりやすく説明を行う。
 - 2) 手術や検査後の歩行許可に際して、起立性低血圧や肺塞栓など合併症に対する説明を行う。
2. 転倒・転落事故防止上、必要な指示の実施。
 - 1) 適切な安静度の決定
 - 2) 不穩に対する詳細な指示
 - 3) 薬剤の適切な処方
3. 他職種のスタッフと共同し、転倒・転落事故防止に努める。

転倒・転落防止対策について

患者様・ご家族のみなさまへ

当院では、患者様に安全で快適な入院生活をお過ごしただけのように努めておりますが、それでも転倒や転落が発生しております。

病室や病棟の環境は、住み慣れたご自宅とは異なります。生活環境の変化に加え、病気で体力や運動機能の低下などにより、思いがけない転倒や転落が起こる危険性が潜んでいます。

高齢者は普通に生活している健康な人であっても、65歳以上の35%～40%が1年のうち1度は転ぶようです。病院や自宅で介護を受けている人は更に転倒する割合は高くなります。

入院生活の安全性を高めるためには、ご家族様のご協力が欠かせません。ご家族様の面会は、患者様の励みになるとともに、ご自宅と同じような環境づくりに大変役に立ちます。

当院では、患者様の安全で快適な療養環境を整えるために、必要に応じてご家族様と情報を共有し、協力を得て、転倒や転落の予防策を検討させていただきたいと思っております。

ご協力をよろしくお願いいたします。

転倒・転落防止のためのお願い

- ①夜間の歩行など、一人での歩行に不安な時は看護師をお呼びください



夜間トイレに行く時は、足元に十分注意しましょう。枕元の明かりを点けることをおすすめします。

- ②薬でふらつくことがあります。



睡眠剤を飲むと、体に力が入らないことがあります。トイレを済ませてから飲みましょう。夜間トイレに行く場合は特に気を付けてください。

- ③手術後初めてトイレへ行く時は看護師にご連絡ください。



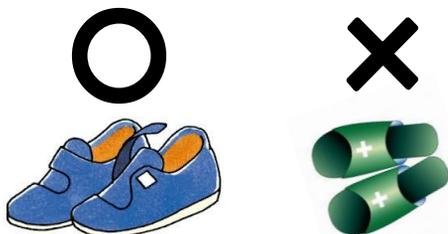
手術・検査後は大丈夫だと思っても体がついていきません。看護師が付き添いますので必ずご連絡ください。

- ④濡れた床や段差はないか確認して歩きましょう。



トイレ・洗面所などの水回り、入浴時は特に注意しましょう。

- ⑤スリッパは転びやすいので注意しましょう。



スリッパは脱げやすく、思わぬ所でつまずいたりします。かかとのある、履きなれた靴をご用意ください。



独立行政法人地域医療機能推進機構
船橋中央病院

H25年6月1日 改定

転倒・転落アセスメントシート

項目	チェックポイント	評価					
		入院時					
A 年齢	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 9歳以下	0	1	0	1	0	1
B 既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒・転落した事がある <input type="checkbox"/> 意識消失した事がある (失神・痙攣・起立性低血圧の既往がある)	0	3	0	3	0	3
C 感覚	<input type="checkbox"/> 視野・視力障害がある(日常生活に支障がある) <input type="checkbox"/> 聴力障害がある	0	3	0	3	0	3
D 活動領域	<input type="checkbox"/> 麻痺やしびれがある <input type="checkbox"/> 四肢に拘縮・変形・欠損部位がある <input type="checkbox"/> 足腰の弱りがある <input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器を使用している <input type="checkbox"/> ふらつき・移動の介助が必要である	0	2	0	2	0	2
E 認識力	<input type="checkbox"/> 譫妄・不穏行動がある <input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 判断力の低下がある <input type="checkbox"/> 理解力の低下がある <input type="checkbox"/> 記憶力の低下があり、再学習が困難である	0	5	0	5	0	5
F 手術・検査	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 検査(病棟内手術)	0	5	0	5	0	5
G 薬剤	<input type="checkbox"/> 睡眠安定 <input type="checkbox"/> 降圧利尿剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 浣腸・緩下剤 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン剤 <input type="checkbox"/> 化学療法	0	2	0	2	0	2
H 排泄	<input type="checkbox"/> 便・尿失禁がある <input type="checkbox"/> 尿意便意がいくつもある <input type="checkbox"/> トイレ介助が必要 <input type="checkbox"/> 夜間トイレへ行く <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している	0	1	0	1	0	1

評価スコアの合計	点数	転倒・転落の危険性
危険度1	0～5点	可能性がある
危険度2	6～10点	転倒・転落起こしやすい
危険度3	11点以上	起こす可能性が高い

合計			
看護師 サイン			
医師 サイン			

H25年6月1日 改訂 セイフティマネージャ会

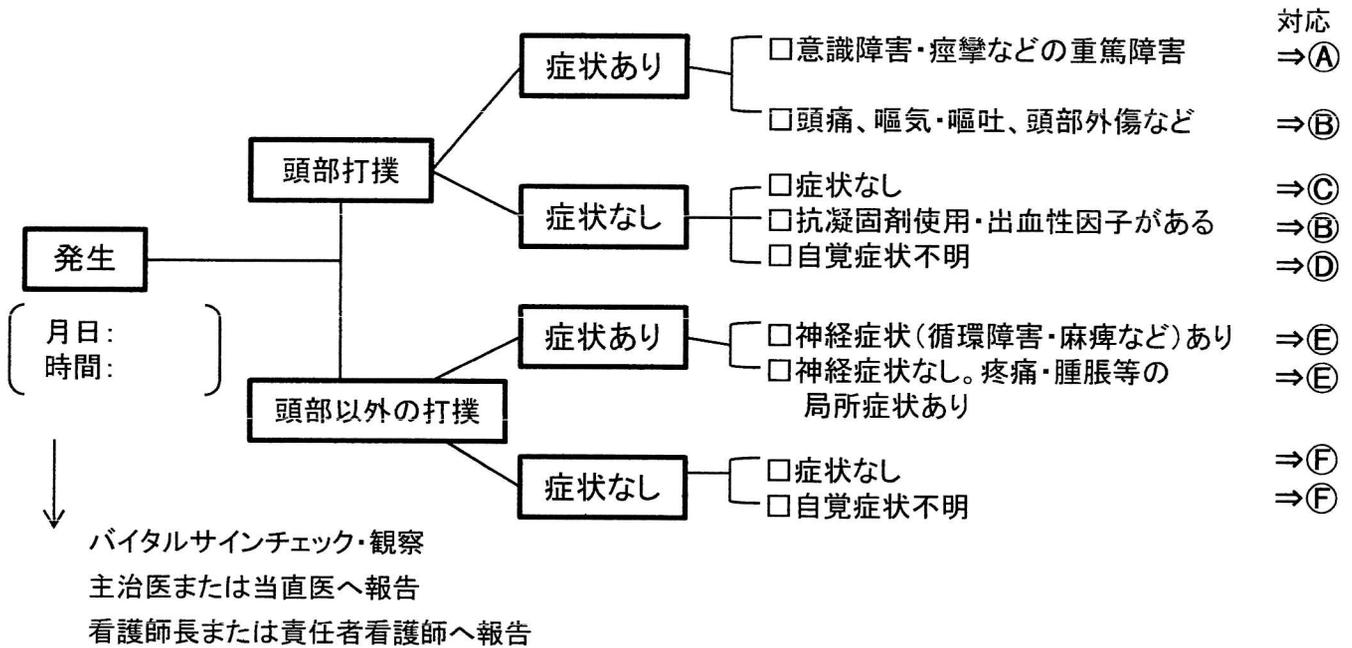
	危険度1(0~5点)	危険度2(6~10点)	危険度3(11点以上)
患者の観察	<ol style="list-style-type: none"> ADLの評価・自立度の把握 排泄の状況(方法・時間・回数など)をアセスメント 男女のフィジカルアセスメントを加味した状況把握 鎮痛剤・睡眠剤などの服用の有無 服用後は、その影響をアセスメントする 	<p>〈危険度1に加えて〉</p> <ol style="list-style-type: none"> ADLに変化がないか観察 全身状態の把握から起こり得る認識力や歩行状態の変化などを予測 <ol style="list-style-type: none"> 病状の理解ができず無理に動いてしまう 入院により認知症状が悪化 平衡感覚の障害や麻痺で立位保持のバランス不良 手術・検査後の管理による体動・歩行困難 下肢筋力低下 視力低下及び視野不良 ナースコールが押せない 身体拘束の有無 	<p>〈危険度3に加えて〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 医師を含めたチーム全体で連携して観察できるように協力を得る
環境整備	<ol style="list-style-type: none"> 勤務交代ごとに担当者は以下のチェックをする <ol style="list-style-type: none"> ベッドの高さ・ストッパーの固定の確認 ベッド柵及びその効果の確認 ベッドの周囲の障害物の確認 ナースコールの適切な位置の確認 ポータブルトイレの適切な位置の確認 (ポータブルトイレは安定性が悪いので、使用時はADLに合わせて援助する) 患者の身の周り、ベッド周囲に必要な物の確認と整理 	<p>〈危険度1に加えて〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者の安全を確認できるように照明の工夫 注意マークなど他メンバーの関心を引く工夫 離床センサーなどの使用を検討 状況に応じて病室内のベッドの配置を検討 	<p>〈危険度3に加えて〉</p> <ol style="list-style-type: none"> ナースステーションに近い観察の目が届きやすい部屋への転室 ベッド周囲にマットやクッションなどで打撲のショックを和らげる工夫をする 必要時は超低床ベッドの使用を検討する ベッド柵を患者が外さないように工夫する
指導・援助	<ol style="list-style-type: none"> 個々の排泄パターンに基づいた誘導 適切な衣類、履物の選択や指導 ベッド、周辺器具、装具などの使用方法の説明 日中の離床を促し、生活リズムをつける援助 リハビリの実施 家族・チームメンバーとの事故の危険を共有し、理解を得る 	<p>〈危険度1に加えて〉</p> <ol style="list-style-type: none"> ナースコールには素早く対応 患者に理解できるよう相手のペースに合わせた十分な説明を行う 歩行時の見守りと歩き方の指導。必要時は、リハビリスタッフと相談し援助する 正しいトランス技術で介助する 頻回な巡視 	<p>〈危険度3に加えて〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 車椅子乗車時は必ず落ちないように工夫する。 また、滑りにくいマットを活用する 患者・家族に安全確保の相談をする

V-2

身体行動制限に
関する基準

転倒・転落後の初期(6時間)対応シート

以下の対応はミニマムスタンダードです。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してください。観察内容は経時的に記録してください。



対応内容 (該当するものに○)

※頭部打撲と頭部以外の打撲が重なった場合は、それぞれについての対応を実施してください。

- A: 頭部CT撮影し、担当医師へ連絡
観察・バイタルサインチェックは医師の指示を受ける
- B: 頭部CT撮影し、担当医に連絡
観察・バイタルサインチェックは3時間後、6時間後
- C: 観察・バイタルサインチェックは3時間後
- D: 観察・バイタルサインチェックは3時間後、6時間後
- E: 患部X線撮影し、担当医師の判断で整形外科医師に連絡
症状観察は3時間後、6時間後
- F: 症状観察は3時間後

実施チェック

3時間後(:)
6時間後(:)

- インシデント入力
- 転倒・転落スコア再チェック
- A・Bの場合 → 頭部CT撮影
- Eの場合 → 患部X線撮影
- 症状観察・バイタルサインチェック 記録
- 症状観察・バイタルサインチェック 記録

初期対策チェック

- 終了
- 継続(6時間後以降も観察を行う場合、内容は経過記録に記載する)
- ご本人もしくはご家族への速やかな説明
 - 済み(誰に:)
 - 未

身体行動制限に関する基準

1. 目的

独立行政法人地域医療機能推進機構船橋中央病院において医療を受ける患者に、やむを得ず身体行動制限を実施しなければならない場合の必要事項を定める。

2. 定義

本申し合わせ事項における身体行動制限は「衣類または綿入り帯を使用して、一時的に当該患者の身体の行動や運動を制限する事をいう。(1988. 4.8 厚生省告示第 129 号における身体拘束の定義)

3. 適応

患者の身体行動制限は、患者本人、または、他の患者などの生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ない場合(一時的に発生する突発事態)のみの適応とする。

4. 適応時の要件

緊急やむを得ない場合とは「切迫性」「非代替性」「一時性」の3つの要件を満たしていること。

「切迫性」: 利用者本人または他の利用患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。

「非代替性」: 身体行動制限、その他の行動制限を行う以外に代替する治療・看護方法がないこと。

「一時性」: 身体行動制限、その他の行動制限が一時的なものであること。

1988. 4. 8 厚生省告示 129 号における身体拘束の定義より

5. 適応要件の確認と承認

患者の状態が「緊急やむを得ない場合」に該当するか否かの判断は下記の方法で実施する。

(1) 主治医、看護師長が「適応要件」から協議し主治医が決定する。休日、夜間においては、主治医(当直医)、リーダー看護師とする。

(2) 主治医は身体行動制限の実施を決定した場合、筆頭部(医)長に速やかに報告し、承諾を得ておく。

(3) 医師は診療録に必ず記入する。

6. 患者本人及び家族への説明

やむを得ず身体行動の制限を行う場合主治医は、身体拘束の目的、理由、内容、拘束の時間、期間等を出来る限り詳細に患者本人、家族に説明し同意を得る。

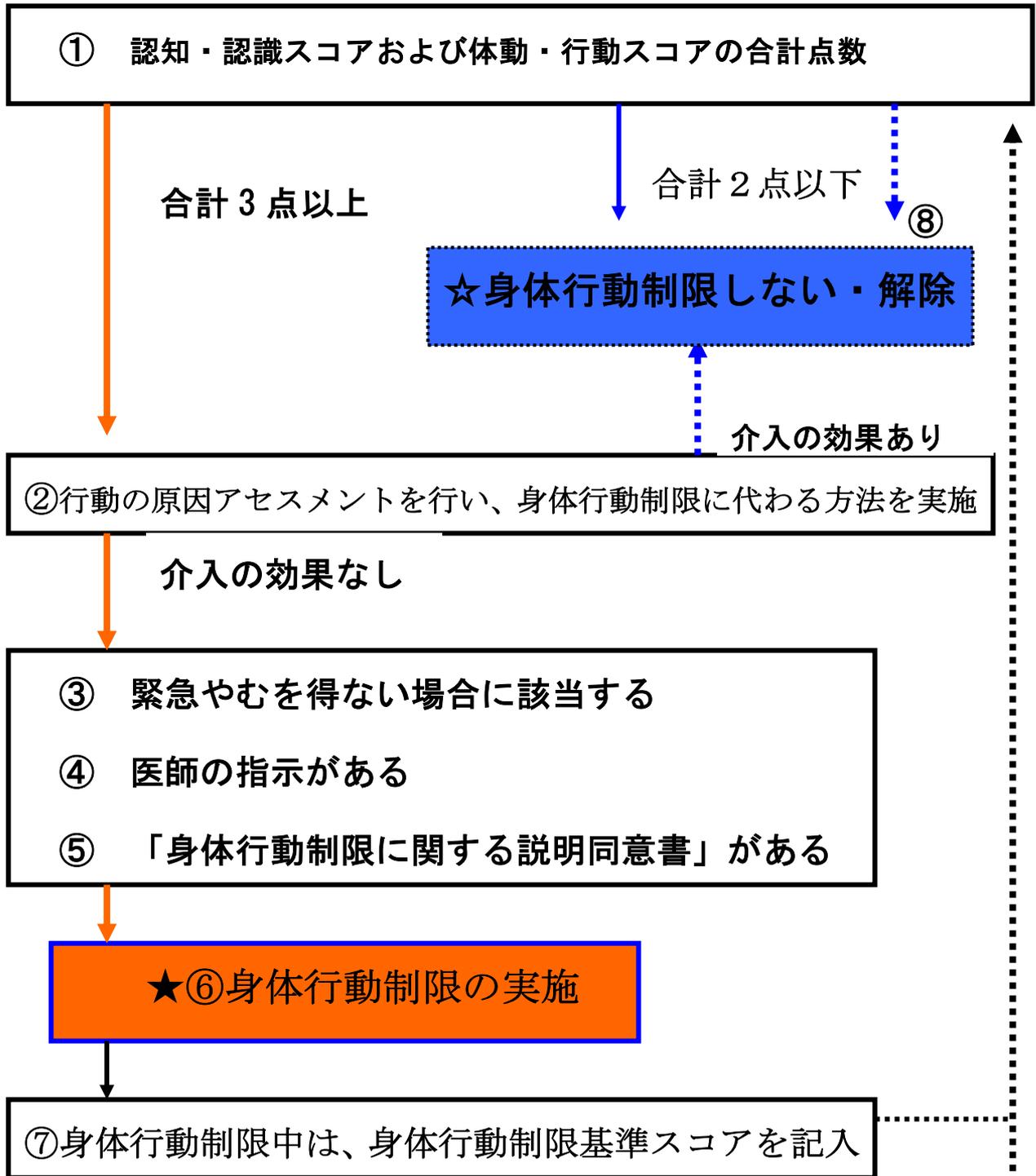
ただし、緊急に行動制限の必要性が生じた場合は事後に説明を行い同意を得る。

7. 身体行動制限時の手順

- ①身体行動制限が必要かどうかアセスメント・・・スコア表使用
- ②原因へのアプローチ・・・身体行動制限に変わる方法
- ③「緊急やむを得ない場合」に該当するスコアが3点以上
- ④医師の指示により決定する・・・指示の記載
- ⑤患者または家族へ説明し、「行動制限に関する説明同意書」がある
・・・十分な説明と同意書
- ⑥身体行動制限の実施
- ⑦実施中の観察と記録・・・身体行動制限基準スコアシート記入
カンファレンス等で身体行動制限継続の必要性を判断する
- ⑧身体行動制限中止は、「緊急やむを得ない場合」に該当無しとなり、スコアが
2点
以下・・・解除
- ⑨「身体行動制限報告書」の記載・・・評価

社会保険船橋中央病院 2007. 7. 20 作成
独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 2014. 4. 1 改訂

身体行動制限・解除のフローシート



⑨実施後は身体行動制限実施報告書に身体行動制限状況を記入し、カルテに保管する。

身体行動制限に関する説明同意書

様

1 以下に該当する項目があるため、緊急やむを得ず最小限度の身体行動制限を行います。

- 説明・状況の理解ができない失見当識状態
- 精神疾患・自殺企画がある状況での危険防止
- 治療のため挿入されているチューブ類の自己抜去防止
- 転倒・転落の危険
- 手術後の麻酔からの未覚醒時の興奮のおそれ
- 身体行動制限以外に代替する方法がない
- 他（ ）

2 ただし、解除することを目標に検討いたします。

身体行動制限の方法	<input type="checkbox"/> 腹部ベルト <input type="checkbox"/> 両手制限 <input type="checkbox"/> 片手制限 <input type="checkbox"/> 両足制限 <input type="checkbox"/> 片足制限 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車時の安全ベルト <input type="checkbox"/> 制限衣 その他（ ）
身体行動制限及び解除の予定	月 日 時から開始 解除は、身体行動制限の適応と判断した症状や状況からの離脱を治療の進行に伴う生命維持装置からの離脱など状況を見ながら解除していきます。
身体行動制限の弊害	身体面：床ずれ、関節の拘縮、全身の筋肉低下など 精神面：怒り、不安、屈辱、あきらめなど

上記の通り実施いたします。

平成 年 月 日

医師（説明者）

患者・家族の記入欄

上記の件につき説明を受け、同意をいたします。

平成 年 月 日

氏名

本人との続柄（ ）

身体行動制限実施報告書

I D

平成 年 月 日

記載者氏名

1 疾患名：

2 問題行動要因

- 緊急入院 手術 安静・行動制限 チューブ類の挿入 認知賞 疼痛
- 掻痒感 強不安・心配 睡眠障害（不眠・昼夜逆転） 65 歳以上 心不全
- 睡眠剤の服用 乳幼児・学童 全身麻酔 肝不全 代謝・電解質異常
- 脳血管障害 帯状疱疹 アルコール離脱 呼吸不全 頻尿
- その他

3 具体的な問題行動

- チューブ類を引っ張る 興奮 安静が守れない 自傷行為 暴力
- ベッドからの転落の恐れ 徘徊 その他（ ）

4 身体行動制限以外の介入方法と結果

介入項目にチェックする

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 活動性を高める
ADL の拡大を進める、離床をはかる、寝たきり防止
運動や進行、散歩、面会やレクリエーションの工夫 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 経口摂取を促す
経口摂取を促すことで脳機能が活性化される
食事時間で一日のリズムとなる | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> オムツを使用しない排泄のケアを 目指す
排尿誘導 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 精神・心理的な支援
不安・心配に耳を傾ける
円滑なコミュニケーション | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 夜間睡眠の確保
睡眠状態のアセスメント、不眠時医師と相談
環境調整 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 苦痛・痛みの軽減 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 家族面会の配慮・家族の協力を得る | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 離床センサーの活用（マッタ君・てんとう虫君） | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> チューブ類の固定の工夫 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 輸液などの実施時間の工夫 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 輸液・器械などが視野に入らないようにする | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 余裕のあるラインチューブの使用 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 通常より頻回の巡視・観察 | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> 現実との接点を増やす | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> ナースコールをいつも手の届くところに置く | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> ベッドを壁に寄せる | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |
| <input type="checkbox"/> その他 : | <input type="checkbox"/> 効果あり | <input type="checkbox"/> 効果なし |

5 同意書

同意書 有 無

説明を受けた人：氏名 (間柄)

説明者：医師

看護師

6 身体行動制限の期間

H 年 月 日～ 月 日

継続期間 一時使用

開始時の判断：認知・認識、行動・行動スコア 点

終了時の判断：認知・認識、行動・行動スコア 点

7 身体行動制限の種類と部位

種類：グリップ 体幹 マグネット式 ミトン その他 ()

部位：上肢 (片側 両側) 下肢 (片側 両側) 体幹

その他 ()

8 身体行動制限時のトラブル

トラブル：無

有 精神症状 皮膚のトラブル 皮膚の剥離

循環障害 (浮腫 皮膚色不良) 末梢神経障害 (痺れ 麻痺)

その他 ()

部位と程度：

処置介入方法：

結果：治療 軽快 未治療

* この報告書は患者様の行動制限実施時に記入し、終了した時点で全ての項目の記入を確認する。

* この報告書はカルテに保存する。

身体行動制限基準及び観察スコアシート

患者氏名

様

月 日	/			/			/			/			/			/			/			
時間																						
認知・認識点数																						
行動・体動点数																						
制限部位	手																					
	上肢・肩																					
	下肢																					
	体幹																					
・開始時間																						
・中止時間																						
観察項目	末梢色	良・不良																				
	皮膚色	良・不良																				
	冷感・チアノーゼ	有・無																				
	しびれ	有・無																				
	疼痛	有・無																				
(H毎)に観察する項目	意識状態・見当識の程度・循環・呼吸状態・一般状態・行動制限部位血行障害の有無・用具の効果性・安楽な体位・水分補給・排尿の状態・睡眠状態・不穏の状態など																					
観察者サイン																						
医師確認サイン																						

8時間毎(状況に応じて時間を決める)に、連続して点数を記入する。 意識障害が強い場合など判定不能の場合 NA とする。
(行動制限が必要な状態になりやすいと思われる患者様の場合には事前に記入を開始することを奨励する)

<p>認知・認識スコア</p>	<p>3: 強い失見当識あり、説明しても理解できない。 妄想・幻覚あり、強い興奮状態。 不穏が強い。会話が成立しない状態。</p> <p>2: 失見当識あり、説明すると理解できるが、すぐに間違える。 会話にならないことがある。興奮している。</p> <p>1: 一時的な失見当識</p> <p>0: 正常</p>	<p>行動・体動スコア</p>	<p>3: 自傷行為・非常に激しい体動・攻撃的行動 押さえつける必要あり。</p> <p>2: もとまりのない落ち着かない動き。 身の回りのことを気にする。 目を離す時は注意がいる。</p> <p>1: 問題なしとは言えないが、危険動作はない。</p> <p>0: 問題なし</p>
------------------------	--	------------------------	---

* 身体行動制限の適応と判断した症状や状況からの離脱したので身体制限を解除します

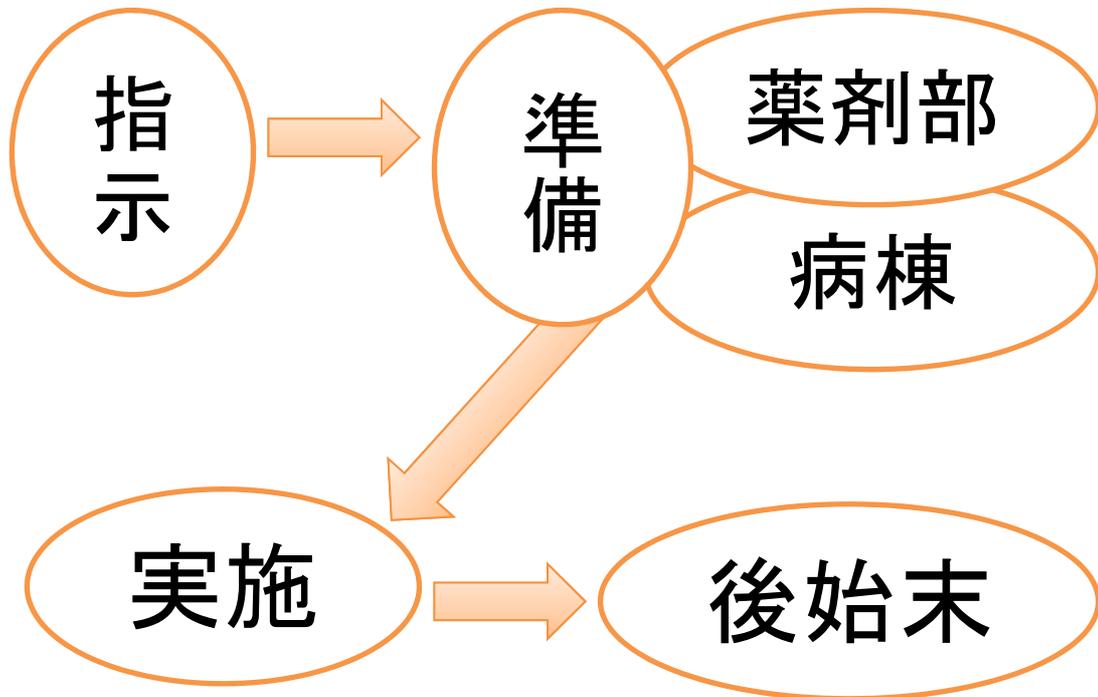
解除月日: 月 日 時

指示医サイン _____

V - 3

注射施行時の
事故防止対策
マニュアル

注射施行時のながれ



エラー発生要因

1. 患者誤認
2. 指示内容の誤認
3. 職員間の伝達不足
4. 注射中の観察不足
5. 情報判断不足
6. 機器取扱いの知識不足
7. 技術の未熟
8. 患者・家族への説明不足
9. 薬剤管理不備、管理体制不備

指示

1. 医師は必ず指示簿に正確、鮮明な文字で記入し、サインする。
 - 1) 指示はボールペンで誰が見ても間違わない活字とする。
 - 2) 記入内容は省略しない。
 - ①患者氏名、 ②月日、③薬剤名、 ④方法、 ⑤サイン
2. 医師は、看護師に確実に指示を伝える。
3. 指示を受けた看護師は、必ずサインをする。
 - 1) 指示簿の内容に誤りが無いかを確認する。
 - 2) 同姓・同名、類似名に注意して確認する。
(カルテ番号や誕生日での確認等)
 - 3) 不明や疑問がある場合は、医師に問い合わせる。
4. 対象患者に注射する意図を理解する。
5. 指示内容を伝達する場合は、確実に行う。
特に、指示の変更時、実施者に確実に伝達できるようシステム化しておく。
6. 指示内容の転記は極力避ける。

薬剤部

注射薬調剤・払い出し

要点

1. 注射処方箋、患者ラベル、等の患者氏名、及び、
薬剤名、規格、用量、使用方法を確認する。
2. 伝票の違いによる手順を理解し、確実に実施する。
 - 1) 注射処方箋による調剤は、薬剤師1名が調剤を行い、
他の1名が監査を行う。
 - 2) 薬品請求伝票による払い出しは、薬剤師と請求部署
の職員が相互に確認しあう。
 - 3) 定数補充払い出し表による払い出しは、薬剤師が準
備、配布し、各部署で再度看護師が薬剤の種類と数
を確認する。
3. 薬品管理の決められた事項を守る。
 - 1) 毒薬は施錠できる場所に保管する。
 - 2) 向精神薬指定薬剤(1種・2種)は、毒薬とは別に施
錠できる場所に保管する。
 - 3) 各部署での薬剤管理方法を徹底し、確認する。

注射調剤のながれ

病棟から(注射処方箋)による指示

薬剤部で
調剤準備

調剤

監査

調剤払い出し、定数補充、臨時薬払い出し

調剤前(病棟 → 薬剤部)

1. 注射処方箋の病棟名、患者名、カルテ番号、薬剤名、用量など記載事項が鮮明である事を確認して、実施日毎に分ける。
2. 規定の時間までに、薬剤部に処方箋を届ける。
3. 追加、変更注射処方箋の場合は、その旨が判るように薬剤師に連絡する。
4. 患者が転科(転棟)した場合は、薬剤部に連絡する。
5. 連絡版は判り易く記入する。

調剤準備（薬剤部）

1. ラベル発行
患者のカルテ番号、投薬の日付けを確認しながら正しく入力し、患者名ラベルを発行する。
2. カセッター準備
注射処方箋、患者名ラベル、カセッターの病棟カラー、カセッターの色を正しく準備する。
3. 追加、変更処方箋
病棟名、患者氏名、投薬の日付に注意し、処方監査する。

調剤(薬剤部)

1. 注射処方箋の患者名、患者ラベル、カセッターラベル名、投薬日を確認する。
2. 注射処方箋を読み、薬品名、単位、本数、指示の○印を確認する。
3. 判読しにくい処方箋は、必ず問い合わせを行い、コメント欄に「問い合わせ済み」と記入する。
4. 1施行毎に調剤する。
アンプル・バイアル類はビニール袋に入れ、補液のネックにつける。
5. 必要事項をコメント欄に記入し、病棟、医事課へ連絡する。
6. 調剤後、さらに指差しで自己監査した後、カセッターの中に入れる。
7. 冷所保存薬は、 の印を注射処方箋の薬品名の左、ラベルに押し、ビニール袋に入れる。
8. 分注、1/2A、〇〇ml使用など、必要事項はラベルに赤字で記入する。
9. 注意薬品[毒薬、向精神薬(1種・2種)、KCL注]は処方箋の薬品名の左に、注意印を押し。

監査（薬剤部）

1. 処方箋の患者名、カルテ番号、患者ラベル、カセッターラベル名、カセッターの病棟カラー、カセッターの色などを確認する。
2. 処方箋を読み、薬品名、単位、本数、指示の○印を指差しで確認する。
3. 監査印○を薬品の右端に、調剤したボトル、アンプルの数○を押しながら、監査する。

その他

1. 追加処方がある場合、患者名、日付、病棟名に特に注意する。
2. 前処方の追加か、変更かを確認する。
3. 病棟連絡板の記載が疑わしい場合は必ず問い合わせをする。
4. 注射調剤棚の薬剤を補充する時は2回確認する。
5. 病棟返却薬品を注射調剤棚に返却するときは注意する。

払い出し、 定数補充・臨時薬払い出し (薬剤部 → 病棟)

1. 請求部署、薬品名、単位、数量を確認する。
2. 薬品請求伝票による払い出しは、薬剤師と請求部署の職員が相互に確認し合う。払い出し薬剤師は日付印を押す。
3. 定数補充払い出し、補充表上に薬剤師印を押す。
4. 定数補充払い出し薬剤は、各部署で看護師が薬品名、単位、数量を再確認する。
5. 病棟定数配置薬使用量を集計する際に、向精神薬指定薬剤(1種・2種)は患者名、使用数も集計表に記入する。
6. 注意薬品[毒薬、向精神薬指定薬剤(1種・2種)、KCL注は、「注意票」を添付する。

薬剤管理表(薬剤部)

下記の薬剤は、管理簿に記入して出納を明確にしておく。

1. 毒薬管理
2. 向精神薬指定薬剤(1種・2種)
3. 成長ホルモン
4. 抗がん剤
 タキソテール
 タキソール
 トポテシン など

準備

薬剤が実施部署に届いたら

1. 担当看護師は、注射指示箋の内容と薬剤が一致しているのかを確認する。
2. 患者毎に注射指示箋と照合しながら薬液を注射器に吸引またはボトルに混合する。
 - 1) ①患者氏名、②薬剤名、③用量、④単位、⑤方法
 - 2) 特に類似薬品名、単位の違いには注意をし、疑問のときは医師に確認する。
3. 薬剤混合後、適切な点滴ルートや接続部品を選び使用する。
4. 1患者、1トレイに準備する。
5. 薬剤容器を取り出す時、薬液を注射器に吸引する時、薬剤容器を捨てる時と3回は薬剤名や単位を確認する。
6. 当院の「注意薬品」の取扱いを熟知し、守る。
7. 確認・準備・実施は原則として注射実施者が行う。
8. 配合禁忌の有無、フィルター通過可否などを確認して適切な方法で実施する。

実施

1. 注射開始時、変更時には患者または家族に説明する。
 - 1) 医師は注射の目的等(治療方針を含めた)説明する。
 - 2) 実施時に担当看護師は、説明を聞いているかどうかを確認し、注射の方法や注意点を説明する。
2. 実施者は患者本人であることをフルネームで確認する。
(患者に名前を言って貰う、ベッドネームで確認等)
3. 安全な注射部位に清潔操作で刺入する。
4. 薬剤の効果・副作用、その患者の状態に応じて起こり得ることを予測し観察する。
異常時には速やかに医師に報告する。
5. 使用する器具は、適切なものを選ぶ。
点滴セット、注射器・針 など
6. 持続点滴で留置針を固定する時には、効果的で患者の体動にできるだけ影響が少なくするよう工夫し、清潔操作で行う。
7. 点滴注入速度・量は指示通りに実施する。
適宜、滴下状態や薬液の残量等を観察し指示通り注入できるように管理する。

8. ナースコールを患者の手の届く範囲に置いて、異常時や困った時に呼ぶように声をかけておく。
(無理な体動をしなくても済むように、整える)

9. 点滴の側管注を行う際、
 - 1) 三方活栓及びその他の接続に使用する衛生材料の使用方法を熟知しておく。
 - 2) 適正な衛生材料を使用する。
 - 3) 接続するルートが正しいかを確認する。
 - 4) 複数ルートがある時は、注入薬剤名を表示しておく。
 - 5) 接続部が外れないように固定する。
 - 6) 清潔操作で行う。
三方活栓のキャップはその都度滅菌されたものを使用する。
 - 7) メインと側管注の両方の滴下を確認する。
(逆流していないか)
 - 8) ルートが長く接続部もあるため、より注意して屈曲・念転の有無、接続部がはずれないか等観察する。

10. 点滴更新時は、準備してある薬品名、量、患者氏名を注射指示箋と照合(ダブルチェック)し、患者に声をかけて確認して交換する。
点滴部位、ルート全てを点検し、異常の無いことを確認する。

後始末

1. 注射終了を確認後、針を抜去し、
 - 1) 静脈注射では止血を確実に行う。
 - 2) 皮下・筋肉注射では、よくもみほぐす。
 - 3) 入浴など注射後の注意事項を説明する。

2. 使用後の材料は、適切な方法で適切な場所に廃棄する。
 - 1) 針(針がついている点滴ルートも含む)、
薬剤容器、点滴ガラスビンは
医療廃棄物危険物容器(黄色ハザードマーク)
 - 2) 酒清綿、プラスチックのものは
医療廃棄物燃えるゴミ用容器(オレンジハザードマーク)
 - 3) 抗がん剤実施後のボトル・ルート全ては
暴露予防のため、ビニール袋に入れ密封した後
医療廃棄物危険物容器(黄色ハザードマーク)
 - 4) 輸血類の終了後のパックは
医療廃棄物体液用(赤色ハザードマーク)
 - 5) 医療廃棄物と一般ごみをきちんと区別する。

3. 注射後の針の始末は、手順に沿って行う。
汚染や針刺し防止のため、
リキャップしたり、注射器から針を外したりせずに
そのまま医療廃棄物危険物容器に破棄する。
(シャープセイフを持参して
使用後速やかに破棄できるようにする)

4. 注射実施者は、注射指示箋の指示を確認した上で実施印を押し、所定の場所に戻す。

船橋中央病院における 静脈注射の実施に関する指針

独立法人地域医療能力推進機構
船橋中央病院
医療安全管理委員会

1 本指針の基本理念

1-1 指針作成の目的

本指針は、看護師が専門職として社会的責任において、安全に静脈注射を実施する体制を整備するための基本的な考え方を示すものである。

- 1) 看護師による静脈注射の実施に関する JCHO 船橋中央病院（以下当院という）の基本的な考えを示す。
- 2) 看護師が静脈注射を実施するにあたり、看護師、看護管理者、看護教育者が、それぞれの立場で果たすべき責務についての基本的な考えを示す。

1-2 基本理念

本指針の作成にあたり、以下のような考え方を基本理念とする。

1-2-1 法律の遵守

看護業務は保健師助産師看護師法はじめとした法律によって規定される。看護師は、看護業務についての法的位置づけを十分に理解した上で、法律を遵守した実践を行う。

1-2-2 安全で質の高い看護の提供

看護師の第一義的責任は患者に対して存在する。看護師は、看護倫理に基づく実践を行い、個人として、また、看護組織をして患者の安全を確保しつつ、質の高い看護を提供する。看護業務を統括する看護管理者は、組織の目的に即した看護実践の水準を維持するため、当院における看護業務の質、内容、量、及び看護師の個々の能力を十分に把握した上で、安全に業務が遂行できる環境を整備する。

1-2-3 チーム医療による質の高い医療・看護の提供

看護師は、他の医療関係職種と協力し、より安全で質の高い医療・看護を提供する。また、チーム医療を推進するための体制を整備する。

2 本指針で使用する用語の定義

2-1 静脈注射の分類

静脈注射の分類

末梢 静脈	静脈注射	①ワンショット (1回のみ薬剤投入)	静脈に注射針を刺入し、注射器を用いて投与する
	点滴 静脈注射	②短時間持続注入	短時間、持続的に投与して終了、抜去する(いわゆる「抜き刺し」)
		③長時間持続注入	長時間あるいは長期間、持続的に投与する
		④間歇的注入	ヘパリンロック等による血管確保し、1日のうち一定時間帯に投与する
中心 静脈	中心静脈 (栄養)法	持続注入	24時間持続的に投与する
		間歇的注入	1日のうち一定時間帯に投与する

点滴静脈注射による混注の方法

側管注	側注管から注射器を用いて1回で投与する
ピギーバック法	側注管に別の輸液セットを接続して投与する
タンデム法	2種類以上の薬液を並列に接続して投与する

静脈注射は、投与経路により、末梢経路を中心静脈に分類される。また、投与方法によって、ワンショット（1回のみ薬液投与）と点滴静脈注射に分けられる。

点滴静脈注射は、大量の薬液を静脈内に持続的に投与する方法であり、持続注入と間歇的注入に分けられる。持続注入とは、薬剤を持続的に投与する方法であり、短時間持続注入と長時間持続注入に分けられる。間歇的注入とは、血管内に留置した針（カテーテル）の閉塞をヘパリンロック等によって防ぎ、一日のうちの一定時間帯に投与するなど、継続的に薬液を投与する方法である。

点滴静脈注射による薬液の混注法には、側管注、ピギーバック法、タンデム法などがある。側管注とは、輸液セットの側注管から注射器を用いて薬液を注入する方法である。ピギーバック法とは、輸液セットの側注管に別の輸液セットを用いて薬液を持続注入する方法である。タンデム法とは、2種類以上の輸液を並列に持続して投与する方法である。

静脈注射に用いる注射針（カテーテル）は、以下のように分類して用いる。

注射針（カテーテル）の分類

注射針（金属針）	一般の静脈注射には 21～23 ゲージ、刃面長の短いショートベルが用いられる
翼状針	固定のための翼とチューブの付いた針。短時間持続注入等に使用する
静脈留置針	金属製の内針とプラスチック製の外針からなり、血管内に穿刺して血液の逆流を確認した後、内針を抜去して外針のみ留置する。 長時間持続注入等に使用する。
カテーテル	・血管を露出して切開後挿入する静脈カテーテル、中心静脈用カテーテル ・本指針においては静脈留置針の外針を指す。

2-2 看護師

本指針において看護師とは、保健師、助産師、看護師、准看護師を称している。

2-3 看護管理者

本指針において看護管理者とは、看護実践に精通し、かつ、看護管理に関する知識・技能を持つ看護師であり、看護を実践するための組織化並びに運営を行う責務を有する。

2-4 看護教育者

本指針において看護教育者とは、看護基礎教育に携わる看護師をいう。

3 本指針の適応範囲

3-1 対象

看護師、看護管理者、看護教育者を対象とする。

3-2 扱う範囲

看護業務の法的位置づけ、法的責任、看護師による静脈注射の実施に関する行政解釈変更の経緯、変更された行政解釈の意味と意義、日本看護協会の責務と対応、及び静脈注射を安全に実施するための判断基準、看護管理、教育、実施基準に則り、当院の静脈注射の実施に関する指針を記述したものである。

4 静脈注射を安全に実施するための判断基準

静脈注射を看護師が実施するか否かは、個々の看護師の能力等によるほか、看護組織の理念に基づく看護実践になるよう、提供する看護サービスについて十分検討した上で判断する。

看護管理者は、患者の安全を保障した上で静脈注射の実施ができるように、看護実践のための組織化を行う責務がある。患者の安全が守れない状況で、安易に引き受けてはならない。看護管理者の責務として、他の医療職種に看護業務の範囲を決定し、業務範囲に応じた責任の範囲を明確にする。

静脈注射の実施を安全にするために、看護師・医師等が実施する範囲や内容、条件等について、当院のルールを決める。当院のルールを取り決めるにあたっては、円滑なチーム医療を推進し、各職種の役割・機能に応じた適切な分担となるよう十分検討する。静脈注射の実施範囲や内容を決定するにあたっては、当院の場の特性、業務量、業務内容、職員数、職員の能力、患者の状態、薬剤の種類、投薬方法等を考慮する。

看護師が静脈注射を実施する場合は、当院の基準や手順を整備する。

4-1 看護師による静脈注射の実施範囲に関する基本的な考え方

日本看護協会の基本的な考え方に則り、当院の看護師による静脈注射の実施範囲についての考え方を以下のレベル1からレベル4までの4分類として示す。

当院における看護師の静脈注射の実施範囲

- | |
|---|
| レベル1：臨時応急の手当てとして看護師が実施することができる |
| レベル2：医師の指示に基づき、看護師が実施することができる |
| レベル3：医師の指示に基づき、一定以上の臨床経験を有し教育を受けた看護師が実施することができる |
| レベル4：看護師は実施しない |

レベル1：臨時応急の手当てとして看護師が実施することができる

- ・緊急時の末梢からの血管確保
- ・異常時の中止、注射針（末梢静脈）の抜去

レベル2：医師の指示に基づき、看護師が実施することができる

- ・水分・電解質製剤の静脈注射、短時間持続注入の点滴静脈注射
- ・糖質・アミノ酸・脂肪製剤の静脈注射、短時間持続注入の点滴静脈注射
- ・抗生物質の静脈注射、短時間持続注入の点滴静脈注射
- ・薬液ボトルの交換、輸液ラインの管理
- ・中心静脈カテーテル挿入中の患者の輸液パック交換、輸液ラインの管理
- ・中心静脈カテーテルラインからの上述薬剤の混注
- ・抗がん剤入りボトルの2本目以降の接続
- ・緊急時の医師の指示における経静脈的な応急処置薬剤投薬

レベル3：医師の指示に基づき、一定以上の臨床経験を有し教育を受けた看護師が実施することができる

- ・末梢静脈留置針の挿入
- ・循環動態への影響が大きい薬物、細胞毒性の強い薬物の点滴静脈注射
- ・麻薬の点滴静脈注射
- ・麻薬の混注及びその点滴の接続
- ・輸血パックは、医師と共に確認したもので、2本目以降の接続
- ・留置針の生食ロック（規定の材料使用）
- ・抗菌剤の皮内反応テスト（実施の必要のあるもの）

（注）レベル3の業務を実施する看護師は、看護技術チェックリストの静脈注射の項目を終了し、手順に沿ってできると各セクションの師長が判断した看護師とする。

レベル4：看護師は実施しない

- ・切開・縫合を伴う血管確保、およびそのカテーテル抜去
- ・中心静脈カテーテルの挿入、抜去
- ・緊急時の医師の管理下を除く麻酔薬の投与
- ・静脈注射による薬剤過敏テスト
- ・循環動態への影響が大きい薬物、細胞毒性の強い薬物の静脈注射
- ・抗がん剤のミキシングは原則として医師が行う

※ _____の部分は当院独自の項目であり、看護師及び体制など状況の変化によって変更することがある。

_____の部分の具体的内容

ジゴキシン、ジギラノーゲンC、ワソラン、
ボスミン、ノルアドレナリン、エフェドリン、プロタノール、
ネオフィリン、アミサリン、キシロカイン
ラボナール、ミリスロール、ペルジピン、ヘルベッサー
ドルミカム、マスキュラックス、レラキシシ
ドプラム、ナロキソン、
ホリゾン、セレネース、フェノバル、サイレース
ソセゴン、レペタン、造影剤、試薬

5 静脈注射を安全に実施するための教育

看護管理者は、質の高い看護を提供するために、以下の責務を有する。

看護管理者の責務

1. 看護実践の組織化
2. 資源確保
3. 看護実践を行う環境の整備
4. 継続教育の保障
5. 質の保証と向上

看護師が静脈注射を実施する場合の評価基準、静脈注射・点滴静脈注射により予測される医療事故防止対策、針刺し事故防止等、基準・手順の見直しや業務整理をする。

6 静脈注射を安全に実施するための教育

6-1 静脈注射を安全に実施するために必要な知識・技術

静脈注射を実施するにあたって必要な基礎教育対策、継続教育対策、専門看護師の育成対策が必要である。

当面、看護業務の法的根拠、当院における看護師の静脈注射の実施範囲については集合教育とし、薬剤の知識・技術については、各セクション特性があるため、分散教育をする。

感染、安全対策については、与薬・注射事故防止対策マニュアル（各セクションの特性を生かした）に則り、分散教育時に役立てる。

7 静脈注射の実施基準

7-1 医師の指示と看護師の自立的判断

7-1-1 医師の指示

静脈注射は、医師の診断・治療の一環として行われるものであり、治療に関する責任は医にある。医師が静脈注射を看護師に指示する場合は、指示者としての責任を有する。

看護師は、医師の指示に基づき、診療の補助業務の一部として静脈注射を行う。看護師が静脈注射を行うにあたっては、医師がその内容と方法を明確に記載した文章を要する。つまり、明確に記載された指示簿で実施する。

7-1-2 医師の指示に対する看護師の自立的判断

医師の指示に基づいて静脈注射を実施するかどうか、また、実施できるかどうかについては、当院の方針や取り決めに従い、患者の病態、薬剤の種類・量・副作用、看護師の能力（知識・技術・経験等）、緊急事態発生時の対応体制等を総合し、看護師が自律判断する。更に、看護師の自律的な判断が尊重されるようなチーム内の関係づくりに努める。

※この指針は、日本看護協会の静脈注射の実施に関する指針に則り、記載した。

※この指針は、医療安全管理委員会の承認を得て、当院の静脈注射の実施に関する指針とした。

平成 16 年 2 月 17 日作成

平成 26 年 10 月 1 日改訂

血管外漏出の 事故防止対策 マニュアル

血管外量出は、血管確保や留置針の固定などの予防対策が確実であれば、防ぐことができる。細やかなアセスメントと患者に合わせた創意工夫が求められる。

1. 血管外漏出のリスク因子

1) 血管の脆弱性	<ul style="list-style-type: none">① 高齢(血管の弾力性や血液量の低下)② 栄養不良、脱水③ 糖尿病や皮膚統合疾患などの合併④ 肥満(血管を見つけにくい)⑤ 化学療法・その他、血管に負担のかかる薬剤を繰り返し使用している
2) 穿刺する静脈の問題	<ul style="list-style-type: none">① 頻繁に静脈の穿刺を受けている部位② 抗がん剤・その他、血管に負担のかかる薬剤を反復投与している血管③ 静脈穿刺の際にすでに1回穿刺をした血管(やり直し)④ 輸液などですでに使用中の血管⑤ 循環障害のある四肢の血管(上大静脈症候群や腋窩リンパ節郭清後など、病変や手術の影響で浮腫や静脈内圧の上昇を伴う患側肢の血管)⑥ 以前に放射線治療を受けている部位の血管⑦ 腫瘍浸潤部位の血管⑧ 創傷瘢痕がある部位の血管⑨ ごく最近行った皮内反応部位の下流血管(皮内反応部位で漏出がおこる)⑩ 24時間以内に注射した部位より遠位側の血管⑪ 肘関節、屈曲部など、曲げるとずれやすい部位の血管⑫ 血液量の少ない血管⑬ 以前に血管外漏出を起こしたことのある血管
3) 投与量・速度	投与量が多い、または速度が速い
4) 薬物の種類	投与中の薬物自体に強い血管刺激性がある

2. 予防のためのポイント

A: 適切な穿刺部位の選択

- ・よく血管が見える表在性静脈
- ・十分な太さがある
- ・神経や腱から離れていて、軟部組織に囲まれている
- ・固定が困難だったり、関節の動きに影響を受けやすい部位は避ける

B: 1回の穿刺で静脈確保をするよう努める

- ・表在血管が委縮しているときは事前に穿刺部位を温めたり、掌握運動などにより血管を拡張させる
- ・駆血は適度な強さで、2分以内に済ませるようにする
強過ぎると動脈の血流を妨げ、静脈が怒張しなくなり、長く駆血すると、血管壁を過剰拡張させ静脈の伸縮性が失われる
- ・一度で静脈確保できなかった場合は、前の穿刺部位より体幹に近い側の血管を用いる

C: 穿刺針が血管にはまっているかの確認

- ・血流の逆流、及び点滴が自然滴下するかどうかなどで確認する
自然滴下していても、漏出を起こしていることがあるため、抗がん剤の場合は、生食等で血管確保して、確実に血管に入っていることを確認してから投与を開始する。

D: 確実な留置針の固定

- ・透明なドレッシング材を用いて固定する穿刺部を観察しやすい、血管外漏出を早期に発見しやすい
- ・患者の体動によってズレることがなく、且つ患者の体動を妨げないように固定する。
- ・患者の体動可能な範囲を考慮した点滴ルート長さや位置に配慮する
- ・固定の際は、ルートでループを作り、患者の体動が穿刺部位に直接的な影響を与えないようにする

E: 患者指導

- ・点滴中の注意事項と症状出現時は、看護師へ知らせるようにお伝えする『点滴を受けられる患者様へ』のパンフレットを活用する

F: 点滴投与中の定期的な観察

- ・投与中も定期的に穿刺部位や血液の逆流確認をし、異常の早期発見を行う
- ・血液を逆流させる際は、輸液ルートをつまんで圧をかける方法は、血管内皮に不要な刺激を与えるため避ける（落差での確認方法を行う）

G: 終了時の血管外量出予防

- ・抗がん剤投与終了後は、抜針する際に針やルートに残った抗がん剤による血管外量出を防ぐため、生食等で十分にルート内を流してから抜針する
- ・抜針後は、5分間ほど圧迫する

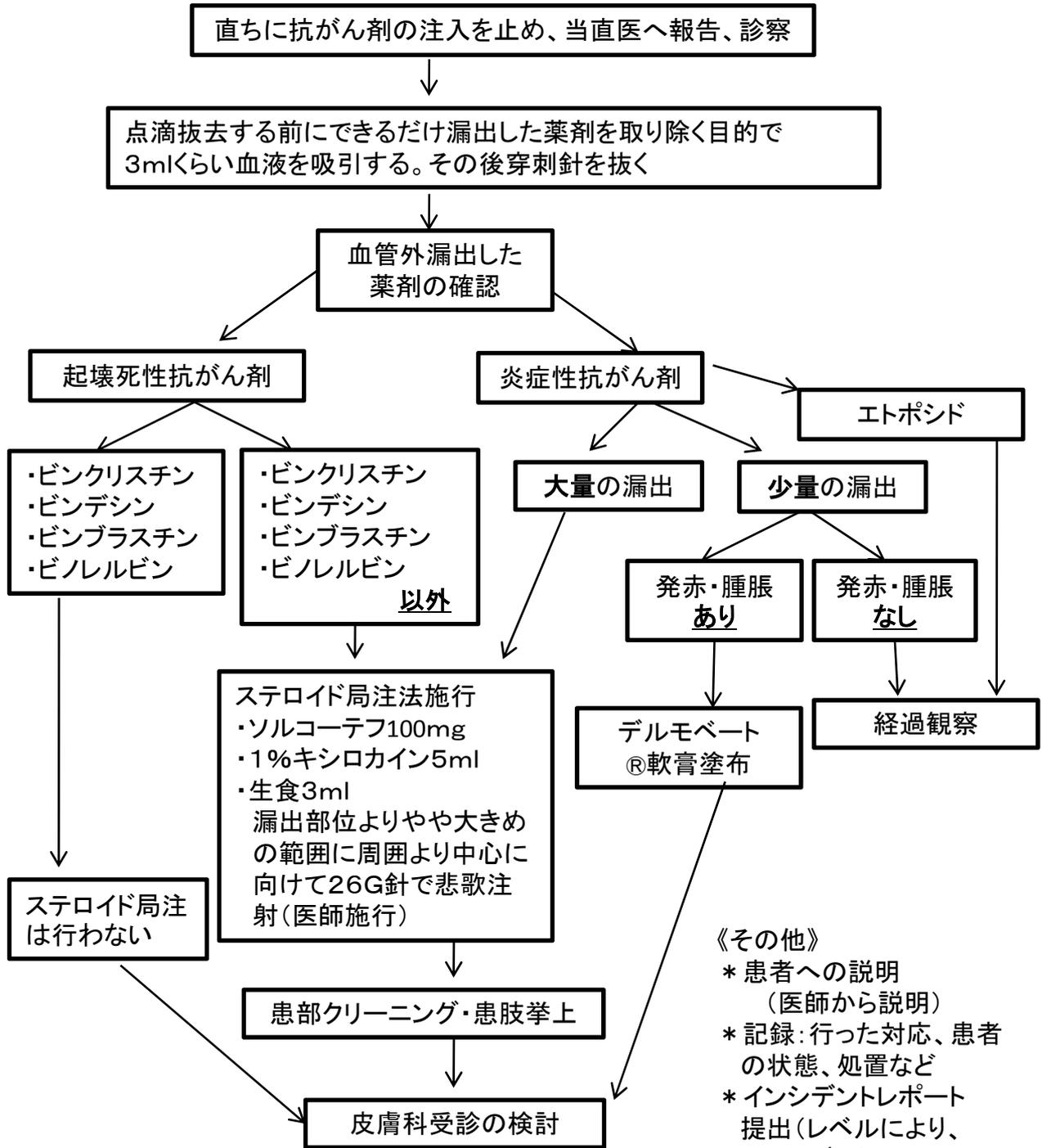
3. 血管外漏出により重篤な組織障害をおこしやすい主な注射薬

分類名	当院採用薬(商品名)	
造影剤	全般	
全身麻酔薬	ラボナール	
蛋白分解酵素	ナファモスタット、レミナロン	
糖・電解質・アミノ酸製剤	ビーフリード、ドブトレックス	
高張ブドウ糖液	50%ブドウ糖	
カテコラミン製剤	エピネフリン注シリンジ、オリベス、ボスミン、ノルアドレナリン、ドブトレックス	
カルシウム剤	カルチコール、大塚塩カル	
抗がん剤	起壊死性抗がん剤(ビシカント薬剤) 少量の漏出でも紅班、発赤、水泡、壊死の経過を経て難治性潰瘍へと進行し、同時に強い疼痛を伴うもの	アドリアシン、エピルジシン、イダマイシン、ダウノマイシン、カルセド、パクリタキセル、タキソテール、サイメリン、ノバントロン、ナベルピン、オンコビン、フィデルシン、エクザール
	炎症性抗がん剤(イリタント薬剤) 漏出局所に紅班、発赤、腫脹を起こすが、潰瘍まで至らないもの。しかし、大量に漏出すればかなり強い疼痛を伴うもの	アクラシノン、カルボプラチン、シスプラチン、エンドキサン、イリノテカン、ダカルバシン、5-Fu、ジェムザール、イホマイド、アクプラ、エルプラット、アルケラン、エトポシド、フルダラ、ハイカムチン、ベルケイド
	非炎症性抗がん剤(ノンビシカント薬剤) 多少漏出しても炎症や壊死に至ることはない	ニドラン、ブレオ、メソトレキセート、アリムタキロサイド、ロイスタチン、ロイナーゼ、ハラグエン、サンラビン、ハーセプチン、リツキサン、アバスタチン、アービタックス、ベクティビックス
その他	アレビアチン、ソルダクトン、オシネジンコーワ、フェジン、点滴静注用バンコマイシン、フローラン、フルオレサイト、メイロン	

4. 血管外漏出時の対応

- 1) 発赤、腫脹、疼痛や灼熱感等の症状があるときは、投与を中止する。
- 2) 逆流があっても、上記症状が認められる場合は無理に投与を行わない。
- 3) 漏出薬剤とその量を確認し、医師へ報告する。
- 4) 医師の指示のもと、処置を行う。(抗がん剤の漏出時対応フローチャート参照)
- 5) 漏出部の創傷ケアを行う場合は、機械的刺激を避けるため非固着性ガーゼを活用し、テープ等の使用を避け包帯等で固定する。

【抗がん剤の血管外漏出時の対応フローチャート】



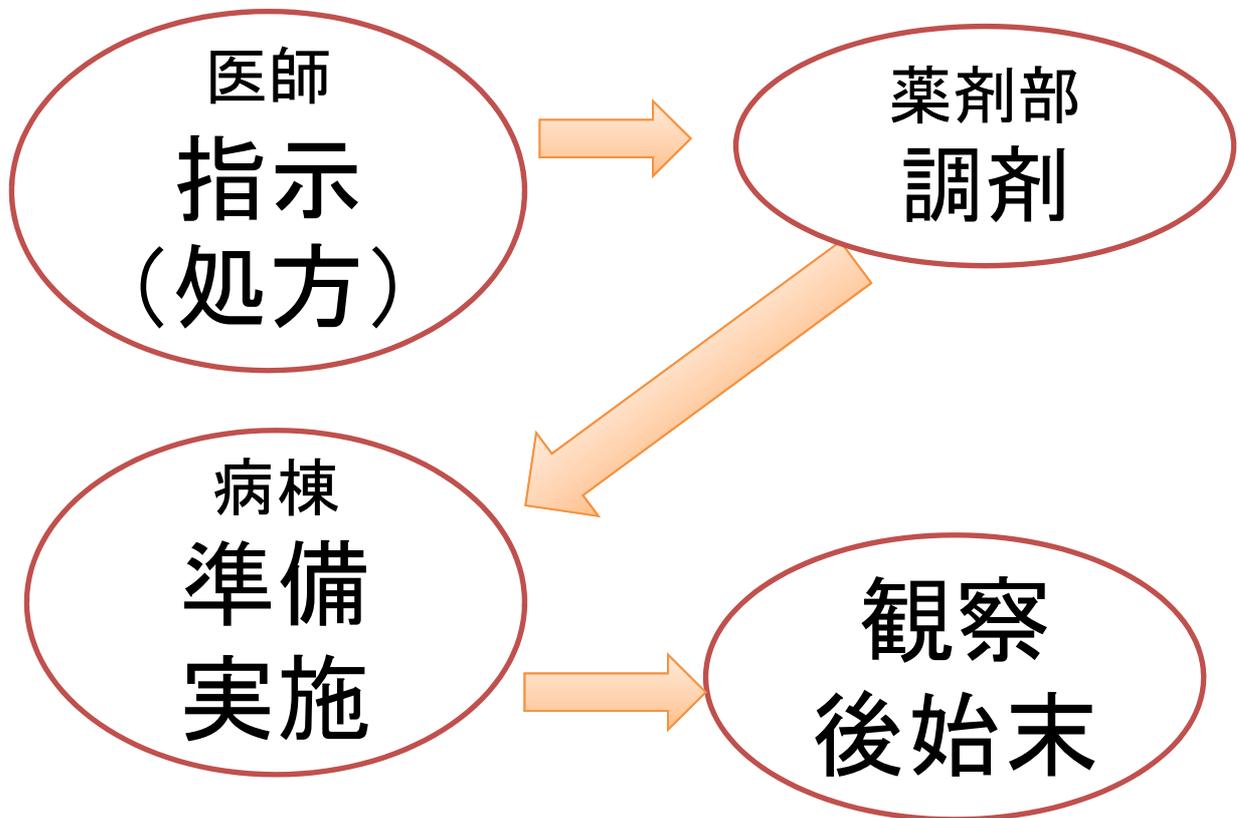
《その他》

- * 患者への説明 (医師から説明)
- * 記録: 行った対応、患者の状態、処置など
- * インシデントレポート提出(レベルにより、インシデントor アクシデント)
- * 漏出部の疼痛を伴う場合には鎮痛剤使用を検討する。

V - 4

内服薬与薬時の
事故防止対策
マニュアル

与薬までのながれ



エラー発生要因

1. 患者誤認
2. 指示内容の誤認
3. 職員間の伝達不足
4. 観察不足
5. 情報判断不足
6. 薬剤取扱いの知識不足
7. 技術の未熟
8. 患者・家族への説明不足
9. 薬剤管理不備、管理体制不備

指示

1. 医師はオーダリングシステムの処方手順に沿って入力する。
 - 1) コンピュータの場合、処方を「確定」する前に再度患者氏名と薬剤名、用法等内容を確認する。
 - 2) 手書き処方の場合、楷書で明記し提出前に再度氏名等記入内容を確認する。
 - 3) 指示内容をカルテに鮮明な文字で記入し、サインする。
2. 医師は、看護師に確実に指示を伝える。
3. 指示を受けた看護師は、
 - 1) 指示簿の内容に誤りが無いかを確認する。
 - 2) 同姓・同名、類似名に注意して確認する。
 - 3) 不明や疑問がある場合は、医師に問い合わせる。
4. 対象患者に与薬する意図を理解する。
5. 指示内容を伝達する場合は、確実に行う。
特に、指示の変更時、実施者に確実に伝達できるようシステム化しておく。
6. 指示内容の転記は極力避ける。

準備

1. 担当看護師は、指示箋の内容と薬剤が一致していることを確認する。
 - 1) 患者氏名、薬剤名、内服回数・時間、用量(数)等を確認する。
 - 2) 特に類似薬品名、単位・1回の量、前回処方との違いに注意をし、疑問のときは医師に確認する。
2. 対象患者に適した薬剤管理を選択する。
また、対象患者の状態変化により、適宜その管理方法を選択し直す。(薬管理フローシート等の活用)
3. 配薬カートへの分配時、
 - 1) 薬袋の患者氏名、薬剤名、内服回数・時間、用量(数)等を確認しながら行う。
 - 2) 配薬ケースの曜日、時間を間違えずに正しい場所に入れる。
 - 3) 配薬カートに分配した薬が、落ちたり他の場所にズレないように工夫して入れる。(引き出しの動きによる)
 - 4) 特異な時間・方法等は、目立つように工夫する。
4. 指示内容の転記は極力避けることが望ましいが、転記の必要がある時は、2人または3回以上その内容を確認する。
5. 薬剤の保管は、個々の薬剤に適した方法・場所で、整理して置く。

実施

1. 内服開始時、変更時には患者または家族に説明する。
 - 1) 医師は目的等(治療方針を含めた)説明する。
 - 2) 実施時に担当看護師は、説明を聞いているかどうかを確認し、内服の方法・量・回数・時間や注意点を説明する。
2. 実施者(内服薬を渡す時)は患者本人であることを患者に声をかけてフルネームで確認する。
3. 安全に内服できるようにする。
 - 1) 姿勢を整える。
 - 2) 器具、材料を使用する。
 - 3) 環境を整える。
4. 必要であれば、口内に含んだ薬を内服できたかを確認する。

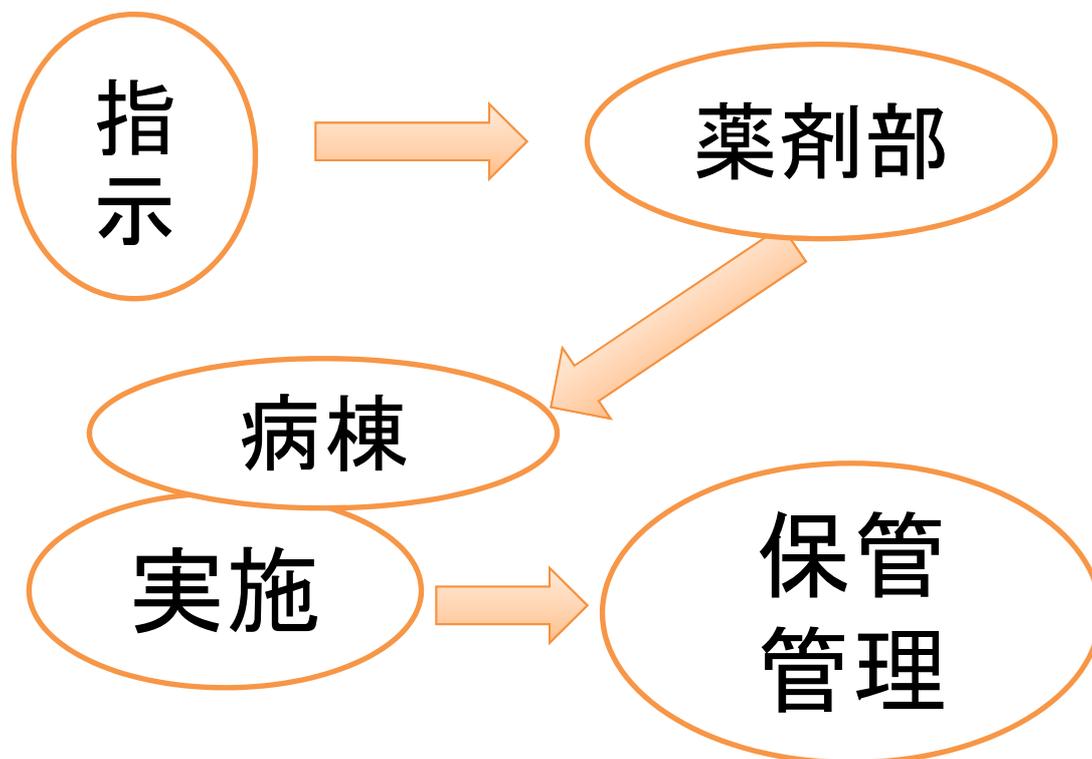
観察・後始末

1. 内服を確認する。
 - 1) 与薬した看護師は、所定の場所にサインをする。
 - 2) 患者に内服したのかを確認する。
 - 3) 配薬カートまたはベッドサイドの配薬ケースの残薬を確認する。
 - 4) 与薬した以外の看護師が実施したのかを確認する。
2. 薬剤の効果・副作用、その患者の状態に応じて起こり得ることを予測し観察する。異常時には速やかに医師に報告する。

V - 5

麻薬事故防止対策
マニュアル

麻薬管理のながれ



エラー発生要因

1. 患者誤認
2. 指示内容の誤認
3. 職員間の伝達不足
4. 患者観察不足
5. 情報判断不足
6. 麻薬取扱いの知識不足
7. 患者・家族への説明不足
8. 麻薬管理不備、管理体制不備

要点

1. 処方の際、調剤の際、投薬の際
患者氏名、薬剤名、規格、数量を確認する。
特に、規格単位(mg、ml)に注意する。
2. 麻薬の記載に関する事項を守る。
 - 1)カルテ、指示簿、処方箋への指示記載を正確に行う。
 - 2)投薬後に使用量、残量を記載する。
3. 麻薬管理を遵守する。
 - 1)麻薬金庫に保管し、施錠をする。
 - 2)使用後のアンプルは、使用量と残量を照合し、薬剤部に返却する。
 - 3)麻薬の受領及び返却は、2名で確認する。
 - 4)各部署での麻薬管理方法を徹底し、確認する。

指示 (医師)

1. 医師は、麻薬注射処方箋・麻薬処方箋に、指示内容(患者氏名、薬剤名、単位、投与量)、医師氏名を記載する。
 - 1) 指示はボールペンで誰が見ても間違わない活字とする。
 - 2) 記入内容は省略しない。
 - ①患者氏名、 ②月日、③薬剤名、 ④方法、 ⑤サイン
 - 3) 指示内容を、カルテに記載する。
 - ①赤字で「麻」又は薬剤名の下に赤線を引く。
 - ②処方都度、カルテに記載する。
 - ③麻薬注継続の場合は、開始時と投薬量変更時及び中止時に記載する。
2. 指示内容を伝達する場合は、確実に行う。
特に、指示の変更時は、実施者に確実に伝達できるようシステム化しておく。
3. 指示を受けた看護師は、必ずサインをする。
 - 1) 指示簿の内容に誤りが無いかを確認する。
 - 2) 同姓・同名、類似名に注意して確認する。
 - 3) 不明や疑問がある場合は、医師に問い合わせる。
4. 対象患者に注射する意図を理解する。
5. 指示内容の転記は極力避ける。

薬剤部での調剤

(薬剤師  病棟職員)

1. 麻薬処方箋・麻薬注射処方箋を薬剤部に提出する。
2. 薬剤師は、処方薬剤の単位、量が適切であるか確認する。
3. 麻薬注射処方箋(注射薬)は、薬剤師1名と、病棟職員とで声を出して、薬剤名、単位、数等を確認する。
4. 麻薬処方箋(内服・外用薬)は、患者氏名、薬剤名、単位、数、用法等を薬剤師2名が確認して調剤する。
5. 薬剤は、薬剤師と病棟職員間で、直接受け渡しする。

準備

薬剤が実施部署に届いたら

1. 担当看護師は、処方箋の内容と薬剤が一致しているのかを確認する。
2. 病棟の麻薬専用金庫に保管し、施錠する。
3. 患者の状況等から、処方の意図を理解しておく。
4. 与薬前、
 - 1) 麻薬金庫から取り出す時、注射薬を注射器に吸う時、金庫に戻す時には、2名の看護師が確認する。
 - 2) 特に、単位のmgとml、投与方法に注意して確認する。
5. 使用後には、残った薬剤、アンプル、使用後の貼付型製剤も捨てずに返却することを踏まえて準備する。
(バット等使用する)

実施

1. 与薬開始時、変更時には患者または家族に説明する。
 - 1) 医師は与薬の目的等(治療方針を含めた)説明する。
 - 2) 実施時に担当看護師は、説明を聞いているかどうかを確認し、与薬の方法や注意点を説明する。
2. 実施者は患者本人であることを患者に声をかけてフルネームで確認する。
3. 与薬方法、薬剤名、規格、単位(mgとml)、量、を再度確認する。
4. 与薬は1回毎に行い、その場で服薬してもらい、服薬を確認する。
5. 薬剤の効果・副作用、その患者の状態に応じて起り得ることを予測し観察する。異常時には速やかに医師に報告する。
6. 貼付型製剤は、有効で剥がれにくい等を考慮し、適切な部位を選択して貼布する。剥がれないように上からフィルムテープを貼るが、適宜剥がれていないかを確認する。
7. 貼付型製剤は、貼付日を記入しておく。

8. 点滴速度は指示通りに行う。
適宜、滴下状態や薬液の残量等を観察し指示通り注入できるように管理する。

9. 点滴の側管注を使用する際、
 - 1) 三方活栓の使用方法を熟知しておく。
 - 2) 接続するルートが正しいかを確認する。
(流れの向き、屈曲・念転の有無、接続部など)
複数ルートがある時は、表示しておく。
 - 3) 清潔操作で行う。
キャップはその都度滅菌されたものを使用する。

10. 実施内容を記録する。
 - 1) 内服・外用薬は、「日時、薬剤名、単位、数量、投与方法」を温度板、麻薬処方箋施用票、看護日誌に記録し、サインする。
 - 2) 注射薬は、「日時、薬剤名、使用量、残量、投与方法」を麻薬注射箋、温度板、看護日誌に記載し、サインする。

保管・管理

1. 実施後、必要事項を記載した麻薬処方箋と、残った薬剤とを照合し、薬剤師に直接返却する。
 - 1) 注射薬：麻薬注射処方箋（必要事項の記入確認）と
使用後の空および残量入りアンプル
※麻薬が混注された注射液の残液は、輸液セット等付けたまま、その内容を記載して薬剤部に返却。
 - 2) 内服薬：麻薬処方箋施用票（必要事項の記入確認）と
残薬剤
 - 3) 貼付型製剤：
麻薬処方箋施用票（必要事項の記入確認）と
残薬剤および使用後剥がした貼付型製剤
2. すぐに返却できないとき、又は使用途中のものは、麻薬金庫に保管し施錠する。
3. 不要になった麻薬は、速やかに返却する。
（中止、変更、退院等による）
3. 各部署での麻薬管理は師長が責任を負う。
（鍵、薬剤出納、破損・紛失等）

その他

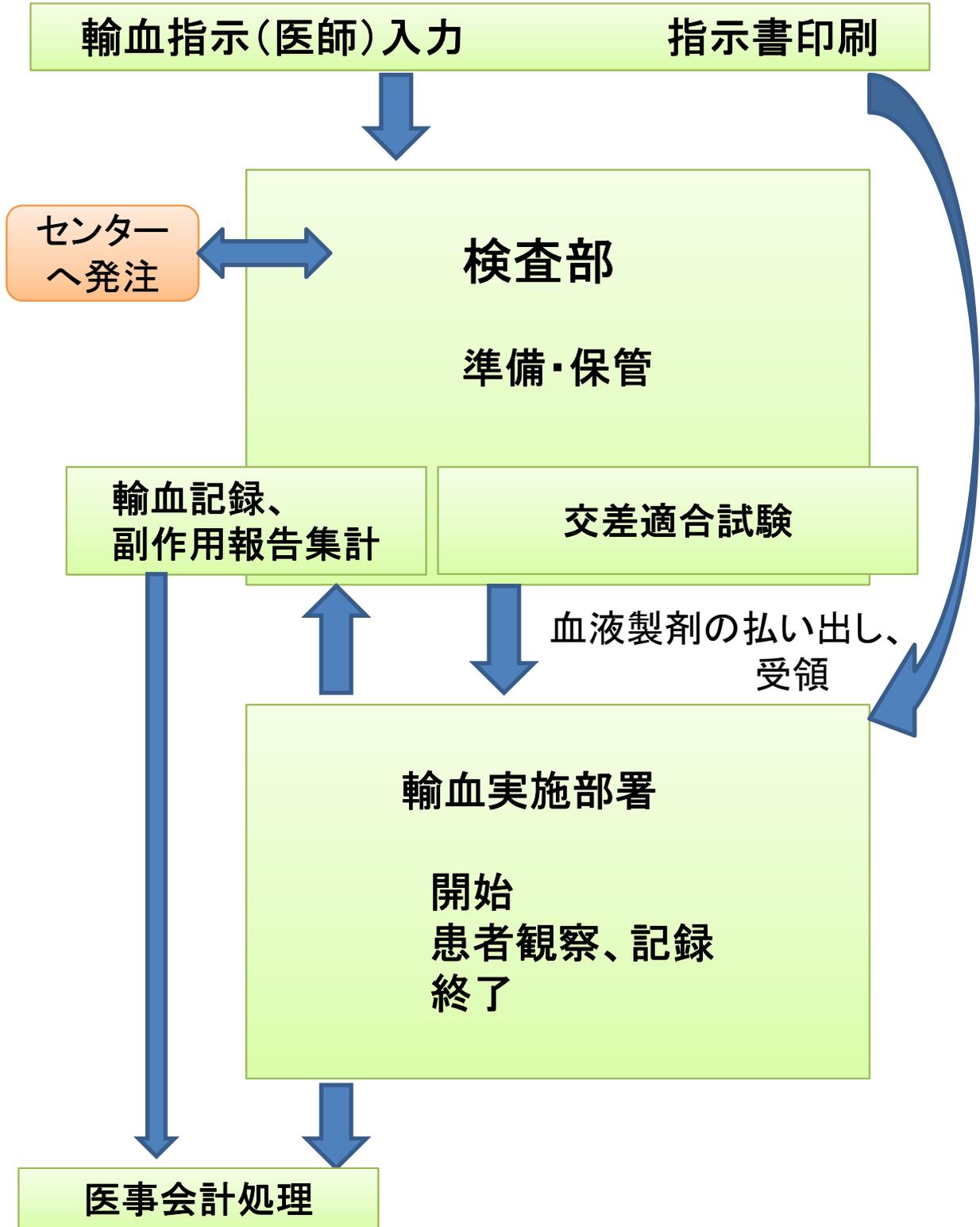
1. 他院や外来からの持参麻薬は、カルテに「〇〇から〇薬剤を〇量持参」と記入する。日々の内服管理には、麻薬処方箋施用票を利用し、与薬状況を記載する。
2. 麻薬事故が起きた場合は、速やかに薬剤部(麻薬管理者)に連絡する。
※麻薬事故とは、アンプル破損・破棄、錠剤を落とした、紛失した など
3. 塩酸モルヒネ水は、1mg／1mlの濃度になるように調整する。
4. 定数麻薬配置部署では、薬剤師が出向き、薬剤の数を看護師と共に声だし確認する。

V - 6

輸血施行時の 事故防止対策 マニュアル

- 緊急時の対応
- 事故輸血
- 輸血拒否時の対応

輸血のながれ



エラー発生要因

1. 患者、血液型、製剤の種類誤認
2. 指示の誤入力、内容の誤認
3. 職員間の伝達不足
4. 輸血中の観察不足
5. 情報判断不足
6. 知識、技術の未熟
7. 患者・家族への説明不足
8. 輸血管理不備、管理体制不備

血液が体内に入るまでには、前記のような流れがある。この流れの1項目ごとに、起こり得るエラー発生要因を考えながら、事故防止対策マニュアルを作成するとともに、呼称確認ができるチェック表を作成する。

指示

1. 血液型の確認は2名で行う。
2. 医師は輸血指示を「輸血オーダーシステム」に入力し、指示書をプリントアウトして看護師に手渡す。
(看護師に確実に指示を伝える。)
3. 指示書には、
 - ①患者の氏名、ID、血液型、
 - ②輸血製剤の種類、血液型、単位数
 - ③フィルター使用の有無の記載のあることを確認する。
4. 指示書を出し忘れた場合は、もう一度入力を行い指示書を出す。最後のオーダー確定を押さなければ検査部へ指示が飛ばない。
5. 緊急時でオーダーリングができない場合は、血液請求伝票・注射処方箋を使用して輸血の指示を出す。

※産科での緊急時は、別に取り決めをしている。
(緊急時血液請求票を使用する)

注文

1. 指示が出たら在庫の確認をする
2. 不足の血液製剤を血液センターへ注文する

交差適合試験準備

1. 患者血の採血(看護部)
 - 1) 指示書の氏名を確認して採血管を準備する。
 - 2) 採血管の氏名、採血管の種類(EDTA7ml)の確認は、看護師2名で行う。
 - 3) 採血時、患者に説明をして、患者確認を確実に行う。
 - 4) 血液型採血とは別に、患者本人の血液であるかの確認のため、新たに交差適合試験用の採血をする。
 - 5) 採血後、ラベルに採血者のサインをして速やかに検査部へ提出する。
 - 6) 緊急度を確認し、その程度に合わせて検査部に準備を依頼する。
(製剤の準備できるまでのおおよその時間を確認しておく。)
 - 7) 採血された検体は、採血日を含めて5日間有効とする。

交差適合試験(検査部)

1. 届けられた検体の氏名と採血者を確認し、準備した製剤と交差適合試験、および不規則性抗体検査を行う。
 - * 原則として交差適合試験に用いる検体は、血液型検査に用いた検体とは別に採血された検体を用いる。
 - * 指示に合わせて製剤選択をし、BTRにてバーコードリーダーを用いて割り付けを行い、パイロットを準備し、「交差適合試験」用紙を印刷してクロスマッチを行う。
 - * 採血された検体と交差適合試験用紙(BTDより印刷)の氏名を確認する。
 - * RBCの場合は、パイロット番号を確認し、交差適合試験(主試験をPegクームス法で)を用手法で又はオートビューを使用して行う。
 - * その際、患者本人と製剤のABO表の血液型も検査する。
 - * 血小板に関しては、パイロットのABO血液型を裏検査で確認する。
2. 製剤が交差適合試験で(一)であることを確認後、輸血実施部署へ払い出す。
 - * RBCは適合票を付け、血小板は予約票をそれぞれ製剤に貼り、FFPは予約票をラベルのまま用意し、交差適合試験結果(PC・FFPの場合は交差適合試験)と出庫製剤リストと一緒に輸血実施部署へ払い出す。
 - * 検査技師と、取りに来た人とで、製剤Noを声に出して2名で読み合わせる。
 - * 出庫製剤リストにサインする。

実施

1. 輸血開始時は、患者または家族に説明する。
 - 1) 医師は目的等(治療方針を含めた)説明する。
 - 2) 実施時に担当看護師は、説明を聞いているかどうかを確認し、注射の方法や注意点を説明する。

2. 担当看護師は、輸血指示箋の内容と輸血の種類等が一致しているのかを確認する。
 - ①患者氏名、②血液製剤の種類、単位数、血液型
 - ③実施指示日

3. 医師と看護師2名で下記の項目を「声だし」「指差し」確認する。医師はサインをする。
 - ①患者氏名、②製剤の種類、血液型、単位数
 - ④交差適合試験結果、⑤有効期限、製造番号
 - ⑥製剤の外見上の異状

4. 適切な器具を選び、血液製剤の種類にあった方法で保管する。

輸血、血小板セット使用。
3時間以上室温に放置しない。 など

5. 実施者は患者本人であることをフルネームで確認し、血液型を患者と共に確認する。

(患者に名前を言って貰う、ベッドネームで確認等)

6. 安全な注射部位に清潔操作で刺入する。
輸血用針が刺入できる血管、部位、
血管外漏出が起こりにくい血管、部位等選択
固定を効果的におこなう。
* 生理食塩水等で準備し、刺入時、血管に刺入できた
ことを確認できるようにする。
7. 輸血の副作用やその患者に応じて起こり得ることを
予測し、マニュアルにそって観察して記録する。
(輸血開始直後、5分後、15分後、終了後)
* 異常時には、直ちに輸血を中止し、
速やかに医師に報告する。
8. 輸血滴下速度・量は指示通りに実施する。
適宜、滴下状態や残量等を観察し、管理する。
9. ナースコールを患者の手の届く範囲に置いて、異常時
や困った時に呼ぶように声をかけておく。
(無理な体動をしなくても済むように、整える)
10. 輸血更新時にも、開始時と同じ確認、観察を実施する。
更に、刺入部位やルート全てを点検し、異常の無いこと
を確認する。

後始末

1. 輸血終了後、
(ルート内の血液も滴下するため、生食水を流す場合もある)
 - 1) 患者氏名と血液型、副作用の有無を確認する。
 - 2) 止血を確実に行う。
 - 3) 抜針後の注意事項を説明する。

2. 使用後の材料は、適切な方法で適切な場所に廃棄する。
 - 1) 針(針がついている点滴ルートも含む)、
医療廃棄物危険物容器(黄色ハザードマーク)
 - 2) 酒清綿、プラスチックのものは
医療廃棄物燃えるゴミ用容器(オレンジハザードマーク)
 - 3) 輸血類の終了後のパックは
医療廃棄物体液用(赤色ハザードマーク)
 - 4) 医療廃棄物と一般ごみをきちんと区別する。

3. 注射後の針の始末は、手順に沿って行う。
汚染や針刺し防止のため、
そのまま医療廃棄物危険物容器に破棄する。
使用後速やかに破棄できるようにする

4. 指示箋は、輸血実施者が指示内容と実施を確認した上で
実施印を押し、所定の場所に戻す。
* 輸血中の観察記録には、実施者がサインをし、
診療録(看護記録)に残す。

製剤の保管

1. それぞれの血液製剤の適正保管温度を守る。
特に、病棟(輸血製剤を受領した部署)では、
保管温度に注意する。
RBCは室温に放置しない。輸血時冷た過ぎない。
血小板は室温に置く。(できれば揺らす)
FFPは溶解温度を守り、溶解後3時間以内に使用。
2. 血液専用の保冷庫の無い部署では、使用予定時間に
合わせて、検査部から払い出しを受ける。
夜間血液を置かない。(使用中を除く)
3. 輸血製剤を受領した部署では、使用しない製剤は
出庫後3時間以内に検査部に返却する。
4. 有効期限に注意する。

輸血記録の保管

1. 使用した血液製剤の出庫製剤リストは、副作用報告を記入した後、検査部へ返却する。
2. 検査部は、出庫製剤リストが戻ってきたら使用の有無を確認する。
使用した場合は、輸血処理を行い、医事課用の輸血リストを出し、会計とする。
3. 輸血処理の際に、副作用報告も入力し、20年間保管する。
4. 輸血後に血液センターからの遡及調査があったら協力をする。

緊急度Ⅲ

通常のクロスマッチを行い適合を確認した後で
「適合ラベル」・「交差試験結果票」・「出庫製
剤リスト」をつけて製剤を払い出す
(発注後約1時間)

2、 血液型未検査の場合

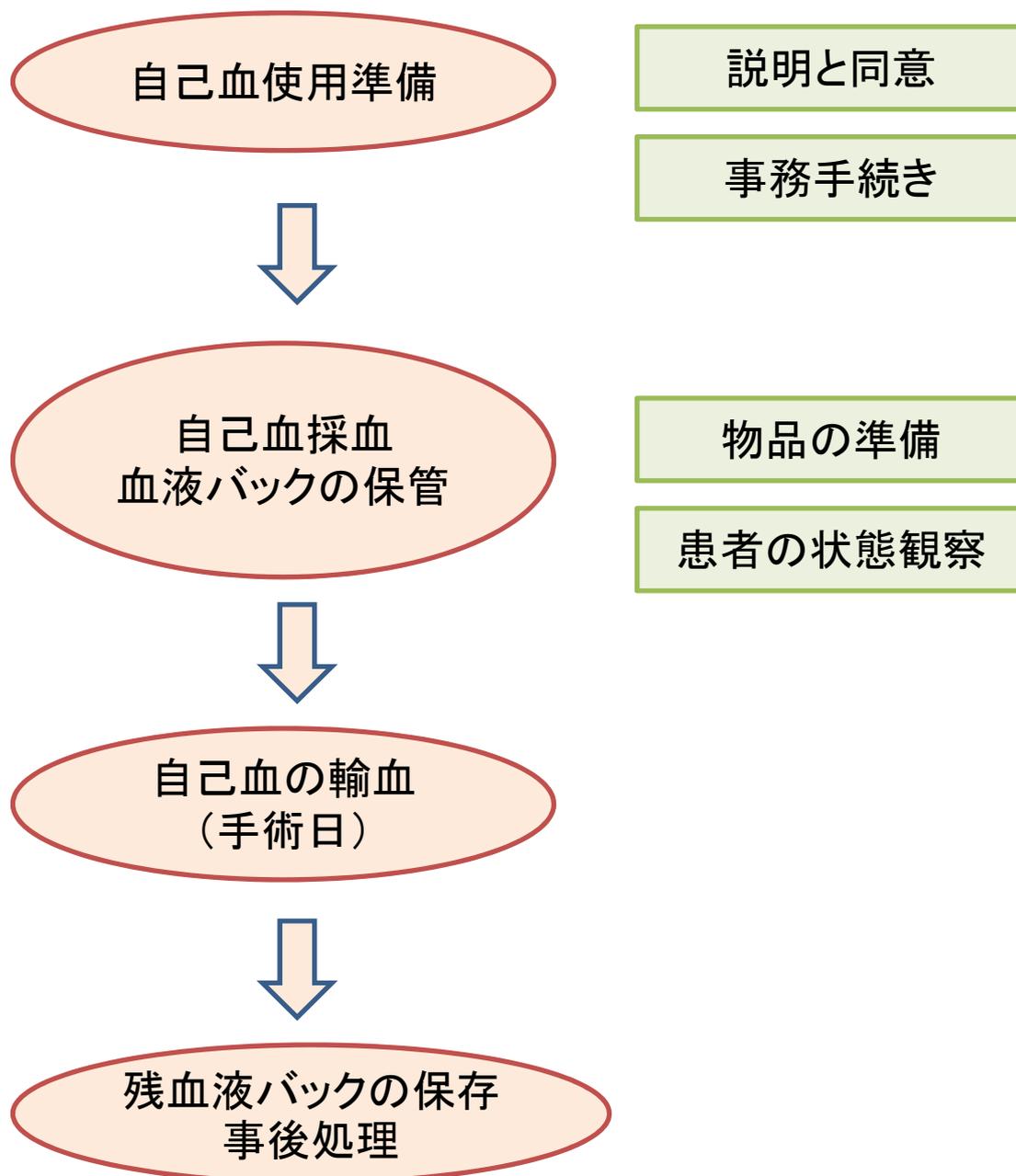
- ①院内での血液型未検査の場合、
緊急にRBCが必要な場合は、
とりあえずO型RBCを請求する。
(上記緊急度Ⅰに準ずる)
- ②それと同時に血液型の検査を行い血液型を
確定する。
- ③血液型が確定したら
同型の輸血に切り替えるが、
クロスマッチは最新の患者検体 (O型輸血
後の)で行う事が望ましい。

3、 手術中の場合

- ①手術室より検査部へ追加の問い合わせが来る（製剤の種類と必要数、緊急度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲを連絡する）
- ②オーダーリングで製剤の請求が来る（緊急度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲで区別）
- ③緊急度Ⅰの場合、すぐに欲しいのでクロスマッチ未検査で在庫する事になり、直ちに製剤を準備し在庫する。
その後クロスマッチを行ない適合ラベル・交差適合試験結果・在庫製剤リストを出し手術室へ搬送機で送る。製剤にラベルを貼るのは手術室で行なう
- ④緊急度Ⅱの場合、生食法で出す。
製剤にラベルを貼って在庫する。その後通常のクロスマッチを行ない、もう一度交差適合試験結果・在庫製剤リストを出し手術室へ送る。
- ⑤緊急度Ⅲの場合は、通常にクロスマッチを行ない在庫する。

自己血輸血事故防止マニュアル

自己血採血から輸血までの流れ



緊急時の取り決め

1、緊急度の取り決め

必要に応じた院内での緊急度の取り決めを行う。
製剤の払い出しに時間がかかる場合があるので、
院内で統一した緊急度の表現を作りそれに応じた
製剤の払い出しを行う

緊急度 I

発注された血液型と患者の血液型が同型又は
O型のRCCを払い出す。その後クロスマッチ
を行い報告する（発注後 20 分で検査部より払い
出す）

患者が不規則性抗体を持っていた場合クロスマッ
チが不適合となる場合があり、不適合輸血となる
ことがある

緊急度 II

生食法のクロスマッチを行い製剤を払い出す。
その後クロスマッチを続け最終結果が出た時
に、もう一度連絡を行う

（発注後約 30 分で検査部より払い出せる）

患者が不規則性抗体を持っていた場合クロスマッ
チが不適合となる場合があり、不適合輸血となる
ことがある

自己血使用準備

1. 自己血輸血について、医師は患者(家族)への説明を行い、同意を得る。
『同意書』:複写用紙1枚はカルテに、1枚は患者様に
2. 自己血輸血採血予定表を記入し、検査部へ提出する。
検査部でコピーし、原本をカルテ用、コピーを検査部用とし自己血輸血の予定日過ぎまで保管する。
(予定の確認のため)

* 予定表はメモである為カルテに保管しなくても良い。
* 医師、看護師どちらが記載しても良い
3. エスポーを使用した場合は、コスト漏れのないように、
外来の場合は処置伝票、
病棟の場合は注射処方箋に 記入し医事課に提出する。

自己血採血

1. 自己血採血に必要な物品を準備する。
 - ①自己血採血器具セットは検査部に、エスポーは薬剤部に取りに行く。
 - ②貯血バックは、医師の指示にあるものを準備する。
 - * 21日期限(200ml、400ml) 35日期限(400ml)
 2. 診療科医師は、採血前に血液バックラベルの下記事項を確認する。 診療科名、主治医、
患者のID番号・血液型(ABO型、RH型)
採血日、有効期限、採血量 など
- 注意:採血日は有効期限の第1日目と数える
- * 医師の要望により血液型検査未実施で血液型の記載の無いラベルを希望された場合は上記の記載事項が欠けたラベルを出すこともある
 - * その場合検査後にもう一度ラベルを出して添付する
3. 記入後、患者確認の上、患者さんに自筆署名してもらう。
 4. 採血後、血液バックラベルを患者さんと以下の項目を確認しながら血液バックに貼る。
診療科名、主治医、採血日、有効期限、
患者のID番号、氏名、血液型、
血液のパイロット番号など
 5. 採血した血液バックを検査部血液用冷蔵庫で保管する。
採血量を確認し、検査部への入庫処理を行う。
 6. 使用予定日までに自己血のパイロットでABO血液型の表試験を行う。

自己血の輸血(手術日)

1. 自己血の払い出し(受取)
 - ①検査部へ自己血を取りに行く。
 - ②払い出し者と受け取り者2名で、出庫製剤リストに
そって「患者氏名・血液バックの製剤No」を声だし
確認し、両者がサインする。
 - ③交差試験結果用紙、血液、血液出庫製剤リストを受け
取る。血液、血液出庫製剤リストは必ず一緒に移動。
2. 輸血開始時、カルテと血液バックとを照合する。
患者氏名、ID番号、採血日、有効期限、採血量、
血液バックの番号
3. 指示量、指示通りに輸血を実施する。
4. 患者の状態を観察する。

事後処理

1. 残りの血液バックの保管
 - ①検査部の血液用冷蔵庫で保管する。
必ず血液と血液出庫製剤リストを一緒に届ける
 - ②残りの血液保管時には、
出庫製剤リストで確認。血液バックでの確認。
2. 不要になった血液の廃棄
手術後、不要になった血液は検査部に連絡し、廃棄を依頼する。

輸血拒否患者（エホバの証人等）に係る 治療対応マニュアル

対応マニュアルの基本方針

輸血拒否には絶対的無輸血（いかなる状況であれ、たとえ生命のききに陥るとしても輸血を拒否する立場）と相対的無輸血（生命の危機や重篤な障害に至る危機がない限りにおいて輸血を拒否する立場）の大まかに2種類の立場がある。

対応マニュアル

JCHO船橋中央病院において「エホバの証人」信者等の輸血拒否患者を受け入れる場合、担当医は当該患者および家族に対して、この対応マニュアルの趣旨を説明し、病院としての治療方針について理解を求める。

なお、輸血拒否患者の診療にあたっては、担当医が高橋副院長に報告したうえで治療を開始する。

輸血拒否に関するガイドライン

輸血実施に関する基本方針

輸血治療が必要となる可能性のある患者について、18歳以上、15歳以上18歳未満、15歳未満の場合に分けて、医療に関する判断能力と親権者の態度に応じた対応を整理した。年齢区切りについては、18歳は、児童福祉法第4条の「児童」の定義、15歳は、民法第797条の代諾養子、民法第961条の遺言能力、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針による臓器提供意思を斟酌して定めた。

1. 当事者が18歳以上で医療に関する判断能力がある人の場合

(なお、医療に関する判断能力は主治医を含めた複数の医師によって評価する)

1) 医療側が無輸血治療を最後まで貫く場合

当事者は、医療側に本人署名の「免責証明書」を提出する。

2) 医療側は無輸血治療が難しいと判断した場合

医療側は、当事者に早めに転院を勧告する。

2. 当事者が18歳未満、または医療に関する判断能力がないと判断される場合

1) 当事者が15歳以上で医療に関する判断能力がある場合

(1) 親権者は輸血を拒否するが、当事者が輸血を希望する場合

当事者は輸血同意書を提出する。

(2) 親権者は輸血を希望するが、当事者が輸血を拒否する場合

医療側は、なるべく無輸血治療を行うが、最終的に必要な場合には輸血を行う。

(3) 親権者と当事者の両者が輸血拒否する場合

18歳以上に準じる。

2) 親権者が拒否するが、当事者が15歳未満、または医療に関する判断能力がない場合

(1) 親権者の双方が拒否する場合

医療側は、親権者の理解を得られるように努力し、なるべく無輸血治療を行うが、最終的に輸血が必要になれば、輸血を行う。親権者の同意が全く得られず、むしろ治療行為が阻害されるような状況においては、児童相談所に虐待通告し、児童相談所で一時保護の上、児童相談所から親権喪失の申し立て、合わせて親権者の職務停止処分を受け、親権代行者の同意により輸血を行う。

(2) 親権者の一方が輸血に同意し、他方が拒否する場合

親権者の双方の同意を得られるように努力するが、緊急を要する場合などには、輸血を希望する親権者の同意に基づいて輸血を行う。

2010.10 作成

2011.5 改訂

2015.1 改訂

輸血拒否と免責に関する証明書

JCHO 船橋中央病院

(処置、手術など) について

説 明 日 : 平成 年 月 日

担当医氏名 _____ 科 _____ ⑩

立 会 人 _____

船橋中央病院院長 殿

私は、私の健康と適切な治療の為、以下の種類の血液製剤を以下のように輸血する可能性や
必要性があることについて説明を受けました。

(血液製剤の種類、投薬量等を具体的に記入)

.....
.....
.....
.....

しかしながら、私は、信仰上の理由に基づき、私の生命や健康にどのような危険性や不利益が生じて
も、輸血をしないよう依頼いたします。

私は、輸血を拒んだことによって生じるいかなる事態に対しても、担当医を含む関係医療従事者及び
病院に対して、一切責任を問いません。

なお、私が拒む輸血には (○で囲む)、

全血 赤血球 白血球 血小板 血漿

自己血 (術前貯血式、術中希釈式、術中回収式、術後回収式)

血漿分画製剤 (アルブミン、免疫グロブリン、凝固因子製剤、その他 _____)

が、あります。

輸液や血漿増量剤による処置は差し支えありません。

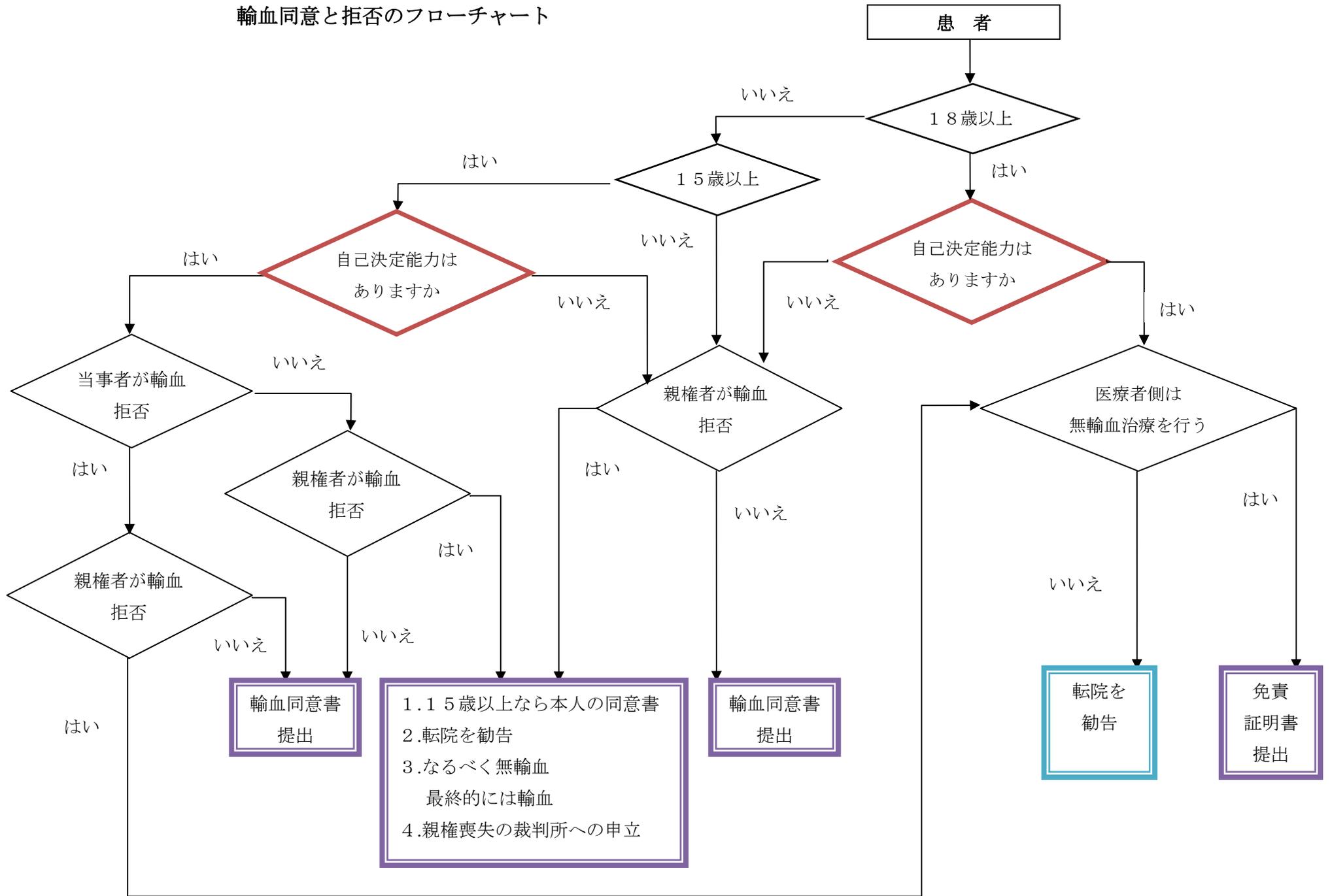
署 名 日 : 平成 年 月 日

患者氏名 _____ 住所 _____

代理人氏名 _____ 住所 _____

(患者との続柄: _____)

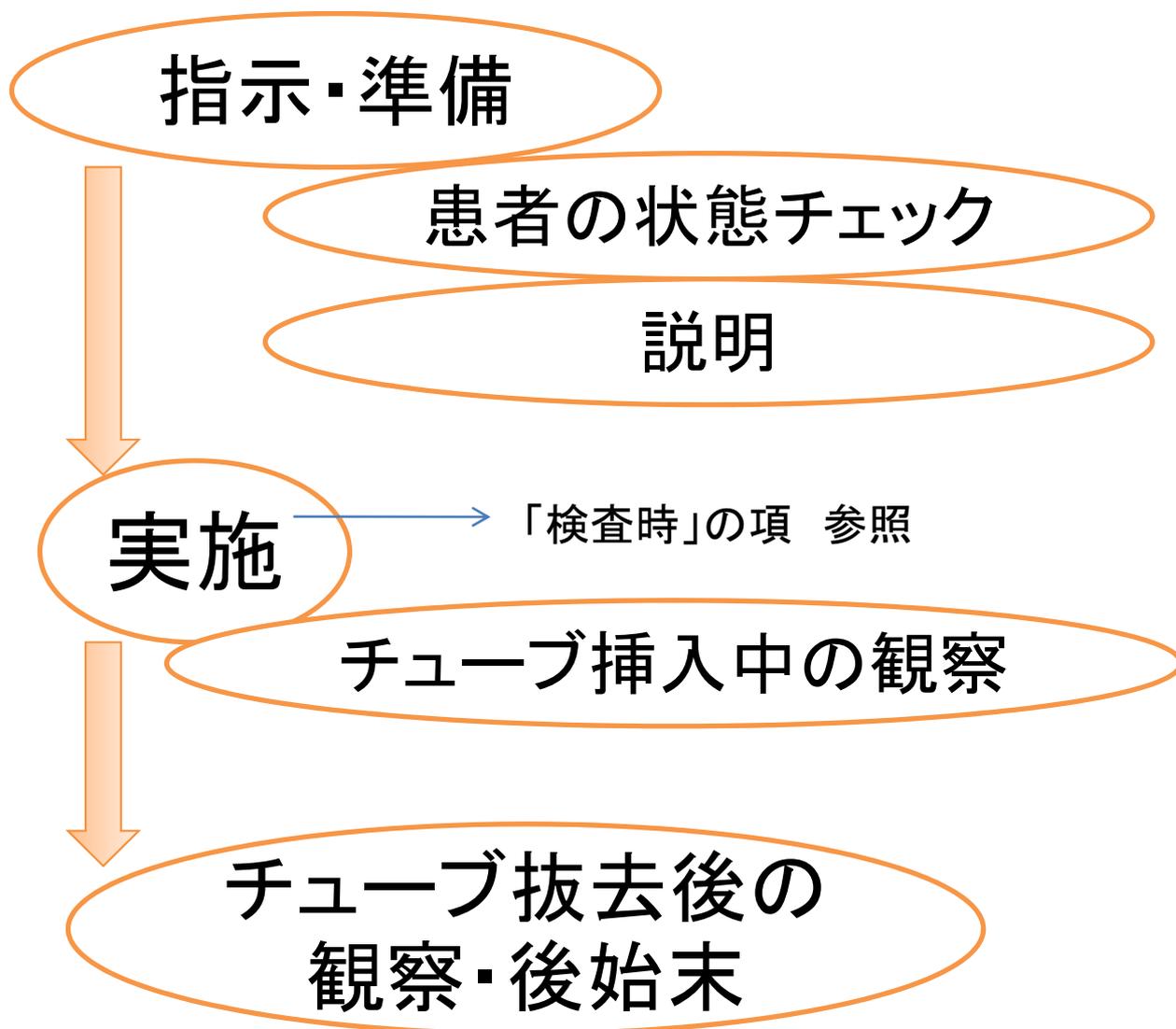
輸血同意と拒否のフローチャート



V-7

チューブ類管理の
事故防止対策
マニュアル

チューブ類管理時のながれ



エラー発生要因

1. 準備不足
2. 知識・技術の未熟
3. 観察不足
4. チューブ類の管理(固定等)不備
5. 患者の状態の把握不足

指示・準備

1. 患者の状態チェック

- 1) 年齢、発達段階、既往歴、理解度
- 2) 基礎疾患とその程度
医師の診断、諸検査結果、症状
- 3) 全身状態
バイタルサイン、訴え、障害等

2. 患者・家族への説明

- 1) チューブ類挿入の必要性、挿入・留置中の注意事項(動き方、できないことなど)理解できるように説明する。
- 2) 必要時、説明同意書を使用する。

実施

3. チューブ挿入中の観察

- 1) 患者の苦痛・不安が最小限であるかを観察し、緩和に努める。
- 2) チューブ類の固定がしっかりされているか。
排液が阻害されていないか。
屈曲・圧迫・捻転がない。接続がはずれていない。
患者がはずしていない、ずれていない。
- 3) 感染予防に留意されているか。
固定部及び周囲の皮膚に異常はないか。
- 4) 患者の一般状態

後始末・管理

4. チューブ類抜去後の観察

- 1) 患者の状態、バイタルサインの観察をする。
(挿入中と抜去後の変化に注意)
- 2) 抜去部位の観察、処置を行い、予測される部位を含めて異常の有無を観察する。
異常時は、医師に報告し対処する。

5. 後始末

- 1) 廃棄するもの、再消毒するものとは区別して処理する。
- 2) 廃棄するものは、医療廃棄物、体液等の廃棄等を適切に区別して処理する。
- 3) 感染防止に留意した手順で後始末を行う。

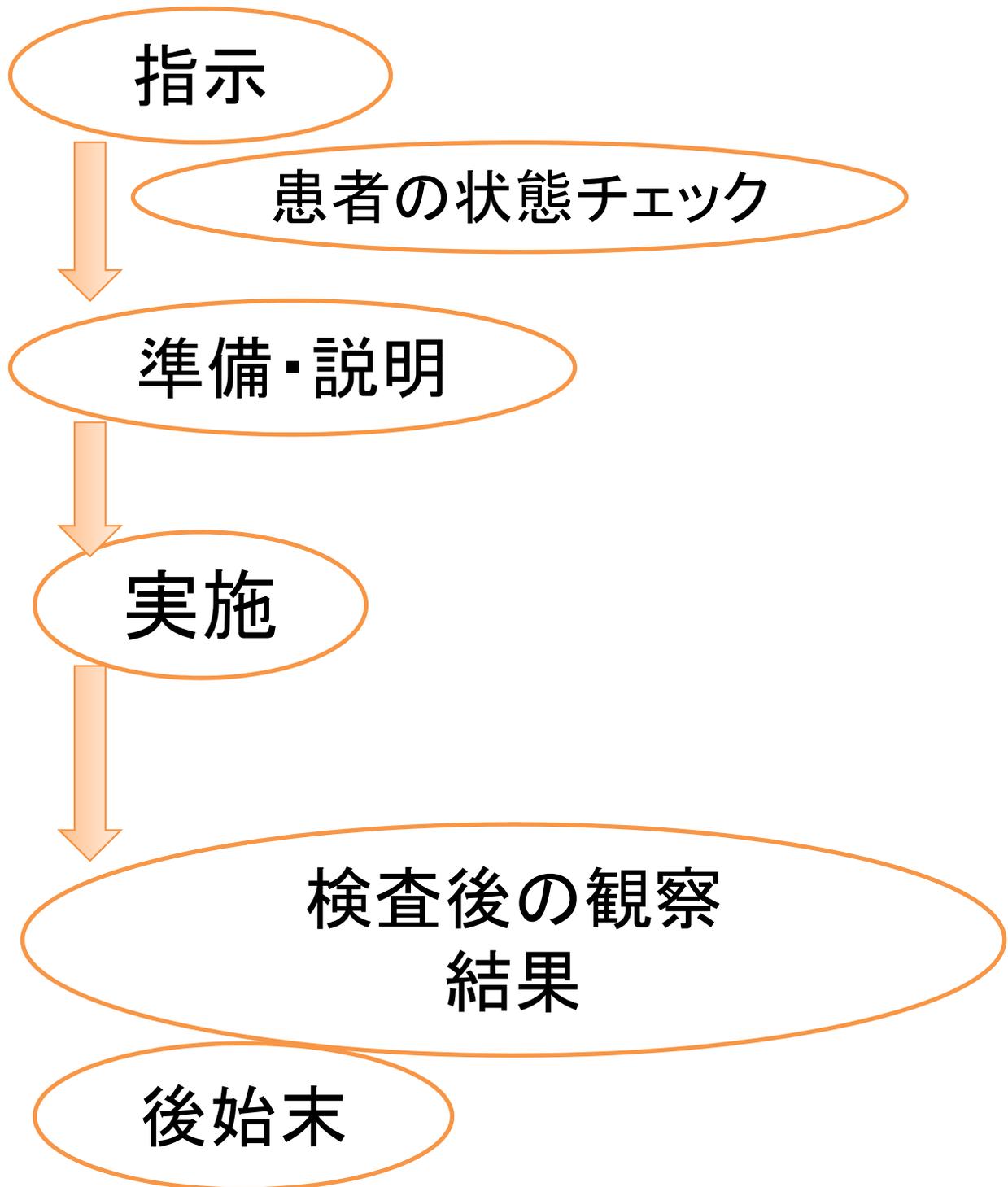
予期せぬ抜去時の対応

- 1) 医師へ報告。
指示への対応。
- 2) 再挿入時には、「検査」の項参照して準備、実施
- 3) 再度、抜去しない(できない)よう対応する。

V - 8

検査時の
事故防止対策
マニュアル

検査のながれ



エラー発生要因

1. 指示内容の誤認
2. 患者誤認
3. 伝達不足
4. 観察不足
5. 器材、材料のトラブル
6. 知識・技術の未熟
7. 準備不足
8. 患者の状態の把握不足

前記の流れにそって、エラー発生要因を踏まえた事故防止対策マニュアルを作成する。

指示

1. 医師は、指示内容を指示簿・各種伝票に正確に清明な文字で記入し、サインする。
患者氏名、実施日時、検査内容・目的、部位、方法、前準備の有無や内容、等の必要事項
2. 事前に連絡・予約が必要であることを理解し、必要な時は、医師が行う。
(放射線部での検査、特殊な血液検査、内視鏡)
3. 指示内容を看護師、検査実施(関連)部署に確実に連絡する。連絡システムを守る。

患者の把握

1. 看護師は、患者の状態を把握し、検査の意図を理解しておく。
 - 1) 年齢、成長・発達段階、既往歴、理解度
 - 2) 基礎疾患とその程度、全身状態
医師の診断、諸検査結果、症状
 - 3) 疾患・検査に対する訴え
 - 4) キーパーソン

説明・準備

1. 医師から、患者・家族に検査の説明を行い、十分な理解と同意を得る。必要時、説明同意書を使用する。
2. 看護師は、患者(家族)が説明を受けているかを確認し、不安や恐怖が軽減できるよう、検査の方法や留意点、準備するものなどを再度説明する。
3. 各検査の手順にそって適切な材料や機器を準備する。
消毒・滅菌物品、各材料、機器の作動確認
4. 患者の準備を指示通りに行う。

実施

1. 検査指示箋を再度確認する。
2. 患者本人であることを準備時を検査開始時に確認する。
(患者の姓名を呼ぶ、姓名を言って貰う、など)
3. 検査中の患者の状態を適宜観察する。
検査前処置の効果、苦痛、バイタルサイン等
異常時は、医師に報告し対処する。
4. 検査中、使用物品はトレー内など所定の場所に置き、むやみに患者の周りに置かない。
5. 無菌的(衛生的)操作に留意し、感染防止に努める。

検査後の観察・結果

1. 患者の全身状態をチェックする。
バイタルサイン、症状等
検査前後の変化
2. 患者の苦痛、不安を把握し、緩和に努める。
3. 検査結果、を、患者・家族に説明する。
(検査中の状況等を含めた説明が望ましい)
インフォームドコンセントの徹底。

後始末

1. 廃棄するもの、再消毒するもの、患者に返却するものとはを区別して処理する。
2. 廃棄するものは、一般、医療廃棄物の危険物、医療廃棄物の燃えるもの、体液の廃棄等を適切に区別して処理する。
3. 感染防止に留意した手順で後始末を行う。
(検査の実施場所の汚染の可能性も考慮)

パニック値について

JCHO 船橋中央病院 臨床検査科診療部

診療部門と臨床検査部との取り決めた限界値を超えた場合（パニック値）、担当医に電話で連絡する。

1. フィブリンや機械的なエラーがない事を確認する。
2. 関連項目も確認し、必要に応じて再検査する。
3. 至急報告書を依頼部署に出力する。
4. 担当医に直接、ID、患者名、項目名、測定値を電話連絡する。
5. パニック値の連絡を行った場合は、検査結果、連絡者、連絡先医師名を記録に残す。

臨床化学検査のパニック値

・ GOT (AST)	1000IU/L 以上	・ GPT (ALT)	1000IU/L 以上
・ LDH	4000IU/L 以上	・ ALP	4000IU/L 以上
・ CPK	1000IU/L 以上	・ AMY	1000IU/L 以上
・ GLU	50mg/dl 以下 500mg/dl L 以上		
・ Na	120mEq/L 以下 160mEq/L 以上		
・ K	6.0mEq/L 以上		
・ CL	80mEq/L 以下 130mEq/L 以上		

*健診受診者に対する取り決め

健康管理センターより依頼される検診検体については、下記のデータの場合は至急報告書を作成して健康管理センター医師に直接確認する。

・ GOT (AST)	200IU/L 以上	・ GPT (ALT)	200IU/L 以上
・ TG	1000mg/dl L 以上	・ AMY	300IU/L 以上
・ GLU	50mg/dl 以下 250mg/dl L 以上		

免疫血清検査のパニック値

初回検査時にのみ下記の場合は担当医に連絡する。

- | | | | |
|-----------|--------------------|---------|--------------|
| ・ AFP | 2000ng/ml 以上 | ・ CEA | 1000ng/ml 以上 |
| ・ CA19-9 | 1000ng/ml 以上 | ・ T-PSA | 50ng/ml 以上 |
| ・ TSH | 100 μ IU/ml 以上 | | |
| ・ F-T3 | 0.5 以下 | ・ F-T4 | 0.3 以下 |
| ・ トロポニン I | 0.04 ng/ml 以上 | ・ BNP | 2500pg/ml 以上 |
| ・ HIV | 1.0 s/co 以上 | | |
- ・ 血液型検査で表・裏不一致で血液型の判定ができない時。
 - ・ 不規則性抗体陽性で臨床的に意義があり輸血時に問題となる抗体が検出された時。
 - ・ 直接クームス試験が陽性となった場合。

血液検査のパニック値

- ・ WBC 20000/ μ l 以上
- ・ Hb 5.0g/dl 以下
- ・ 血小板 3 万/ μ l 以下 150 万/ μ l 以上
- ・ PT 10.0%以下
- ・ FDP 100 μ g/ml 以上
- ・ D ダイマー 80 μ g/ml 以上

*上記値であっても前回値と比較して変動がない場合は報告しない。

血液像について

- ・ 芽球の出現
- ・ 異型細胞の出現
- ・ 異常細胞の出現

*初回検査において上記細胞が出現した場合は、血液内科部長へ報告後、担当医へ連絡すること。

*健診受診者に対する取り決め

健康管理センターより依頼される検診検体については、下記のデータの場合には至急報告書を作成して健康管理センター医師に直接確認する。

- ・ WBC 2500/ μ l 以下 15000/ μ l 以上
- ・ Hb 7.0g/dl 以下
- ・ 血小板 5 万/ μ l 以下

細菌検査のパニック値

以下の結果の場合はそれぞれの連絡先へ報告する。

	連絡先①	連絡先②
血液培養陽性	担当医	病棟看護師
抗酸菌塗抹陽性 結核菌 PCR 陽性	担当医	ICN
各種耐性菌	病棟看護師（一部は ICN）	
ノロウイルス陽性	ICN	病棟看護師
その他の侵襲性の強い菌 の検出	担当医	

一般検査のパニック値

- ・ 髄膜炎及び髄膜浸潤の場合。
- ・ 外来患者で糖尿病性ケトアシドーシスが考えられる場合。
- ・ ミオグロビン、ヘモジデリンを認めた場合。
- ・ 赤痢アメーバを検出した場合。

生理機能検査におけるパニック値（所見）

【心電図】

- ・ ST の虚血性低下または上昇
- ・ R-R 間隔が 3 秒以上
- ・ 高度房室、洞房ブロック
- ・ R on T、VPC3 連発以上
- ・ 上室性頻拍
- ・ 心拍数 40 以下または 120 以上

【負荷心電図】

- ・ 負荷前禁忌所見
- ・ 負荷後の ST 変化
- ・ 負荷後の不整脈

【ホルター心電図】

- ・ R-R 間隔が 3 秒以上
- ・ PAT、高度房室、洞房ブロック
- ・ VPC3 連発以上
- ・ ペースメーカー不全

【脳波】

- ・ 検査中の大発作
- ・ 異常脳波の頻発

【超音波】

①心エコー

- ・ 心タンポナーゼ
- ・ 心腔内血栓、腫瘤
- ・ 大動脈解離
- ・ 人工弁不全

②腹部エコー

- ・ 急性肝炎
- ・ 肝膿瘍
- ・ 脾梗塞

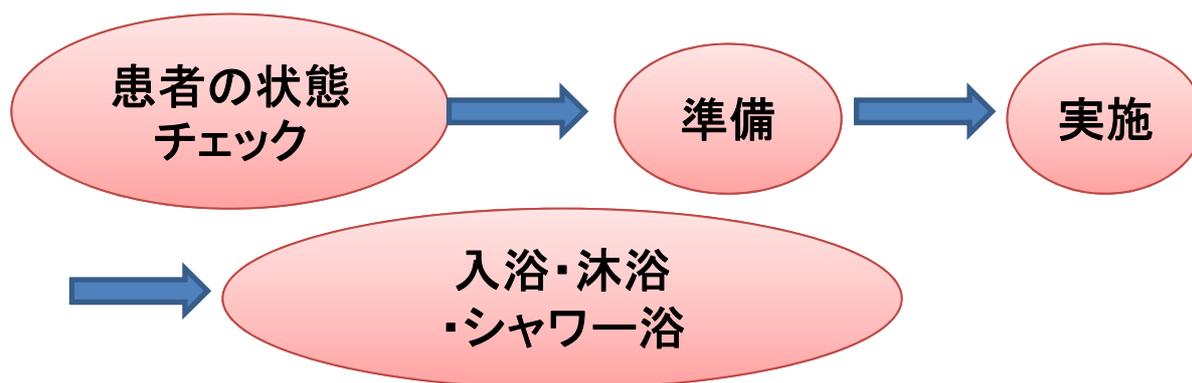
③血管エコー

- ・ 大動脈瘤解離
- ・ 下肢静脈血栓（広範囲）

V-9

入浴・沐浴・
シャワー浴時の
事故防止対策
マニュアル

入浴・沐浴・シャワー浴 施行時のながれ



エラー発生要因

1. 入浴・沐浴・シャワー浴環境の不備
2. 器具の整備点検の不備
3. 準備不備
4. 知識・技術の未熟
5. 観察不備
6. 温度調整の不備

入浴・沐浴・シャワー浴には、上記のようなながれがある。このながれに沿って、起こり得るエラー発生要因を考えながら、1項目ごとに事故防止対策マニュアルを作成するとともに、エラー発生防止ができるチェック表を作成する。

患者の状態をチェック

1. 患者の疾患と現在の状態を把握する

1) 疾患の程度、年齢

①ドクターの診断、諸検査のデータ

②成長・発達の段階

2) 現在、どのような状態にある患者なのか

① 筋力のない患者、緊張の強い患者、
気管切開を受けている患者、
変形の強い患者、新生児や低年齢児、
循環動態に変化が起こりやすい患者、
チューブやライン挿入のある患者、
機器類を装着している患者など

② バイタルサインのチェック

③ 入浴・沐浴・シャワー浴の前後に行われた
処置や検査の有無

準備

1. 患者の準備
 - 1) 患者に説明する
 - ① 入浴・沐浴・シャワー浴の説明
 - 2) 入浴・沐浴・シャワー浴に必要な物品を準備する
2. 入浴・沐浴・シャワー浴の準備
 - 1) 室内の環境を整える
 - ① 室内の整理整頓、移動に必要なスペースを確保
 - ② 室温、お湯の温度
 - 2) 入浴・沐浴・シャワー浴に必要な物を定位置に置く
3. 使用する器具の点検
 - 1) 入浴・沐浴・シャワー浴に使用する器具を点検する
 - ① 入浴時に使用するシャワー、シャワーチェア、シャワーボード
4. 緊急時の準備
 - 1) 患者の状態に応じた機器の準備をする
 - ① 吸引器、酸素ポンプ、アンビュウバックなど

実施

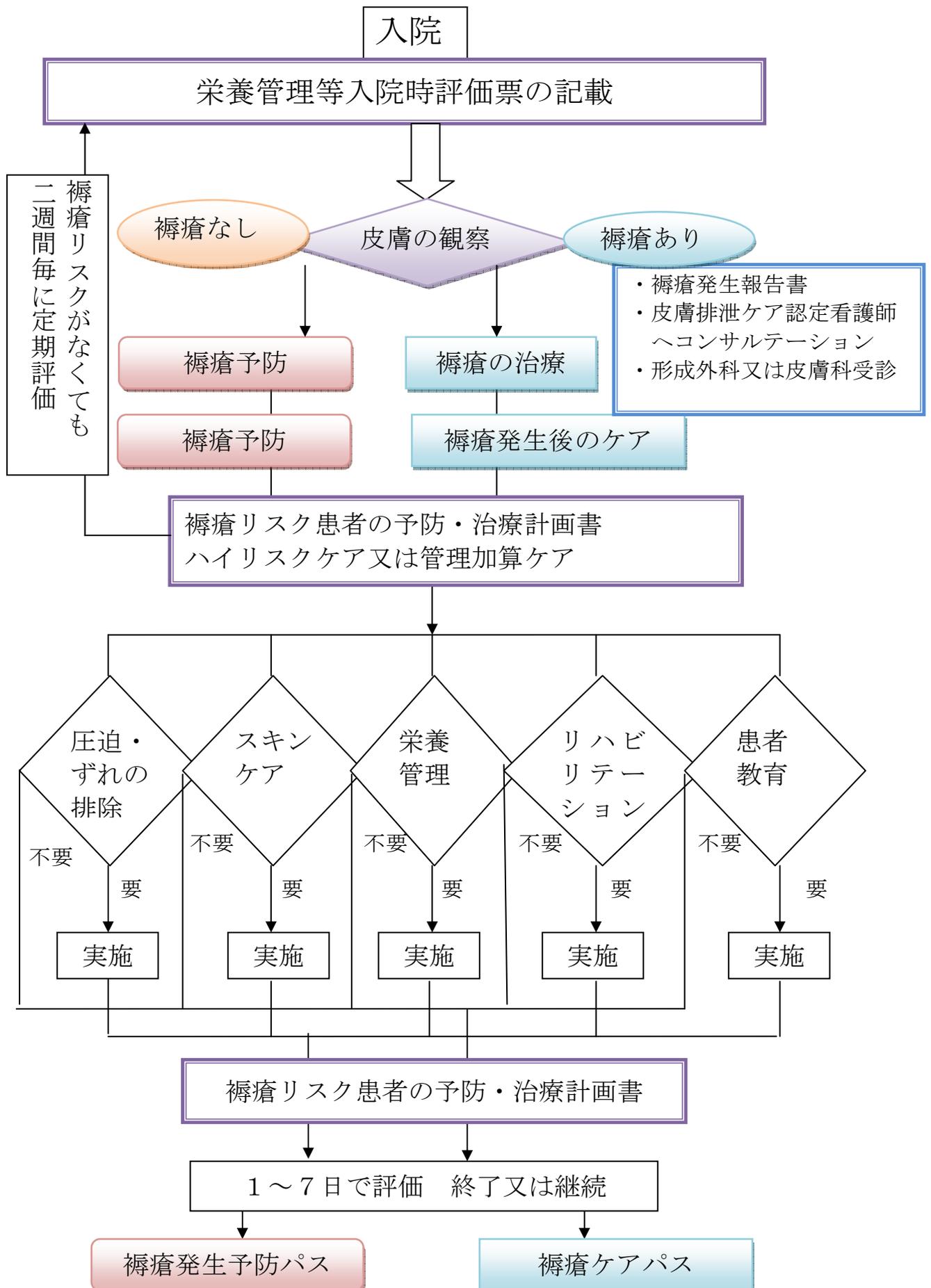
1. 入浴・沐浴・シャワー浴のシュミレーション
 - 1) 患者の現在の状態に応じたシュミレーションをする
 - ① 1人で行うのが良いのか、2人で行うのが良いのか
 - ② 安全に行うにはどのように行えば良いか
 - 2) シュミレーションした内容を患者に説明する
2. 入浴・沐浴・シャワー浴実施中の心得
 - 1) 患者がリラックスできるような配慮をする
 - ① 声掛け、入浴中の札など
 - 2) 入浴・沐浴・シャワー浴時に起こり得る事故の予測をする
 - ① 転倒・転落、溺水、熱傷、機器・チューブ類の抜去など
 - 3) 状態変化の有無をチェックする
 - ① 顔色、呼吸、表情など

入浴・沐浴・シャワー浴 後の観察

1. 患者の疾患と現在の状態に応じた観察
 - 1) 受け持ち看護師が行う場合
 - ① バイタルサインのチェック
 - 2) 受け持ち看護師以外が行う場合
 - ① 受け持ち看護師に入浴・沐浴・シャワー浴時の状態を報告する
 - ② バイタルサインのチェック

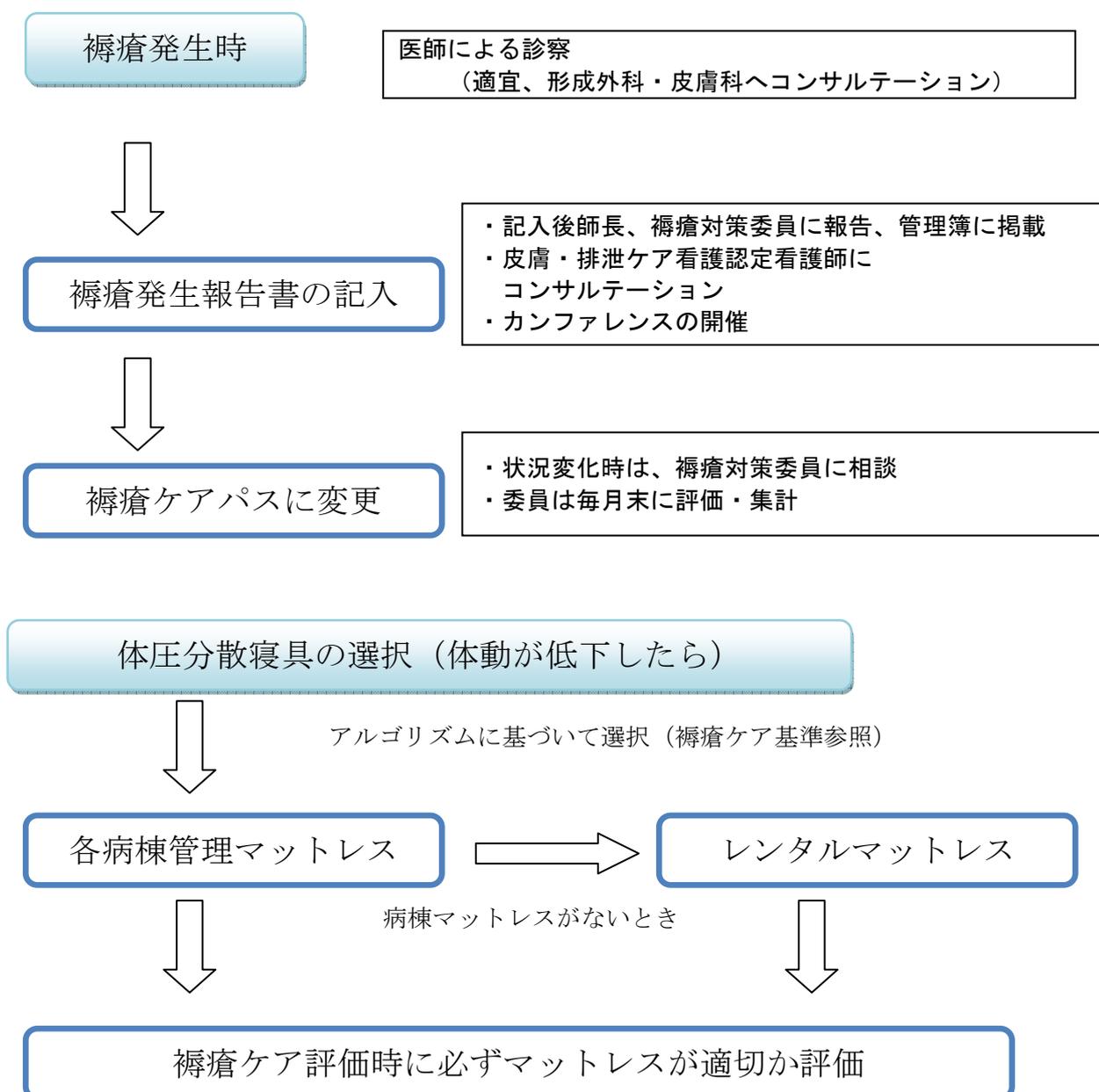
V - 10

褥瘡時の
事故防止対策
マニュアル



褥瘡の予防・発生後のフローチャート

1. 褥瘡の予防は観察から始まる
 2. 入院時の観察後、**栄養管理等入院時評価票**を用いてアセスメント評価を行う。
「褥瘡なし」「褥瘡リスクなし」と判定された場合でも、定期的な皮膚の観察・褥瘡発生の予測を2週間以内毎に行い、継続評価する。
 3. 皮膚の観察で、「褥瘡あり」「褥瘡リスクあり」と判定された場合、**褥瘡リスク患者の予防・治療計画書**を用いて褥瘡の治療・褥瘡発生後のケアについての計画・実施・評価をする。リスクの高い項目を重点的に計画する。計画立案時は、次回の評価日を設定する。
 4. 評価し、終了（栄養管理等入院時評価は続く）又は継続を判断する。
継続となったらパスまたは個別の看護計画へ移行する。
 5. 評価日以外でも、状況変化時は評価計画修正する。
- ※病状が安定しており、ブレーデンスケールが14点以上であれば、1週間毎の評価でもよい。
※病状が安定しており、ブレーデンスケールが17点以上であれば、2週間毎の評価でもよい。



DESIGN-R 褥瘡経過評価用（日本褥瘡学会）

Depth（深さ） 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合 これと相応の深さをして評価する					日 /
d	0	皮膚潰瘍・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を越える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷
				U	深さ判定が不能な場合
Exudate（浸出液）					
e	0	なし	E	6	多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量：毎日のドレッシング交換不要			
	3	中等量：1回/日のドレッシング交換要			
Size（大きさ） 皮膚損傷の範囲を測定 *長径（cm）×短径（cm）					
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上
	3	4未満			
	6	4以上 16未満			
	8	16以上 36未満			
	9	36以上 64未満			
	12	64以上 100未満			
Inflammation/Infection 炎症/感染					
i	0	局所の炎症兆候なし	I	3	局所の明らかな感染兆候あり（膿等）
	1	局所の炎症兆候あり （発赤、腫脹、熱感、疼痛）		9	全身的影響あり（発熱など）
Granulation tissue 肉芽組織					
g	0	治癒あるいは創が浅い為 肉芽形成の評価ができない	G	4	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%を占める		5	良性肉芽が創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満		6	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病勢をもって評価する					
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周（長径×短径）から潰瘍の大きさを差し引いたもの					
なし	0	記載せず	P	6	4未満
				9	4以上 16未満
				12	16以上 36未満
				24	36以上

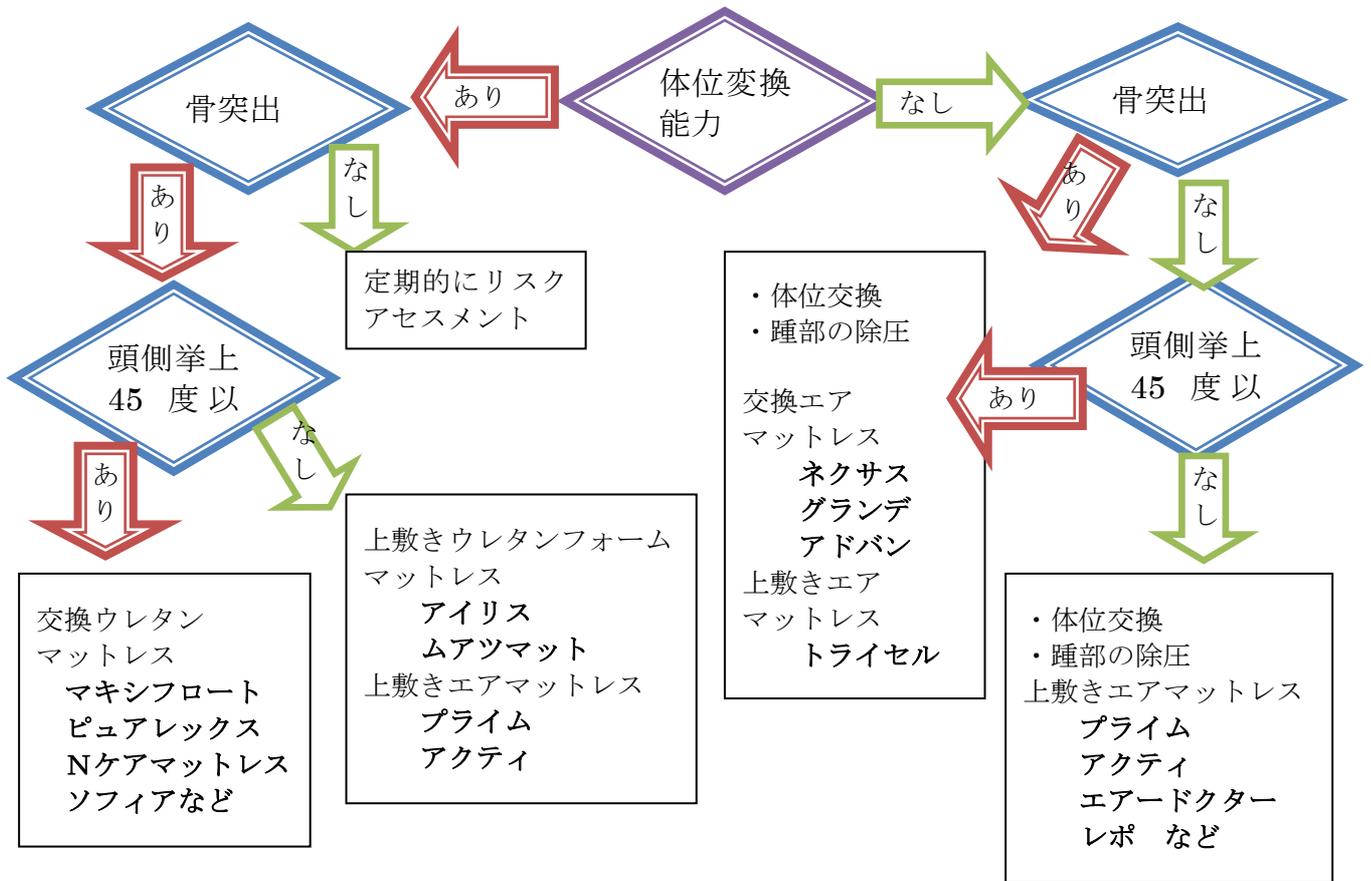
*深さ（Depth；d，D）の得点は合計点に加えない。

例＞ d 1 - e 0 s 3 i 0 g 0 n 0 3点

ブレーデンスケール（褥瘡発生リスクアセスメントチャート）

知覚と認知	1、全く知覚なし 痛みに対する反応なし、意識レベルの低下や鎮静による）あるいは、体のおおよそ全体にわたり痛覚の障害がある	2、重度の障害あり 痛みにのみ反応あり。あるいは知覚障害があり、体の1/2以上にわたり痛みや不快感の感じ方が完全ではない。	3、軽度の障害あり 呼びかけに反応するが、不快感や体位変換のニードを伝えられることが、いつも出来るとは限らない。あるいは幾分知覚障害があり、四肢の1, 2本に痛み・不快感の感じ方が完全ではない部分がある。	4、障害なし 呼びかけに反応する。知覚欠損はなく、痛みや不快感を訴えることができる。
湿潤	1、常に湿っている 皮膚は汗や尿などのために殆どいつも湿っている。患者を移動したり体位交換する毎に湿気が認められる。	2、たいてい湿っている 皮膚はいつもではないが、しばしば湿っている。各勤務時間中に少なくとも1回は寝衣を交換しなくてはならない。	3、時々湿っている 皮膚は時々湿っている。定期的な交換以外に1回/日程度寝衣を追加して交換する必要がある。	4、めったに湿っていない 皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣・寝具を交換すればよい。
活動性	1、臥床 寝たきりの状態である	2、座位可能 殆ど又は全く歩けない自力で体重を支えられなかったり、椅子や車椅子に座る時は、介助が必要であったりする。	3、時々歩行可能 介助の有無に関らず、歩くが、非常に短い時間に限られる。殆どの時間を床上で過ごす。	4、歩行可能 少なくとも2時間に1回は室内を歩く。
可動性	1、不良 介助なしでは体幹または四肢を少しも動かさない。	2、非常に限られる 時々体幹または四肢を少し動かす。しかし有効な体動はない。	3、やや限られる 自力で体幹または四肢を動かす。	4、自由に体動する 介助なしで頻回、適切な体動有り。
栄養状態	1、不良 決して全量摂取しない。めったに食事の1/3以上を食べない。5日以上末梢点滴を続けている。	2、やや不良 普段出された食事の1/2しか食べない。あるいは、栄養剤を受けているが、その量は1日必要量以下である。	3、良好 1食につき半分以上は食べる。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養やTPNを受けている。	4、非常に良好 毎食おおよそ食べる。捕食する必要はない。
摩擦とズレ	1、問題あり 移動のためには、中等度から最大限の介助を要する。シーツでこすれず体を動かすことは不可能である。しばしば床上や椅子の上でずり落ち、全面介助で何度も元の位置に戻すことが必要となる。痙攣、拘縮、振戦は持続的に摩擦を引き起こす。	2、潜在的に問題有り 弱々しく動く。又は最小限の介助が必要である。移動時、皮膚はある程度こすれている可能性がある。	3、問題なし いつでも椅子や床上でよい姿勢を保つことができる。十分体を支える筋力を備えている。	

体圧分散寝具の選択



定期的（2週間、または状態変化時）にリスクアセスメント
 特に外力（ズレや湿潤）のリスクが高まった時は評価

ポイント！ 体圧分散寝具の選択の目的は、

- ◇ 体圧分散効果があること
- ◇ 体動を妨げないこと
- ◇ 安楽に過ごせること
- ◇ 寝心地が良いこと

です。

褥瘡発生報告書

ID
氏名

所属；	病棟		
年齢；	歳	性別；	男 女
発生場所； 自施設、他施設、在宅			
入院日；			
発生日；			報告者印

受け持ち看護師記入欄

病名 入院目的は◎ 既往歴は ○	脳血管障害後遺症、 骨・関節疾患、 悪性新生物、 感染、 高血圧、 循環器疾患、 脊椎疾患、 外傷、 老衰、 糖尿病 腎不全、 電解質異常、 褥瘡、 その他（ ）							
健康障害のレベル	急性期	周手術期	慢性期	リハビリ期	終末期			
日常生活自立度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
褥瘡部位	後頭部 肩甲骨部（右・左） 仙骨部 後腸骨稜部（右・左） 脊椎部 踵部（右・左） ・ ・ ・ 臥位の好発部位 尾骨部 坐骨結節部（右・左） ・ ・ ・ 座位の好発部位 耳介部（右・左） 大転子部（右・左） 外果部（右・左） 頸骨部 ・ ・ ・ 側臥位の好発部位							
褥瘡評価 DESIGN 各項目の点数記入	D d	E e	S s	I i	G g	N n	P	合計 点

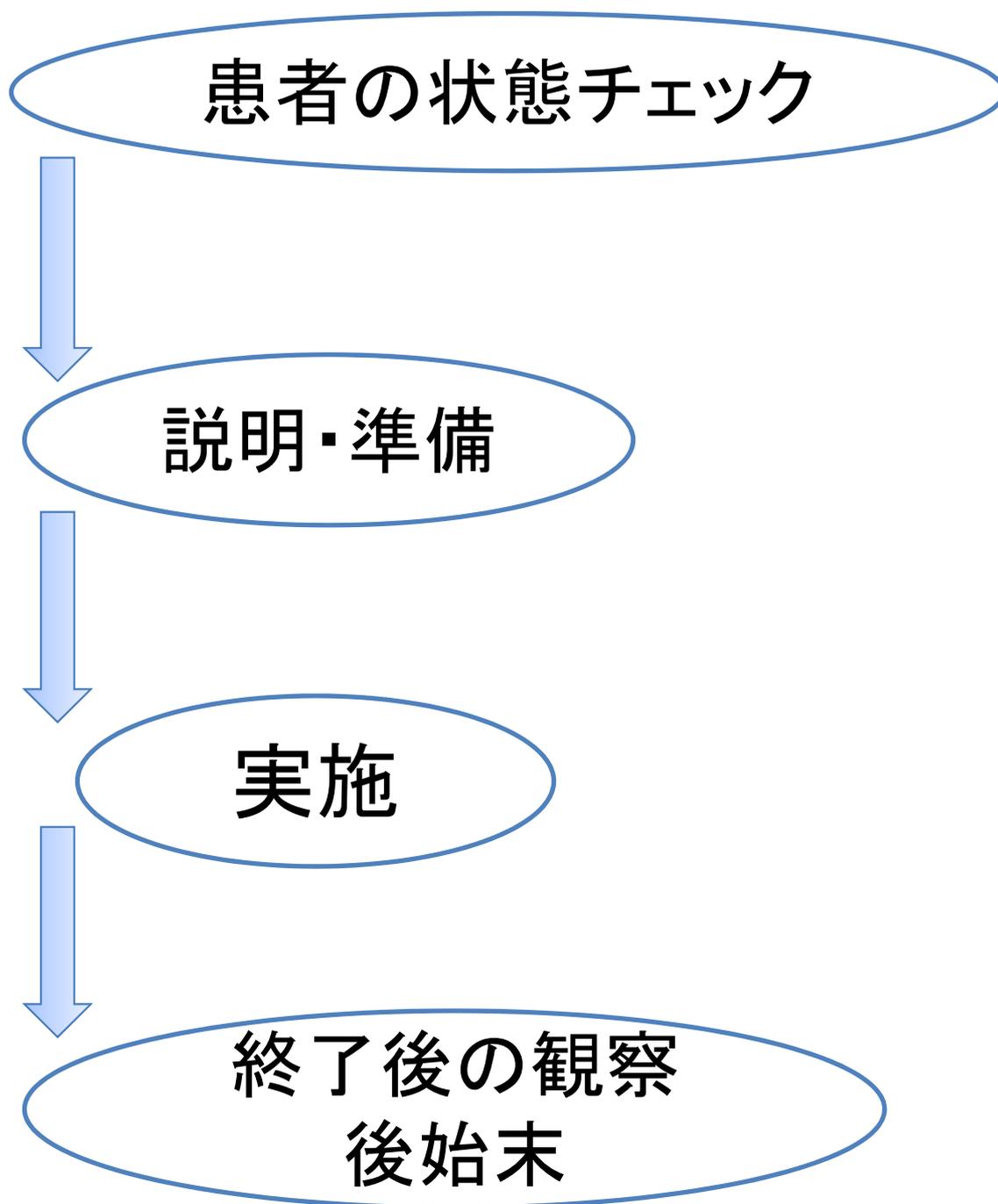
1. 入院時褥瘡を発見したら、もしくは入院中に褥瘡発生したら、この用紙を作成する。
2. 左上にIDカードを押す。
3. 右枠に、所属セクション、年齢、性別、発生場所、入院日を記入する。
4. 1か所につき1枚記入する。記入したら速やかに師長に報告し、管理日誌に記載する。
管理簿の褥瘡発生者数はこの用紙をカウントして記載するため、所定の場所に保管する。
5. 転科転棟時、退院時は、この用紙も転棟先または外来へ申し送る。
6. 治療が終了した場合も速やかに師長へ報告し、下の表に治癒日を記載する。

評価日	DESIGN	使用薬剤、使用材料
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
月末	D E S I G N	
治療終了年月日	平成 年 月 日（治癒・退院・転院・死亡）	治癒期間 日

V - 11

摂食・経管栄養の
事故防止対策
マニュアル

摂食・経管栄養時のながれ



エラー発生要因

1. 準備不足
2. 知識・技術の未熟
3. 観察の不備
4. 器具の整備点検の不備
5. 患者の状態の把握不足

起こり得る事故

経口摂取の場合

1. 配膳の誤り
2. 禁飲食患者の飲食
3. 飲食物の誤嚥、窒息
4. 飲食物の誤嚥による肺炎
5. 異物混入
6. アレルギー反応

経管栄養の場合

1. チューブ留置部位の誤りによる窒息、誤嚥
2. 異物混入
3. 注入方法不備による副作用の出現（嘔吐、下痢など）

1. 患者の状態を把握しておく

- 1) 患者の疾患とその程度
年齢、ADL、既往歴、理解度、
バイタルサイン
必要時、嚥下機能評価による嚥下機能を把握。
- 2) 治療、検査の確認とそれに伴う飲食指示を確認する。
- 3) 食前の処置の有無を確認する。
食前薬、血糖測定等
- 4) 食物アレルギーの有無、嗜好を確認する。

2. 患者に適した方法をアセスメントして準備する。

- 1) 患者に適した食事の種類を選択し、説明する。
- 2) 患者が食事のできる状態であるか確認する。
(吐き気、疼痛、食欲など)
- 3) 環境を整える。
- 4) 患者の姿勢を整える。
- 5) 口腔内の清浄を確認する。
(義歯の装着やそれによる痛みの有無、異物の有無)
- 6) 排泄の有無を確認する。
- 7) 誤嚥、窒息等、異常が発生した時に対処できるような
準備をしておく。(準備を確認しておく)
吸引一式など

3. 実施

経口摂取の場合

- 1) 配膳時、患者とお膳上の氏名等記載用紙と食事内容が合っていることを確認する。
患者氏名、食事内容(禁止食材の有無)
箸、スプーンなど
- 2) 食物の温度、量、食べる速度を患者に合わせて行う。
- 3) 患者に合った食事介助の範囲を把握し、適切な介助を行う。
- 4) 咀嚼、嚥下障害などの異常の有無に注意し、対処できる準備をしておく。

経管栄養の場合

- 1) 食事の量、種類、速度等の指示を再確認し、指示通りに行う。
- 2) 栄養チューブを挿入し、適正な部位に入っていることを確認して固定する。
- 3) 注入中の患者の変化・訴えを観察し、異常時には対処する。
嘔吐、逆流、吃逆、下痢 等
- 4) 栄養剤の温度、速度を適切に保つよう管理する。
(「チューブ類の管理」の項参照)
- 5) 注入中から終了後、上半身を高くした体位を保ち、逆流を防止する。
- 6) 薬剤を注入する際、外用薬用の注射器(黄色)を使用する。

4. 摂取後、患者の状態を観察する。

- 1) 口腔内の確認と清浄
- 2) 摂取量、訴え
- 3) 呼吸状態
- 4) 全身状態

5. 後始末をする。

- 1) 口腔内および顔、手などの清浄
- 2) 患者の姿勢を安楽な体位にし、ベッドサイドなどの環境を整える。
- 3) 使用器具などを適切な方法で洗浄し、清潔に適正な場所に保存する。
- 4) 下膳の際には、私物(スプーン、義歯等)をなくさないように注意して行う。

※窒息・誤嚥の事故防止および発生時の対応は、
「窒息」の項参照

V - 12

窒息の
事故防止対策
マニュアル

窒息事故のパターン

患者の状態・環境

1. 咀嚼・嚥下能力の低下や障害
2. 小児・乳児
3. 認知低下、精神・意識障害
4. 痰が多い、痰の喀出困難な状態
5. 嘔吐
6. 気道狭窄になる疾患
7. 食事の形態・種類
8. 食事時の姿勢、介助の仕方

どのような事故か

1. 食事時の誤嚥・誤飲
2. バリウムによる上部消化管造影検査時の誤嚥
3. 小児・乳児、及び認知低下、精神・意識障害のある患者の異物誤嚥
4. 痰や吐物が出しきれずに詰まる
5. 気管支喘息発作時の急激な気道狭窄

発生要因

1. 食事時の不適切な姿勢、未熟な介助技術
2. 観察と患者状況アセスメント不足
3. ベッド周囲の整理整頓不足
4. 吸引器等の準備不足
5. 知識・技術の未熟

窒息防止対策の要点

1. 気道確保
2. 食事姿勢の工夫(安全な姿勢)
3. 食事形態の工夫
4. 吸引器の準備、使用
5. 患者の病態を理解しておく
〔 脳卒中後後遺症、パーキンソン病、
認知症、乳幼児など 〕
6. 窒息発生時に速やかに対処できる準備
 - 1) 救急カートの準備
常時使用できるよう準備し、所定の場所に設置しておく。
 - 2) 緊急時の連絡方法・連絡先、必要機器等明示し、熟知しておく。

以上の要点をもとに窒息の防止対策をまとめる

窒息防止対策マニュアル

《食事の誤嚥・誤飲防止》

1. 患者の観察と状態把握。
 - 1) 咀嚼・嚥下機能のレベル
 - 2) 食事時に正しい基本姿勢がとれるか
 - 3) 患者個々の摂食のペース、1回量
 - 4) 食事中・後には、誤嚥(むせ)がないかどうか
2. 食事形態の工夫
 - 1) 医師、看護師、摂食嚥下認定看護師、栄養士等とのカンファレンスにより、患者の状態や嚥下能力にあった食事を工夫する。
 - 2) 患者・家族に食事形態選択の理由を説明し、ご家族の協力を得る。
3. 患者の特性・状況にあった食事介助を行う。
 - 1) 食事姿勢の工夫
枕等を利用して基本姿勢に近づける。
〔基本姿勢は、
頭と脊椎が垂直になるように正中位を保持する。
頭部が伸展しないように頸部を前屈させる。〕
 - 2) 患者個々の摂食のペース、1回量を確認しながら介助する。
 - 3) リラックスできるような話をしながら行う。
4. 上記内容を看護記録に記載し、情報を共有する。

《痰の窒息防止》

1. 患者の観察と状態把握

- 1) バイタルサイン測定(酸素飽和度含)、胸部の聴診により、肺音、喘息の程度等把握する。
- 2) 痰の出やすい病状か否か
- 3) 痰や吐物の喀出力が十分か否か
- 4) 気道狭窄の有無及び程度
- 5) 窒息のリスクが高い患者を、勤務室に近い病室に移動し、観察が密にできるようにする。

2. 気道の浄化、気道確保

- 1) 体位ドレナージ、ネブライザー吸入を適切に行い、痰吸引を行う。
- 2) 1回の吸引で痰がきれない時は、患者の状態をみながら行う。
- 2) 十分に排痰を行い、聴取して喘鳴音が残っている場合は、残っている肺野を上にした側臥位をとる。

3. 吸引器の整備

- 1) 吸引器は排液量に注意し、ルートなども定時点検を行い、いつでも使用可能な状態にしておく。
(特に排液バック交換後には作動確認する)
- 2) 吸引圧、吸引持続時間を適切に行う。
吸引圧: 80~120mmHg
吸引時間: 大人は 10~15秒間
乳幼児は 5~10秒間

《異物誤嚥・誤飲防止》

1. ベッド上及び周囲の整理整頓

- 1) 担当看護師は、環境整備時、また訪室時に患者のベッド上及び周囲に危険物になり得る物は無いか点検する。
- 2) 処置を行う看護師は、トレーなどを持参し、処置後は置き忘れは無いか点検する。
- 3) 床、ベッド、ベッド周囲の清掃、片付けを意識的に行う。患者の手の届かない置き場所の工夫。

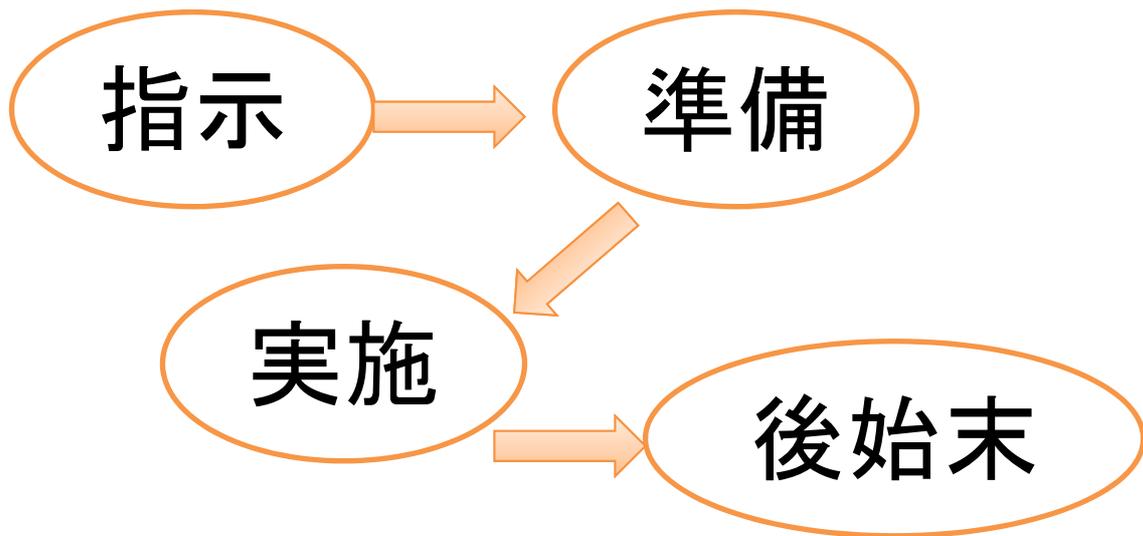
2. 患者の把握

- 1) 看護師は、患者の個々の特性を把握し、記録に残す。
- 2) 看護師は、異食・多食行動をとる患者の行動や所在を確認する。

V - 13

酸素吸入時の
事故防止対策
マニュアル

酸素吸入施行時のながれ



エラー発生要因

1. 指示内容の誤認
2. 職員間の伝達不足
3. 酸素吸入中の観察不足
4. 機器取扱いの知識不足
5. 患者の状態の把握不足

酸素吸入時のリスク

想定されるリスク

1. 酸素配管口の間違い
2. 酸素切れ
3. ルートの逸脱・欠陥
4. 爆発
5. レスピレータ誤作動

対策

1. 酸素配管・酸素ポンベの確認
2. 酸素ポンベ残量の確認
3. 酸素ルート・マスクカニューレの確認
4. 火気の注意、特に酸素供給源を交換する際
5. レスピレータ誤作動

事故防止の要点

1. 医師は、指示内容を指示簿に正確・鮮明な文字で記入する。
2. 機器が正常に作動しているか確認する。
3. 酸素マスク・カニューレの装着を確認する。
4. ルートを確認する
5. 人工呼吸器の加湿器の蒸留水、温度を確認する。
6. 火気厳禁

以上の要点をもとに、酸素吸入施行時のながれにそって事故防止対策マニュアルの詳細をまとめる

指示

1. 医師は必ず指示表に酸素吸入の指示を記入し、サインする。
 - 1) 指示はボールペンで誰が見ても間違わない活字とする。
 - 2) 記入内容は省略しない。
 - ①患者氏名、 ②月日時間、
 - ③酸素吸入量(リットル、%)、 ④方法、 ⑤サイン
2. 看護師に確実に指示を伝える。

準備

1. 担当看護師は、指示表で酸素吸入量・方法を確認し、サインする。
2. 適正な物品を準備し、作動点検を行う。
 - 1) チューブ類、器具が正しくセッティングされているか。はずれないか。
 - 2) 確実に酸素が流出するか。
3. 患者の状態と酸素吸入の必要性を理解しておく。
4. 患者・家族に、酸素吸入の必要性・注意点をきちんと説明する。

実施

1. 患者の氏名をフルネームで確認し、酸素吸入量が必要であることを再度説明して開始する。
2. 指示通りに実施できているかを確認する。
 - 1) 酸素吸入量・方法が指示通りである。
 - 2) チューブの屈曲・圧迫・捻転がない。
 - 3) 接続がはずれていない。
 - 4) 患者がはずしていない、ずれていない。
 - 5) 確実に酸素が流出しているか。
3. 患者の状態変化を観察する。
4. 看護記録に記入し、サインする。

後始末・管理

1. 物品に適した方法で消毒する。
2. すぐ使用できるように整然と一定の場所に保管する。
3. 修理が必要なものは、速やかにその手続きをとる。

V - 14

人工呼吸器の
事故防止対策
マニュアル

エラーの発生要因

1. 整備点検の不備

2. 機器についての知識不足

3. 人工呼吸器装着の実施における指示の確認不足

4. 機械に対する過信、
または無頓着

4. アラーム装置無作動

5. 挿管中の観察不足

事故防止の要点

1. 原則として施行前に、本人・関係者に説明し同意を得る。緊急の場合は呼吸器装着を優先してもやむを得ない。
2. コンセント(電源)の接続、スイッチを何度でも確認する。
3. 回路は確実に接続されているか、患者に装着する前にテストランプを付けて確認する。
4. 設定条件は、変更の都度、医師が指示簿に記入する。
5. 設定条件通り、正しく作動しているか確認する。
 - ①指示の変更時
 - ②ケア、処置の終了後
 - ③勤務交代時等、病棟毎事に決められた時
6. チェック事項を呼吸管理表上に記入できるように工夫し、チェックしたことを記録に残す。
7. 加湿器には精製水以外のものを混入させない。(表示、保管場所、容器の区別等の工夫)

8. アラーム音の意味を理解し、適切な対処ができるようにする。
〔 対処できない時は、速やかに医師
または臨床工学士に連絡する。 〕
9. チューブによる気管損傷、抜去等のチューブトラブル防止に留意して、固定、位置の確認、回路の伸展の有無を観察して管理する。
10. アンビューバッグを患者のそばに準備しておく。または、常時使用できるように準備し、所定の場所に設置しておく。
11. 使用中の人工呼吸器の不具合時に対応できるように、他の人工呼吸器の準備方法を明示しておく。

事故の予防対策

1. 機器の点検の確認

- 1) 点検整備の責任者を決め、定期的点検を必ず実施し、その日時を記しておく。
(破損の有無、亀裂の有無、回路の組み立て方)
 - ① 使用に備え、機器、物品の消毒・滅菌・点検は責任者がチェックする。
 - ② 管、加湿器等の消耗品は、必ず予備を置いておく。
- 2) 責任者は、誰にでもわかる操作方法を書いたカードを作り、呼吸器に備え付けておく。

2. 人工呼吸器の種類と使用方法の確認

- 1) 説明書は病棟ごとに一定場所に保管する。
- 2) 機器の使用方法は、全員が必ず説明書を読む。

3. 設定と設定条件の確認

- 1) コンセント(電源)の接続、スイッチを確認する。
- 2) 正しい回路の接続を行う。
- 3) 患者に使用する前にテストラングを用いて使用試験を行う。
- 4) 条件の設定は医師が行い、指示簿に記載する。
(開始時及び設定条件変更時)
看護師は指示を確認する。
- 5) 医師、担当看護師は設定条件を確認する。

6)アンビューバッグを準備する。

【留意点】

※看護師も機器に対する知識を周知しておく。

※確認のポイントを書いた一覧表を機器に下げておく。

※設定条件はチェック表や患者経過用紙などに記載する。

※設定変更時に、医師は速やかに担当看護師に伝える。

※抜管や大きな設定条件の変更は、人手の少ない時は必要最小限にする。

4. 機器の点検と患者の観察

1)気管内挿管後は必ず気管チューブの適切な位置の確認と気管内挿管である事を確認する。

(胸部レントゲン写真、気管支ファイバースコープ等)

2)医師、担当看護師は設定条件通り正しく作動しているか確認する。

①チェック表に基づいて、医師・看護師がチェックする。

②指示変更時、ケア・処置時、勤務交代時等にチェックし、サインする。

3)医師、担当看護師は機器を過信せず、自分自身の目・耳(聴診器)などで訪室のたびに確かめる。

①呼吸器装着中の観察の視点

・患者の胸郭の動き、・自発呼吸の確認

・設定どおりの呼吸数であるか

・呼吸音の確認(異常音、左右肺の呼吸音の違い)

②患者の意識状態の観察(自己抜管の危険性)

- ③循環動態の観察(脈拍、血圧、尿量等)
パルスオキシメータ装着するなど患者の低換気状態を警報音でキャッチできる状態にしておくことが望ましい。
- ④皮膚の状態観察
チアノーゼ、褥瘡、湿潤の有無

4)人工呼吸器の回路の点検

回路の屈曲、捻転、閉塞、接続のゆるみが無いか。
蛇管の水滴のたまりはないか。

【留意点】

- ※蛇管の重みで気管内チューブが引っ張られないよう、蛇管は緩みをもたせて配置(固定)する。
また、体位交換時は、蛇管を持って行う。
(特に人工呼吸器の反対側を向くとき)
- ※体位交換毎に蛇管の固定をやり直す。

5)加湿器の精製水の量・温度の管理

精製水の量は不足しないように、定期的にチェックし、補充する。

【留意点】

- ※加湿器に精製水以外のものを混入させないよう、表示、保管場所、容器の区別をする。

6)不意の停電時の対処を熟知しておく。

- ①充電不可の確認。
- ②通電再開までアンビューバッグで換気を続ける。
- ③再度装着する時は、作動状況をチェックする。
- ④別紙の緊急連絡フローを配布して行動できるようにしておく。

5. アラーム音の確認、患者観察

- 1) 異常が生じた場合のアラーム機能は、常に作動するようにセットしておく。

【留意点】

※アラーム音に気付いた看護師がすぐに訪室し観察する。

※常に医師と看護師の連携を図っておく。

- 2) アラームの原因を速やかに判断し、除去する。

- ① 人工呼吸器に表示される警報とその対処方法を理解しておく。
- ② 患者の状態および人工呼吸器の警報に適した対処を行う。
- ③ 必要時、医師に連絡し指示を受ける。

6. 気管内チューブ挿入中の固定の確認

- 1) カフ圧の調整の保持

- ① 指示された圧が保持されているか、担当看護師は各勤務毎に確認する。
- ② 指示されたカフ圧を守るために、カフに注入した空気の量をカルテ(チェックリスト)に記録しておく。
- ③ 看護師は指示を確認する。
- ④ カフ圧に漏れがあると気道粘膜の逆流性肺炎を併発する原因となるため、注意して呼吸音を確認する。
- ⑤ 体位交換時や再固定時にはチューブのパイロットカフを引きちぎったりしないように注意する。

- 2) チューブによる気管損傷の防止に留意する。

- 3) 気管内チューブの挿入長さ(固定部)を印し、印の位置のずれの有無を観察する。

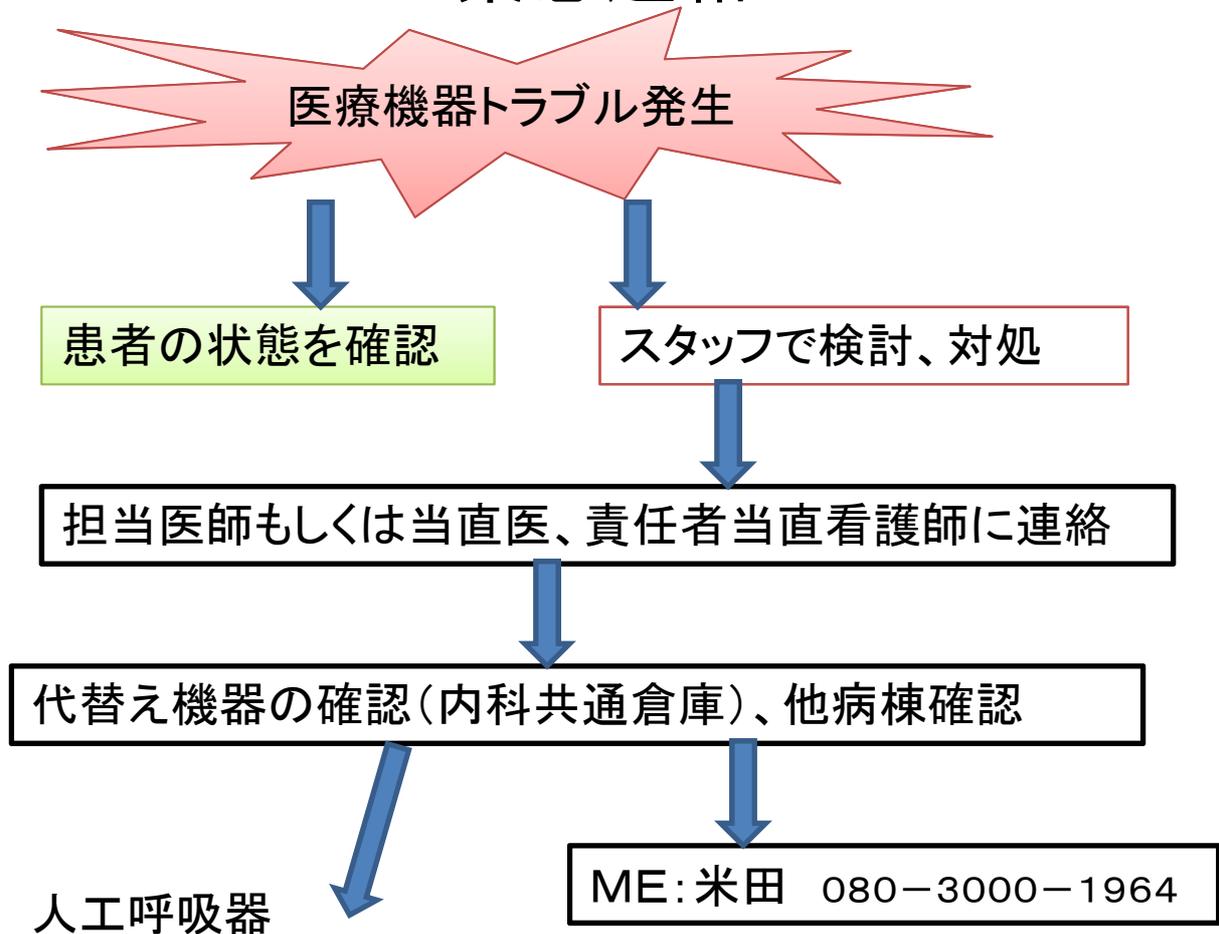
ずれがある場合、医師に連絡し、処置の準備をする。

- 4) 絆創膏固定が確実であるかどうか確認し、固定は毎日位置を少しずつ変えて固定し直す。
- 5) 固定部及びその周囲の皮膚の保護に努める。
皮膚のかぶれ防止のため清潔を保ち、皮膚の観察をおこなう。

7. 気道の清浄保持

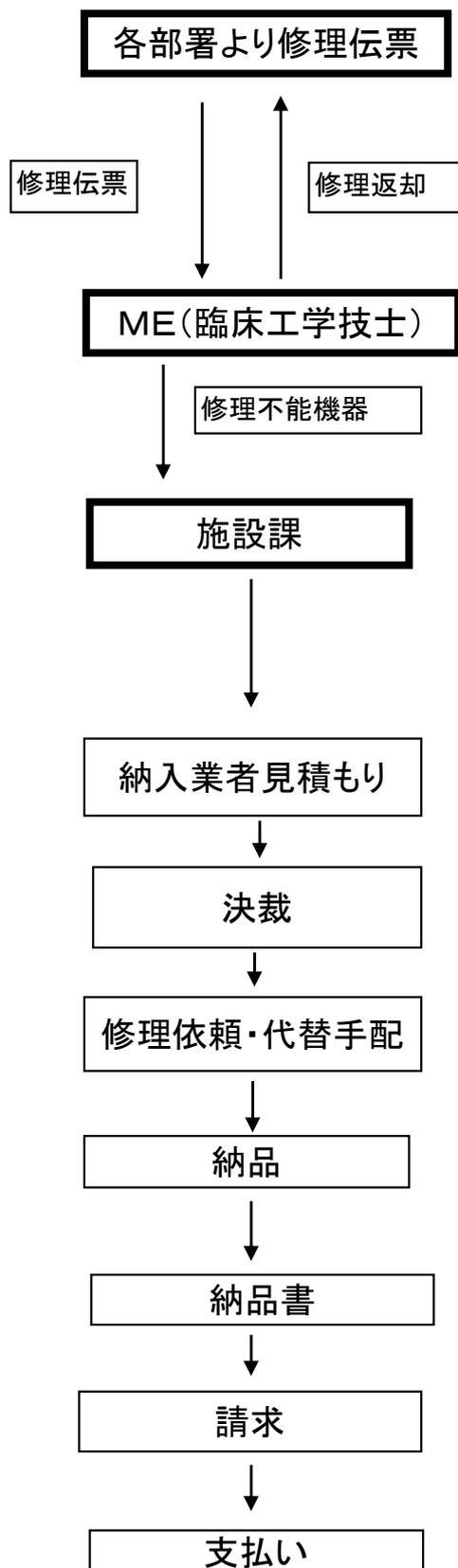
- 1) 気道内吸引により、有効な呼吸管理ができるようにする。
 - ① 口腔内と気管内の吸引は、清潔操作や器具を区別して行う。(吸引用のカテーテル、吸引順等)
誰にでもわかるように口腔内、気管内の表示をする。
 - ② 吸引時は、100%酸素とし、吸引中も患者の状態や酸素飽和度を注意しながら実施する。
(吸引圧、吸引時間は、「窒息」の項参照)
 - ③ 吸引により気管内チューブが引っ張られるので、吸引時はチューブを手で押さえながら行う。

医療機器の夜間・休日 緊急連絡



機種名	メーカー名	電話番号
エビタシリーズ	日本光電	0120-57-5568
サーボ i	フクダ電子	03-3815-2121
アイカCLV90	アネス	03-3815-4317
セテファニー	アトム	0120-32-3821
ベビログ	ドレーゲル	0120-57-5568
ハミング	イワキ	0120-26-9023
セルセーバー	ヘモネティクスジャパン	0120-44-8263

修理依頼順序



V - 15

気管切開のある患者の
事故防止対策
マニュアル

H31. 1. 4 改訂

起こり得る事故

気管カニューレの抜去

気管カニューレの閉塞

気管カニューレの位置のずれ
カフもれ

気管切開創の感染

事故の予防対策

1. カニューレの確実な固定

2. カニューレ装着部位の観察

- 医師・看護師は、訪室、ケアのたびにカニューレの固定状態、位置を確認する。
- 担当看護師は、カニューレのカフ圧、カフ漏れのチェックを各勤務で1回確認する。
- カニューレのカフ圧・太さは記録しておく

3. 患者の状態観察

- 医師・看護師は訪室ごとに顔色、チアノーゼ、呼吸音、カニューレ及び周囲皮膚を観察する。
- カニューレのチェック時には、必ず患者の反応(固定がきつくないか等)を確認しながら行う。

4. 確実な吸引、体位ドレナージ、タッピング

- 吸引前後は肺野を聴診し、喘鳴音、左右差の有無や部位を確認する。
- 吸引前・中・後で患者の状態を観察しながら、患者の反応、満足度を確認する。
- 聴診で喘鳴音の残っている肺野を上側の側臥位にして、タッピングをし、十分に喀痰吸引を行う。
- ネブライザー吸入後も必ず十分喀痰吸引してから、次の処置やケアに入る。

5. 皮膚・気道の清潔保持

- 吸引は、必ず清潔操作で行う。(口腔用と気管内用を区別して実施)
- 気道の乾燥予防と異物混入予防のため、カニューレをガーゼ等で覆い、その布の清潔を保つ。
- カニューレ周囲皮膚を清潔に保つ。(ガーゼ交換等)

6. カニューレの交換

- カニューレは週に1回程度交換する。カニューレの喀痰の付着程度や汚染によって必要時交換する。

7. カニューレ抜去時に備えた準備

- カニューレー式をベッドサイドに準備しておく。
- アンビュバック、ジャクソンリースをすぐに使える決められた場所に準備しておく。
- 気管内挿管用具一式をすぐに使える決められた場所に準備しておく。

8. 酸素吸入している場合は次の「酸素吸入時の事故防止対策マニュアル」に準じる。

- 医師・看護師は、訪室のたびに酸素吸入ルートの変曲・閉塞、外れていないことを確認する。

事故発生時の対処

気管カニューレの抜去時

- ①直ちに医師に連絡する。
- ②看護師は、バイタルサイン(特に酸素飽和度)を観察し、アンビューバッグで対処しながら医師を待つ。

気管カニューレの閉塞

- ①直ちに医師に連絡する。
- ②看護師は、バイタルサイン(特に酸素飽和度)を観察し、アンビューバッグで対処しながら医師を待つ。

気管カニューレの位置のずれカフもれ

- ①直ちに医師に連絡する。
- ②看護師は、バイタルサイン(特に酸素飽和度)を観察し、アンビューバッグで対処しながら医師を待つ。

気管切開創の感染

- ①直ちに医師に連絡する。
- ②必要に応じてカニューレ交換、創処置、投薬等行う。

気管内カニューレ挿入時の事故防止

◆ 気管カニューレの抜去・浮き防止対策

1. カフ圧の確認
2. カニューレの固定
 - ・長さを違えて通し、長い方を首の後ろに回し反対側の短い方と指1本分の余裕をもって堅結びにする。
3. 人工呼吸器の回路
 - ・体位変換は2人以上の看護師で行い、気管カニューレ・回路管理担当者を明確にしたうえで十分に観察しながら実施する。
 - ・体位変換は、気管カニューレおよび回路にテンションがかからないように、カニューレと回路の接続を外し、回路を固定アームから外して、一人が回路を保持する等配慮して実施する。

* 特に、気管切開術後1週間以内の時期は瘻孔が形成されていないため密な観察を行う。

◆ 気管カニューレの抜去・浮きがあった場合の対応

⇒まずDrコール(浮き上がった場合でも、看護師がそのまま押し込まない)

自発呼吸がある場合

- ・気切孔からバックバルブマスク換気(アンビューバッグ又はジャクソンリースでの換気)を行う。
- ・同時に口鼻からも併用して酸素を送ることで高濃度の酸素を供給する事ができる。

自発呼吸がない場合

- ・気切孔を塞いで口鼻からバックバルブマスク換気(アンビューバッグ又はジャクソンリースでの換気)を行う。

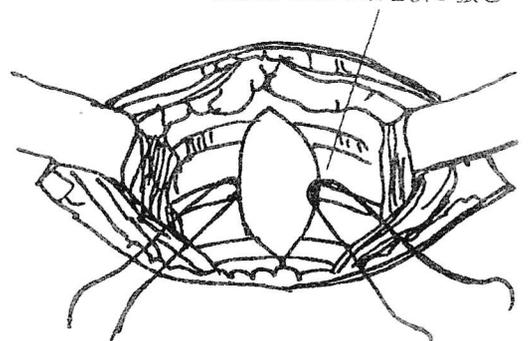
医師が到着したら

当院では、気切時に切開両側に糸をかけ、創外に出し皮膚固定してあるので、糸を引くことで気道の確保が容易になる。(但し:気切部の抜糸をしないと視界が狭いままである)

1. 気切部の抜糸をする。
2. 支持糸を引き視界を確保する。
3. 気管カニューレを挿入する。

・再挿入が困難な時は、速やかに経口挿管に切り替える。

緊急時はこの糸を引っ張る



* 普段から事故を想定したシミュレーションを行う。

* 高濃度酸素投与下の人工呼吸管理中の患者に対して、電気メスを用いた気管切開術を施行した際に、塩化ビニール製の気管チューブへの引火が原因で事故が発生している⇒生食の準備

警鐘事例

～事例から学ぶ～

一般社団法人 日本医療安全調査機構



一般社団法人 日本医療安全調査機構

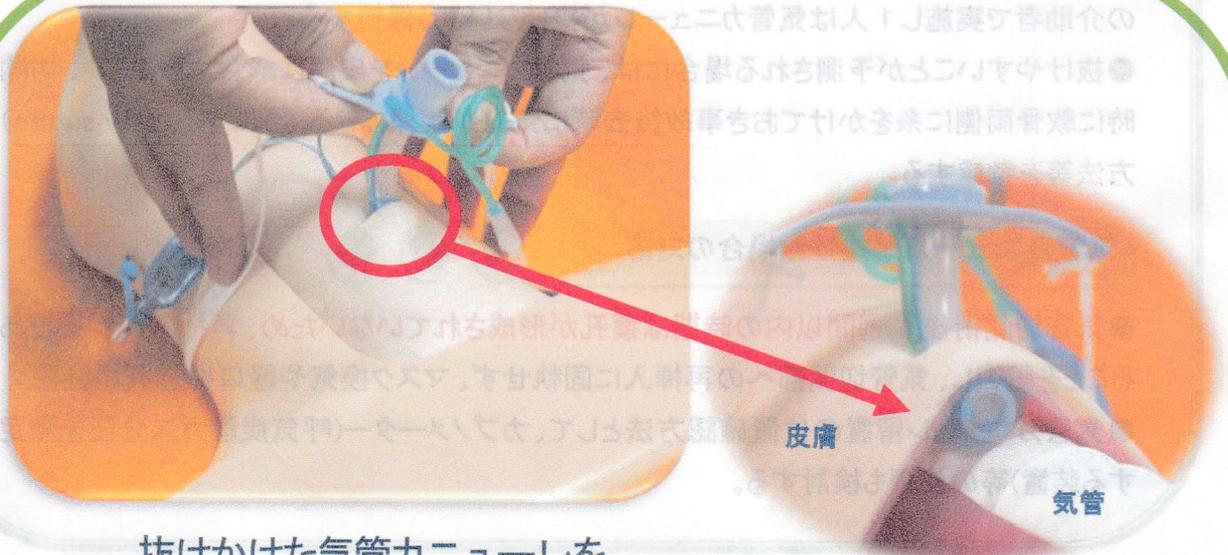
医療安全情報 No.1 2012年9月

これは診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業に申請された事例です。

気管切開術後 1 週間のリスク管理

気管切開術後1週間以内(手術翌日)に気管カニューレが逸脱し、抜けかけた気管カニューレをそのまま押し入れて、人工呼吸を実施しましたが、気管カニューレが気管内に挿入されておらず患者が死亡した事例が発生しました。

事例の概要



抜けかけた気管カニューレを
そのまま押し込み

カニューレ先端が皮下に迷入

気管内に挿入されていない気管カニューレより蘇生術開始

胸郭が動いているように見え、呼吸音が聴取(誤認)できたため、

気管内に挿入していると思いこむ

蘇生できず死亡

患者) 10歳代 男性

臨床診断) デュシェンヌ型筋ジストロフィー 肺炎 呼吸不全

自宅近くの病院外来でフォロー中、呼吸状態が悪化したため入院し呼吸管理をしていた。痰の吸引目的のため気管切開術を施行した翌日、人工呼吸器のアラームが鳴り、看護師が訪室すると気管カニューレが抜けかけていた。気管カニューレを押し込んだ後、アンビュバッグにて人工呼吸を実施した。呼吸音を聴取(誤認)し胸郭も動いたように見えたので、換気ができていると思いこんだ。結果的に、気管カニューレが気管内に挿入されていないまま蘇生術を続け、死に至った。

再発防止にむけて

気管カニューレが抜けないための対応

- 気管切開術後1週間以内は、気管カニューレの固定状態を頻繁に観察する。
- 体位変換は気管カニューレと人工呼吸器回路の接続部をはずして行う、または、複数の介助者で実施し1人は気管カニューレが抜けないように保持する。
- 抜けやすいことが予測される場合には、気管カニューレを皮膚に縫合することや、切開時に軟骨両側に糸をかけておき事故抜去時に気道が確保できるようにする(stay suture)方法等を考慮する。

気管カニューレが抜けた場合の対応

- **気管切開術後1週間以内の時期は瘻孔が形成されていないため、再挿入が困難**であることを認識し、気管切開部への再挿入に固執せず、マスク換気や経口挿管等が必要。
- 気管カニューレ留置の位置確認方法として、カプノメーター(呼気炭酸ガス分圧を測定する装置)等の使用も検討する。

中央審査委員会専門委員からのコメント

- 急性期(気管切開後1週間程度)は、カニューレの事故抜去の他、出血や気胸等の術後早期合併症が予測されるので、観察がより確実な集中治療体制が望ましい。
- 「気管切開術後1週間の急性期ケア」と「長期間留置されている気管切開チューブケア」とは別物と認識し、ケアをすることが重要です。

*この事例は日本医療安全調査機構で検討した事例の中で、再発防止のため医療界への情報提供が特に必要と判断されたものです。これからの医療の質と安全性の向上のため、院内教育等で是非ご活用いただきますようお願い申し上げます。
*この情報は医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務、責任を課したりするものではありません。また、この内容は作成時におけるものであり、将来にわたり保証するものではありません。

一般社団法人 日本医療安全調査機構 中央事務局

〒105-0013 東京都港区浜松町 2-3-25

電話 03-5401-3021 FAX03-5401-3022

V - 16

手術の
事故防止対策
マニュアル

H31.1.4 改訂

エラーの発生要因

1. 患者・家族への説明不足
2. 患者の情報不足
3. 準備不備
物品、患者の検査、
手術環境
4. 患者の確認不足
5. 連携不足
6. 安全な体位の確認不足
7. 器具・医療材料の確認不足
8. 機器の使用・点検不備
9. 麻酔中の観察不備、対処の遅れ
10. 知識・技術の未熟

事故防止の要点

1. 患者・家族への手術に関する説明を行い、同意を得る。更に、その内容を診療録に記載する。
2. 手術に係わる機器、器材の術前確認と準備を的確に行う。
3. 患者の情報は漏れのないように、チェックリストに沿って行う。
4. 手術患者の氏名、疾患や障害、手術部位、身体的特徴等を担当医師、病棟看護師、手術室看護師の3者で複数回確認する。
4. 起こりうる術中の神経・循環障害や熱傷、体内遺残等のリスクを熟知し、その防止対策を実施する。
5. 機器、器材の使用方法や使用上の注意事項を周知しておく。
6. 移動時、患者の安全を配慮した方法で行う。
7. 麻酔事故防止(事前の問診等)

事故防止対策

1. 患者・家族への説明と同意

1) 担当医師は患者・家族に手術・治療について説明をする。

① 術前に患者・家族へ説明の機会を作り、以下のことについて説明する。

- ・どのような手術か、
- ・手術の有効性、
- ・予定手術を行わなかった場合の予後、
- ・手術以外の治療法の有無と手術との優劣、
- ・予想される術中術後の危険な障害、
- ・予定の術式ができない可能性

② 説明事項をカルテに記載し、患者・家族に同意を得る。

☆ 説明同意書に医師のサイン、印

☆ 患者・家族に内容を確認してもらった上でサインと印

☆ カルテと患者・家族双方に説明同意書を保存

☆ 説明時には看護師も同席し、患者・家族への支援を行う。

③ 手術終了直後に手術中の経過、手術時の所見等を説明する。

家族には手術終了直後、

本人には麻酔覚醒後で理解可能になった時

※ 手術予定と異なる場合には、十分に異なった所見や経過等を説明する。

(カルテに内容を記載する)

※ 確定診断は、病理組織検査後であることを説明する。

※ 予期しない、対処の難しいクレームまたは術中の突発事項があった場合は、診療科長に連絡する。(詳細は「クレーム対応」の項参照)

- 2) 麻酔医は患者・家族に麻酔について説明をする。
- ①手術決定した時点で『麻酔のしおり』により麻酔に関する情報を提示しておく。
 - ②入院後、手術前日または当日に患者・家族に麻酔について説明する。
- 3) 看護師は手術前後の経過(予定)等を説明する。
有る場合はクリティカルまたはナーシングパスに沿って行う。(疑問、不安等への対応も行う)

2. 患者の情報収集

- 1) 麻酔医は、麻酔事故防止のために必要な患者の情報を得る。
- 2) 病棟看護師は、
- ①疾患および手術内容・術式、手術日、時間を確認する。
 - ②手術に影響する事柄の有無を把握する。
 - ・ 義歯、差し歯、アレルギーの有無
 - ・ 身体の障害による体位の制限等。
 - ・ 血液型は患者本人にも確認しておく。
 - ③医師からの説明が済んでいるか、またその内容、患者の理解度、疑問等を確認し、補足できることは行う。
 - ④患者・家族及びカルテ等から、入院までの経過や病状、家族背景等の患者の状態を把握する。
 - ⑤緊急時の連絡先を確認する。また、家族が手術当日来院することを確認しておく。

3)手術担当看護師は、情報収集用紙に沿って漏れのないように患者の状態を把握する。

術前訪問では、

- ・手術内容、手術日、時間を病棟看護師と共に確認する。
- ・患者との面接で、お互いに顔を確認し合い、身体的特徴等も把握する。

手術室では、訪問した看護師と担当看護師間で情報の共有をする。

3. 手術環境の準備を行う。

【病棟・外来】

- 1)必要書類や必要物品・薬剤等準備する。
- 2)手術時間(入室、執刀時間ともに)及び必要物品は、手術室看護師や医師に確認する。

※搬入時間・術式の変更は必ず連絡し合い、復唱して確認する

【手術室】

1)機器・機材の準備

- ①必要機器・機材の確認をし、準備をする。
- ②滅菌が必要な物は手術日時に合わせて滅菌しておく。
- ③機器の作動点検を行い、必要な附属物品等を準備する。
- ④慣れない機器については、他の看護師や臨床工学士に相談しながら扱う。
- ⑤まれに使用する機器・機材について、使用前にその使用方法、注意事項等を学んでおく。

2)手術室の準備

- ①室温、湿度、彩光等の調整可能かどうかの点検
- ②手術台などの設備の点検
- ③常備薬品や物品の確認

4. 患者及び手術部位誤認防止のための確認方法を徹底する。

1) 病棟・外来では患者に説明後、決められた部位に患者氏名を書いたテープを貼る。

2) 手術室への搬入時

① 移送時、患者とカルテ一式は常に一緒に移動する。

② 移送のストレッチャーには患者氏名を貼る。

③ 引継ぎは、チェックリストに沿って行う。

(手術部位に左右があるような間違いやすい場合には、手術側を必ず確認する。)

④ 病棟看護師、担当看護師、術前訪問した看護師との3者で患者確認する。

3) 手術室入室後

① 主治医、麻酔医、看護師3者で改めて患者確認をする。手術部位も再度確認する。

② 麻酔医は患者に声をかけて確認する。

5. 術中の起こり得る有害事象を防止する。

1) 手術体位による障害防止

主な傷害: 神経麻痺、循環障害、褥瘡

① 起こり得る傷害・麻痺のパターンを理解しておく。

② 術中の体位は、術者への影響が無く、かつ患者にとって無理な力が加わらない安全で安楽である工夫をする。

③ 圧迫が加わると予想される部位には除圧のための工夫をする。

2) 体内異物遺残の防止

- ①術前と創部縫合前にガーゼ、機材等のカウントを徹底する。
- ②機材、器具の外れやすい部分を事前に点検する。
(ネジ等)

※万が一遺残の確認ができるように、レントゲン撮影でわかる印が付いた材料を使用するのが望ましい。

3) 熱傷防止

- ①熱傷を起こしやすい機器・機材の使用方法を十分に理解し、守る。
(電気メス、加温装置等)
- ②術前後に熱傷好発部位の皮膚を観察する。

4) 転落等麻酔の影響で起こり得る事故の防止

- ①術前・術後は患者を一人にしない。
- ②移送は、患者の状態を観察しながら看護師2人で行う。
- ③ストレッチャーでの移送時は、安全のため柵を使用し、必要時には安全帯を使用する。
- ④病室に帰室直後には、麻酔覚醒状態に合わせたケアを行う。

6. 麻酔事故の防止

- 1) 麻酔事故パターンを熟知する。
- 2) 麻酔医、外科系医師、看護師は患者の状態を観察し、その情報を共有できるように声かけをする。
(観察はモニター、患者)
- 3) 薬剤使用時には、医師と看護師両者が確認し合う。
- 4) 異常を発見した看護師は、直ちに医師に伝え、速やかに対処する。
必要ならば、他の医師や看護師の応援を依頼する。

V - 17

深部静脈血栓症の
防止対策マニュアル

深部静脈血栓症リスクアセスメントシート(4C)

様

疾患名 _____

予定手術式 _____

評価日 _____ 評価者 _____

A. 血液凝固の因子(ウイルヒョウの3要因)

- 血液凝固の亢進(血液疾患・経口避妊薬の服用・悪性腫瘍)
- 静脈壁の損傷(手術操作・アンギオ)
- 血液の停滞(術後・長期臥床)

B. 患者のアセスメント

1. 下肢の観察⇒下肢の傷の有無(有 無) → (有:Cの禁忌チェックに進む)
 下肢静脈瘤の有無(有 無)
 → (有の場合)主治医報告 → 指示確認→
2. 静脈血栓塞栓症の付加的な危険因子の強度

危険因子の強度	危険因子
<input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> 肥満(BMI25以上) <input type="checkbox"/> エストロゲン治療
<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 高齢(75歳以上) <input type="checkbox"/> 悪性疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 長期臥床 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル法 <input type="checkbox"/> 重症感染症 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 化学療法
<input type="checkbox"/> 強い	<input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症の既往 <input type="checkbox"/> 下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤 <input type="checkbox"/> 血栓性素因 <input type="checkbox"/> 下肢ギプス固定 <input type="checkbox"/> 既往に脾摘あり

3. 一般外科手術による静脈血栓症の予防

リスクレベル	一般外科	予防法
<input type="checkbox"/> 低リスク	60歳未満の非大手術 40歳未満の大手術	早期離床および積極的な運動
<input type="checkbox"/> 中リスク	危険因子がある非大手術 40歳以上あるいは危険因子がある大手術	弾性ストッキングあるいは 間欠的空気圧迫法
<input type="checkbox"/> 高リスク	40歳以上の癌の手術 危険因子「強い」がある全ての全麻手術	間欠的空気圧迫法あるいは 低用量未分画ヘパリン
<input type="checkbox"/> 最高リスク	危険因子「強い」がある全ての全麻手術	低用量未分画ヘパリンと 間欠的空気圧迫法 あるいは 低用量未分画ヘパリンと 弾性ストッキングの併用

* 大手術とは 食道手術、肝切、PD、マイルズ
 緊急手術に限り絞扼性イレウス、パンペリを含む

C. 禁忌チェック

1. 間欠的空気圧迫装置

- 装置した下肢が損傷する危険性がある。(皮膚炎、静脈結紮(手術直後)など)
- 重度の動脈硬化症またはその他の虚血性血管疾患
- 下肢の広範囲な浮腫またはうっ血性心不全による肺浮腫
- 下肢の極度な変形
- 深部静脈血栓症の既往症が強く疑われるまたは、深部静脈血栓症及び肺血栓症を併発している患者

2. 弾性ストッキング

- 高度動脈血行障害のある患者
- 皮膚に化膿創があったり、ストッキングにより接触性皮膚炎が起こる患者

3. ヘパリン

- 出血性胃潰瘍
- 出血傾向

平成22年5月改訂

深部静脈血栓症(DVT)リスク分類表

リスク分類	一般外科手術	整形外科手術	泌尿器科手術	産科手術	予防法
低リスク	60歳未満の非大手術 40歳未満の大手術	上肢の手術	60歳未満の非大手術 40歳未満の大手術	正常分娩	早期離床及び 積極的な運動
中リスク	・60歳以上あるいは 危険因子がある 非大手術 ・40歳以上あるいは 危険因子がある 大手術	・脊椎手術 ・骨盤、下肢手術 (THA、TKA、股関節手 術を除く)	・60歳以上あるいは 危険因子がある 非大手術 ・40歳以上あるいは 危険因子がある 大手術	帝王切開 (高リスク以外)	弾性ストッキング あるいは 間欠的空気圧迫法
高リスク	40歳以上の癌の 大手術	THA、TKA、股関節 骨折の手術	40歳以上の癌の 大手術	・高齢肥満妊婦 の帝王切開 ・静脈血栓症の 既往症あるいは 血栓性素因の ある経膈分娩	間欠的空気圧迫法 あるいは 低用量未分画ヘパリン
最高リスク	静脈血栓症の既往症 あるいは血栓性素因 のある大手術	「高リスク」の手術を受 ける患者に 静脈血栓症の既往、 血栓性素因が存在す る場合	静脈血栓症の既往症 あるいは血栓性素因 のある大手術	静脈血栓症の既 往症 あるいは血栓性素 因のある 帝王切開術	・抗凝固療法(低用量未分 画ヘパリンなど)と 間欠的空気圧迫法の併用 ・抗凝固療法(低用量未分 画ヘパリンなど)と 弾性ストッキングの併用

* 大手術:すべての腹部手術あるいはその他の45分以上を要する手術を基本とする

* 血栓性素因:先天性素因としてアンチトロンビン欠損症、プロテインC欠損症、プロテインS欠損症など、
後天性素因として抗リン脂質抗体症候群など

V - 18

がん告知と
インフォームドコンセント

V-18
がん告知と
インフォームドコンセント

癌告知とインフォームドコンセント マニュアル

患者に病名(病名、症状、予後)の伝え方は千差万別である。告知に当たる医師は、患者が家族支援を得られない独居者、高齢者、余命が数か月等の症例では、告知をためらうケースもある。病名告知は、患者側、医療者側、症状等の条件によって異なり、意思を尊重し、最も適切な方法を考え、家族も含めてチームとして治療やサポートすることが大切である。

病名などを伝える時の基本姿勢

1. 患者の属性を把握する
性格、家族構成、同居者、キーパーソン、職業、社会的役割、宗教、理解力
病気以外に抱えている問題、患者の病識、家族の受け止め方、等
2. 患者・家族の意向を把握する
「病名、症状、予後をどこまで知りたいか」「誰と一緒に知りたいか」を確認しておく。
3. 医療者間で、
患者・家族に「何をどこまで理解してほしいのか」チームとして検討し、明確にしておく。
4. 適正な時期・場所を選択する。
 - ①プライバシーが確保できる場所で、十分時間がとれる時に行う。
 - ②患者の全身状態が比較的落ち着いている時期に行い、状態が悪化している場合は避ける。
 - ③チームとしてサポートしていくためにも、看護師ならびにキーパーソンの同席が望ましい。
5. 病名の告知・説明時の心得
 - ①医学用語や外来語を極力使用しない。平易な言葉で表現をする。
 - ②「説明同意書」「病状・治療に関する説明書」を用いて、図示などの工夫をしてわかりやすくする。
 - ③患者に「癌ではない」などと嘘を言ってはいけない、希望が持てる伝え方をする。
医療者と患者の信頼関係は非常に重要であり、信頼は築きにくく、崩れる時は一瞬である。
崩れてからの回復は、極めて困難である。

V - 19

虐待・D V

児童虐待/高齢者虐待/障害者虐待/DVに対する院内マニュアル

1. 診察時、虐待の発見、または虐待の疑いがある時の対応

- 1) 担当医が状況を評価しカルテに記載する。
- 2) 担当医(夜間の場合は当直医)が入院加療にするか外来通院にするかを判断する。
 { 外部機関への連絡が児童虐待以外のケースは、24時間対応ではないため、 }
 保護目的で入院を検討する

3) 院内の連絡

《日中の場合》

担当医等 ⇒ 診療科、又は病棟の責任者(医師、看護師長)、
MSW、医療安全管理者へ連絡する。

《夜間・休日の場合》

- * 外来当直看護師は「患者連絡メモ」に記入し、当直または休日明けに、MSWに連絡する。
- * 外来通院になった場合は、患者サポートカンファレンスの場等で、MSWからメンバー(医療安全管理者、患者相談窓口担当者、退院支援調整者)へ情報提供を行う。
- * 入院加療が必要になった場合は、当直または休日明けに、各病棟師長から医療安全管理者へ連絡する。

4) 外部機関への連絡

- * 平日の場合は、MSWが行う。
- * 夜間休日は当直医等が行う。
(外部機関への連絡は、児童虐待以外のケースは24時間対応ではない)
- * 緊急性がある場合、担当医が所轄警察に連絡する。
船橋警察署:047-435-0110

◆ 緊急性のある場合とは

- ① 虐待者が暴力的なとき、薬物を乱用していると考えられるとき
- ② 障害の程度が重く、初期捜査を促す必要があるとき
- ③ 保護者または家族が強引に患者を取り返しに来る可能性があるとき

5) 連絡先等

項目	連絡先
児童虐待または疑いのある場合	市川児童相談所 Tel:043-370-1077 (船橋市・市川市・鎌ヶ谷市・浦安) 中央児童相談所 Tel:043-252-1152(24時間対応) (千葉市を除く県下全域)
高齢者虐待(65歳以上) または疑いのある場合	当直時間帯、休日の場合は、入院措置を検討し、 当直・休日明けに MSWから関係外部機関へ連絡する
障害者虐待または疑いのある場合	
DVまたは疑いのある場合	

2. 外部から患者虐待の情報を得た時の情報共有の仕方

情報を得たものは、担当診療科部長、外来または該当病棟師長、MSW、医療安全管理者へ連絡する。

3. 外部機関から患者情報を求められた時の対応

情報提供書(書式は各外部機関のもの)を記入してもらい、受け取ったら当院書式の倫理審査申請書へ記入し、倫理委員会へ提出する。

4. 参考資料 等

1) 児童虐待の防止等に関する法律 抜粋

(改正:平成18年6月7日法律第53号、施行:平成19年4月1日)

【児童虐待の早期発見等 第五条】

1. 学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。
2. 前項に規定する者は、児童虐待の予防その他の児童虐待の防止並びに児童虐待を受けた児童の保護及び自立の支援に関する国及び地方団体の施策に協力するよう努めなければならない。
3. 学校及び児童福祉施設は、児童及び保護者に対して、児童虐待の防止のための教育又は啓発に努めなければならない。

【児童虐待に係る通告 第六条】

1. 児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかにこれを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。
2. 前項の規定による通告は、児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)第二十五条の規定による通告とみなして、同法の規定を運用する。
3. 刑法(明治四十年法律第四十五条)の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通告をする義務の遵守を妨げるものと解釈してはならない。

2) 高齢者虐待の防止等に関する法律 抜粋

(平成18年6月7日法律第53号、施行:平成19年4月1日)

【高齢者虐待の早期発見等 第五条】

1. 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び、養介護施設事者、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。
2. 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護の為の施策に協力するよう努めなければならない。

3) 障害者虐待の防止等に関する法律 抜粋(改正:平成17年1月9日法律第124号)

【障害者虐待の早期発見等 第六条】

1. 国及び地方公共団体の障害者の福祉に関する事務を所掌する部局その他の関係機関は、障害者虐待を発見しやすい立場にあることに鑑み、相互に緊密な連携を図りつつ、障害者虐待の早期発見に努めなければならない。

2. 障害者福祉施設、学校、病院、医療機関、保健所その他障害者の福祉に業務上関係のある団体及び、障害者福祉施設従事者、学校の教職員、医師、歯科医師、保健師、弁護士その他障害者の福祉に職務上関係のある者及び使用者は、障害者虐待を発見しやすい場にあることを自覚し、障害者虐待の早期発見に努めなければならない。

4) DVの防止等に関する法律 抜粋(改正:平成19年7月11日法律第113号)

【被害者の保護等 第六条】

1. 配偶者から暴力(配偶者又は配偶者であった者からの身体に対する暴力に限る。以下この章において同じ)を受けている者を発見した者は、その旨を配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通報するよう努めなければならない。
2. 医師その他の医療機関は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その旨を配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通報することができる。この場合において、その者の意思を尊重するよう努めるものとする。
3. 刑法(明治四十年法律第四十五条)の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通告をする義務の遵守を妨げるものと解釈してはならない。
4. 医師その他の医療機関は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その者に対し、配偶者暴力相談支援センター等の利用について、その有する情報を提供するよう努めなければならない。

<用語の定義>

・DVとはドメスティック・バイオレンスの略

・DV防止法におけるDVの定義:

配偶者からの身体に対する暴力またはこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動
(離婚後、又は婚姻が取り消された場合も含む)

平成24年10月31日作成

児童虐待/高齢者虐待/障害者虐待/DV発見時等対応フローチャート

