

1. 誤認防止

患者の確認は患者自身にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、医療者はネームバンド、診察券、電子カルテ、予約票、受付票等と照合し確認する。(医療者間の伝達時はフルネームとID番号の2つでも可能)

<外来用>

1. 新規患者登録時

- 1) 患者氏名、生年月日それぞれで検索を行い、同姓同名患者の有無を確認する。

類似の患者がいる場合には、患者本人に住所等を含め詳細に確認し、二重登録を防ぐ。

- 2) 登録後、登録担当者以外の職員が登録内容に誤りがないか確認を行う。

2. 診療科受付

- 1) 患者の到着確認は、患者本人にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい受付票バーコードを読み込み、電子カルテに表示された患者氏名、生年月日、ID番号と照合する。

- 2) 患者自身による名乗りで確認出来ない場合は、付き添い家族からの名乗りや筆談により情報を得て、受付票、ID番号で確認する。

- 3) 診療科より、診療情報提供書やそれに付随するCD-R、報告書等の書類を他院へ郵送する際には、郵送物の患者氏名、生年月日、ID番号等に誤りがないかを必ず2名以上で確認する。

FAXで送信する際には、総合地域医療連携センターから送信する。

送信先FAX番号、患者氏名、生年月日、ID番号等に誤りがないかを必ず2名以上で確認して送信する。

3. 外来会計受付

- 1) 会計受付の際は、患者本人にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、受付票・保険証・院外処方せん等と照合する。医事システムに表示されている情報が患者本人のもので間違いないかを確認のうえ、会計待ち番号票を発行する。

- 2) 発行した会計待ち番号票に印字されている患者氏名とID番号を受付票とつき合わせ、間違いかないかを確認し、患者に渡す。

4. 診断書窓口

- 1) 診断書窓口にて書類を渡す場合は、作成された書類と患者が持参した引換書の氏名・生年月日・ID番号とのつき合わせ確認を行い、間違いかないか確認して渡す。

- 2) 引換書を忘れた場合は、患者本人にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、診察券等で確認もしくは、引換証に記載の上で、作成された書類と間違いかないか確認して渡す。

- 3) 書類を郵送する場合は、書類の患者氏名・生年月日・ID番号等に間違いかないか必ず2名以上で確認を行う。また、封筒の宛名、住所に間違いかないかも必ず2名以上で確認を行う。

5. 診察室

- 1) 診察室への案内は診察待ち表示盤に受付番号を表示する。

- 2) 診察室入室時、患者にフルネームと生年月日をお伝えいただき、患者の名乗り確認を行い、電子カルテ上の患者氏名と受付票番号が合っていることを確認する。

6. 処置・検査・点滴・検体採取時

- 1) タイムアウトを行わない処置は、患者本人にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、電子カルテの情報または、検査オーダーと照合する。
- 2) PDAを使用しない場合は患者本人にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、処方箋や電子カルテ上の指示と照合する。

<入院用>

1. ネームバンドの着用確認書と電子カルテを参照し、ネームバンドの記載に誤りがないことを医療者2名でダブルチェックを行う。
2. 患者にネームバンドを装着する際には患者氏名、生年月日、血液型に誤りがないことを患者または、患者が確認できない場合は家族と共に確認する。
3. 入院後、速やかにネームバンドを装着する。
4. ネームバンド装着の必要性を説明した上で装着を拒否する場合には、検査等出棟時にネームバンドを持参するよう説明する。
5. ネームバンドを再装着する場合は、ネームバンド着用確認書をもとに、ネームバンドの記載に誤りがないか患者と共に確認し装着する。(患者と確認できない場合は、医療者2名で確認する。)
6. 患者の確認はネームバンドで行う。
7. バーコードの劣化による読み取り不良がある場合は、再発行を行う。
8. 患者の確認は患者自身にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、医療者はネームバンド、IDカード、電子カルテ、予約票、受付票等と照合し確認する。(医療者間の伝達時はフルネームとID番号の2つでも可能)。
9. 点滴・注射・輸血・採血検査・検体採取に関してはPDAによる三点(施行者・患者・薬剤/製剤・検体)確認を行う。
10. 同姓患者は同じ部屋にしない。同姓患者はナースコール親機に赤字で表示されるため、確認する。
11. 依頼票のある検査で出棟するときは事前に、「検査予約説明書(患者用)」を手渡す。
12. 新生児は、出生時に母親の了解を得て、児の下肢に専用のペンで母親の氏名をカタカナで記載する。母児ネームバンドの児側を装着する。

★特に患者確認を確実に行う場面；投薬前、輸血血液製剤投与前、採血前、すべての検体採取前、治療や処置の実施前、配膳時

<手術・侵襲的な処置前の患者・手技・部位の確認の徹底>

1. タイムアウトの実施

タイムアウトとは、手技を実施される場所において手技の直前に行われる確認行為であり、手術・侵襲的な処置、治療、検査に関わる全ての医療者が参加して確認作業を行うことである。

2. タイムアウトで確認する内容

患者の氏名、部位、左右が正しいことの確認、手技や術式内容の確認、手技を実施することに対する患者の同意の確認、使用薬剤やアレルギーの確認、タイムアウトが実施されたことの確認である。

3. タイムアウトを実施したことを記載する。

4. タイムアウトを実施すべき医療行為

- ・手術
- ・全ての侵襲的処置・治療・検査手技
- ・内視鏡検査、血管カテーテル検査、CVC・PICC挿入
- ・穿刺・ドレナージ術、切開・切除・穿刺を伴う処置・治療・検査手技、部位を特定した注射、歯科口腔外科での処置等

1)院内共通項目

- 全ての手術症例
- 内視鏡検査
- 血管カテーテル検査
- 中心静脈カテーテル挿入
- 気管切開
- 胸腔穿刺、腹腔穿刺、腰椎穿刺
- 鎮静を伴う処置・治療・検査

2)診療科別項目

血液内科

- 骨髄検査(骨髄穿刺、骨髄生検)
- 髄液検査(腰椎穿刺、髄腔内注射)

膠原病・リウマチ内科

- 腎生検
- 肝生検
- 小唾液腺生検
- 骨髄穿刺
- 骨髄生検

呼吸器内科

- 胸腔ドレナージ術
- 気管支内視鏡(経気管支腫瘍生検、エコーガイド下針生検)

循環器内科 抗加齢血管内科

心嚢穿刺

胸腔穿刺

腎臓内科

経皮的腎生検

消化器内科

経皮的肝生検

肝腫瘍目的生検

ラジオ波焼却療法

マイクロ波凝固壊死療法

内視鏡的粘膜下層剥離術

内視鏡的静脈瘤結紮術

内視鏡的硬化療法

内視鏡的粘膜切除術

内視鏡的バルーン拡張術

内視鏡的ステント留置術

イレウス管挿入術

超音波内視鏡下穿刺吸引術

内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査関連手技

経皮経肝的胆管ドレナージ・胆嚢ドレナージ

脳神経内科

筋生検

腫瘍内科

胃瘻交換

小児科

腎生検

周産期女性診療科

羊水穿刺

分娩予定日超過入院の子宮頸管拡張剤の挿入

子宮卵管造影

心臓血管外科

胸腔穿刺(胸水排液)

心嚢穿刺

胸腔ドレナージ(トロッカーカテーテル留置)

創傷処置(病棟で行う簡単なもの)

電気的除細動(緊急を要さないもの)

消化器外科

腹腔穿刺

胸腔穿刺

胸腔ドレン挿入

胃瘻造設・胃瘻交換

呼吸器外科

胸腔ドレナージ、胸腔穿刺

甲状腺状韌帯穿刺(ミニトラックⅡ、トラヘルパー)

乳腺内分泌外科

マンモーム生検

小児外科

胸腔ドレーン(トロッカー)挿入術

腹水穿刺

胸水穿刺

膿瘍切開排膿

腸重積非観血的整復術

整形外科

縫合

ギプス装着

直達牽引

ハローベスト装着

閉鎖陰圧療法

脊髄造影検査

神経根造影および神経根ブロック

透視下整復術

泌尿器・副腎・腎移植外科

腎瘻造設術

膀胱瘻造設

尿管ステント留置術

膀胱鏡

移植腎生検

放射線治療金マーカー留置術

経直腸前立腺生検

前立腺密封小線源治療

脳神経外科

腰椎穿刺

眼科

硝子体注射

テノン嚢下注射

前房穿刺、前房水採取

放射線治療科

子宮がん腔内照射

形成外科・美容外科

外来処置室で行われる行為

レーザー ※局所麻酔薬を使わないもの

腫瘍切除、外傷 ※局所麻酔薬を使うもの

硬化療法

歯・顎・口腔外科

智歯抜歯

救命救急センター

緊急穿頭術(脳室ドレナージ、ICP センサー挿入、血腫吸引)

胸腔ドレナージ術

輸血部

自己血採血

Do Not!! 患者誤認

2. 指示

1) 指示書による指示・口頭指示

医師	看護師
<p><指示書による指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 患者の状態に変化があった場合は診察し、その後指示を出す。 指示は、オーダー指示簿に入力する。 オーダー指示簿はわかりやすく簡潔に入力する。 単位や投与法を正確に入力する。 指示は、日勤帯(8時～16時30分)に出すことを原則とする。 緊急・時間外の場合、看護師に口頭で伝える。 指示の一部を変更する場合は、新たにオーダーを入力する。 可能な限り指示終了日を入力する。 指示が不要または終了した場合は、「終了」を入力する。 内服変更や追加の指示は、定期処方開始日に合わせて処方する。 一指示、一項目とする。 退院時には指示はすべて終了入力とする。 <p><実施結果確認></p> <ol style="list-style-type: none"> 利用者ポータルを利用し実施結果を確認する。 検査オーダー後の異動、長期不在時は診療科担当医師に実施結果確認を依頼し引き継ぎを行う。 <p><口頭指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 緊急時以外は口頭指示を行わない。 口頭指示は下記の場合に限る。 <ul style="list-style-type: none"> 患者急変時、緊急時など電子カルテへのオーダー入力が不可能な場合。 手術中、分娩介助中、検査・処置中の場合。 緊急時、口頭指示をする場合は、口頭指示メモに指示内容を正確に記載し指示受け者に渡す。 口頭指示メモを記載できない、渡せない場面では指示受け者に内容を記載するよう伝える。(単位・投与方法まで正確に指示する) 指示受け者が復唱した内容を確認する。 後で必ず口頭指示した内容をオーダー指示簿に入力して口頭指示メモに確認サインを行う。 	<p><指示書による指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 患者の状態に変化があった場合は、医師に診察を依頼し、指示を仰ぐ。 新人看護師は指示受けを行わない。 緊急時以外は口頭指示を受けない。 緊急、時間外の指示以外は定期的にインチャージシートで指示内容を確認する。 あるいは、看護師は病棟マップの  で指示の確認をする。 曖昧な指示や指示簿と異なる事実を確認した場合は必ず疑義照会を行う。 オーダー指示簿と照合しながら、実施する。
<p><口頭指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 緊急時以外は口頭指示を受けない。 口頭指示は下記の場合に限る。 <ul style="list-style-type: none"> 患者急変時、緊急時など電子カルテへのオーダー入力が不可能な場合。 手術中、分娩介助中、検査・処置中の場合。 緊急時、医師から渡された口頭指示メモの内容を復唱し、医師に内容の承認を得る。 医師が口頭指示メモを記載できない、渡せない場面では指示内容を口頭指示メモに記載する。記載内容を復唱し医師に承認を得てチェックを入れる。 メモと照合しながら実施する。 後に提出されたオーダー指示簿と指示内容のメモを照合し医師に確認サインを依頼する。 	<p><口頭指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 緊急時以外は口頭指示を受けない。 口頭指示は下記の場合に限る。 <ul style="list-style-type: none"> 患者急変時、緊急時など電子カルテへのオーダー入力が不可能な場合。 手術中、分娩介助中、検査・処置中の場合。 緊急時、医師から渡された口頭指示メモの内容を復唱し、医師に内容の承認を得る。 医師が口頭指示メモを記載できない、渡せない場面では指示内容を口頭指示メモに記載する。記載内容を復唱し医師に承認を得てチェックを入れる。 メモと照合しながら実施する。 後に提出されたオーダー指示簿と指示内容のメモを照合し医師に確認サインを依頼する。

<電話による口頭指示>

1. 電話で指示を行う場合は、必要時近在の医師を介して看護師に指示し、指示を受けた医師はオーダー指示簿に入力し看護師に手渡す。
2. 直接、看護師等に指示をした場合は、看護師等の復唱により指示を確認する。後で必ず口頭指示メモを確認しながらオーダー指示簿に入力し、口頭指示メモに確認サインを行う。

<電話による口頭指示>

1. 電話で指示を受ける場合は、必要時近在の医師に電話対応を依頼する。
2. 直接看護師が電話で指示を受けた場合は、口頭指示メモを用いて指示内容を復唱して復唱確認のチェックをする。
3. メモと照合しながら実施する。
4. オーダー指示簿とメモを照合し医師に確認サインを依頼する。

口頭指示 メモ

月 日(曜日)	時 分
指示者() → 指示受け者()	
報告内容及び指示を受けるに至った状況	
6R復唱確認	
氏名 (フルネーム)	復唱確認 <input type="checkbox"/>
薬剤名 薬剤量・単位(mg・mlに注意) <input type="checkbox"/>	
投与方法・経路	投与時間 <input type="checkbox"/>
投与目的 <input type="checkbox"/>	
その他 <input type="checkbox"/>	
確認医師サイン()	
医師は指示内容を確認しオーダー入力を行う	

安全対策マニュアルと共に携帯

Do Not!! 緊急時以外は、口頭指示を行わない、受けない

2) 血糖に関する指示・人工呼吸器設定指示・呼吸心拍監視モニター指示

医師	看護師
<p><血糖指示> (※ 3)血糖指示参照)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 血糖管理システム指示簿オーダーに血糖測定時間、血糖Call、内服、インスリン指示を入力する。 2. 血糖指示変更時、オーダー指示簿に入力し、さらに変更内容を口頭で伝える。 	<p><血糖指示> (※ 3)血糖指示参照)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 血糖指示は指示簿カレンダーで確認 2. 血糖指示に、曖昧な指示や指示内容に疑義のあるときは、確認する。 3. やむを得ず緊急時に口頭指示を受ける場合は、復唱し、指示内容を口頭指示メモに記載し経過表に入力する。 4. 医師に、指示内容を指示簿へ入力依頼する。
<p><人工呼吸器設定指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人工呼吸器設定は、人工呼吸器設定指示及び確認チェックリストに記載し看護師に伝える。 2. 人工呼吸器の設定変更時、人工呼吸器設定指示及び確認チェックリストに記載し看護師に伝える。 	<p><人工呼吸器設定指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各勤務帯の業務開始時および設定変更時に設定条件を確認後、チェックリストに署名をする。 2. 看護師は人工呼吸器の設定と設定指示が異なる場合は医師に確認する。
<p><呼吸心拍監視モニター指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 呼吸・心拍モニターの装着を指示する。 2. アラーム設定値をオーダー指示簿(一般指示)に入力する。 	<p><呼吸心拍監視モニター指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一般指示簿への入力を依頼する。 2. 指示を受ける場合は、指示内容を復唱する。 3. 曖昧な指示や指示内容に疑義のあるときは確認する。 4. オーダー指示内容を確認後、指示受けをする。 5. 指示に沿って始業点検し、アラーム設定入力を行う。 6. 各勤務でアラーム設定入力を行う。



呼吸心拍監視モニターの設定及び監視に関する申し合わせ



この申し合わせは、呼吸心拍監視モニター（以下「モニター」という。）を患者に装着する時の設定及び監視について必要な事項を定めるものである。

1. モニターの装着は、主治医の指示により行う。
2. モニターを装着する時は、始業点検を必ず行う。
3. モニターのアラーム設定は、主治医が行うか、指示書で設定値を指示する。
モニターのアラーム設定は主治医からの指示がなければ以下の設定とする。
 1. 酸素飽和度が 90%以下
 2. 心拍数の上限は 150 回/分以上 下限は 40 回/分以下
4. 医師と看護師は協力して 24 時間モニターの監視を行う。
5. 医師はモニターの監視結果を診療録に記載する。
6. 上記に加えて、各病棟の状況に合わせた運用を決める。

平成 15 年 6 月 13 日病棟医長会議決定 一部改訂

Do Not!!　復唱・確認行為を省略しない

3) 血糖指示

<血糖指示>(医師)

1. 血糖指示の実施開始日、血糖測定時間、Dr. call 範囲、内服薬及び GLP-1 アナログ製剤・インスリン注射薬の種類と量、用法(投与時間)指示を指示入力する。当日中または時間外の変更については病棟に必ず連絡をする。
2. 指示の変更を患者に説明する。
3. 電話連絡による血糖指示は、インスリン名・インスリン投与量・投与時間・投与方法を看護師に伝える。
4. 新しい指示の入力時は、指示の整理や消去を行う。

<血糖指示受け>(看護師)

1. 指示が出るとインチャージより指示を受ける。
2. 電話連絡による血糖指示受けは、血糖値を報告し、インスリン名・インスリン量・投与時間・投与方法を復唱し、電子カルテの「血糖管理欄」に入力する。
3. 指示以外に血糖 70 未満 400 以上、低血糖症状、食事摂取不良、絶食(検査、手術等による)、化学療法時、食事指示の変更、発熱、点滴(カロリー)の変更、ステロイドの投与、その他困ったときは医師に報告し、指示を確認する。

<血糖指示の実施>(看護師)

1. 「血糖指示」に従い、患者名・インスリン名・インスリン量・投与時間・投与方法を確認し、実施する。実施後に電子カルテの「血糖管理欄」に入力する。内服薬の場合も同様に指示に従い入力する。

<持続投与>

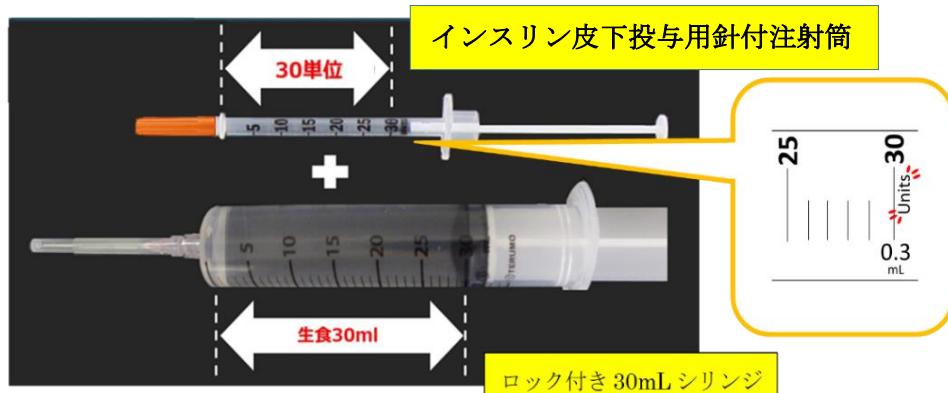
1. インスリンを持続で投与する場合は、必ず **インスリン皮下投与用針付注射筒を使用し**、院内統一のミキシング方法でミキシングを行う。

ヒューマリン R 30 単位 + 生食 30ml で投与する。

静脈注射に使用するインスリンは、ヒューマリン R である。

※インスリンのバイアル製剤は専用のシリンジ(インスリン皮下投与用針付注射筒)を用いること(下記参照)。

低血糖時、使用できるように各病棟は、経口用ブドウ糖・20%ブドウ糖液(20ml × 2)・5%ブドウ糖液 500ml を常備しておく。



Do Not!!

静脈内投与可能なインスリンはヒューマリン R のみである。

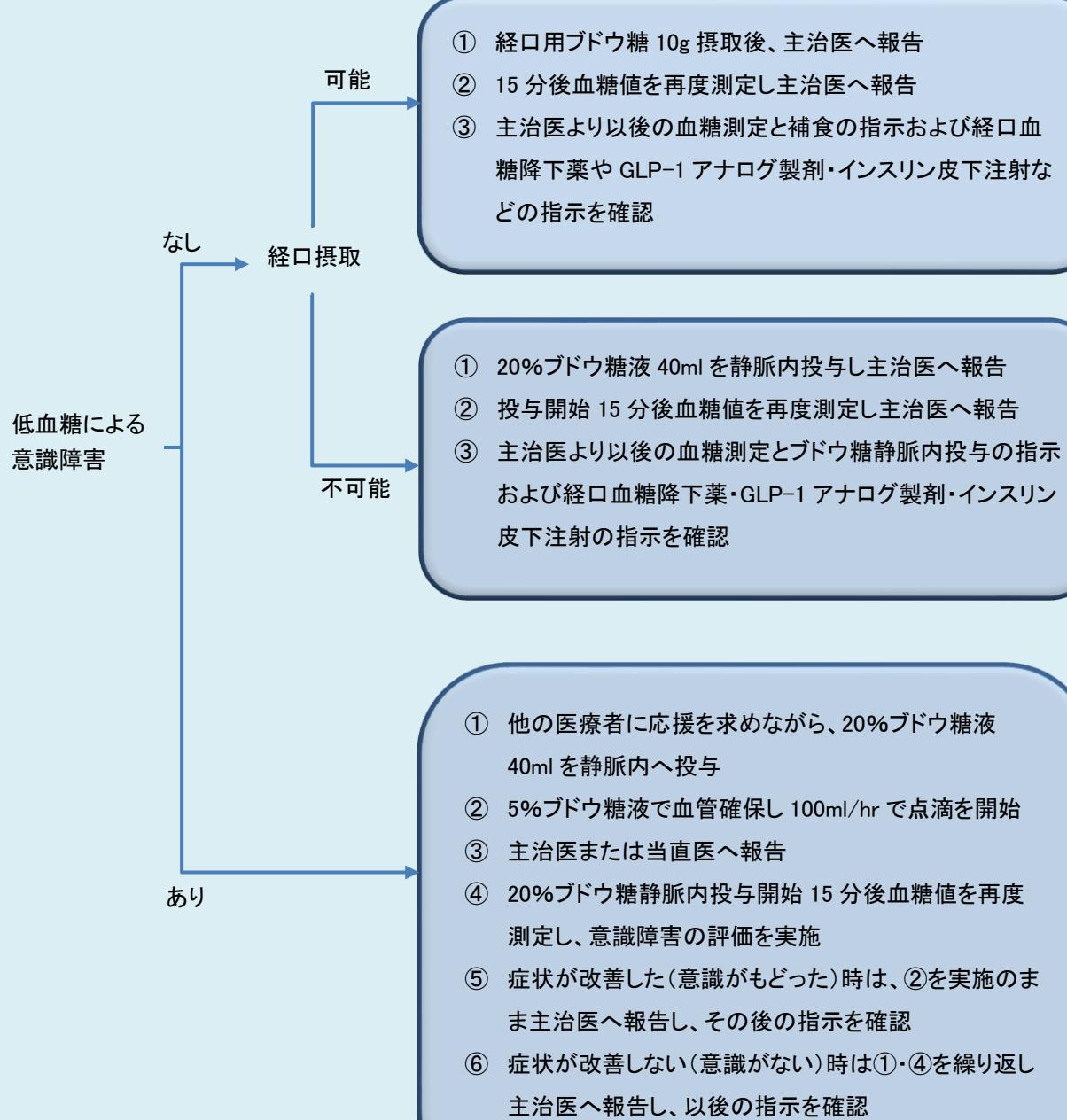
インスリンのバイアル製剤を使用する際は、インスリン皮下投与用針付注射筒を使用する。

4) 低血糖時の対応マニュアル: 成人用

対象：糖尿病のために薬物療法を受けている患者

血糖値=70mg/dl 未満、あるいは低血糖症状が出現し、血糖値=100mg/dl 以下のとき

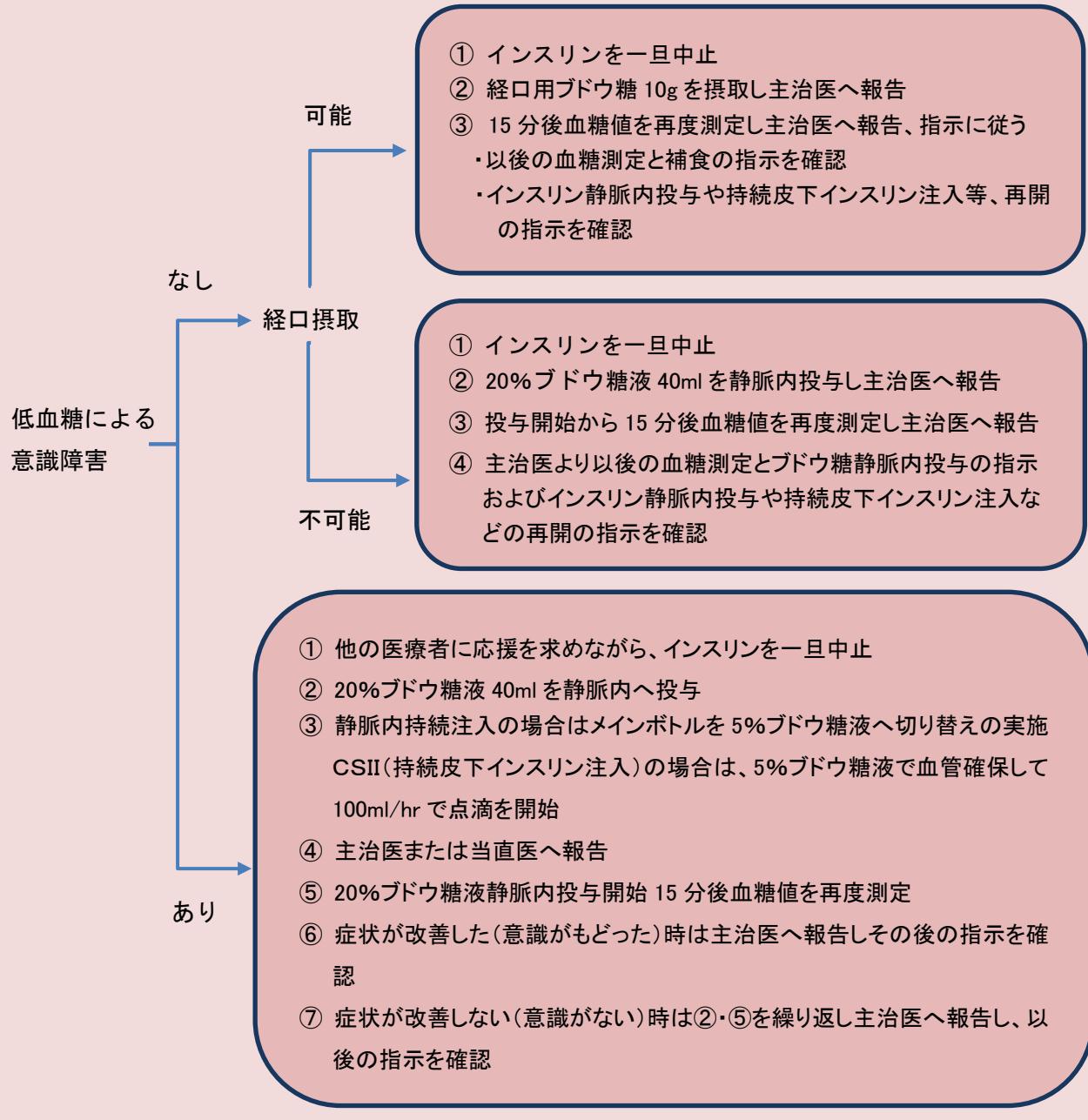
【経口血糖降下薬・インスリン皮下注射・GLP-1 アナログなど使用の場合】



対象：糖尿病のために薬物療法を受けている患者

血糖値=70mg/dl 未満、あるいは低血糖症状が出現し、血糖値=100mg/dl 以下のとき

【インスリン持続注入の場合】静脈内持続注入、持続皮下インスリン注入(CSII)を含む



※主治医とは、**血糖コントロールを行っている医師**とする。

※**症状・血糖値の改善**とは、原則として症状の消失かつ**血糖値=100 mg/dl 以上**とする。

血糖値が改善しても数時間後に再度、低血糖が起こる可能性があることを忘れてはならない。

症状・血糖値改善後の対応について不明な場合は**糖尿病専門医・内分泌代謝科専門医**へ相談する。

※特に夕食後または、夜間の低血糖の場合、朝食までの時間を考慮して、途中で低血糖になっていないことを確認するため、
再度血糖値を測定すべきである。またブドウ糖よりも血糖保持効果のある**ビスケット**などの補食も検討する。

※検査で欠食や延食している場合は、**検査前後の血糖測定・経口血糖降下薬・GLP-1 アナログ製剤・インスリン皮下注射などの指示を確認しておくことを原則**とする。

※糖尿病で薬物療法を受けている患者には、低血糖に備えて、経口用ブドウ糖やビスケットなどの購入を勧める。

※重症低血糖の場合は、グルカゴン1バイアル(1mg)筋肉注射することがある。

3. 薬剤

1) 内服・外用薬

【業務全般に関する留意事項】

1. 業務は指差し・声だし確認を行う。
2. 調剤内規等の作業内規、麻薬取扱規程、治験の手引き等を遵守する。

<処方入力時>(医師)

1. 処方画面が患者本人であることを確認する。
2. 処方内容を適宜「DI参照画面等」を参照し確認する。(病名と処方内容の確認)
※薬品名・禁忌・剤型・1回と1日投与量・投与回数・投与時刻・投与日数・併用禁忌薬
3. 必要に応じ、コメント入力欄に注意事項を記録する。
4. 患者が自己管理できる場合は、「自己管理」を選択する。

<調剤時>(薬剤師)

1. 患者氏名、処方年月日・年齢・性別・必要に応じ体重などを確認する。
2. 調剤時には、必ずPDA、秤量システム等の機器チェックシステムを使用する。
3. 病名と処方内容が適切かどうか・禁忌薬でないか・用量過剰でないか・併用禁忌薬はないかを確認する。
4. 調剤終了後、処方内容と調剤内容を確認する。
※薬品名・剤型・含有量・1回と1日投与量・投与回数・投与時刻・投与日数等
5. 疑義が生じたときは処方医に確認する。
6. 麻薬は、取扱規程に基づいて麻薬管理システムに受払を入力する。
7. プレグランデイン塗坐剤・毒薬・向精神薬・治験薬等、特別な管理が必要な医薬品については、取扱規程等に基づいて受払簿の記帳を行う。
8. 名称の似かよった医薬品、規格単位が複数ある医薬品は、特に注意して調剤する。
9. 調剤後、必ず別の薬剤師が監査する。(二重確認)
10. 抗がん剤等のハイリスク薬は処方せん(薬剤部用)にラインマーカーで着色し、必ず別の薬剤師が確認する。(二重確認)
11. 注意指示書の記載内容について確認する。

<監査時>(薬剤師)

1. 患者氏名、処方年月日・年齢・性別・診療科及び必要に応じ体重などを確認する。
2. 病名と処方内容が適切かどうか確認する。
3. 処方内容と調剤内容を監査する。
※薬品名・剤型・含有量・1回と1日投与量・投与回数・投与時刻・投与日数・内用散剤の重量・分包数・分包紙及びラベルの印字内容・内用液剤の液量・目盛り・シール・リングキャップ・色・香りについて
4. 調剤印、秤量時の出力内容を確認する。
5. 液剤・散剤については、液漏れや分包漏れ、変色、異物混入が無いことを確認する。
6. 当直時間で別の薬剤師による監査ができない場合は原則払い出さない。別の薬剤師の監査後払い出す。
(至急に払い出すよう依頼があった場合を除く。この場合、時間的に可能な限り時間を空け再度同一人が監査する。)
7. 退院時及び入院時外来薬については、二重監査を行う。(三重確認)

<渡す時>(薬剤師)

外来

1. 患者確認は、患者本人、又は付き添い人に患者氏名(フルネーム)と生年月日を名乗ってもらい、本人であることと引換番号を確認して薬を渡す。
2. 引換番号、処方内容と薬袋の患者氏名、薬袋数を確認する。
3. 調剤薬の内容を患者とともに確認する。

入院

1. 処方せん薬袋用であることを確認する。

<与薬時>(看護師)

1. 処方内容と調剤内容を確認する。
2. 患者の状態に応じた内服薬の管理方法を選択する。
3. 与薬時は必ず患者本人であることを確認する。
4. 内服薬の管理方法に応じた内服確認をする。

<服薬指導>(薬剤師)

1. 患者本人であることを確認する。
2. 処方内容と調剤内容を確認する。
※薬品名・剤型・規格・1回と1日投与量・投与回数・投与時刻・投与日数・禁忌薬でないか・用量過剰でないか・併用禁忌薬はないか
3. (初回時)持参薬や市販医薬品、サプリメント類の服用状況、アレルギー歴などを確認する。
4. 薬効・服薬の方法、副作用を十分に説明する。
5. 説明を患者が理解できているか確認する。
6. 残薬の確認を行い、内服指示が守られているかどうかを確認する。
7. 服薬指導で得た情報は、他の医療スタッフ間で共有する。

Do Not!! 調剤間違い・監査時の見落し

2) 内服薬管理基準

1. 目的

- 1) 患者の状態にあった内服管理で誤薬や飲み忘れを防ぎ、薬物療法が確実に行える。
- 2) 患者が内服薬の自己管理を行うことで、主体性をもって治療に参画できる。

2. 内服薬自己管理能力

- 1) 薬袋を見て、内服理由、薬名、薬の効果、服薬方法、服薬量、服薬の注意を説明でき、確実に服薬できる。

3. 病棟管理対象患者

- 1) 意識レベルの低下がある(見当識障害、意識混濁、混乱がある)。
- 2) 認知機能障害、不穏行動、譫妄、興奮などがある。
- 3) 嘔下障害がある、または誤嚥しやすい。
- 4) 運動性の障害(麻痺、不隨運動がある等)により内服動作が困難である。
- 5) 視力障害や聴力障害、失語などによりコミュニケーションに障害をきたしている。
- 6) 判断力、理解力、記憶力の低下がある。
- 7) 拒薬、薬物依存の可能性がある。
- 8) 麻薬を与薬している。

4. 内服薬管理基準

(表1参照)

5. その他

- 1) 原則として1包包装とする。
- 2) 睡眠薬、ステロイド、抗がん剤、向精神薬、麻薬等は原則として病棟管理とするが内服薬自己管理能力がある場合は「患者自己管理」とする。
- 3) 患者の状態によっては、医師・看護師・薬剤師の相互で相談し内服薬管理方法を検討・決定する。
- 4) 外用薬は内服薬管理基準に準ずる。
- 5) 内服管理チェックシートを用いて、入院時、定期処方時などに評価していく。
- 6) 再評価のタイミングは定期処方時・患者の状態が変化した時・術後・内服間違いがあった時などとする。

<内服管理チェックシート>

- ・小児・NICU・ICU・救急・精神科は対象外とする。
- ・内服管理は可能な限り自己管理を推奨していく。

【使用方法】

- ・入院時に、患者・家族・看護師でチェックする

1. 飲み込むときにむせがないか	むせない	むせる
2. 自宅での内服管理は誰が行っているか (家族がセット後自己管理の場合は、家族管理に含む)	患者自己管理	家族がセット or 家族管理
3. 包装から薬を取り出せるか	取り出せる	取り出せない
4. 内服薬の用法・容量を説明できるか (1 包化の場合は用法のみ説明できればよい)	できる	できない



全て「できる」で自己管理へ



「できない」がひとつでもあれば医療者が介入する内服薬管理方法を選択する。

内服薬管理基準表を参考に、内服薬管理基準を決定する。

内服薬管理基準

(表 1)

区分	内服薬自己管理能力
病棟管理 I	看護師が与薬時に内服薬を持参し、介助により内服する。
病棟管理 II	看護師が与薬時に1回分の内服薬を与薬ケースに入れて配薬すると、自分で確実に内服できる。
1日患者管理	服薬自己管理能力は乏しいが、1日分を与薬ケースに入れて配薬すると1人で服薬できる。
1日セット 確認管理	服薬自己管理能力はやや乏しいため、患者が1日分をセットしたものを看護師が確認した薬、または、看護師と共に1日分をセットした薬を1人で服薬できる。
1週間セット 確認管理	服薬自己管理能力はやや乏しいため、患者が1週間分をセットしたものを看護師が確認した薬、または、看護師と共に1週間分をセットした薬を1人で服薬できる。
患者自己管理	内服薬自己管理能力がある場合。退院が決定し、患者管理の指導が必要な場合。 ※術後は「ベッド上フリー」となるまで、1日患者管理または病棟管理とする。その後は「内服薬管理基準」による

3) 内服薬確認方法および実施記録

【業務全般に関する注意事項】

- ・配薬前の確認は勤務開始時など余裕をもって確認できる時間帯に実施する。
- ・患者に配薬する直前に病棟マップの緊急指示で指示の変更がないかを確認する。
- ・処方を確認する際は前回処方とつき合わせ、変更点がないかを確認する。変更があった場合は主治医に変更内容を確認する。
- ・薬剤は与薬するまでの過程において、医療者が2回確認を行った上で患者に配薬する。
- ・管理基準再評価のタイミングは定期処方時・患者の状態が変化した時、術後や服薬に間違いがあった時などとする。

内服管理基準別内容および実施記録

内服管理基準	与薬トレーサット時	配薬前	服薬確認	服薬の実施記録
病棟管理 I	朝は深夜 屋は日勤 タ・眠前は準夜が担当する。	電子カルテの指示(処方カレンダ)と与薬ケース内の薬剤を照合し、処方カレンダの実施入力を行う。(この時点での実施入力は配薬前に薬剤を確認した記録とする) 処方カレンダ未導入の部署は確認者が薬袋にサインする。	看護師が薬剤を渡し、患者が目前で服用したことを見認する。	
病棟管理 II	与薬トレーへのセットは作業中断が起こらないような環境下で行う。 患者氏名・ID・薬剤名・開始日・用量を電子カルテの指示(処方カレンダ)と薬袋・薬剤を照合して確認する。 与薬トレー・ケースの患者氏名・IDを確認し、薬剤をセットする。(セット方法は与薬カート等運用基準参照)	配薬時に与薬ケースのID・氏名・生年月日と患者からの呼称、ネームバンドのID・氏名・生年月日を照合する。患者に与薬ケースを見て氏名・生年月日を確認する。	重要性の高い薬剤や患者の管理能力から口頭での確認だけでは不確実な可能性がある場合などは、薬袋をケースに残してもらい確認するなどの工夫も有効である。	看護師が薬剤を確認後、速やかに看護指示(内服管理基準)の実施入力をを行う。 看護指示 食後は8時12時18時。眠前は21時。 食前は7時11時17時。起床時は6時。 食間は10時14時20時。
1日患者管理	セット後、開始日があつているか、指示通りにセットされているかを再確認する。 セットした者は薬袋へサインする	深夜勤務者が一日分を確認する。	処方カレンダ未導入の部署は服薬が終了した薬袋をスキャンしてカルテに取り込む。	
	与薬トレーへのセットは処方分すべてセットすることを基本とする セット後に残薬がある場合は、セットした日数分と残薬数が薬袋の総数と合致しているかを確認する。	電子カルテの指示(処方カレンダ)と与薬ケース内の薬剤を照合し、処方カレンダの実施入力を行う。(この時点での実施入力は配薬前に薬剤を確認した記録とする) 処方カレンダ未導入の部署は確認者が薬袋にサインする。	各勤務、配薬ケースが空になつていていることと、服用したこととを口頭で確認する。	指示が隨時変更するなど、処方カレンダが使用できない薬剤に関しては、薬袋にサンをを行い、スキャンしてカルテに取り組む。
		1日分の配薬時に与薬ケースのID・氏名・生年月日と患者からの呼称、ネームバンドのID・氏名・生年月日を照合する。患者に与薬ケースを見せて氏名・生年月日を確認する。	重要性の高い薬剤や患者の管理能力から口頭での確認だけでは不確実な可能性がある場合などは、薬袋をケースに残してもらい確認するなどの工夫も有効である。	

内服管理基準	与薬トレーセット時	配薬前	服薬確認	服薬の実施記録
1日セット 確認管理	患者が翌日分を与薬ケースにセットしたものと、カルテの指示(処方カレンダ)と照合しセット内容を確認する。 セット時間は患者の状態や希望に合わせて決定する。 セット確認時間は看護指示で時間指定する。	各勤務、配薬ケース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。 確認者は処方カレンダで実施入力を行う。前日の実施入力となる が、あくまでもセットの薬剤を確認した記録とする。	服薬確認後、速やかに看護指示(内服管理基準)の実施入力を行う。 重要性の高い薬剤や患者の管理能力から口頭での確認だけでは不確実な可能性がある場合などは、薬瓶をケースに残してもらい確認するなどの工夫も有効である。	看護指示 食後は8時12時18時。睡前は21時。 食前は7時11時17時。起床時は6時。 食間は10時14時20時。
1週間セット 確認管理	患者が翌日分を与薬ケースにセットしたものと、カルテの指示(処方カレンダ)と照合し確認し、患者に説明して渡す。 セット後はカルテの指示(処方カレンダ)とセット内容を照合し、セット間違いがないかを確認する。 セット確認をした際に患者の管理能力を確認し内服管理チェックシートに定期評価として記録する。	各勤務、配薬ケース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。	看護指示 食後は8時12時18時。睡前は21時。 食前は7時11時17時。起床時は6時。 食間は10時14時20時。	看護指示 定期処方配薬日または同じ薬剤が継続して処方された患者に渡す時には残薬を確認し、残薬があつたければ服薬できただと判断する。 内服間違いがあつた場合は内服管理チェックシートを用いてアセスメントを実施し、必要に応じて内服管理方法の変更を行う。
患者自己管理		各勤務、服用したことと口頭で確認する。	看護指示 アセスメントのタイミングで内服管理チェックシートに服薬状況を記録する。	

3)持参薬管理フローチャート

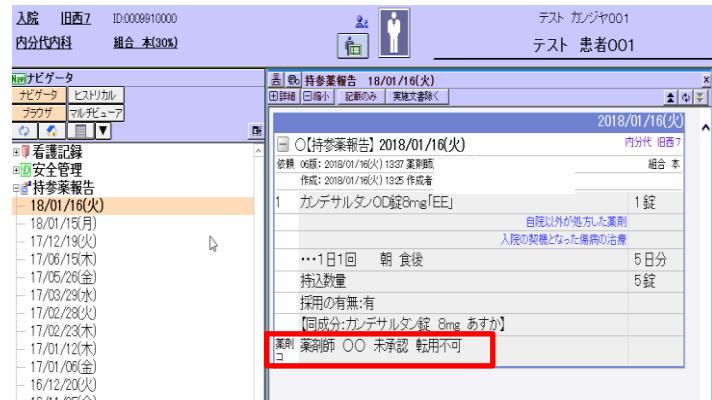
看護師：お薬手帳、持参薬預かり、
病棟薬剤師に渡す

病棟薬剤師：持参薬一次報告

看護師・病棟薬剤師：持参薬報告
内容確認報告

医師：持参薬報告を基に内服処方オ
ーダー
持参薬処方時に「持参薬区分」
「持参薬処方区分」の入力

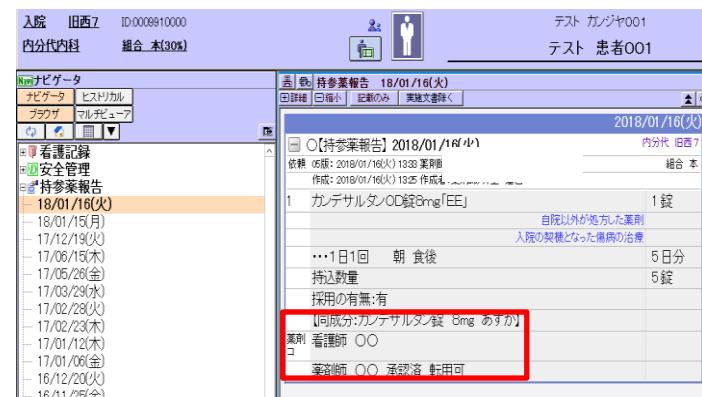
ただし、DPC 病名に関する処方は原則院内処方に切り替える



* 薬剤師 1 名のみ記載

未承認：処方への転用不可

持参薬鑑定書・持参薬報告鑑別書出力



* 薬剤師 2 名もしくは看護師・薬剤師名記載

承認済：処方への転用可

持参薬鑑定書・持参薬報告鑑別書出力し病棟で保管

4. 麻薬

1) 麻薬(入院)

1. 指示・オーダー

- 1) 麻薬施用者(医師)は電子カルテ内「麻薬処方箋」および「麻薬指示箋」を入力する。
- 2) 内服・貼付の処方日数は7日まで 注射の処方は1日分(1施用分×回数)とする。
- 3) 麻薬処方一日分を目安に1施用単位でオーダーし、溶解方法をコメント入力する(コメント内容が注射ラベルに反映される。)
- 4) 印刷した処方箋の麻薬施用者氏名欄に、自署(フルネーム)又は押印する。

2. 受領

- 1) 受領者は医師もしくは看護師に限る。
- 2) 受領者は薬剤師と内容を確認し処方箋の受領者欄に自署又は押印する。

3. 保管

- 1) 麻薬は所定の保管庫に施錠し、鍵は麻薬施用責任者が管理する。
- 2) 向精神薬や「麻薬施用簿」は、麻薬保管庫と別に保管する。
- 3) 麻薬金庫に保管時、使用時は、使用量・残量を2者で確認する。

4. 実施

- 1) 実施者は患者本人であることを呼称またはネームバンドとPDAで確認する。
- 2) 実施者は「麻薬指示箋」で処方内容と薬剤を確認する。
- 3) 持続注入中のシリンジには赤のビニールテープを貼り「 薬品名 組成」を記載する。
- 4) 実施中は副作用の出現に注意する。
- 5) 実施者は実施内容を「麻薬施用簿」に記載する。
- 6) 実施後は電子カルテ内「医療用麻薬経過」に、必要事項を記載する。

5. 自己管理による麻薬取扱い

- 1) 対象患者は、入院患者の自己管理による麻薬取り扱いマニュアルに従う。
- 2) 麻薬の使用方法および副作用について十分説明する。
- 3) 麻薬の使用状況(使用回数、時間)残数および副作用を確認し電子カルテ内「医療用麻薬経過」に、必要事項を記載する。
- 4) 患者に手渡す数量は必要最小限(原則3日分まで)とする。

6. 返却

- 1) 返却者は医師もしくは看護師に限る。
- 2) 注射薬は空アンプルおよび施用残液を含むシリンジは、施用日の翌日までに返却する。
- 3) 院内で使用済みの貼付薬は回収し薬剤部に返却する。

7. 麻薬に事故が生じた場合

- 1) 麻薬アンプル等を誤って破損した場合又は滅失、盗難その他の事故の場合は、直ちに麻薬管理者に連絡して指示を受けるとともに、麻薬管理者に麻薬事故報告書1部を提出する。

「医薬品集」麻薬取扱要項・麻薬取扱規程、「診療業務の手引き」入院患者の自己管理による麻薬取扱マニュアル、K-MIND 2011 操作マニュアル「チーム医療」を参照

Do Not!! 空アンプル・残薬の破棄、研修医の単独の取扱い

2) 入院患者の自己管理による麻薬取り扱いマニュアル

1. 入院患者が麻薬を自己管理しても差し支えない基準

入院患者が自己管理できる麻薬は、内服及び外用薬である。(注射薬は自己管理としない)

患者に手渡す数量は必要最低限とする。(原則 3 日分まで)

- 1)せん妄や認知症状等がないこと。
- 2)麻薬の用法、注意点について十分理解できていること。
- 3)外来通院時に麻薬の自己管理をできていた患者は自己管理が望ましい。
- 4)麻薬の服用量の設定を行うときは病棟管理が望ましい。
- 5)以上を考慮し、主治医が自己管理可能と判断した患者。

2. 交付時における患者への説明内容

- 1)医療用麻薬であることを説明する。用法、用量について十分説明し理解されているか確認する。

2)麻薬であることを告知していない場合には、他人に渡さないことを周知する。

用法、用量について十分説明し理解されているか確認する。

(なお、麻薬であることを説明することが望ましい)

(例)これは「強い痛み」をおさえる痛み止めです。あなたの痛みにあった薬なので痛みのある人が
他にいてもその人に渡さないで下さい。

- 3)紛失等の防止を図るため保管方法を助言する。

(例)床頭台の引き出しの中に保管してください。

薬の残りの数がわかるように整頓してください。

包装を破ったり錠剤を取り出す時は慎重に行ってください。

3. 患者の不注意で流失、紛失等があった場合の対応

県への事故届の必要はないが、麻薬管理者への報告とカルテへの記載は必要である。

患者の不注意で紛失があった時の対応は、以下の項目を参考にする。

- 1)ベッド周りを搜索する。プライベートな領域やごみ箱の中までは搜索しなくてもよい。

発見出来なかった場合は薬剤部へ事故報告書を提出する。

(カルテへの記載は必要、麻薬の種類と量)

- 2)流失物、落下物が見つかった場合は、薬剤部へ事故報告書を添えて返却し薬剤部で廃棄する。

- 3)見つからなかった場合でも患者の管理能力を責めないこと。

4. 紛失等の状況に盗難の蓋然性が高い場合

県への麻薬事故届の提出が必要である。

不注意か盗難かを判断する基準(参考)

- 1)自己管理している麻薬がすべて無くなった。
- 2)頻回に紛失する。
- 3)無くなったものが医薬品だけでなく、現金や貴重品も紛失した。
- 4)紛失が推測される日時に不審者が目撃されている。

5. 麻薬の服用状況の把握

- 1)定時薬の服用状況及びレスキューの服用回数を把握する。

2)看護師は当日のレスキューの 1 回量、服用回数、服用時間を聴取し、電子カルテ内医療用麻薬経過記録に記載する。

3)主治医は、レスキューの服用状況、疼痛スコア、副作用等から定時薬になっているオピオイドの服用量を調節する。

4)自己管理分の残数を確認した際は電子カルテに記載する。

5)自己管理が困難と判断されたときは、すみやかに病棟管理に移行する。

6. 麻薬施用簿の記載

- 1) 処方せん発行日に受数を記載する。
(院内規定では入院患者に交付できる麻薬は 7 日分までである)
- 2) 払出数に患者保管数分を記載する。
- 3) 備考欄に患者自己管理と記載する。

連絡先: 薬剤部麻薬担当(麻薬管理室)内線(3204)

3) 麻薬取り扱い手順

1. 麻薬の請求及び返却等

1) 指示・オーダー

麻薬処方は麻薬施用者免許証番号を入力し、K-MINDにてオーダー入力する。

ただし、研修医単独では処方不可(指導医のカウンターサインが必要)。

麻薬オーダ発行時には、麻薬指示箋の記載が必要

(K-MIND2011 操作マニュアル「チーム医療」<緩和ケア>)。

2) 受領

(1) 調剤用麻薬

麻薬処方せん・麻薬処方せん控えの相当欄に施用者がフルネームで自署又は押印したものを薬剤部へ持参すること。入院中の患者に施用する調剤用麻薬は、最大7日分までとし、施用開始日当日または施用開始予定日の前日に、交付を受けることができるものとする。

麻薬受領の際には受領者は、処方せんの相当欄に自署又は押印する。ただし、受領者は、医師若しくは看護師に限る。

フェンタニル貼付剤については以下の通り定める。ただし、最終的には主治医の判断による(調剤時に確認を行うこと)。

フェントステープ → 癌性疼痛

デュロテップMTパッチ → 慢性疼痛

(2) 剤とも慢性疼痛に使用する際には、医師の e-learning 受講と確認書の提示(スキャナーで取り込み電子カルテに保存)、および処方せんに「慢性疼痛」のコメント必要)

(2) 注射用麻薬

麻薬処方せん・麻薬処方せん控え・麻薬施用票の相当欄に施用者がフルネームで自署又は押印したものを薬剤部へ持参すること。注射用麻薬は、1日分(1施用分×回数)を処方する。施用開始日当日または施用開始予定日の前日に、交付を受けることができるものとする。

麻薬受領の際には受領者は、処方せんの相当欄に自署又は押印する。ただし、受領者は、医師若しくは看護師に限る(手術部については、注射用麻薬の請求・受領は、別の取決めによる)。

(3) 内容を訂正した場合には、麻薬施用者の訂正印が必要である。

3) 保管

薬剤部より交付を受けた麻薬は、施用が完了するまでの間、各科に備付けの所定の保管庫に施錠して格納する。なお、保管庫の鍵は各科の麻薬施用責任者が管理する。麻薬保管庫には、麻薬以外の物品を格納してはならない。

麻薬注射薬は、施用当日又は施用予定日の前日に1日分(1施用分×回数)の施用量の交付を受け、施用した場合はその日の翌日までに施用済み容器(施用残液を含む)を、施用しなかった場合は施用予定日の翌日までに現品又は注射液を含む注射筒の返却手続を完了することとする。

麻薬の保管数量は、毎日確認すること。

調剤用麻薬のうち貼付剤に関しては、使用済みのものを回収し、1処方分が施用終了した段階ですみやかに返却しなければならない。

施用日を過ぎても使用しないものや施用終了した麻薬は、その時点ですみやかに返却すること。

麻薬金庫からの出し入れについては、ダブルチェックを行うこと。

4)患者自己管理

入院患者自身が服薬管理できる状況であれば、患者に必要最小限の麻薬を保管させてもよい。

必要事項は、電子カルテ内「医療用麻薬経過記録」に記載する。

必要最小限とは3日分を原則とする。患者の不注意で流失、紛失等があった場合には県への事故届の必要はないが、麻薬管理者への報告とカルテへの記載は必要である。ただし、紛失等の状況を患者から聴取して原因を把握したうえで、盜難や詐取等された蓋然性が高い時は県薬務課にその状況を報告するとともに警察にも連絡する必要がある(入院患者の自己管理による麻薬取扱マニュアル及び「麻薬管理マニュアル 厚生労働省医薬食品局(平成18年12月)」参照)。

5)返却

施用済みの空アンプル及び残液入りアンプルは、麻薬施用票に所定の事項を記入し、麻薬施用者欄に記名押印又はフルネームで署名の上、現品を添え、直ちに麻薬管理者に返却すること。

なお、交付後に患者が死亡した等の理由で、注射用麻薬が施用中止となった場合の未使用アンプルは、麻薬施用票の未使用返却欄にアンプル数を記入すること。

また、施用直前に患者が死亡した等の理由で、調製済みの注射用麻薬を施用することなく中止した場合は、施用票に加え麻薬廃棄処分手続き願書を添えて提出すること。返却時には病棟用麻薬施用簿も必要事項記載の上、持参すること。

院内で施用済みの貼付剤は、回収して麻薬管理者に返却すること。ただし、返却者は、医師若しくは看護師に限る。使用済みの貼付剤を回収できない場合は、使用済み麻薬貼付剤紛失報告書に所定の事項を記入の上、薬剤部に提出すること。

交付後に患者が死亡した等の理由で施用中止された調剤用麻薬は、麻薬廃棄処分手続き願書に所定の事項を記入の上、現品を添えて薬剤部に提出すること。

交付済みの麻薬処方オーダについて、電子カルテ上のロック解除を伴う修正は受け付けない。

6)入院時持参麻薬

入院時持参薬が麻薬、あるいは麻薬かどうか疑わしい場合には、その持参薬を薬剤師が確認する。

持参薬規定により持参麻薬を継続使用しない場合は、薬剤部にて保管する。

2. 麻薬施用者の記録

1)診療録(カルテ)への記載(5年間保存)(一部省略)

(1)施用数量は通常、ml、A、g(mg)で記載すること。

麻薬を希釈して施用した場合は原液量に換算して記載すること。

原則として、モルヒネ注、オキシコドン注は、

10倍希釈(1mg=1mL)に、フェンタニルは2.5倍希釈(20μg=1mL)に調製する。

2)麻薬施用簿(2年間保存)

(1)麻薬施用簿は、麻薬施用責任者が管理する。

(2)診療録記載の年月日、品名、数量及び患者氏名と一致していること。

(3)事故麻薬として届け出た場合も記入しておくこと。

(4)麻薬施用責任者は、毎週1回以上施用簿を検査し押印すること。

(5)返却手続の都度、薬剤部員が確認し押印する。

(6)麻薬施用簿は麻薬保管庫内に保管しないこと。

3. 施用を中止した場合

1)アンプルを切った後、患者に投与することなく施用中止となったものについては、廃棄として取り扱う。

薬剤部に返却の際には、麻薬廃棄処分手続き願書を添えて提出すること。

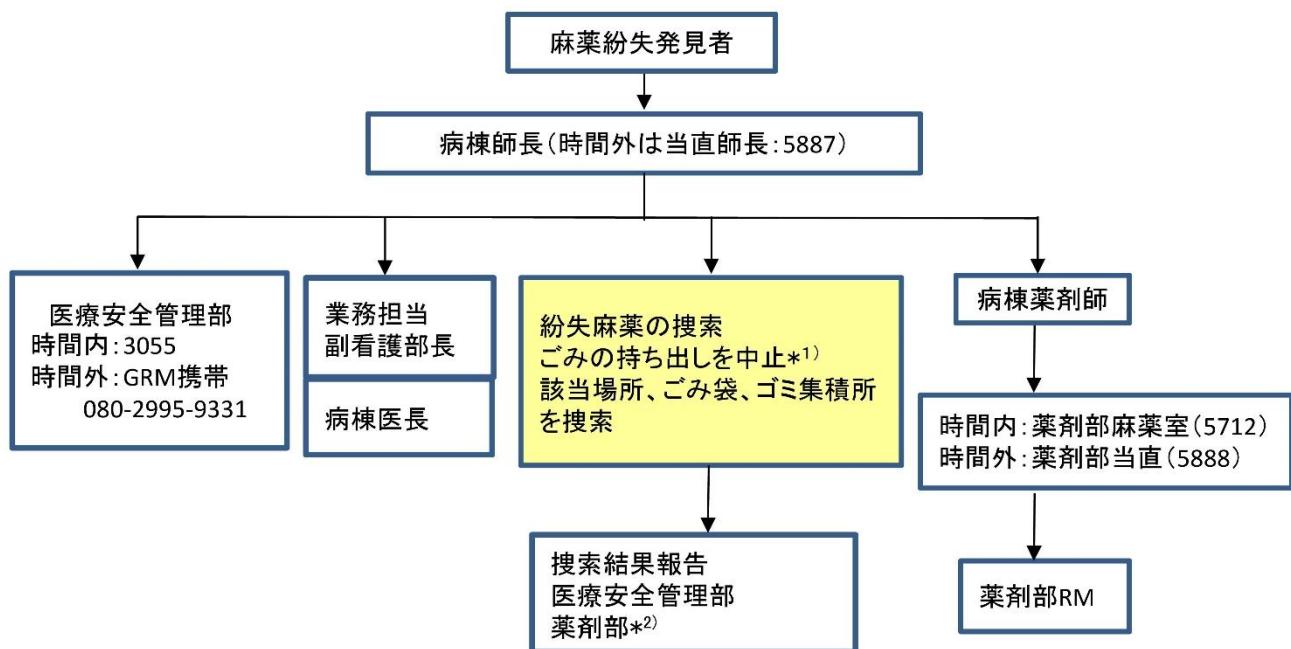
4. 麻薬における事故発生時

麻薬アンプル等を誤って破損した場合又は滅失、盗難その他の事故の場合は、直ちに麻薬管理者に連絡して指示を受けるとともに、麻薬管理者に麻薬事故報告書1部を提出すること。また、薬品の探索と回収を可能な限り行うこと。盗難の場合は現場をそのまま保存すること。

麻薬管理者は、麻薬事故報告書に基づき、香川県健康福祉部薬務感染症対策課に連絡の上、麻薬事故届1部を香川県知事に提出すること。盗難の場合は、直ちに警察署、四国地区麻薬取締官事務所及び香川県健康福祉部薬務感染症対策課へ連絡する。

麻薬についての問い合わせは、薬剤部麻薬室(5712)まで

麻薬紛失時の対応



*¹)用度第二係(Tel:2091)に連絡し所属部署のゴミ搬出中止を依頼する
時間外は事務当直(Tel:3030)に連絡する

*²)検索結果により麻薬管理者より必要書類の提出を依頼

入院患者に交付した麻薬の保管方法について

2007年8月27日

「麻薬管理マニュアル 厚生労働省医薬食品局(平成18年12月)」抜粋

- 1) 入院患者に交付した麻薬は患者のベットサイドで保管することができる。
- 2) 患者の不注意で流失、紛失等があった場合に事故届の必要はない。
- 3) 紛失等の状況に盗難の蓋然性が高い時は麻薬事故届の提出が必要である。
- 4) 患者に対して、紛失等の防止を図るため保管方法を助言するなど注意喚起に努めること。
- 5) 麻薬の服用状況を隨時聴取し、カルテ等に記載すること。

厚生労働省医薬食品局は平成18年12月に病院における麻薬管理マニュアルの部分修正を行いました。この改正の目的は、レスキュー麻薬の保管条件を緩和し入院患者がレスキューを使用しやすくするためのものです。

従来、入院患者が使用する麻薬は麻薬保管庫に保管することが義務づけられていましたが、この改正により患者自身が麻薬の服用管理ができる状況であれば患者に必要最小限の麻薬を保管させることは差し支えなく、レスキュー使用する麻薬を患者のベットサイドで保管し、突出痛時には患者の判断で直ちに服用できるようにすることが可能になりました。

入院患者が交付された麻薬を不注意で紛失等した場合、「麻薬事故届」を提出する必要はありません。ただし、紛失等の状況を患者から聴取して原因を把握したうえで、盗難や詐取等された蓋然性が高い時は県薬務課にその状況を報告するとともに警察にも連絡する必要があります。

患者が麻薬を保管する際には麻薬保管庫等の設備は必要ありませんが、紛失等の防止を図るため患者に対して保管方法を助言するなど注意喚起に努めてください。定時薬の麻薬およびレスキューの服用状況を隨時聴取し、電子カルテに記載するようにしてください。

入院患者に対する医療用麻薬の定数チェックについて

2020年4月10日

・患者へ交付する際、金庫から取り出す時は、看護師によるダブルチェックで定数確認をし、記録する。

[麻薬施用簿(白色の用紙)]

・看護師および薬剤師は、分担して朝・夕、1日2回の定数チェックを行う。

(例:朝の始業時 看護師、夕の終業時 薬剤師)

定数チェックは看護師および薬剤師によるシングルチェックでもよいが、確認時間と氏名を確実に記録する。(ピンクの記録用紙)

・麻薬金庫の開閉時間のログが記録できているか定期的に金庫の動作を確認する。

(年に1回程度、業者によるチェック)

4) 静脈・皮下注射医療用麻薬の希釈法（成人）

原則として、モルヒネ注、オキシコドン注は 10 倍希釈 1mg=1mL に、

フェンタニル注は 2.5 倍希釈 20 μg=1mL に

ナルベイン 2mg 注は 10 倍希釈 0.2mg=1mL に 調整する。

例) 塩酸モルヒネ注 10mg 1A(1mL)+生食 9mL=10mL (1mg/mL)

オキファスト注 50mg 1A(5mL) + 生食 45mL=50mL (1mg/mL)

フェンタニル注 0.1mg 10A(20mL)+生食 30mL=50mL (1mg/50mL=20 μg/mL)

ナルベイン注 2mg 1A(1mL) + 生食 9mL=10mL (0.2mg/mL)

* ナルベイン注は濃度の異なる 2mg 製剤と 20mg 製剤があるため処方の際は注意すること。

持続静脈・皮下注射 注入濃度・と1日量

	モルヒネ注		オキファスト注		フェンタニル注			ナルベイン2mg注※	
	10倍 希釈液	2倍 希釈液*	10倍 希釈液	2倍 希釈液*	5倍 希釈液 (小児のみ)	2.5倍 希釈液	原液*	10倍 希釈液	2倍 希釈液*
濃度	1mg/mL	5mg/mL	1mg/mL	5mg/mL	10 μg/mL	20 μg/mL	50 μg/mL	0.2mg/mL	1mg/mL
速度(mL/時)									
0.2	4.8mg/	24mg/	4.8mg/	24mg/	48 μg/	96 μg/	240 μg/	0.96mg/	4.8mg/
0.5	12mg/	60mg/	12mg/	60mg/	120 μg/	240 μg/	600 μg/	2.4mg/	12mg/
1	24mg/	120mg/	24mg/	120mg/	240 μg/	480 μg/	1, 200 μg/	4.8mg/	24mg/
1.5	36mg/		36mg/		360 μg/	720 μg/	1, 800 μg/	7.2mg/	36mg/
2	48mg/	240mg/	48mg/	240mg/	480 μg/	960 μg/	2, 400 μg/	9.6mg/	48mg/
2.5					600 μg/	1, 200 μg/			
3	72mg/		72mg/		720 μg/	1, 440 μg/		14.4mg/	72mg/
3.5					840 μg/	1, 680 μg/			
4	96mg/		96mg/		960 μg/	1, 920 μg/		19.2mg/	96mg/
5	120mg/		120mg/		1200 μg/			24mg/	120mg/

* 持続皮下注射あるいは注入量の多いとき

オピオイド力価 (mg/日)

経口 坐薬 経皮貼付	モルヒネ	モルヒネ塩酸塩水和物原末 MSコンチン	30	60	120	240	360
	モルヒネ	アンペック坐薬		40	80	160	240
	オキシコドン	オキシコドン徐放カプセル オキシコドン徐放錠NX	20	40	80	160	240
	フェンタニル	フェントステープ	1	2	4	8	12
	ヒドロモルフォン	ナルサス	6	12	24	48	72
	タベンタドール	タベンタ	100	200	400		
	コデインリン酸塩	コデインリン酸塩散 コデインリン酸塩錠	180				
	トラマドール	トラマドールOD錠 トラムセット配合錠 ワントラム錠	150	300			
静脈・ 皮下注射	モルヒネ	モルヒネ塩酸塩注射液		30	60	120	180
	フェンタニル	フェンタニル注射液		0.6	1.2	2.4	3.6
	オキシコドン	オキシコドン注射液		30	60	120	180
	ヒドロモルフォン	ナルベイン注	1.2	2.4	4.8	9.6	14.4

(※ナルベイン注→他のオピオイド注射液にスイッチングする場合は、必ず等換算量から30%減量して投与)

※経口モルヒネ換算で120mg/日を超える場合は、緩和ケアチームへのコンサルトを検討する。

※フェンタニル貼付剤については以下の通りに定める。ただし、最終的には主治医の判断による。

フェントステープ → 癌性疼痛

デュロテップ MT パッチ → 慢性疼痛

(医師の e-learning 受講と確認書の提示、処方箋に「慢性疼痛」のコメントが必要)

オピオイドのレスキュー計算表

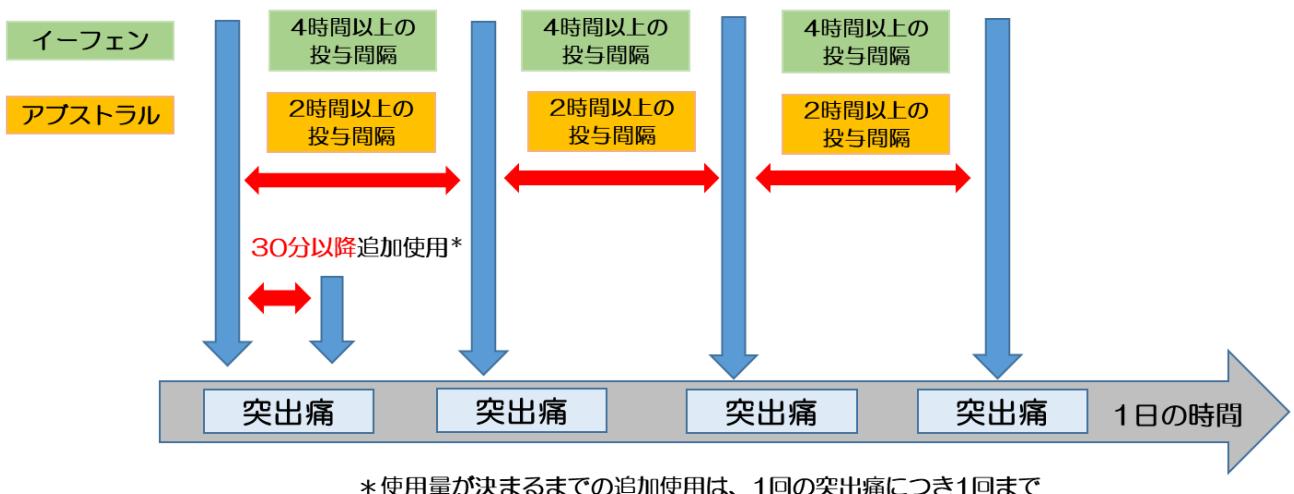
定期オピオイド			レスキュー(mg/回)		
モルヒネ(mg)	オキシコドン(mg)	フェントステープ(mg)	モルヒネ		オキノーム
			経口	坐薬	経口
	10				2.5
20	15		5	5	2.5
30	20	1	5	5	2.5
40	30		5	5	5
60	40	2	10	5	5
90	60		15	10	10
120	80	4	20	10	15
180	120	6	30	20	20
240	160	8	40	20	30

●経口・坐薬

・レスキューの1回量は、経口モルヒネは1日量の1/6を、経口オキシコドンは1日量の1/8～1/4を目安とする。

・60分経過しても効果がみられない場合は、追加投与する

●舌下・バッカル



●静脈・皮下注射

- ・持続静脈内注射・持続皮下注射でのレスキューの1回量は、1日量の1/24を目安とする。
- ・15分経過しても効果がみられない場合は、追加投与してよい。

5) フエントステープ使用上の基礎知識

(1) 換算について

- フエントステープ 1mg は経口モルヒネ 30mg、
経口オキシコドン 20mg と等力価である。

(2) 増量について

- 初回貼付後及び增量後は毎日の增量は行わない。少なくとも 2 日間は同一用量を貼付する。

(3) 貼り方について

- 他のオピオイド鎮痛剤から切り替えて 1 日 1 回時刻を決めて貼り替えて使用する。
- 薬袋から開封する場合は手で破って取り出す。
- 胸部、腹部、上腕部、大腿部などに貼付する。皮膚刺激をさけるため、毎日貼付部位を変える。
- 貼った後は手のひらでしっかりと押さえる。
- 完全に剥がれた場合は、すぐに同じ用量のフエントステープに貼り替えて、剥がれたテープの貼り換え予定時間まで貼る。

(4) 使用時の注意事項

- テープの温度が上昇するとフェンタニルの吸収量が増加し、過量投与になる恐れがある。
- 貼付部位が電気毛布・湯たんぽ・使い捨てカイロなどの熱源への接触を避ける。
- 貼付中に入浴する場合は、熱い温度での入浴は避ける。

(5) 管理方法

- 病院内で使用したフエントステープはすべて回収する。
- 患者さんが在宅で使用したフエントステープは粘着面を貼りあわせて捨てるように指導する。

(6) オピオイドスイッチングについて

オピオイドスイッチングのタイミング

先行オピオイド	新規オピオイド	タイミング
1日2回の オピオイド徐放製剤 (MSコンチンなど)	フェンタニル貼付剤	先行オピオイドの最終投与と同時に貼付
	オピオイド持続注	先行オピオイドの投与時刻に新規オピオイドを開始 (または半分の流速で開始、6~12時間後に換算量とする)
1日1回の オピオイド徐放製剤 (ナルサスなど)	フェンタニル貼付剤	最終の先行オピオイド投与12時間後に貼付
	オピオイド持続注	先行オピオイドの投与時刻に新規オピオイドを開始
オピオイド持続注	オピオイド徐放製剤	先行オピオイド中止と同時に新規オピオイドを開始
	オピオイド持続注	先行オピオイド中止と同時に新規オピオイドを開始
	フェンタニル貼付剤	【フエントステープの場合】 本剤の貼付開始後6~12時間は継続して持続投与する
フェンタニル貼付剤	オピオイド徐放製剤	先行オピオイドを剥離後6~12時間後に新規オピオイドを開始
	オピオイド持続注	先行オピオイドを剥離後6~12時間後に新規オピオイドを開始 (または約6時間後に半分の流速で開始、約12時間後に換算量に增量)

(森田,木澤監修:緩和ケアレジデントマニュアル.p.96, 2016 医学書院より改変)

- フエントス剥離後の血中フェンタニル濃度が 50%に減少するのに 17 時間以上かかる。
- フエントステープの高用量使用中の切り替えの際は、薬剤部または緩和ケアチームへ相談する。

5. せん妄に対する薬剤の安全使用

せん妄発症には準備因子、促進因子、直接原因という要因がある。

せん妄対策において最も重要なことは、リスクを評価しせん妄発症を予防することと、主たる直接原因である身体症状の原因検索を行い、その改善を目指すことにある。

一方で「薬剤」は、せん妄において直接原因となることもあり、また促進因子の改善をすることによりせん妄発症を予防したり、あるいはせん妄により生じた症状の緩和をすることが期待される。

本項目ではせん妄対策の前提である予防と身体症状管理を行ったうえで、使用の可否を検討すべき薬剤について記すこととする。

1) せん妄を誘発する薬剤を避ける・変更検討する

せん妄を誘発する代表的な薬剤は下記のとおりである。

せん妄を発症している患者・せん妄発症のハイリスク患者においては、身体疾患の状態を鑑みて中止・変更が行えるか検討する。

種類		代表的な薬剤
薬剤 抗コリン作用を有する	抗コリン薬	アキネトン®、アーテン® 等
	抗ヒスタミン薬 (H ₂ ブロッカー含む)	トラベルミン®、アタラックス P®、ピレチア®、ガスター® 等
	抗うつ薬(特に三環系)	トリプタノール®、トフラニール®、パキシル® 等
	抗精神病薬(特にフェノチアジン系)	ウインタミン®、レボトミン® 等
	頻尿治療薬	ポラキス®、バップフォー® 等
ベンゾジアゼピン系薬剤		ハルシオン®、エチゾラム、プロチゾラム 等
非ベンゾジアゼピン系睡眠薬		マイスリー®、ゾピクロン 等
抗パーキンソン病薬		レボドバ、ドパミンアゴニスト、シンメトレル® 等
抗てんかん薬		アレビアチン®、テグレトール®、バルプロ酸 等
鎮痛薬		ナイキサン®、オピオイド(特にモルヒネ) 等
循環器系薬		ジゴキシン、リドカイン、インデラル® 等
ホルモン剤		副腎皮質ステロイド、甲状腺末 等
気管支拡張薬		ネオフィリン®、テオドール® 等
その他		免疫抑制剤(メトトレキサート 等)、抗がん剤(5FU 等)、抗ウイルス薬(インターフェロン 等)

2) せん妄促進因子としての睡眠覚醒リズム障害を改善する

睡眠覚醒リズム障害改善目的とともに、**せん妄ハイリスク患者の不眠に対して使用する薬剤は下記薬剤を用いることが望ましい。**

スポレキサントとラメルテオノンにはせん妄発症を抑制したとの報告がある。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬からの変更・置換については反跳性不眠や離脱症状に注意し、下記薬剤を追加の上で漸減(半量あるいは1/4量ずつ減量)すること。

薬剤	使用量	備考
スボレキサント (ベルソムラ®)	15~20 mg (年齢に応じて) 効果強ければ 10 mgに減量	睡前 1回の定期投与のみ 65 歳以上は 15 mgで使用する
ラメルテオン (ロゼレム®)	8 mg	睡前 1回の定期投与のみ 催眠作用は強くはない
トラゾドン (デジレル®)	1 回 25 mg 最大 100 mgまで	定期+頓用の設定可能
エスゾピクロン (ルネスタ®)	1 回 1 mg 最大 3 mgまで 高齢者は最大 2 mgまで	定期+頓用の設定可能 内服時に苦みあり

3)せん妄の症状を薬剤を使用して緩和する

(1)せん妄の症状改善には抗精神病薬を使用する。

抗精神病薬を使用する際には、**薬剤採用規格のうちで最少量(あるいはその半量)から開始する。**

定期投与のタイミングは**睡前(あるいは夕食後)の分1投与**とし、さらに不穏時頓用を必ず設定すること。

投与至適量の決定は「**前日使用量(定期+頓用)**」を用い、ただし 1 日総量でリスペリドン 3 mg程度を限度とする。

(リスペリドン:クエチアピン:アセナピン=3 mg:150 mg:7.5 mg)

せん妄の治療STEP



(2)せん妄時に使用する標準的な抗精神病薬は右の通り。

抗精神病薬使用時には錐体外路症状(パーキンソニズム、嚥下障害、アカシジア等)の出現に注意する。

クエチアピンは糖尿病禁忌、リスペリドンは腎機能障害に注意を要する。

アセナピン(シクレスト®)は 1 錠 5 mgであるが、**事前分割不可**のため 1 錠で処方し、直前に分割。残薬は破棄する。

また同薬は**舌下投与**であるため、投与後 10 分は飲水・含漱は行わないこと。

不穏(せん妄)時使用薬

・内服可能時

クエチアピン 25 mg
1時間空けて、1日3回
まで使用可能

DMあり → リスペリドン 0.5 mg
1時間空けて、1日3回
まで使用可能

・内服不可能時

セレネース注 0.5A
生食に溶いてDiv
1時間空けて、1日2回
まで使用可能

Div困難 → シクレスト 2.5 mg
舌下投与
1時間空けて、1日3回
まで使用可能

これもOK?

(3)抗精神病薬のみでのコントロールが困難な場合、ベンゾジアゼピンを併用する。

ベンゾジアゼピン単剤ではなく、抗精神病薬も併用すること。(ハロペリドール 0.25A+フルニトラゼパム 0.25A)

ベンゾジアゼピンには呼吸抑制のリスクがあるため、必ずモニタでの観察を行うこと。また呼吸抑制リスクの高い患者にはヒドロキシジンをフルニトラゼパムの代替としても可。

STEP3 ベンゾジアゼピン併用

睡前定時投与
注射
セレネース(5mg/A) 0.25A フルニトラゼパム(2mg/A) 0.25A 生食100ml 点滴
※100ml/hの速度でゆっくり投与し、眠れば中止 覚醒があるようであれば、再投与 ※呼吸抑制のリスクが高い場合はフルニトラゼパムをヒドロキシジン0.5~1Aに代替可能

ベンゾジアゼピンは呼吸抑制に十分留意して使用
必ずSpO2モニター等での継続的確認下に実施すること

6. アレルギー

患者側のリスク因子としては、他の医薬品でのアレルギー反応の既往、アレルギー歴(食物アレルギー、喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎)、疲労などである。喘息では重篤化しやすいといわれる。

1. 外来受診時、入院時の問診、病歴聴取を行いアレルギーの有無を把握する。アレルギーがない場合は無しにチェックを行い、確認日も必ず入力する。
2. アレルギーがある場合は、電子カルテのプロファイルでアレルギー入力を行う。
 - i) 食物、ラテックスアレルギーがある場合は、食物アレルギーの入力を行い、同時に食事オーダー入力も行い禁止にする。
 - ii) アレルギー薬剤がある場合は、アレルギー薬剤名を検索し登録する。(詳細は薬剤アレルギー入力方法を参照)

1) 食物アレルギー

1. 主な病型

臨床型	発症年齢	頻度の高い食物	耐性獲得	アナフィラキシーショック	食物アレルギーの機序
即時型症状	乳児期～成人期	鶏卵、牛乳、小麦などあらゆる食品	成人は寛解しにくい	++	IgE 依存性
食物依存性運動誘発アナフィラキシー	学童期～成人期	小麦、エビ、カニなど	寛解しにくい	+++	IgE 依存性
花粉-食物アレルギー症候群	幼児期～成人期	生の果物・野菜など	寛解しにくい	±	IgE 依存性

2. 食物アレルギー情報を確認したら、プロファイルに登録するとともに臨床栄養部に電話連絡を行う。
3. 誤配膳の防止
 - 1) 配膳担当者はアレルギー食が専用トレイ(黄色)でセットされていることを確認する。
 - 2) 配膳担当者は食事内容と食札内容が合致しているか、アレルギー・禁止食品の混入などがないか確認する。
 - 3) 配膳担当者は患者に氏名、食事内容を確認してもらう。
 - 4) 看護師は入院時にアレルギー食のオリエンテーションを行い、配膳時に氏名・食事内容の確認を行うように指導する。

2) 薬剤アレルギー

1. 抗菌薬静脈内投与の際の重要な基本的注意事項

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。抗菌薬によるショック、アナフィラキシー様症状の発生を確実に予知できる方法がないので、次の措置をとる。

- 1) 患者の薬剤投与歴およびアレルギー歴に関する問診を十分に行う。外来受診時、入院時の問診、病歴聴取を行いアレルギーの有無を把握し、アレルギー情報は、必ず患者プロファイルに入力を行い、チーム内で共有する。アレルギーがない場合は無しにチェックを行い、確認日も必ず入力する。^{*}(P71 入力方法参照)
- 2) 緊急時あるいはストック薬品を使用する場合には、必ず患者の禁忌情報を確認する。
- 3) アレルギー歴がある患者の場合
 - ① 抗菌薬にショックの既往がある患者については、当該抗菌薬の投与は禁忌とする。
 - ② 類似の抗菌薬については慎重な投与を行う。

2. 投与時の観察

- 1) 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。
- 2) 即時型アレルギー反応を疑わせるものとして、注射局所の反応では、注射部位から中枢にかけての皮膚発赤、膨疹、疼痛、搔痒感 などがあり、全身反応としては しびれ感、熱感、頭痛、眩暈、耳鳴り、不安、頻脈、血圧低下、不快感、口内・咽喉部違常感、口渴、咳嗽、喘鳴、腹部蠕動、発汗、悪寒、発疹、などがある。
- 3) 注射中のみならず、終了後も異常を自覚したら、直ちに申告するよう患者に説明する。
- 4) 患者が何らかの異常を訴えた場合、あるいは他覚的異常を認めた場合には速やかに注射を中止する。

3. 救急時の対応

ショックおよびアナフィラキシー様症状が発現した場合には、症状に応じて対処する。

(抗菌薬投与に関連するアナフィラキシー対策のガイドラインより)

*<薬剤アレルギー情報の入力方法>

問診で薬剤アレルギー情報を確認したら、必ず患者プロファイルに入力し、チーム内で情報共有を行う。

患者プロファイル画面

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント	薬剤コード
パラセタール錠 200mg			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		1811175

アレルギー食物	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント	食物コード
メロン		喉の違和感	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		99999999
あわび			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		0090

患者プロファイル画面を開く

アレルギー・注意情報の編集ボタンを押す

- ① 患者問診などの結果、アレルギー薬剤がない場合は無しにチェックする。(確認日入力も忘れずに)
- ② アレルギー薬剤(医療用医薬品等)がある場合は、アレルギー薬剤名を検索し登録する。(選択登録薬品のみアレルギーチェックする。)
- ③ 検索リストにない薬品(一般用医薬品(OTC)、健康食品等)のみコメント欄に薬品名を入力する。(チェックは行われません。)
- ④ アレルギーに該当する薬剤を処方入力した場合、エラーチェックがかかり誤投与を防止することができます。
- ⑤ 禁忌にチェックを入れると、掲示板のアレルギー情報が太赤文字に強調表示される。
- ⑥ 【お願い】「ヨード」にチェック時、アレルギー薬剤に「ヨード系」を入力！★☆★

アレルギー情報は、患者掲示板に表示される。

カルテを開いたら、アレルギー情報を確認する。

注意!!

プロファイル画面におけるアレルギー薬剤の禁忌チェックボックスは、対象薬剤に対するアレルギーの重大さを強調するためのもので、このチェックボックスにチェックしたからといって処方時にアレルギーチェックがなされるわけではありません。ただし、禁忌チェックしておけば、患者掲示板において「禁忌」をチェックした時の表示(患者初期画面)当該アレルギー情報が、太赤字で強調表示されます。禁忌チェックしなかった場合は、通常の表示がなされます。

カルテを開いたら、アレルギー情報を必ず確認しましょう!!

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント	薬剤コード
(非)アルコール(消毒用(オ)) 非:非採用			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		10143459002
PL配合顆粒 1g/包			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		120950
(非)ヒカロナール錠500			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

アレルギー食物	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント	食物コード
えび			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		00060

■検索して登録可能な薬品

処方・注射オーダの薬品マスタ登録薬品(採用薬、院外専用薬)

処方オーダの登録薬品以外

並び順: 処方・注射オーダに登録薬品
> 処方オーダに登録薬品以外
(非): 登録薬品以外

共通マスタ検索

検索方法 前方一致 部分一致

検索条件 あむろじ

検索 件数: 226 件

名称1
アムロジンODフィルム 5mg
アムロジンODフィルム 2.5mg
アムロジンOD錠 2.5mg
アムロジンOD錠 5mg
アムロジン錠 2.5mg
アムロジン錠 5mg
アムロジン錠 10mg
アムロジンOD錠 10mg
(非)アムロジン錠10mg「クニヒロ」
(非)アムロジン錠5mg「クニヒロ」
(非)アムロジン錠2.5mg「クニヒロ」
(非)アムロジン錠5mg「杏林」
(非)アムロジン錠2.5mg「杏林」
(非)アムロジンOD錠5mg「杏林」
(非)アムロジンOD錠2.5mg「杏林」
(非)アムロジン錠10mg「NikP」
(非)アムロジンOD錠10mg「イセイ」
(非)アムロジンOD錠5mg「イセイ」
(非)アムロジンOD錠2.5mg「イセイ」

【複数の検索条件で薬品を絞り込む方法】

【登録予定薬】アムロジン錠5mg「コーワ」

【検索文言】あむろじ*こーわ

*: 半角アスタリスク

【検索結果】

(非) アムロジン錠5mg「コーワ」

(非) アムロジン錠2.5mg「コーワ」

共通マスタ検索

検索方法 前方一致 部分一致

検索条件 あむろじ*こーわ

検索 件数: 2 件

名称1
(非)アムロジン錠2.5mg「コーワ」
(非)アムロジン錠5mg「コーワ」

*: 半角アスタリスク
お願い: 薬品名と検索文字の順番は同じにして下さい。
(*で間の文字を省略して検索します)

薬剤グループによるアレルギーチェック



患者プロファイルに登録

アレルギー薬剤 アレルギー薬剤無しを確認 確認日

コメント

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	中止	禁忌	コメント	薬剤コード
セフェム系	2014/10/22		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A00002

共通マスタ検索

検索方法 前方一致 部分一致

検索条件 |

検索 件数: 4364 件

名称1
ベニシリン系
セフェム系
アイエーコール勤注【自動規格選択】
エンドキサン注【自動規格選択】
ジェムザール注【自動規格選択】
セトナム(セトナムヒドロキシド)【自動規格選択】

アレルギー薬剤 アレルギー薬剤無しを確認 確認日

コメント

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	中止	禁忌	コメント	薬剤コード
セフェム系	2014/10/22		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A00002

(1) 処方オーダを発行します。

Rp 選択薬品 数量 単位

1 セフカペニセキル塩酸塩錠100mg サワイ 3 錠 変更

…1日3回 朝昼夕 食後 5 日分 変更

2016/11/14(月)

(2) ツール確定時とカルテ保存時にエラーメッセージを表示します。

チェック結果表示 確定 カルテ閉じる

【アレルギー: 薬剤】2016/11/14 院外処方 セフカペニセキル塩酸塩錠100mg サワイ
【Rp:1】セフカペニセキル塩酸塩錠100mg サワイ
はセフェム系にアレルギーのある患者に対して注意が必要です。※オーダーする際には、説明し同意を得て、カルテに記載が必要です。

3) ラテックスアレルギー

1. ラテックスアレルギー対策

1) 入院時間診、病歴聴取を行い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) 二分脊椎症患者

(3) 食物アレルギー患者 特にラテックス・アレルゲンと交叉抗原性を持つアボガド、バナナ、クリ、キウイフルーツ等にアレルギーがある場合

(4) 天然ゴム製造従事者

2) ラテックスアレルギーがある場合は電子カルテのプロファイルでアレルギー入力を行い、カルテ、ベッドサイドにラテックスアレルギーの表示を行う。

3) ラテックスアレルギーがある場合は、アボガド、バナナ、クリ、キウイフルーツの食物アレルギーの入力を行う。また、食事オーダー入力も行い果物を禁止にする。

4) 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。

5) 手術予定の患者はラテックスアレルギー疑いがあれば皮膚科受診する。

6) 必ず使用予定材料の添付文書とラテックスの有無を確認する。使用する物にラテックス製品があれば取り除くか、代用品(非ラテックス)を準備する。

病棟に代用品がない場合は手術部に連絡し協力を得て、代用品を用意する。

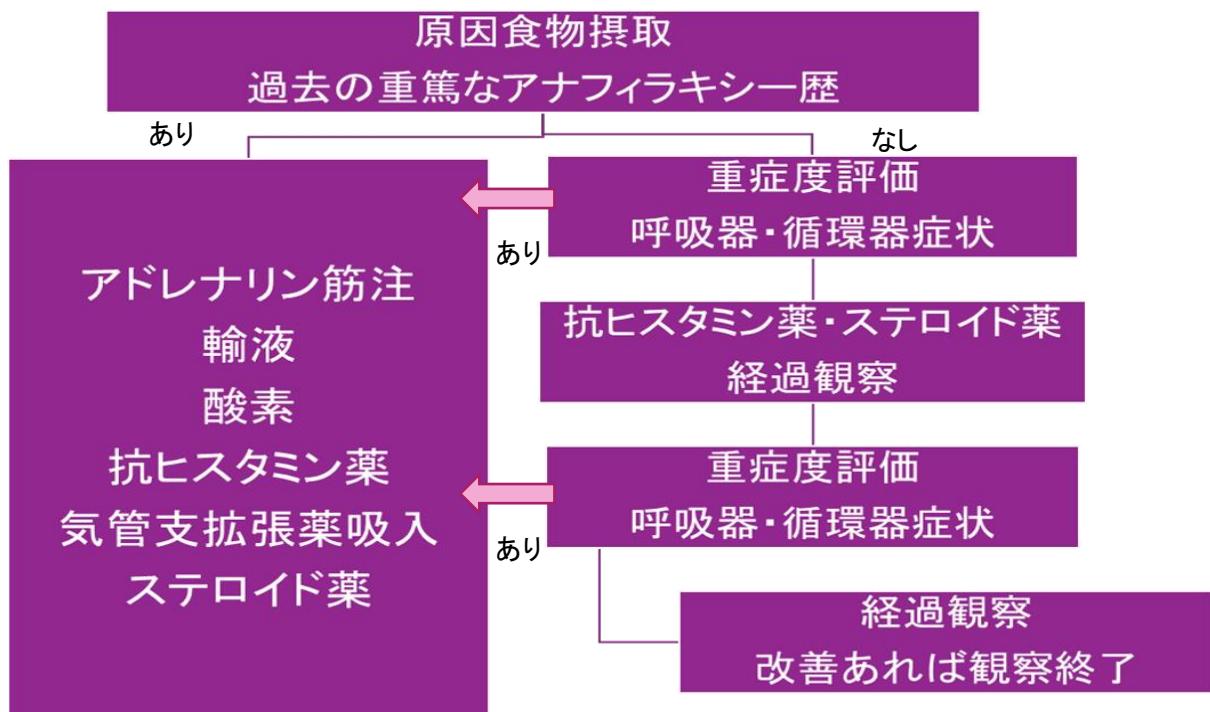


4) アナフィラキシー

1. アナフィラキシーの臨床所見による重症度分類

		グレード 1(軽症)	グレード 2(中等症)	グレード 3(重症)
皮膚・粘膜症状	紅斑、蕁麻疹	部分的	全身性	←
	搔痒	軽い(自制内)	強い(自制外)	←
	口唇・眼瞼腫脹	部分的	顔全体の腫れ	←
消化器症状	口腔内・喉頭違和感	口・のどのかゆみ違和感	咽頭痛	←
	腹痛	軽い	強い	持続する強い腹痛
	嘔吐、下痢	嘔気、単回の嘔吐・下痢	複数回の嘔吐・下痢	繰り返す嘔吐、便失禁
呼吸器症状	咳嗽、鼻汁、鼻閉、くしゃみ	間欠的な咳嗽 鼻汁、鼻閉、くしゃみ	断続的な咳嗽	持続する強い咳き込み、犬吠様咳嗽
	喘鳴、呼吸困難	—	聽診上の喘鳴 軽い息苦しさ	明らかな喘鳴、呼吸困難、チアノーゼ、呼吸停止、SpO ₂ ≤92%、締め付けられる感覚、嘔声、嚥下困難
循環器症状	脈拍、血圧	—	頻脈、血圧軽度低下、蒼白	血圧低下、不整脈、重度除脈、心停止
神経症状	意識状態	元気がない	眠気、軽度頭痛、恐怖感	ぐったり、不穏、失禁、意識消失

2. アナフィラキシーの対応



3. 初期対応の手順

1)バイタルサインの確認

2)助けを呼ぶ

3)アドレナリンの筋肉注射

〈成人〉0.1%アドレナリン 0.3ml を大腿部中央の前外側に筋肉注射し、必要に応じて 5~15 分毎に再投与する。

〈小児〉0.1%アドレナリン 0.01mg/kg(最大量 0.3ml)を大腿部中央の前外側に筋肉注射し、必要に応じて 5~15 分毎に再投与する。

仰向けにして 30cm 程度足を高くする。

呼吸が苦しい時は少し上体を起こす。

嘔吐している時は顔を横向きにする。

突然立ち上がり座ったりした場合、数秒で急変することがあり注意が必要である。

5)酸素投与

フェイスマスクで高流量(6~8L/分)を投与。

6)静脈ルートの確保

生食を 5~10 分の間に、成人 5~10ml/kg、小児なら 10ml/kg 投与する。

7)心肺蘇生

必要に応じて胸部圧迫法で心肺蘇生を行う。

8)バイタル測定

頻回かつ定期的に評価する。

〈成人〉

アナフィラキシーショック時の対応

成人



アドレナリンシリソジ

0.3ml 筋注

(0.7ml 捨てて残りを筋注)



医療安全管理部 平成30年4月1日

〈小児〉

アナフィラキシーショック時の対応

小児



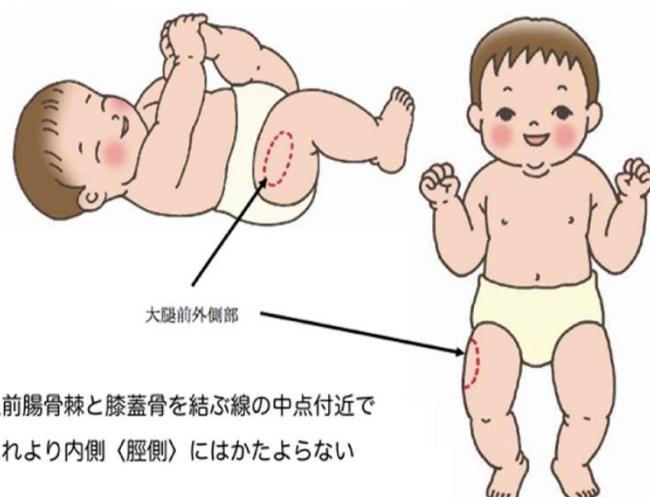
アドレナリン



0.01ml/kg 筋注

(最大量0.3ml)

1) 大腿接種部



上前腸骨棘と膝蓋骨を結ぶ線の中点付近
これより内側（脛側）にはかたよらない

※アナフィラキシーショック時の対応は救急カートに配備

7. 注射・点滴

1. 業務全般に関する留意事項

- 1) 業務に集中して、冷静沈着かつ正確に行う。
- 2) 業務は指差し・声だし確認で行う。
- 3) 作業内規、規定等を遵守する。

2. 処方入力時(医師)

- 1) 処方画面が患者本人であることを確認する。
- 2) 処方内容を適宜「DI参照」画面等を参照し確認する。(病名と処方内容の確認)
※薬品名・剤型・投与量・投与経路・投与時刻・投与速度・投与回数・禁忌薬でないか等
※投与時刻は、朝：6時～9時、昼：11時～14時、夕：17時～20時を目安とし、それ以外は投与開始時刻を入力する。
- 3) コメント欄に適宜必要事項を記録する。
- 4) 輸液流量の変更は、一般指示で行う。

3. 調剤・監査時(薬剤師)

- 1) 患者氏名を確認する。
- 2) 処方年月日・患者年齢・性別・必要に応じ体重などを確認する。
- 3) 調剤時には必ずPDAを使用する。
- 4) 一処方の調剤が中断した時は、十分に注意して調剤に復帰する。
- 5) 特別な管理が必要な医薬品(特定生物由来製剤、毒薬、向精神薬、治験薬等)については、取扱規定に基づいて受払簿の記入、入力を行う。
- 6) 処方内容と調剤内容を監査する。
※薬品名・剤型・投与量・投与時刻・投与回数・禁忌薬でないか・溶解に注意を要する
薬剤でないか・破損等ないか。

7) 当直時間で別の薬剤師による監査ができない場合は原則払い出さない。別の薬剤師の監査後払い出す。(至急に払い出すよう依頼のあった場合を除く。この場合、時間的に可能な限り時間を空けて再度同一人が監査する。)

4. 送付時(薬剤師)

- 1) 診療科名(外来)もしくは病棟名(入院)を確認し、破損しないようにケースまたはビニール袋に1患者毎に入れ注意して送付する。

5. 受領時(看護師)

- 1) 患者氏名・処方年月日を確認する。
- 2) 処方内容と薬剤を指差し・声だし確認する。

6. 注射の準備

ピッキングカートは1患者1日分毎に払い出されているため、1施用単位毎に準備する必要がある。

注射・輸液の準備については日勤は2回、午前・午後にわけて行う。但し、準備する薬剤が少ない場合は、投与忘れを防止するために1勤務分を1回で準備してもよい。

夜勤は準夜帯投与分を夜勤開始時、深夜帯投与分を0時以降に行う。

- 1) 最新の指示を電子カルテの画面で確認する。ワークシートは、業務の補助で使用してもよい。
投与開始時刻が当日確定するようなレジメンに関しては、個人レジメン注射指示票に開始時刻を医師が記載し、それを指示書とし、使用後はスキャンしてカルテに保存する。
- 2) 最新の指示と薬剤・注射ラベルを照合し、薬剤をピッキングカートから取り出す。
- 3) 薬剤の患者氏名、日付、薬剤名(用法)、投与量、投与方法、投与時刻を指差し・声出しで確認する。
- 4) 薬剤に注射ラベルを貼付する。

7. ミキシング(看護師)

- 1)ミキシングは指定された場所で行う。
- 2)PDA のミキシング画面で注射ラベルのオーダーバーコードを読み取り、患者氏名、日付、薬剤名(用法)、投与量、投与方法、投与時刻を指差し・声出し確認し実施入力をする。

- 3)1 施用毎に確認実施とミキシングを行う。
- 4)持続注入薬はロック付きシリンジを用いる。
- 5)1 患者 1 トレー毎に管理する。
- 6)バイアル・アンプルは廃棄せずに投与開始までトレーに入れて指示と確認できるようにしておく。

8. TPN・抗がん剤の調製(薬剤師)

- 1)患者氏名、ID、処方年月日、施行年月日を確認する。
- 2)病名と処方内容、抗がん剤については、病名と登録レジメンとの整合や抗がん剤投与量の変更が適切かどうか確認する。
- 3)調製薬品は調製者とは別の薬剤師が監査システムを用いて取りそろえ、調製量を確認する。
- 4)処方箋の内容に従って、薬品名、抜きとり量などを二重確認のもとで調製する。
- 5)混注終了後、空アンプル、輸液の色調、異物混入の有無等を二重確認する。
- 6)処方内容と混合内容を二重確認する。

9. 施行時(医師・看護師)

- 1)患者本人であることを患者自身の名乗りとネームバンドの目視にて確認する。
- 2)注射ラベルの内容と氏名、内容、投与経路、投与時刻、投与時間を患者と共に確認する。
- 3)利用者バーコード、ネームバンド、オーダーバーコードを認証し、患者氏名、日付、薬剤名(用法)、投与量、投与方法、投与時刻を指差し・声出し確認し実施入力をする。
- 4)指示通りに投与する。
- 5)点滴開始時及び開始後の患者の状態を確認する。
- 6)PDA のワーニングが表示された場合は、指示内容を確認する。

8. 輸液ポンプ

<使用前>

1. 架台が装着されている場合、架台取り付けネジの締付け具合は確実か確認する。
2. 電源を入れ全ての表示が3回点滅し、「動作インジケータ」緑色と赤色が交互に点灯して、ブザーが鳴る事を確認する。
3. 交流電源スイッチはONになっているか確認する。
4. 「気泡」「閉塞」「ドア」の警報表示が点滅している事を確認する。

<開始時>

1. チューブを本体前面にある溝の上から順に下まで確実にセットする。
2. チューブに折れ、つぶれ、たるみがなく、まっすぐセットされている事を確認する。
3. 気泡検出部、閉塞検出部に正しくセットされている事を確認する。
4. フィンガ一部、チューブガイドにチューブがまっすぐセットされている事を確認する。
5. ドアを閉じ、ドアロックレバーで確実にロックしチューブがドアに挟まれていない事を確認する。
6. 輸液流量(ml/h)と予定量の設定時、指差し・声だし確認する。
7. 「開始」スイッチを押し注入を開始し開始ランプが点滅し、実際に滴下することを確認する。
8. クレンメがポンプの下流側にあるか確認する。

<使用中>

1. 電源が確保されているか確認する。
2. 流量と予定量が指示通りか確認する。
3. 流量設定変更時は、開始ランプの点滅と設定流量を指差し・声だし確認する。
4. 設定通り輸液が減っている事を確認するため、輸液の残量をチェックする。
5. 1日1回、ローラ部分にあたっているチューブの位置をずらして閉塞を予防する。
6. 輸液ポンプのドアを開ける前には、必ず輸液セットのクレンメを閉じる。

Do Not!! 流量・予定量の設定間違い

クレンメを閉じずドアオープン

9. シリンジポンプ

<使用前>

1. 架台が装着されている場合、架台取り付けネジの締付け具合は確実か確認する。
2. 全ての表示が3回点滅し、「動作インジケータ」緑色と赤色が交互に点灯してブザーが鳴ることを確認する。
3. 電源スイッチはONになっているか確認する。
4. 「流量」「予定量」「積算量」表示部に「0.0」と表示されている事を確認する。

<開始時>

1. シリンジのフランジがスリットに正しく入っている事を確認する。
2. 押子スライダーを移動して押子のツバに押し当てフックに入っている事を確認する。
3. プライミングしたときに「押子/クラッチ」警報ランプが点滅しない事を確認する。
4. 早送りを押して延長チューブ先端まで薬液を満たす。
5. 輸液流量(ml/h)設定時、指差し・声だし確認する。
6. 「開始」スイッチを押し注入を開始し三方活栓を開く。
7. 開始ランプが点滅している事を確認する。

<使用中>

1. 電源が確保されているか確認する。
2. 投与薬剤の濃度・流量が指示通りか確認する。
3. 三方活栓が開いているか確認する。
4. 流量設定変更時は、開始ランプの点滅と設定流量を指差し・声だし確認する。
5. 輸液の残量をチェックし設定通り輸液されているか確認する。

Do Not!! 流量の設定間違い

10. 誤接続防止

各種ラインの挿入部位、長さ、固定状況、異常の有無を確認する。

<血管内>

1. 血管内に投与する場合は、透明なシリンジ・緑色の三方活栓を使用する。
2. ルートを最後までたどり、刺入部を確認する。
3. 三方活栓の向き、延長チューブの接続部を確認する。
4. 患者氏名をネームバンドとPDAで確認する。
5. 点滴ボトルの氏名を患者と共に確認する。

<神経麻酔>

1. 神経麻酔には、国際規格ISO80369-6に準拠した黄色のシリンジや黄色のジョイントを使用する。

<胃管・経腸、その他>

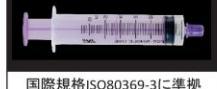
1. 血管内や胃管・経腸に投与する以外は緑色のシリンジを使用する。(吸入・カフエアー他)
2. 経管・経腸栄養ルートには紫色のシリンジと紫色の三方活栓を使用する。
3. 胃管からの内服薬の注入は、紫色のシリンジを使用する。
4. 栄養剤、内服薬の注入時、毎回以下のことを確認する。
 - 1)栄養チューブを指でたどって、鼻腔から注入口まで確認する。
 - 2)経鼻栄養チューブは正しい長さが入っているか、テープ固定、接続、たるみがないか等を確認する。
 - 3)胃液が引けるか確認する。
 - 4)吸引できない場合は10~20mlの空気を注入し、両側の胸部・胸骨の上・心窩部の4点で気泡音を確認する。そのうち心窩部が最強音で有ることを確認する。
 - 5)胃液と気泡音の両方が確認できない場合、上席看護師や医師に報告する。
- 6)必要時X線撮影を行い、確認する。

<挿入部位による色の識別>

1. 動脈ルートは赤の三方活栓、静脈ルートは緑の三方活栓を使用する。
ただし、造影CTを撮影する場合は、エクステンションチューブCT用(白色)を使用する。
2. その他ドレーン接続等に使用する場合は、白色の三方活栓を使用する。

<脂溶性薬剤の使用>

1. 脂溶性薬剤(プロポフォール・ロピオン・イントラリポスなど)を使用する場合は、専用のDEHP非含有三方活栓を使用する。(シアプラグもDEHP非含有三方活栓使用)

	シリンジ	三方活栓・ジョイント
動脈	透明  ロック付き透明シリンジ	赤    シアプラグ※ ※プロポフォールにも使用
	静脈  ルアーチップ透明シリンジ	緑   プロポフォール用 ハンドル底が緑
		白   造影剤使用時エクステンションチューブ
神経麻酔	黄色  国際規格ISO80369-6に準拠	黄色
	紫色  国際規格ISO80369-3に準拠	紫色  三方活栓
その他	緑色  ルアーチップ緑色シリンジ バルーンカテーテル固定用・吸入・カフエアー・その他に使用	白  各種ドレーン

Do Not!!

血管内へ内服薬を注入

11. 輸血

【必要な検査】

1. 「血液型検査」を2回実施する

患者の血液型は、患者確認・採血・検査を2回行い、結果が一致していれば確定する。

注意：初回と2回目の血液型は別の日に行う。

緊急時は時間をずらして、患者確認および採血を2回行う。

患者の血液型が確定するまでは、

赤血球はO型Rh(+)、FFP・血小板はAB型Rh(+)を輸血する。

2. 赤血球を輸血する際には、「不規則抗体スクリーニング」を実施し(7日間有効)、

陰性であればコンピュータクロスマッチで製剤を支給する。陽性の場合は、抗体同定検査、抗原陰性血の取り寄せ、クロスマッチ検査が必要になる。

3. 輸血前には「輸血前保存検体(青)」を提出し、輸血部で2年間冷凍保存する。



血液型・不規則抗体用
採取容器No. 1

輸血前保存検体用
採取容器No. 2

【オーダーと実施】

4. 血液製剤のオーダーは、一日に使用する単位数ずつオーダーし、病棟で保管しない。

各製剤の取り扱い方法に注意すること。

<赤血球>

2~6°Cで冷蔵、間違って冷凍したものは使用不可。

開封後は6時間以内に輸血を完了する。



<FFP>

-20°C以下のフリーザーで保管。

30~37°Cのぬるま湯で解凍し、解凍後は直ちに使用する。解凍の際には、
製剤ラベルの余白に解凍開始時刻を記入しておき、すぐに使用できない
場合は、2~6°Cで保存し、24時間以内に使用する。

一度解凍したものや専用フリーザー以外で保管したものは返却不可。



<血小板>

20~24°Cで振とう保存。

輸血の効果が下がるため、冷蔵および冷凍は不可。

5. 医師は、患者あるいは家族に血液型の説明と確認を行い「輸血および血漿分画製剤使用同意書」を作成する。

6. 血液製剤と「血液製剤支給票」を二人で声に出して照合し、確認者が署名をする。

7. 輸血ラインは、専用の輸血セットと留置針を用いる。

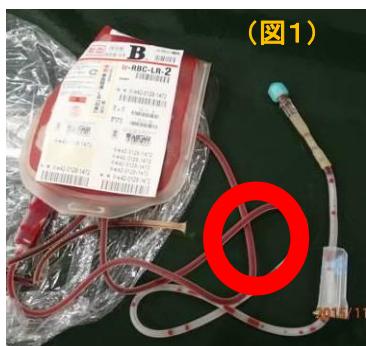
注意 ①輸血は原則として専用ルートとし、薬剤との混注はしない。

やむを得ず同一ライン(CVポートを含む)使用する場合は、輸血前後に生理食塩液でよくフラッシュする。

②細い針で圧をかけると溶血の恐れがあるが、通常の速度(5ml/分以内)であれば 24 ゲージまで使用可能。

8. 患者自身またはネームバンドとPDAで血液型を確認する。
9. 輸血開始時、ベッドサイドで患者名、血液型、血液製剤番号をPDAで確認し、開始入力を行う。
10. 輸血開始後5分間は、ベッドサイドで患者の状態を観察する。
11. 輸血開始後15分程度経過後、再度患者の状態を観察する。
成人で通常輸血の場合、最初の10～15分間は1ml/分で様子を見る。
その後、患者の状況に応じて5ml/分まで速度を上げても良い。
12. 輸血終了後に再度患者名、血液型、血液製剤番号をPDAで確認し、終了入力する。
13. 輸血副作用の有無を入力。有の場合は副作用の内容も入力する。
14. 使用済み血液製剤バッグを輸血部に返却する。
 - ・患者氏名・使用日が貼付されていることを確認する。
 - ・各病棟・部門に設置している、指定の「使用済み血液製剤ボックス」に入れる。
 - ・各病棟・部門の担当者（看護補助者など）は夕方と翌朝の2回、輸血部に届ける。
 - ・輸血部では7日間冷蔵保存し、細菌感染（疑い）の報告が無ければ廃棄する。

注意：クレンメを固く締める（図1）、注射針やゴミは一緒に入れない（図2）、清潔なポリ袋に入れる。輸血セットを外した場合は、細菌の混入を防ぐため清潔な注射針のキャップでふたをする（図3）。



(図1)



(図2)



(図3)

【副作用の報告】

軽度な副作用：PDAに副作用症状を入力する。結果は、患者プロファイルの輸血歴に反映されるので、輸血時は、過去の輸血歴を参照する。

重度の副作用：医師が重度の副作用と判断した場合は、日本赤十字社に報告する。

副作用発生後、できるだけ速やかに採血（桃6ml）しておく。

日本赤十字への報告用書類を輸血部から取り寄せ、①検体、②輸血バック、③書類を輸血部へ提出する。

Do Not!! 一人で確認しない

12. 手術

手術の安全確認は手術部門だけではなく、準備をする病棟、外来部門から始まる連続する流れである。

1. 病棟部門・外来部門での確認

1) 手術同意書、麻醉同意書、輸血同意書確認

- (1) 日付、同意書署名があることを確認し術前指示およびチェックリストのサイン欄に署名する
- (2) 同意書を綴じる所定の場所に手術同意書、麻醉同意書、輸血同意書の順に綴じる。
(原則として輸血同意書を取得すること。)

2) 手術部位

- (1) 左右がある臓器や四肢の手術の場合は、事前に手術部位のマーキングを行う。
 - (2) マーキング方法はOPと記載した紙絆創膏を患側鎖骨部に貼付する。口腔外科領域などで左右以外に部位確認が必要な場合は必要事項も記載する。
 - (3) 眼科手術時はマーキング用絆創膏を患側額に貼付する。
- 3) 出棟時確認（医師・看護師と患者、家族が揃い行うことを原則とする）
- (1) 氏名・生年月日・手術部位(左右)は本人または家族が発声し医療者はチェックリストの予定術式と照合し確認する。その後本人または家族がチェックリストのサイン欄に署名する。
 - (2) ネームバンドは有るか、氏名とIDは一致しているかを確認する。
 - (3) マーキングが必要な患者は手術部位のマーキングがされているかを確認する。
 - (4) 確認した医療者は術前指示およびチェックリストのサイン欄に署名する。
 - (5) カルテの一番前にチェックリストを綴じる。
 - (6) 小児および患者自身が何らかの理由で確認が困難な場合は家族が確認するものとし、家族に署名を頂くか確認したことが分かるように記載する。

2. (患者入室前)手術室における確認

1)(看護師) 医療材料の滅菌確認

2)(麻酔科医) 担当医・ライター間で確認

- (1) 患者リスク評価
- (2) アレルギー
- (3) 気道確保の困難性の有無
- (4) 出血量过多の予測の有無

3. 手術部入室時の確認

- 1) 患者自身が「名前」を名乗り、病棟看護師・手術部門看護師の両者がネームバンドとマーキングが正しいことを確認する。
- 2) 絶飲食が守られていること、金属類・装飾品がついていないこと、同意書が揃っていること、チェックリストのサインに漏れがないことを確認する。
- 3) 小児および自身での確認が困難な患者は、家族が患者の「名前、生年月日、手術部位」を発声し、病棟看護師・手術部看護師の両者が上記の確認を行う。

4. サインイン（各 room 入室後）

1) 患者入室前に ORSYS の患者承認画面を立ちあげる。

2) 入室直後、患者確認

(麻酔科医・外回り看護師) ネームバンドの確認、ネームバーコードによるカルテの立ち上げを行う。

患者自身が「名前、生年月日、手術部位」を発声し患者確認を行い、手術部位マーキングを確認する。

(主治医)挙顔により、本人確認

3) 麻酔導入前チェックリストに沿って各職種が確認し、サインを行う。

麻酔導入前チェックリスト(○印がついている職種が確認する)

	看護師	麻酔科医師	診療科医師
1. ORSYS による入室時患者確認	○	○	
2. 患者さんの顔貌			○
3. 手術部位の確認	○	○	○
4. 麻酔器の点検・リークテスト		○	
5. パルスオキシメーターが装着され、動作している	○	○	
6. アレルギーの有無	○	○	○
7. 抗生剤の種類と、投与間隔	○		○
8. 気道確保困難の可能性 器材・応援の準備		○	
9. 500mL(小児 7mL/kg)以上出血する危険性			○
ある場合は、静脈路を複数確保する計画		○	
輸血の準備 輸血同意書の確保			○
10. 絶飲食、服用薬の確認	○	○	

5. 麻酔導入前タイムアウト (麻酔科医・主治医(執刀医)・外回り看護師)

1) 麻酔導入前チェックリストのサインが全て揃った時点でタイムアウトを行う。

2) **タイムアウトは必ず全員が手を止めて行う。** タイムアウト実施を記録に残す。

(1) 麻酔科医…タイムアウト宣言者

「導入前タイムアウトを行います。患者〇〇〇さん、麻酔リスク評価・モニター装着を終了しています。」

(2) 診療科医師

「挙顔により、ご本人と確認いたしました。」

「アレルギーの有無と抗生剤投与予定を確認しました。」

(3) 外回り看護師

「サインインの実施を確認しました。」

(4) 麻酔科医

「全て確認できましたので、麻酔(麻酔方法・神経ブロック(部位)を開始します。」

6. 執刀直前タイムアウト実施 手術方式、部位の確認を行う

1) **タイムアウトは必ず全員が手を止めて行う。** タイムアウト実施を記録に残す。

(1) 執刀医(第一助手)…タイムアウト宣言<手術全体の責任者 or 第一助手をさし、皮切を行う者の意味ではない>

「執刀前タイムアウトを行います」

(2) 自己紹介

診療科医師・麻酔科医・看護師の順に自己紹介を行う

(3) 執刀医(第一助手)

「患者〇〇さん。部位(右 or 左の)〇〇に対する手術を行います(通常と異なる方法・処置がある場合は説明を加える)。予定時間は〇〇で、予定出血量は〇〇です。使用予定の器械は確認しました。」

(4) 麻酔科医 (局所麻酔手術の場合はこの部分は省く)

「血液型は〇〇型 Rh〇〇です。必要な血管確保をしています。抗生素の投与は終了しました。」

(5) 外回り看護師

「画像の氏名〇〇、ID〇〇です。画像と診療録が同じであることを確認しました。」

「抗生素は〇〇を〇時間毎に投与する予定です。」

「アレルギーは〇〇です。」

「迅速病理提出予定はあり(または無し)、検体名は〇〇、予定数は〇です」

(6) 執刀医

「すべて確認されましたので手術を開始します。」

2) 外回り看護師は手術看護記録に「タイムアウト実施」と記載 (局所麻酔での手術の際は、(4)の部分を省く)

7. 閉創前タイムアウト * 体内遺残の無いことを確認する

1) 閉創前タイムアウト宣言前に看護師はあらかじめガーゼカウントを行う。

2 回ガーゼカウントの手術では、2 回目のカウント後に行う。

* 器械カウント、ガーゼカウント、針カウントについては体内遺残防止の手順に準ずる。

2) タイムアウトを行う。**タイムアウトは必ず全員が手をとめて行い、タイムアウト実施を記録に残す。**

(1) 外回り看護師(眼科等の手術では執刀医の指示により)…タイムアウト宣言者

「閉創前のタイムアウトを行います。」

「使用したガーゼは総数〇〇枚で、不潔野のガーゼは〇〇枚です。」

(2) 器械出し看護師

「清潔野のガーゼは〇〇枚です。」「使用した器械、針はすべて術野から返ってきてています。」

(3) 外回り看護師

「ガーゼカウント、使用した器械、針のカウントが一致し、遺残がないことが確認されました。」

※カウントが不適正な場合

器械出し看護師

「〇〇のカウントが一致しません。確認をお願いします」

医師、看護師は協力して再度確認し、カウントが一致したところで再度タイムアウトを行う。

8. サインアウト 患者退室前チェック

1) 手術看護記録の確認をする。

2) 術中における機器の異常の有無を確認する。

3) 術後管理に関わる術中の事項について確認する。

4) 手術摘出検体の確認をする。(主治医・外回り看護師により)

(1) 「標本数」を確認する。

(2) 「氏名・ID・標本名」が間違いないこと、患者本人であること、全ての検体に付されていること、指示された保存液が入っていることを確認し、標本ラベルにレ点を記入する。

(3) 各自、チェック表に記入する。

これらの記録は、カウント記録用紙に記録し、スキャナーで読み込みカルテの ORSYS 内に保存するとともに、ORSYS の看護チェックリストにも結果を記録する。

9. 退室時

- 1) 病棟への搬送は、医師と看護師で行う

* 異物(ガーゼ・器具)残存防止について

- 1) 手術説明時、術後X線撮影を必要とする症例については、その旨を患者に説明し承諾を得て「手術同意書」に記載する。
- 2) ガーゼ類等は、全てX線造影糸入りを使用する。
- 3) 医師は、ガーゼ類を体内に留置した時、それを取り出した際には、看護師にその旨を伝える。
- 4) X線ガーゼは 10 枚 1 組、他の物についても各物品の 1 組の数ごとにまとめて、総数を確認する。
- 5) 閉創前タイムアウトまでにガーゼ、ハイリスク器械、針の数をカウントし、一致しない場合は直ちに行方を追及し、閉創前にX線撮影を行う。
- 6) 手術終了後はすべての器械・針をカウントし、一致しない場合は直に行方を追及するとともに退室前に X 線撮影を行う。
- 7) 開胸開腹術後は、必ずX線撮影を行う。
- 8) 医師は、手術室での撮影条件を撮影技師に指示する。
- 9) 撮影したX線画像は、その画像の直前において複数の医師で確認する。
確認した医師は、カウント記録用のフィルム確認欄にサインする。
- 10) 医師は、撮影したX線画像が対象とする全範囲が撮影されているか、撮影条件が適正かを確認し、必要であれば撮り直しを指示する。また、画像に問題がなければ、その旨を撮影技師に伝える。

Do Not!! 患者誤認・手術部位の間違い・異物の残存

13. DVT 予防(深部静脈血栓症)

対象:16歳以上 *ただし小児でも大人と同様な体格であれば予防対象として考慮する。

医師	看護師
<p>1. 入院時および術前、48 時間以上の安静臥床の必要な患者に対し、DVT 危険度に沿って、予防対策を検討する。</p> <p>*リスク評価は誰が行っても良いが、最終的には主治医が確認し、予防対策の可否を判断する。</p> <p>*一般外科(胸部外科を含む)周術期における静脈血栓塞栓症に対する予防は、手術の大きさ、年齢、危険因子(癌、静脈血栓塞栓症の既往、血栓性素因)の有無、その他の付加的な危険因子(高脂血症、糖尿病、ホモシスチン尿症、夜間発作性血色素尿症、妊娠、経口避妊薬服用、うつ血性心不全、骨髄増殖性疾患、ネフローゼ症候群、抗癌剤治療など)をもとに総合的にリスクレベルを決定し、それに応じた予防法が推奨される</p> <p>*厳密な定義はないが、大手術とは全ての腹部手術あるいはその他の 45 分以上要する手術を基本とし、麻酔法、出血量、輸血量、手術時間などを参考として総合的に評価する。</p> <p>*抗凝固療法、特にその開始時期は個々の症例の状況により裁量の範囲が広い。手術前日の夕方、手術開始後、あるいは手術終了後から開始する場合があるが、静脈血栓塞栓症のリスクと出血のリスクを勘案して、抗凝固療法の開始時期を決定する。</p> <p>*離床後あるいは退院後も抗凝固療法が必要と判断された場合には、抗凝固療法による予防を継続する。</p>	<p>1. 入院時および術前、48 時間以上の安静臥床の必要な患者に対し、必ず「DVT リスクアセスメントシート」を用いて危険度を評価する。</p> <p>2. 医師の指示に沿って、予防対策を実施し、看護計画を立案する。</p> <p>*DVT 予防対策開始時・変更時・終了時には、患者に説明を行い記録する。</p> <p>3. 弹性ストッキング、間欠的空気圧迫装置を使用している場合は、各勤務ごとに合併症の観察を行う。</p> <p>4. 入院後は1週間毎、状態変化、ADLに変化があった時に、DVT リスクアセスメントシートで再評価する。</p> <p>5. 安静度の拡大(歩行可能)となるまで、再評価を継続する。 歩行可となり、ADL が問題なければ、介入終了とする。</p>

* 出血リスク因子の評価

NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)ガイドラインより

薬物による VTE(静脈血栓塞栓症)予防を実施する前に患者の出血リスクを評価する

以下の出血リスクを一つでも有する患者に対しては VTE リスクが出血リスクを上まらない限り
薬物的 VTE 予防を実施しないこと

活動性の出血

後天的な出血障害(例:急性肝不全)

出血リスクを増大させる抗凝固薬との併用(例:PT-INR が2以上のワルファリン療法)4 時間以内に腰椎穿刺、硬膜外・脊髄麻酔を実施した場合

急性脳血管障害

血小板減少症(血小板数 75000/ μl 未満)

コントロールできない収縮期高血圧症(230/120mmHg 以上)

治療されていない先天性出血障害(例:血友病やファンビルブランド病)

入院後 24 時間以内ならびに臨床症状の変化が認められるたびに VTE リスクおよび出血のリスクの再評価を実施する。

DVT アセスメントスコアシート

* ①基礎疾患に関する因子と②危険因子の合計点数でリスクレベルを評価し、予防対策を講じる
 * リスク評価は誰が行っても良いが最終的には主治医が確認し、予防対策の可否を判断する。

①基礎疾患に関する因子：複数当てはまる場合は、

最も点数が高い項目を一つ選択 非大手術(45分未満)、大手術(45分以上)

診療科別・術式因子(手術・外傷・内科領域)		点数
一般外科 泌尿器科	60歳未満の非大手術	0
	40歳未満の大手術	
	60歳以上の非大手術	4
	40歳以上の大手術	
	40歳以上の癌の大手術	8
婦人科	30分以内の小手術	0
	良性疾患手術(開腹、経産、腹腔鏡下手術)	4
	悪性疾患で良性疾患に準じる手術	
	ホルモン療法中の患者に対する手術	
	骨盤内悪性腫瘍根治術	8
産科	正常分娩	0
	帝王切開術(高リスク以外、35歳未満)	4
	高齢肥満妊婦の帝王切開術(35歳以上)	8
整形外科	上肢の手術	0
	脊椎手術	4
	骨盤・下肢手術(股関節全置換術、膝関節全置換術、股関節骨折を除く)	
	股関節全置換術	8
	膝関節全置換術	
	股関節骨折	
	下肢悪性腫瘍手術	
脳外科	開頭術以外の脳神経外科手術	0
	開頭術	4
	悪性腫瘍の開頭術	8
救急	意識障害	4
	ベット上安静を必要とする外傷(軽度熱傷を含む)	
	重度外傷(多発外傷・骨盤骨折など)、頭部外傷(遷延性意識障害を伴う)	8
	運動麻痺(完全・不完全)を伴う脊椎骨折、脊髄損傷	
	多発性または複雑な下肢骨折	
	重症熱傷(3度30%以上、下肢熱傷)	
内科領域	人工呼吸器が不要な慢性閉塞性肺疾患の急性増悪	0
	肺疾患の急性増悪	
	重症感染症(重症急性肺炎を含む)	4
	人工呼吸器が必要な慢性閉塞性肺疾患	
	敗血症	
	心筋梗塞	
	うつ血性心不全(NYHAⅢ、Ⅳ度)	
	麻痺を伴う脳卒中…下肢の自動運動の低下など	8
		合計①

②危険因子: 当てはまるもの全て選択

患者固有のリスク因子	点数	/
年齢 41～60 歳	1	
61 歳以上	2	
性別 女性	1	
肥満 BMI25 以上	1	
喫煙	2	
ホルモン療法(エストロゲン治療・経口避妊薬服用)、大量ステロイド使用	1	
産婦・妊娠	1	
下肢静脈瘤	1	
脱水(皮膚の緊張度低下、頻脈、低血圧、Ht・BUN上昇、口腔内乾燥など客観的指標を基にする)	1	
大量出血(20 ml/kg)	1	
長期臥床(48 時間以上)、ベット上安静	2	
中心静脈カテーテル留置・大腿動脈穿刺カテーテル	2	
悪性腫瘍・癌化学療法	2	
血液造血器疾患(真性多血症、慢性骨髄増殖性疾患など)	3	
止血・凝固検査異常(DIC、血小板減少症、D-D・FDP異常など)	3	
下肢麻痺	3	
下肢ギプス包帯固定	3	
静脈血栓塞栓症の既往	15	
先天性血栓性素因(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)	15	
抗リン脂質抗体症候群	15	
	合計②	
	合計①+②	
(低、中、高、最高)	リスクレベル	
(自動運動、弾性ストッキング、SCDex、AV インパルス、抗凝固)	予防対策	
肺血栓塞栓症予防指導管理: 患者への説明・同意 (予防対策開始時・変更時・終了時)	<input checked="" type="checkbox"/>	
	確認 Dr/Ns	
リスクレベル	点数	予防方法
低リスク	0～3 点	早期離床および積極的な運動
中リスク	4～7 点	早期離床および積極的な運動 弾性ストッキングあるいは間欠的空気圧迫法(IPC)
高リスク	8～14 点	早期離床および積極的な運動 IPC あるいは抗凝固療法
最高リスク	15 点以上	早期離床および積極的な運動 抗凝固療法と IPC の併用あるいは抗凝固療法と弾性ストッキングの併用

※出血リスクが高い場合は、抗凝固薬の使用は慎重に検討し IPC や弾性ストッキングなどの理学的予防を行う。

1. 理学的予防法(弾性ストッキング及びフットポンプ)による合併症を防ぐために

【慎重に使用すべき疾患や症状】

- ・深部静脈血栓症の患者で、装着によって肺血栓塞栓症をおこす恐れのある場合
- ・動脈血行障害および装着部位に炎症性疾患、化膿性疾患、創傷のある場合：末梢動脈拍動低下あるいは消失、末梢性チアノーゼ、ABI 0.6～0.7 未満
- ・うつ血性心不全(静脈還流増加に伴う心負荷増大の可能性があるため)
- ・神経障害のある場合(血行障害を起こしても認識できないおそれがあるため)
- ・糖尿病(無症状の神経障害や血行障害を併発している可能性があり、痛み等の異常を認識できないおそれがあるため：下肢の温痛覚低下)
- ・繊維過敏症のある患者

【禁忌】

- ・重度の血行障害、閉塞性動脈硬化症やバージャー病といった動脈血行障害をきたしている患者(安静時の痛みや間欠的跛行がある場合)および有痛性青股腫
- ・深部静脈血栓症の急性期(下肢静脈エコーあるいは造影 CT にて遊離した際に問題となるサイズの血栓の存在特に先進部位の形態(浮遊型など)、D ダイマー高値)
- ・感染性静脈炎
- ・装着部位に極度の変形を有する患者
- ・急性期外傷・創傷

【理学的予防法施行に伴う合併症】

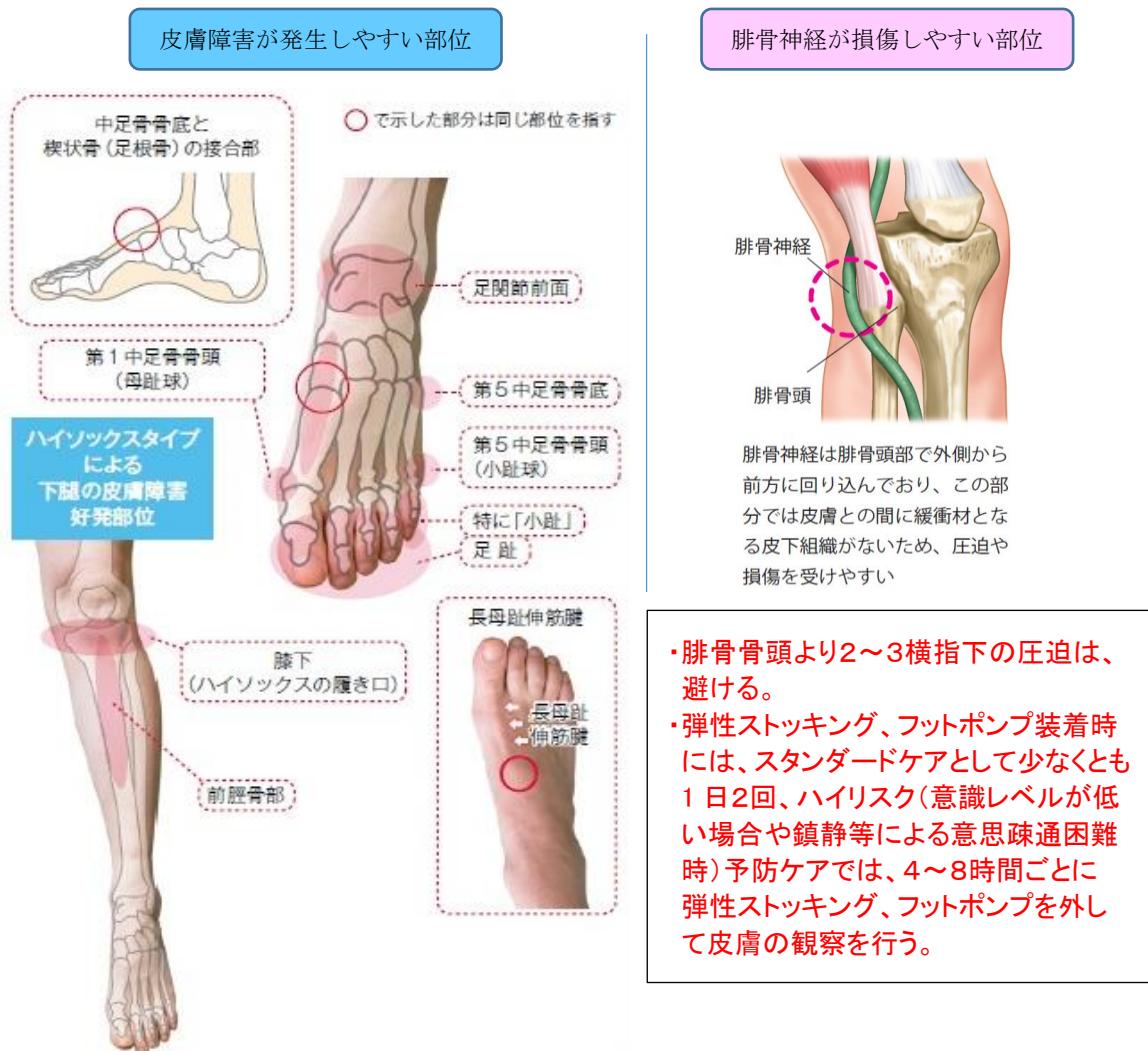
- (1) 腓骨神経麻痺
- (2) 動脈血行障害
- (3) 静脈還流障害
- (4) 浮腫
- (5) 皮膚発赤、皮膚炎、かぶれ
- (6) 皮膚感染症、蜂窩織炎
- (7) 肺血栓塞栓症

2. 理学的予防法(弾性ストッキング及びフットポンプ)施行時の注意点

- (1) 下肢の一部に圧力が偏ることを防ぐため、患者の下肢に正しく装着されていることを確認する。
- (2) 術後等、患者の意識レベルが低い場合や患者との意思疎通が困難な場合には患者の状態をよく観察する。
- (3) 血行障害や皮膚障害、腓骨神経麻痺の出現に注意して観察する。

<理学的予防法(弾性ストッキング及びフットポンプ)施行時の注意点>

- (1) 下肢の一部に圧力が偏ることを防ぐため、患者の下肢に正しく装着されていることを確認する。
- (2) 術後等、患者の意識レベルが低い場合や患者との意思疎通が困難な場合には患者の状態をよく観察する。
- (3) 血行障害や皮膚障害、腓骨神経麻痺の出現に注意して観察する。



急性肺血栓塞栓症による死亡を回避するために

【リスクの把握と疾患の認識】

- ◆ 入院患者の急性肺血栓塞栓症の発症リスクを把握し、急性肺血栓塞栓症は“急激に発症し、生命を左右する疾患で、特異的な早期症状に乏しく早期発見が難しい疾患”であることを常に認識する。

【予防】

◆ 患者参加による予防

医療従事者と患者はリスクを共有する。患者が主体的に予防法を実施できるように、また急性肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症を疑う症状が出現したときには医療従事者へ伝えるように指導する。

◆ 深部静脈血栓症の把握

急性肺血栓塞栓症の塞栓源の多くは下肢、骨盤内静脈の血栓である。深部静脈血栓症の臨床症状が疑われた場合、下肢静脈エコーなどを実施し、血栓を確認する。

【早期発見・早期診断】

- ◆ 明らかな原因が不明の呼吸困難、胸痛、頻脈、頻呼吸、血压低下などを認めた場合、急性肺血栓塞栓症の可能性を疑い、造影 CTなどの実施を検討し早期診断につなげる。

簡略化された肺血栓塞栓症の疾患可能性評価法

簡略化 Wells スコア

DVT の臨床的徵候 1

心拍数 > 100/分 1

過去 4 週間の手術あるいは長期臥床 1

PE あるいは DVT の既往 1

血痰 1

癌 1

PE 以外の可能性が低い 1

臨床的可能性

低い 1 以下

高い 2 以上

DVT:深部静脈血栓症、 PE: 肺塞栓症

Gibson NS, Sohne M, Kruip MJ , et al: Further validation and simplification of the Wells clinical decision rule in pulmonary embolism, Thromb Haemost .2008;99(1):229–234.(改変)

【初期治療】

- ◆ 急性肺血栓塞栓症が強く疑われる状況、あるいは診断が確定した場合、直ちに抗凝固療法を検討する。

(平成 29 年 8 月 医療事故の再発防止に向けた提言 第 2 号 医療事故調査支援センター)

14. 酸素ボンベの取り扱い

<減圧弁等の取り付け>

1. 減圧弁を取り付ける前に瞬間的にボンベのバルブを開き、出口のゴミ・チリを除く。
2. 取り付けナットは指でねじ込み、無理にねじ込まない。
3. 減圧弁のパッキンが擦り切れていないことを確認する。
4. フローメーターなど圧力調節器を操作する場合はフローメーターの正面に顔を近づけない。
5. 使用時、フローメーターは垂直に保持する。

<使用前>

1. 酸素ボンベの残量を確認する。(ボンベの肩に掛かっている「酸素ガス使用時間概算表」を参照)
2. 酸素ボンベの開閉方向を確認する。
3. 酸素ボンベのバルブは静かに開閉する。
4. 携帯用ベンチレーターを使用する場合は、酸素ガス消費が大きいため新しい酸素ボンベを装着する。
移動先に中央配管がある場合は、ボンベから中央配管につなぎかえる。

<使用中>

1. 酸素ボンベの落下、転倒に注意する。
2. 酸素ボンベは床に直接置かない。
3. 運搬する時はボンベ架台を使用する。
4. 酸素ボンベ架台をベッドのヘッドボードに取り付けるときは、ボンベ架台のフックを確実に掛ける。
5. ドライヤー等熱を発する物は使用しない。(静電気にも注意する)

<使用後>

1. 酸素使用後は酸素ボンベのバルブを締めてからフローメーターをOFFにする。
2. 酸素ボンベは所定の場所に保管する。(保管場所は火気厳禁)
3. 酸素ボンベへの衝撃やバルブの損傷を防止するため、専用のラックで保管する。
4. 酸素ボンベ置き場の周囲 2m以内には火気または発火性の物質は置かない。

Do Not!! 火気厳禁・酸素ボンベの落下

15. 検査

1) 受付業務

1. 受付(外来)

1) 検査受付

- (1) 外来患者の採血・採尿受付は自動受付機で行う。
- (2) 患者は再来受付機から出力された受付票のバーコードを、自動受付機のバーコード読取部分にかざして受付を行う。
- (3) 採血番号が表示された整理券と、尿検査がある場合は採尿カップが出力されるので、整理券(採尿カップ)を取り、採血待合で待つ。
- (4) 患者が自動受付機で受付すると、その患者の採血管が、採血管準備システムから出力されるので、受付職員は採血指示書と出力された採血管が一致しているかを確認し、採血レーンで流す。
- (5) オーダーに医師からのコメントが入っている場合などは、自動受付機に「受付できませんでした。窓口にお越しください」と表示されるので、患者は窓口で受付職員の対応を受け採血整理券を受け取る。

2) 検査予約

- (1) 患者の受付票・診察券のいずれかを受け取り、検査システム端末で検査オーダーの入力内容を確認し、患者に検査に関する注意事項の説明等を行う(糖負荷試験)。

2. 採血管準備(入院)

- (1) 翌日の病棟採血用オーダー締切(15時)後に、入院患者検体採取リストと検体ラベルを貼付した採血管の出力を行う。
- (2) 入院検体採取リストと準備された採取容器・検体ラベルが一致していることを確認する。
- (3) 各病棟の入院検体採取リストと採取容器・検体ラベルを準備する。

Do Not!! 患者誤認・検体取り違え

2) 中央採血業務

1. 始業時点検

- 1) 採血用器具等の準備を行い、採血台やイスの安全性を確認する。
- 2) 採血台端末に採血者の登録を行い、採血者名を確認する。

2. 採血準備・患者確認

- 1) 採血管トレーの指示書バーコードを採血台のバーコードリーダーで読み取り、電光掲示板に整理番号を表示するとともに、採血管の本数とラベルの患者氏名を確認する。
- 2) 整理番号で患者を呼び、患者から整理券を受け取る。採血台のバーコードリーダーで整理券のバーコードを読み取り、指示書と整理番号が一致し、患者照合に間違いがないことを確認する(○が表示される)。
- 3) 過去に採血歴がある患者は、注意事項がパソコン画面に表示されているので確認する。
- 4) 患者にフルネームを名乗ってもらい、本人であることを確認する。

3. 採血・患者観察

- 1) 一患者、一手袋(未滅菌)を使用する。
- 2) 過敏症、アレルギーの有無(消毒薬、ラテックスなど)を確認し、腕に駆血帯を巻き、採血部位を決め消毒し、採血を行う。
- 3) 駆血帯を強く締め過ぎない(動脈血流の途絶・皮下出血)。
長時間の駆血は行わない(血液の性状変化)。

- 4)針の固定は、しっかりと行う。
- 5)採血中は、常に患者の体調および疼痛やしひれに注意をはらう。
(VVR:血管迷走神経反応、神経の損傷)
- 6)抗凝固剤等の入った採血管は、直ちにゆっくり転倒混和する。
- 7)採血が終了したら、駆血帯をはずし、穿刺部をアルコール綿で押さえつつ針刺しに注意しながら静かに針を抜き、針入れに廃棄する。十分圧迫止血しているかを確認し、絆創膏を貼る。
患者に5分間程度押さえておくように説明する。(皮下血腫、止血困難な場合に注意する)
真空採血の場合は採血ホルダーから採血管を抜いた後、駆血帯をはずし抜針する。
- 8)血液凝固阻止剤を内服している患者は、圧迫枕を絆創膏の上にあて固定し、20分後にははずすように説明する。
- 9)採血した検体が本人のものであること、採血管の本数を確認し、氷冷・保温が必要な検体は、直ちに処理を行う。

3)病棟採血業務

1. 採血準備

1)検査部から届いた採血管・検体ラベルと検体検査一覧が一致していることを確認する。

※平日15時以降の追加オーダー、緊急採血オーダー、休日のオーダー時には、病棟で検体ラベルを出力し、検体採取容器一覧を用いて採取容器番号と採血管が一致していることを確認して貼付する。

検体採取容器一覧（採取容器番号順）

2018.4.1 現在

検体ラベルの右下に書かれている、採取種別の末尾の番号（赤丸で囲んだ部分）が採取容器番号です。採取容器番号から該当する容器を確認してください。



採取容器番号	キャップの色	桃	採取容器番号1: 桃色シリカ粒子入り、6ml、クリフト抗原12
容器の種類	シリカ粒子入り		
採取量	6ml		
ラベル名	クリフト抗原12		

採取容器番号	キャップの色	青	採取容器番号2: 青色シリカ粒子、分離剤入り、3ml、生化学青2
容器の種類	シリカ粒子、分離剤入り		
採取量	3ml		
ラベル名	生化学青2、免疫青2など		

2)検体検査一覧の注意事項、コメント欄を確認し、保存・提出方法や特別な指示(食事や薬剤との関連、体位など)は採血管に明記する。

※氷冷、保温、遮光が必要な採血管は「参考資料 検体保存・提出方法」を参照し、必要物品を準備する。

- 3)患者毎に採血管をまとめて置いておく。
2. 患者確認
- 1)患者にフルネームを名乗ってもらい、採血管を本人に確認してもらう。
 - 2)採血実施前にPDAによる三点(患者・施行者・検体ラベル)確認を行う。
3. 検体保存・提出
- 1)氷冷・保温・遮光が必要な採血管は採血後、直ちに処理を行う。
 - 2)採血者は最新の検体検査一覧と採血管の本数を照合し、「確認済み」であることと冷所などの保管場所について明示しておく。
 - 3)提出者は保管場所を確認し「確認済み」の採血管を検査部へ提出する。

4)検体検査(日常検査・緊急検査)

1. 始業時点検
 - 1)測定機器の始業時点検を行う。
 - 2)試薬・管理血清のロットと使用期限等を確認する。
 - 3)管理血清等の測定値は許容範囲か確認する。
2. 検体受付および前処理
 - 1)採血容器・採取量は適正で、血漿検体の凝固等はないか確認する。
 - 2)検査システム端末で検体受付を行い、検体受付番号を発番する。
 - 3)血清分離時は、検体が確実に凝固をしていることを確認する。
 - 4)血清・血漿の溶血・混濁(乳び)等を確認する(測定値への影響の有無)。
 - 5)分注量は適正か確認する。
3. 検体測定
 - 1)各分析装置に検体をセットし測定する。
 - 2)測定終了後、測定値は測定可能範囲か確認する。異常の場合は、採血状況(点滴部位近辺での採血、容器の入れ替え)・病状等の確認や非特異反応のチェックを行う。
 - 3)患者ごとの前回値比較(デルタチェック)は許容範囲か確認する。
 - 4)必要に応じて、検査結果へのコメント入力(溶血・混濁等)を行う。
4. 検査結果報告
 - 1)検査漏れ(未検査項目)はないか確認する。
 - 2)パニック値は主治医へ連絡しているか確認する。
5. 終業時点検
 - 1)終業時点検で測定機器が正常であることを確認する。

5)生理機能検査(心電図・トレッドミル負荷試験・心臓超音波・脳波・呼吸機能検査等)

1. 始業時点検
 - 1)機器の外観やアース線を含む電気配線と動作を確認する。
 - 2)機器の校正結果を確認する。
 - 3)電極試薬の交換とその使用を確認する。
 - 4)検査中の患者急変に備え、対応手順を確認する。
2. 検査受付
 - 1)患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらい、さらに予約票・ネームバンド・受付票・診察券のいずれかで、本人であることを確認する。

3. 検査実施

- 1)患者に検査内容、検査中の留意点を簡単に説明する。
- 2)負荷試験の際は、患者急変に備え、医師の待機を確認する。
- 3)検査中は常に患者の状態を確認する。
- 4)検査中は常に検査機器が正常に作動していることを確認する。
- 5)患者のベッド移動時の安全を確認する。

4. 検査結果の判読・結果報告

- 1)検査結果の妥当性について確認する。
- 2)報告書の記載内容を確認する。
- 3)パニック値は主治医へ連絡しているか確認する。

5. 終業時点検

- 1)終業時点検で検査機器が正常であることを確認する。
- 2)必要に応じ、機器の消毒等を確認する。

6) 感染対策業務

1. 感染防止対策

- 1)スタンダードプレコーション(標準予防策)に基づき、感染防止に努める。
- 2)手洗いの励行、必要に応じ手袋、マスク、ガウン、ゴーグルなどの着用を行う。

2. バイオテロ対策および感染症法指定菌等の対応

- 1)炭疽菌等のバイオテロ対策菌が疑われる場合は、できる限り検体に触れず保健所などに届け、指導をおおぐ。
- 2)届出の対象となる感染症指定菌種等が検出された場合は、ただちに主治医と感染対策室に連絡し、保健所等にも届出を行う。

3. 病院感染対策

- 1)MRSA、MDRP(多剤耐性緑膿菌)等の多剤耐性菌が検出された場合やアウトブレイクが疑われた場合は感染対策室に連絡する。
- 2)結核菌(抗酸菌)塗抹陽性(ガフキー陽性)の場合は、ただちに主治医と感染対策室に連絡する。

16. 病理検体検査

1. 検体採取時

- 1) 検体提出容器本体に患者氏名と検体名を記載する。
- 2) 検査依頼書の記載事項を確認する。
 - * 患者氏名、ID番号、生年月日、年齢、性別
 - * 提出医(主治医)氏名、連絡先
 - * 検体採取日
 - * 検体採取部位(提出臓器の詳細)、個数
 - * 検体の種類(生検、摘出材料、切除材料など)
 - * 検査の目的
 - * 治療の有無
 - * 臨床診断
 - * 臨床経過、臨床情報(血液検査など)

3) 検体処理について不明な時は、病理部(内線 3697)に直接問い合わせる。

2. 検体提出時

- 1) 検体は速やかに提出する。時間外で提出する場合は病理部に問い合わせる。
- 2) 提出前に依頼書に書かれている検体名と容器名を一致させる。
- 3) 検体と検査依頼書と一緒に病理部受付に持参する。
- 4) 病理部検査技師と持参者が一緒に検体を確認する。
- 5) 受付時に問題がなければ、病理部検査技師と持参者が署名する。
- 6) 受付時に記載不備や検体数の違いなどがある場合は、受付できません。

3. 迅速のオーダー

- 1) 迅速診断のオーダーは前日までに行う。

Do Not!! 検体取り違え

17. 放射線

1) 放射線検査

1. 検査依頼・予約

- 1) 電子カルテのオーダ画面に従って検査を依頼する。外来オープン枠は各診療科医師が直接予約できるが、クローズ枠は放射線部予約室を通して予約する。
- 2) 依頼時に「医療被ばくに関する説明書」が発行される検査では、説明書を用いて検査被ばくについて患者に説明する。
- 3) 造影剤使用が必要な検査では問診票・同意書を完成させ、依頼医および患者が署名したものを電子カルテに取り込んでおく。

2. 受付

- 1) 患者確認は、患者本人に氏名と生年月日を名乗ってもらい確認を行う。
- 2) 外来患者の場合、受付票・検査予約票・電子カルテの予約受付画面を確認し、受付を行う。
- 3) 入院患者の場合、ネームバンド・検査予約票・電子カルテの予約受付画面を確認し、受付を行う。
- 4) 発行された受付用紙を患者に直接見せて患者本人であることを確認する。
- 5) 確認した受付用紙を放射線部専用ファイルに入れて患者に渡し各検査室に案内する。

3. 検査・治療室

- 1) 患者誘導はフルネームで行い、本人の名乗りで再確認する。
- 2) 入院患者は状況、必要に応じ予約票に加え、ネームバンドも併用して確認する。
- 3) 妊娠可能な女性患者には、妊娠可能性の有無を確認する。
- 4) 鎮静時は生体監視モニターを利用し、観察を行う。
- 5) 必要な前処置が行われているか確認する。
- 6) 患者に検査部位、検査の方法、検査中の装置の動き、音などについて説明する。
- 7) 患者が検査台へ昇降するときは立ち会う。
- 8) ベッド、車椅子、ストレッチャー、検査台への移乗時は、ストッパーを固定する。
- 9) 患者を移動させる場合は、ドレーン・チューブ類に注意し、誤って抜去しないように注意する。
- 10) 患者および患者に装着されたドレーン・チューブ類、モニターなどが装置・機器と接触しないか確認する。
- 11) 検査依頼内容に疑問を感じた場合は、主治医あるいは依頼内容を判断できる医師に確認する。
- 12) 検査が長時間となる場合は、事前に説明し、検査中は患者の状態に注意する。
- 13) 検査中は、患者の動作(小児・高齢者は特に)に注意する。
- 14) 検査中の危険が予測される場合は、検査終了まで患者に付添う。
- 15) X線照射前に、照射条件を再度確認する。
- 16) 検査終了後、患者が検査室を出るまで注意する。
- 17) 病棟撮影を行う際は、部屋の患者名を確認、ベッドサイドの名前の確認、バーコードで認証した撮影装置の名前確認、名乗れる患者は名乗りで確認する。

4. 画像処理・検像

- 1) 原則、MWMにより患者情報を取得する。
- 2) 画像処理・検像は各部門で取り決められた方法により実施し、オーダ情報・患者情報と合致した適切な画像を送る。
- 3) 画像送信後、ビューアー上で画像送り忘れが無いか確認する(CT、MRI、SPECT、PET)。

5. 装置・機器点検

- 1) 始業点検・終業点検により装置・機器が正常であることを確認する。

6. CT

- 1) 造影検査の場合は、3ヶ月以内の腎機能を確認する。
- 2) 心臓ペースメーカーや植込型除細動器(ICD)を装着している場合は、同意書を作成し、必要であれば循環器内科医に確認する。
- 3) 授乳中の患者については、造影剤使用後の授乳による児への影響は非常に小さく、造影 CT 検査後の断乳は原則必要ないが、その旨を説明し、患者とよく相談した上で断乳の可否を決定する。

【ヨード造影剤同意書について】

- 1) 造影検査が必要な場合は、ヨード造影剤同意書を記入後にプリントアウトし署名する。説明書および同意書のすべてをスキャンし電子カルテに保存する。患者には説明書・同意書すべてのコピーまたは電子カルテに保存した説明書・同意書をプリントアウトして渡し、検査室に持参する。
- 2) 造影剤使用同意書に造影剤の禁忌及び原則禁忌に該当する項目がある場合は、担当医が検査終了まで立会う。
- 3) ビグアナイド系糖尿病薬を服用中で造影剤を使用する場合は、”造影剤投与 48 時間前から 48 時間後までの休薬”が必要である。
外来：検査毎に同意書が必要である。
入院：1 入院で初回検査予約時のみ必要である。但し、禁忌及び原則禁忌に該当する場合や記載事項に変更がある場合は検査毎に同意書が必要である。

7. 血管撮影

- 1) 検査前の処置は、術前チェックリストまたはクリニカルパスに沿って行う。
- 2) サインイン時、検査承諾書、ヨード造影剤同意書(ガドリニウム造影剤同意書)、ペースメーカー同意書等の書類の確認を行う。不備がある場合、検査を中止することがある。
- 3) 麻酔・透析・検査検体の提出手続き等は、検査依頼科が行う。
- 4) 放射線診断科が施行する検査は、IVR 外来を受診すること。主治医は検査オーダーを入力すること。検査時は原則、主治医の立ち会いが必要である。
- 5) 循環器内科及び脳神経外科が施行する検査は、各診療科の指示に従う。
- 6) 心臓ペースメーカーや植込型除細動器(ICD)を装着している場合は、同意書を作成し、必要であれば循環器内科医に確認する。
- 7) ビグアナイド系糖尿病薬を服用中で造影剤を使用する場合は、造影剤投与 48 時間前から 48 時間後までの休薬が必要である。
- 8) サインイン、タイムアウト、サインアウトにより確認を行う。

8. MRI

- 1) 問診票のチェック項目の内容を確かめる。検査前安全確認表の内容をチェックする。
- 2) 問診票のチェックリストに入力し署名する。体内金属がある場合は MRI 適応か否かを確認する。体内金属が鉄などの強磁性体や材質不明の場合は、MRI 検査室に入室できない。
- 3) 造影検査が必要な場合は、MRIガドリニウム造影剤同意書を記入後にプリントアウトし署名する。説明書および同意書のすべてをスキャンし電子カルテに保存する。患者には説明書・同意書すべてのコピーまたは電子カルテに保存した説明書・同意書をプリントアウトして渡し、検査室に持参する。
- 4) MRI ガドリニウム造影剤同意書に造影剤の原則禁忌の項目がある場合、依頼医が検査終了まで立ち会う。
- 5) 授乳中の患者については、造影剤使用後の授乳による児への影響は非常に小さく、造影 MR 検査後の断乳は原則、必要ないが、その旨を説明し、患者とよく相談した上で断乳の可否を決定する。
- 6) 持続注射を行っておりポンプ類がはずせない場合には、ルートの長さが 7m 以上となるように準備する。
- 7) VPシャント可変バルブ装着患者の場合、主治医に検査後の再調整が必要かを確認する。
- 8) 撮像時間が長いので、鎮静剤等を必要とする場合がある。

9) MRI 検査室への出入には高磁場に伴う重大な吸着事故等の危険性があるので注意する。

12 才以下(小学生)の造影検査の場合、予めルート確保を行い MRI 検査に来る。

【MRI 問診票チェックリスト】

1. 体内外に金属(人工関節、コイル、ステント、プレート、スクリュー、バルブ、歯科インプラント、動脈瘤クリップ、フィルタ、心臓人工弁、胃ろう、縦内障治療マイクロバイパスステントシステム、事故後の残留金属など)を挿入・留置している患者で、材質が不明の場合や MRI 適応金属でない場合は、磁場による危険性があるので検査を受けられない。必ず事前に医師やスタッフに申し出る。
2. 体内・体外に MRI 適応外デバイス(ペースメーカー、ICD、神経刺激装置、人工内耳、カプセル内視鏡など)がある場合は、原則検査は受けられない。
3. MRI 適応ペースメーカーや ICD・人工内耳は、電子カルテのライブラリの中にある、放射線科フォルダ内の検査マニュアルに従いチェックリストを作成する。
4. 刺青のある患者は熱傷の危険性、変色の可能性があるので原則検査は受けられない。
5. 腹部や骨盤の MR 検査を受診される方は、検査当日、鉄剤及びサプリメントを服用しない。処方された鉄剤を服用している患者は、事前に医師に相談する。

以下の有無を確認する。

- ①心臓ペースメーカー ②脳深部刺激装置・脊髄刺激装置 ③義眼 ④体内の金属(材質:チタン、ステンレス、MR 適応金属、鉄、材質不明) ⑤妊娠 ⑥刺青 ⑦コンタクトレンズ ⑧義歯(入れ歯) ⑨補聴器 ⑩閉所恐怖症 ⑪1時間程度の仰臥位が可能か ⑫経皮吸収貼付剤(ニトロダーム、ニコチネル、ノルスパンテープ、ニュープロパッチ)

【口頭で確認する事項】

- ① 時計、ヘアピン、装身具の金属類、温度センサー端子などの体外装置金属を外す。
- ②湿布、貼付磁石、カイロは取り除く。
- ③マスカラ、アイライン、アイシャドウ、ラメ入り化粧は原則落とす。
- ④保温下着は脱衣する。

9. SPECT、SPECT/CT

- 1) 放射線検査予約説明書に記載されている注意事項を厳守する。
- 2) 心臓ペースメーカーや植込型除細動器(ICD)を装着している場合は、同意書を作成し、必要であれば循環器内科医に確認する。

10. PET/CT

- 1) 放射線検査予約説明書に記載されている注意事項を厳守する。
- 2) 心臓ペースメーカーや植込型除細動器(ICD)を装着している場合は、同意書を作成し、必要であれば循環器内科医に確認する。
- 3) FDG-PET 検査は、5時間前から食事制限があり、糖分が含まれた飲み物や点滴も禁止する。

11. X 線-TV

- 1) 検査依頼医師が検査・前処置等の説明を行う。前処置薬剤が必要な場合は、依頼科にて処方する。
- 2) 心臓ペースメーカーや植込型除細動器(ICD)を装着している場合は、同意書を作成し、必要であれば循環器内科医に確認する。
- 3) 造影剤を血管内投与する場合は造影剤使用同意書が必要である。
- 4) ビグアナイド系糖尿病薬を服用中で、ヨード造影剤を血管内投与する場合は、造影剤投与 48 時間前から 48 時間後までの休薬が必要である。

12. 放射線業務従事者

以下の業務を行う場合は、事前に放射線業務従事者の登録を行い個人被ばく線量計を装着する。

- ・X線透視装置を操作する場合
- ・SPECT室、PET室で採血・投薬などに従事する場合
- ・放射線検査業務を行う場合

※検査立ち会いや介助には登録の必要はない。

登録には健康診断および教育訓練、毎年更新のための講習受講が必要である。

2) 放射線治療

1. 受付

- 1) 患者確認はネームバンド(入院)、受付票(外来)等を利用し、バーコードで照合する。
- 2) 患者氏名はフルネームで呼称する。
- 3) 他検査がある場合、必要に応じて連携確認を行う。

2. 治療室

- 1) 患者誘導はフルネームで行う。治療開始時等は本人の名乗りで再確認する。
- 2) 鎮静時は生体監視モニターを使用し観察を行う。
- 3) 必要な前処置等が行われているか確認する。
- 4) 治療開始時には、治療部位、所要時間、装置の動き等を説明する。
- 5) 患者が寝台へ乗り降りするときは立ち会う。
- 6) 車椅子、ストレッチャー等から寝台への移乗時は、ストッパーをかける。
- 7) 患者を移動させる場合は、チューブ類や点滴等に注意する。
- 8) 点滴台、モニター等が装置と接触しないよう注意する。
- 9) 治療中は患者の状態に注意を払い、必要があれば生体監視モニターを使用し観察を行う。
- 10) 患者入室前に、照射方法の確認、補助用具等必要物品を準備する。
- 11) 照射前に、放射線治療記録と装置との照射条件を確認する。
- 12) 治療終了後、患者が治療室を出るまで注意する。
- 13) 業務終了後、放射線治療記録の治療進捗状況を確認する。
- 14) 医療用電子機器使用中の場合は、照射前後で正常動作しているか確認する。

3. 診察室

- 1) 患者の呼び込みはフルネームで行う。
- 2) 患者が内診台、診察台に移る時は立ち会い、必要時介助する。
- 3) ストレッチャー、車椅子等は、必ずストッパーをかける。
- 4) 患者の搬送・移送時は、点滴やチューブ類に注意する。
- 5) 診察終了後、患者が診察室を出るまで注意する。

4. 装置・機器点検

- 1) 始業前点検・終業点検により、装置・機器が正常であることを確認する。
- 2) 月に一度、装置モニター線量計の確認を行い、必要があれば校正を行う。

Do Not!! 患者誤認・検査部位の間違い(特に左右)・過剰被曝

18. リハビリテーション

1. 訓練開始前

- 1)リハビリテーション部入室時、氏名、生年月日を患者に名乗ってもらい、ネームバンドで患者確認する。
- 2)意識障害、失語、失認などがある患者の場合はネームバンドで患者確認する。
- 3)リハビリ依頼内容と診察所見及び治療内容の確認を行う。
- 4)バイタルサインの不安定な患者や心疾患等の患者は、訓練前に血圧・脈拍・経皮的動脈血酸素飽和度の測定を行う。
- 5)上記で異常の出た患者は訓練を中止し、医師および病棟に連絡する。
- 6)訓練開始前、患者のズボンのすその長さや履物を確認する。
- 7)訓練開始前、ルートやバルーンカテーテルの部位や有無を確認する。
- 8)リハビリ担当者が休暇・出張等で長期間不在のため変更になる場合、代理担当者や注意事項等の申し送りをカルテに記載する。
- 9)訓練開始前・終了後、転倒リスクの高い患者は、必ず担当者の目の届く場所に待機させて、もし担当者がその場を離れる場合には、他のスタッフに見守ってもらう。
- 10)リハビリテーション部への患者搬送にはスタッフ付き添いの有無を確認し、病棟と情報共有を行う。

2. 訓練中

- 1)患者の言動や状態を十分に観察する。
- 2)転倒に十分注意して実施する。
- 3)嚥下訓練は吸引の準備など配慮した環境で行う。
- 4)人工股関節置換術を施行された患者においては不良肢位による脱臼を防止するため、姿勢変換は担当者療法士の見守り下で実施する。
- 5)バイタルサインの不安定な患者や心疾患等の患者は、訓練中も血圧・脈拍・経皮的動脈血酸素飽和度の測定を行う。
- 6)患者の容態が急変した場合(意識障害、心肺停止)は、コードブルー(896)を行い、医師および病棟に連絡を行う。
- 7)患者が転倒した場合は、リハビリ専任医または主治医が診察および処置を行い、病棟看護師に連絡する。

3. 看護師との情報共有

リハビリテーションを実施されている患者に転倒が予測される場合、病棟看護師と情報共有を行い転倒の危険が高い動作の確認、環境調整の検討を行う。

4. 機器の点検

- 1)詳細な機器の動作や設置状態の点検を毎日実施する。
- 2)救急カートの内容確認を毎月実施する。

Do Not!! 訓練中の転倒

19. シャワー浴について

《一人でシャワー浴可能な場合》

1. 一人でシャワー浴可能であるかをアセスメントする。
2. 患者と共にシャワー浴予定時間を確認する。
3. シャワー浴予定表の情報は、スタッフ間で共有する。
4. 患者への説明事項
 - ・シャワー浴開始・終了時は看護師に必ず伝える。
 - ・気分不良時にはナースコールを行う。
 - ・20分後に、看護師が安全を確認するために声かけをする。
5. 浴室環境・使用中の留意事項
 - ・浴室・脱衣所の室温を整える。
 - ・シャワーの湯温を確認する(40°Cに設定)。
 - ・浴室の環境を整える。(床が濡れている時は拭き取る・足拭きマットの交換)
 - ・シャワー浴中の患者名を把握し、20分後に患者の安全を確認する。
 - ・浴室のナースコールが鳴れば早急に対応する。
 - ・シャワー浴が終了した事を確認する。

20. 転倒・転落

転倒・転落の危険防止対策

医師	看護師	理学療法士・作業療法士 言語聴覚士
<ol style="list-style-type: none">睡眠薬を安易に処方しない。緩下剤は夜間・早朝に効果が出現しないよう考慮して処方する。麻薬や利尿薬の処方は、高齢者や危険度のある患者には慎重に処方する。せん妄をおこしやすい眠剤は避ける。	<ol style="list-style-type: none">入院時は、必ず「転倒転落アセスメント・スコアシート」「転倒・転落に関する入院時意識調査票」を用いて危険度を評価する。入院時、転入時、1週間毎とADLに変化があった時は、再評価する。転倒・転落のリスクを共有するために、「転倒転落アセスメント・スコアシート」危険度Ⅱ以上の場合は、患者プロファイルの障害情報「転倒・転落リスク」、あるいは看護アセスメントシートの活動/休息－身体障害「転倒・転落リスク」の項目を「あり」にする。転倒・転落時は再評価をする。患者と共にケアプランを立案する。転倒発生後1週間は転倒・転落を意識した看護記録を記載し、記録に残す。	<ol style="list-style-type: none">リハビリテーションを実施されている患者に転倒が予測される場合、病棟看護師と情報共有を行い、転倒の危険が高い動作の確認、環境調整(離床センター設定を含む)、トイレ(病棟トイレやポータブルトイレの利用)の検討を行う。リハビリテーションを実施されている患者が病棟で転倒した場合、病棟看護師にその状況を確認し、再度転倒予防のため日常生活・歩行における見守りの必要性や環境調整の検討を行う。リハビリテーションを実施されている患者において、転倒に十分注意して訓練を実施する。

Do Not!! 安易な睡眠剤の処方

危険度Ⅰ

1. 危険性の説明

1)転倒リスクについて説明する。

(1)夜間のトイレ歩行時、眠剤服用後等転倒の危険度が高い状況や時間を説明する。

(2)濡れている床は転倒しやすいことを説明する。

(3)履き物はスリッパやサンダルは避け靴を使用する。

2)ナースコールの重要性や使用方法の説明を行う。

(1)体調が悪いときは遠慮なく介助を求めるよう指導する。

2. ベッド調整

1)ベッドの高さを端坐位で足底が床に着くよう調整する。

2)処置終了時にはベッド柵を元の位置に戻していることを必ず確認する。

3)入院時は必ずベッド柵2本、左右に設置する。

4)状態に応じた適切なマットを使用する。

(エアーマット使用時はベッド柵の高さを検討し、患者が転落しないようする)

5)ベッドのキャスターロックが、かかっているか確認する。

6)小児は原則的にベッド柵を上げておく。

(1)高さ調節は発達段階に応じる。

(2)家族に小児用ベッド柵の使用方法を十分に説明する。

(3)訪室時にはベッド柵が上がっている事を確認する。

3. 環境整備

1)ベッド周囲の環境整備を行い障害物を除去する。

(1)ナースコール、吸い飲みは手の届きやすい場所に置き、オーバーテーブル、尿器の位置の確認を行う。(設置場所は統一できるようにする)

(2)ポータブルトイレ設置時にはベットとトイレの座面の高さを合わせる。設置後に移乗動作を確認し、立ち座りや方向転換が不安定な場合はスイングアームの使用を検討する。トイレットペーパーを患者の手の届く位置に設置する。

2)コード類の整理を行う。

(1)ラインを整理し、不要なルートは外す。

(2)夜間フットライトは必ず点灯し、足元が見える程度の明るさを確保する。

3)床が濡れていたらすぐに拭き取る。

4. 排泄

1)入眠前の水分摂取(量)を確認する。

2)排泄パターンとアセスメント結果を記録に残し、必要な場合は排尿サポートチームに介入を依頼する。

5. 移動時留意点

1)衣類(ズボン)の丈が長い場合は、折り込む等の処置を行う。(適当なサイズの病衣を選択する)

(1)病衣の裾を足首の長さに調整する。

2)歩行補助機器使用時は、患者の体格に合わせた調整を行う。

(1)補助具(杖・車椅子・歩行器等)の正しい使用法の指導を行う。

3)廊下に不必要的ものを置かない。

4)キャスター付きキャビネット、床頭台はロックをかけ移動しないようにする。

(1)オーバーテーブルは可動性があることを説明する。

危険度Ⅱ

危険度Ⅰの対策に加えて

1. 危険性の説明
 - 1) 患者、家族、医療チーム全体が危険を共有し、対処する。
 - (1) 患者と共にケアプランを立案する。
 - 2) 抗精神薬、睡眠鎮静剤使用時は転倒の危険性が高まることを説明し対処する。
 - (1) 転倒・転落をおこしやすい薬剤リスト参照。(転倒転落対策編)
2. 観察の強化
 - 1) 患者の状態に応じて頻回な訪室により観察を強化する。
 - 2) 使用している薬剤に応じた観察を強化する。
 - (1) 使用している薬剤の副作用、作用発現時間、作用時間、半減期について説明し、必要に応じた観察を行う。
 - (2) 覚醒時にはふらつきが強く出ることを説明する。
 - (3) 薬剤使用後の影響をアセスメントする。(睡眠持続時間、睡眠の深さ、途中覚醒の状況)
3. 防止用品
 - 1) 離床センサー、衝撃緩和マット等の使用を検討する。離床センサーが感知した時は速やかに訪室する。
 - 2) 床高25cmの低床ベッドの使用を検討する。
 - 3) 状態に応じたベット柵を選択し使用する。
4. 自力移動防止
 - 1) 移動時はナースコールを押し、介助を求めるよう指導する
 - 2) ナースステーションに近い観察の目が届く部屋に転室する。
5. 排泄
 - 1) 排泄パターンにあった排尿誘導を行う。
 - 2) 就寝前に排泄を促す。
 - 3) 夜間の排泄時は移動介助、排泄介助を行うことを説明し、ナースコール指導を行う。
 - 4) 尿器、便器、ポータブルトイレの使用を検討する。
 - (1) ポータブルトイレはベッド脇に置かず、必要時準備する。
 - 5) 自分で動こうとする患者や座位保持が難しい患者の場合、排泄中は原則患者から離れない。
 - 6) 常時目が離せない場合は、特別面会や付き添い等、家族の協力を依頼する。
(ただし、家族の疲労度に注意する)
6. シャワー時
 - 1) シャワーが可能な状態か観察し判断する。
 - 2) 浴室の環境を整える。(段差・手すり・障害物)
 - 3) 転倒・転落の危険度の高い患者(危険度Ⅱ以上)は、断続的か継続的に観察する。
 - 4) シャワーベッド使用時には、原則2名で行う。
7. 移動時留意点
 - 1) 車椅子使用中は、転落に注意し、観察を行う。

危険度Ⅲ

危険度Ⅱの対策に加えて

1. 状況により低床ベッドを使用する。それでも危険な場合はベッドの使用を中止し、床敷を検討する。
2. 固定式ベッド柵の使用を検討する。
3. ベッドの位置を調整する。
4. 抑制の実施を検討する。
5. 家族に付添いを依頼する。

ファイル(E) 編集(E) 挿入(I)

転倒・転落アセスメント・スコアシート

患者名 テスト イコウ 001mcg Bi

男性

1回目

2回目

3回目

4回目

5回目

1回目評価日

年月

MEMO

分類	患者の状態(危険因子)	評価スコア	
年齢・性別	<input type="checkbox"/> 70歳以上で男性 <input type="checkbox"/> 70歳以上で女性	2 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒・転落したことがある <input type="checkbox"/> 意識消失したことがある（失神・痙攣・起立性低血圧など） <input type="checkbox"/> 謙妄・不穏状態になったことがある	2	<input type="checkbox"/>
感覚	<input type="checkbox"/> 視野欠損や視力障害がある <input type="checkbox"/> 聴力障害がある <input type="checkbox"/> 平衡感覚障害がある	1	<input type="checkbox"/>
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺がある <input type="checkbox"/> 骨・関節に異常がある（拘縮・変形） <input type="checkbox"/> 下肢の浮腫が強い	各1	<input type="checkbox"/>
活動領域	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、腰痛、筋力低下がある <input type="checkbox"/> めまい、ふらつきがある <input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器を使用している <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要である <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態であるが手足は動かせる	3 2 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
認識力	<input type="checkbox"/> 見当識障害、意識混濁・混乱がある（遷延性意識障害は除く） <input type="checkbox"/> 不穏・危険行動がある <input type="checkbox"/> 判断力、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 <input type="checkbox"/> 他者の援助を受けることに遠慮がある（何事も自分でやろうとする）	4	<input type="checkbox"/>
薬剤	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤 <input type="checkbox"/> 麻薬剤 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン剤 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 緩下剤 <input type="checkbox"/> 解熱鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 降圧利尿剤 <input type="checkbox"/> 化学療法	2 1	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/> 便・尿失禁がある <input type="checkbox"/> 排泄介助が必要である <input type="checkbox"/> バルーンカテーテルを留置している、もしくはバルーンカテーテル抜去後ドレーンを留置している（術後のドレーン、胸腔ドレーン、脳室ドレーンなど） <input type="checkbox"/> 頻尿あるいは頻回に排便がある	3 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
患者特徴	<input type="checkbox"/> 手術後1週間以内である <input type="checkbox"/> リハビリ開始時期、訓練中である <input type="checkbox"/> ADLが急に回復、あるいは悪化している時期である <input type="checkbox"/> ナースコールを押さないで行動しがちである <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 環境に慣れていない <input type="checkbox"/> 持続点滴中である	2 3 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	合計		<input type="checkbox"/>
	危険度		<input type="checkbox"/>
	評価者		<input type="checkbox"/>

*危険度と評価スコアの合計

危険度 I (1~9)

転倒・転落を起こす可能性がある

危険度 II (10~19)

転倒・転落を起こしやすい

危険度 III (20~)

転倒・転落をよく起こす

集計

確定

閉じる

TAB1

転倒・転落に関する入院時意識調査票

問1 現在のあなたの状況に当てはまるものに○をつけてください。

- | | |
|---------------------|--------------|
| ①めまいやふらつきがある | (はい ・ いいえ) |
| ②足に痛みやしびれがある | (はい ・ いいえ) |
| ③目が見えにくい | (はい ・ いいえ) |
| ④浴室で転倒したことがある | (はい ・ いいえ) |
| ⑤何もないところでつまずくことがある | (はい ・ いいえ) |
| ⑥睡眠薬や安定剤を使用している | (はい ・ いいえ) |
| ⑦これまでにベッドから落ちたことがある | (はい ・ いいえ) |
| ⑧自宅でポータブルトイレを使用していた | (はい ・ いいえ) |
| ⑨夜間トイレに行くことが多い | (はい ・ いいえ) |
| ⑩動くときに不自由を感じる | (はい ・ いいえ) |

問2 ※問1で「はい」が1つでもあった方におたずねします。

問1で「はい」がひとつでもあった場合は転倒しやすいと言われています。このことを踏まえた上で、次の質問にお答えください。トイレに行くことが必要になった場合のお気持ちは、次のどちらですか。該当する方に○をつけて下さい。

- | | |
|----------------|----------|
| ①自分のことは自分でしたい | () |
| ②看護師等に手助けを希望する | () |

問3 ※問2で「①自分のことは自分でしたい」に○をつけられた方におたずねします。

その理由について、ご自分の気持ちに近いものに○をつけて下さい。

(複数の項目に○をつけていただいて結構です)

- | | |
|-------------------|----------|
| ①自分でできるから | () |
| ②動かないと足・腰が弱るから | () |
| ③看護師が忙しそうで頼みにくいから | () |
| ④見られたくないから | () |
| ⑤その他【 | 】 |

【問2で①に○をつけられた方へ】

☆ 私たち看護師は、自分のことを自分でしたいという気持ちは十分に尊重させていただいた上で、転倒を予防するために患者さんのご協力をお願いする場合もあります。ご理解いただきますようお願いします。

問4 ※問2で「②看護師等に手助けを希望する」に○をつけられた方におたずねします。看護師等に手伝ってほしいことはどんなことですか。些細なことでも結構です。お聞かせください。

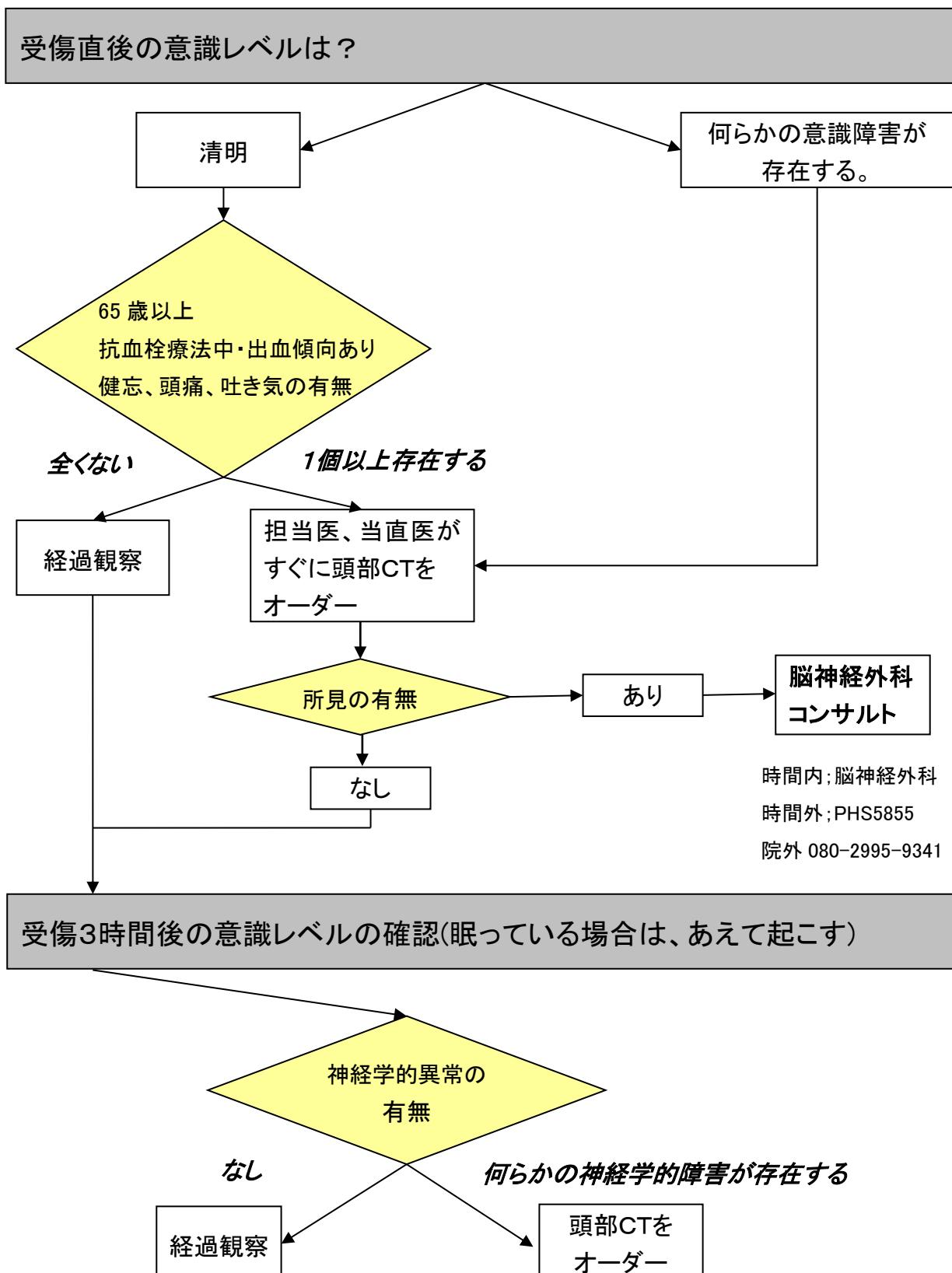
問5 その他、ご意見・ご希望がありましたらお聞かせください。

転倒・転落発生時の対応

転倒・転落時の状況把握を行い、速やかに医師に報告し診察を受ける。

頭部打撲時は、以下のフローチャートに従う。

頭部打撲時対応フローチャート



21. ドレーン・チューブ管理

危険度	対応策
危険度Ⅰ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族、医療チーム全体が危険を共有し、対処する 2. 持続点滴やドレーンの留置は最低限とする 3. ライン類の整理 4. ライン固定方法の工夫 5. 勤務開始時と終了時に、ライン刺入部・接続部を観察する 6. 訴えをよく聞き、根気よく接する 7. 声かけや訪室を頻回に行う 8. ベッド周囲を整理整頓する 9. 排尿パターンの観察を行う 10. はさみやナイフは状況に応じて看護師が預かる。家族に説明し持ち帰って頂く
危険度Ⅱ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ライン類の工夫 (衣類の中を通す、背中にまわすなど患者様の視野に入らない位置に設置する) 2. 観察しやすい部屋の検討、ベッドの位置を考慮する 3. 体動コールや徘徊コールの使用を考慮する 4. ミトンを使用する（患者家族に説明し同意を得て、同意書記載） 5. 状況により抑制を検討する（患者家族に説明し同意を得て、同意書記載） 6. 睡眠導入剤の使用を考慮する
危険度Ⅲ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師の指示による処置（与薬・注射） 2. 常時目が離せない場合は、特別面会や付き添い等、家族の協力を得る

《ドレーン・チューブ管理アセスメントスコアシート運用基準》

[対象] 入院中に気管チューブ、気管カニューレ、点滴、尿管、各種ドレーン、胃管等のチューブ類が挿入された患者

[記載] 留置した日に、その日の担当看護師が記載する

[活用] 必要時、看護計画を立案する

[評価] 状態の変化・インシデント発生時にその日の担当看護師が評価する

また、看護計画修正時にプライマリーナースが評価する

※状態の変化： ドレーンチューブの本数が変わったとき

ADLに変化があったとき

精神状態・意識レベルに変化があったとき

大部屋に移るなどの環境に変化があったときなど

ドレーン・チューブ管理アセスメントスコアシート

患者名

過去評価日

年月	<input type="text"/>	MEMO	<input type="text"/>
年月	<input type="text"/>	MEMO	<input type="text"/>

分類	患者の状態(危険因子)	評価スコア	
年齢	<input type="checkbox"/> 50歳～70歳未満 <input type="checkbox"/> 70歳以上	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
性別	<input type="checkbox"/> 男	1	<input type="checkbox"/>
感覚	<input type="checkbox"/> 認知症の既往がある <input type="checkbox"/> 譫妄の既往がある <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブのトラブルを起こしたことがある(1ヶ月以内)	3 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
身体的要因	<input type="checkbox"/> 頭蓋内病変(<input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 出血) <input type="checkbox"/> 全身疾患(<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 代謝性疾患) <input type="checkbox"/> 薬物・アルコール乱用の既往 <input type="checkbox"/> 視力の障害・ <input type="checkbox"/> 聴力の障害(各1点) <input type="checkbox"/> 脱力・ <input type="checkbox"/> 貧血・ <input type="checkbox"/> 低栄養(各1点) <input type="checkbox"/> 薬物使用中(<input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> ステロイド) <input type="checkbox"/> 向精神薬 内服1週間以内 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬減量中 <input type="checkbox"/> 夜間頻尿 <input type="checkbox"/> 発熱(38.5°C以上)	3 1 1 1・2 1・2・3 1 3 3 2 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
精神的要因	<input type="checkbox"/> 言動に食い違いがある <input type="checkbox"/> 夜間不眠・日中傾眠 <input type="checkbox"/> 錯覚・幻覚・妄想・見当識障害 <input type="checkbox"/> 情緒不穏(<input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 拒薬) <input type="checkbox"/> 活動性の変動(多動徘徊) <input type="checkbox"/> まとまらない会話(独言)	3 2 3 2 2 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
環境的要因	<input type="checkbox"/> 入院・手術・検査当日 <input type="checkbox"/> 拘束・ <input type="checkbox"/> 感覚(視覚・聴覚)遮断 各1点 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ類の数(1本毎各1点) 本	1 1・2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ類を触ろうとする <input type="checkbox"/> 固定しているテープをはずそうとする	3	<input type="checkbox"/>
合計			<input type="checkbox"/>
危険度			<input type="checkbox"/>
評価者			<input type="checkbox"/>

* 危険度と評価スコアの合計 危険度I(5～9) 自己抜去の危険性がある

危険度II(10～19) 自己抜去を起こしやすい

危険度III(20～) 自己抜去の危険性が高い

集計

クリア確定閉じる

22. 身体抑制に関する申し合わせ

<目的>

患者の安全確保を図るために、一時的に身体を抑制する。

<抑制基準>

抑制は非倫理的な行為であり、治療過程でやむを得ず身体抑制等を行わなければならない場合には、下記の抑制の三原則を満たしているかについて、原則として、医師、看護師で慎重な判断を行う。

【切迫性】行動制限を行わない場合患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い

 意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮

【非代替性】行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない

 薬剤の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など

【一時性】行動制限は一時的であること

<抑制の対象>

1. 意識障害、興奮せん妄
2. 認知症等による失見当識。
3. その他、患者生命への危険、疾病の回復遅延や悪化が危惧される時。

<抑制を行なう場合の手順>

1. リスクアセスメントや必要性についてアセスメントを行なう。
 抑制実施時は身体抑制の実施プロセス*に沿って行う。
2. 抑制実施時には、患者家族に必要性や合併症について説明し同意を得る。「抑制に関する説明・同意書」(コンテンツ・文書作成・入力)を記載する。
3. 医師の指示の基に実施する。
4. 患者の状態に適した抑制用具を選択する。
 - 1) 抑制帯はベッド本体に固定する。
 - 2) チューブ類に手が届かないことを確認する。
 - 3) 離床センサー、タッチコールなどは、取説に従い適切に設置する。
5. 抑制部位の圧迫、抑制部位より末梢に挿入されているルート類の屈曲、閉塞に注意する。
6. 身体抑制を行う前に、人権を尊重した必要最低限の方法であることを再確認する。
7. 抑制後は、患者や家族に対し、抑制の三原則に基づいて実施していること、合併症、解除に向けた取り組み等の説明を丁寧に行う。

<抑制時の看護>

1. 觀察
 - 1) 抑制を必要とした状況と抑制に伴う反応、抑制による二次障害の観察を抑制直後、その後は少なくとも2時間毎に観察を行う。
 - 1) 抑制を必要とした状況と抑制後の反応；患者の言動や体動、意識障害の程度、せん妄状態、睡眠状態
 - 2) 抑制に伴う二次障害；呼吸・循環障害、発赤、腫脹、浮腫などの末梢循環障害、皮下出血、水疱、表皮剥離等の皮膚障害、痺れなどの神経障害、関節拘縮
2. 看護
 - 1) 患者の状態の推移と二次障害の予防ケアを行う。
 - 2) 抑制帯を外している間は、患者の見守りを行う。
 - 3) 患者や家族の不安や抑制に対する気持ちを受け止め、精神的サポートを行う。
3. 身体抑制継続の必要性のや解除に向けた評価
 - 1) 医師・看護師・薬剤師・理学療法士など状況に応じて多職種によるカンファレンスを行い、必要性や抑制時間の減少、早期解除に向けた検討を行う。(1回/日)

<看護記録>

1. 抑制が必要となった状況、リスクアセスメント結果
2. 抑制開始時間、部位、方法
3. 抑制が解除になった状況
4. 抑制解除時間
5. 患者・家族の反応・状況(カンファレンスの内容についてはカンファレンス記録参照)

*身体抑制の実施プロセス

目的:患者の安全確保を図るために、一時的に身体を抑制する。

抑制基準:抑制は非倫理的な行為であり、治療過程でやむを得ず身体抑制等を行わなければならない場合には、下記の抑制の三原則を満たしているかについて、原則として、医師、看護師で慎重な判断を行う。

【切迫性】行動制限を行わない場合患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い

 意識障害、説明理解力低下、精神症状に伴う不穏、興奮

【非代替性】行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない、

 薬剤の使用、病室内環境の工夫では対処不能、継続的な見守りが困難など

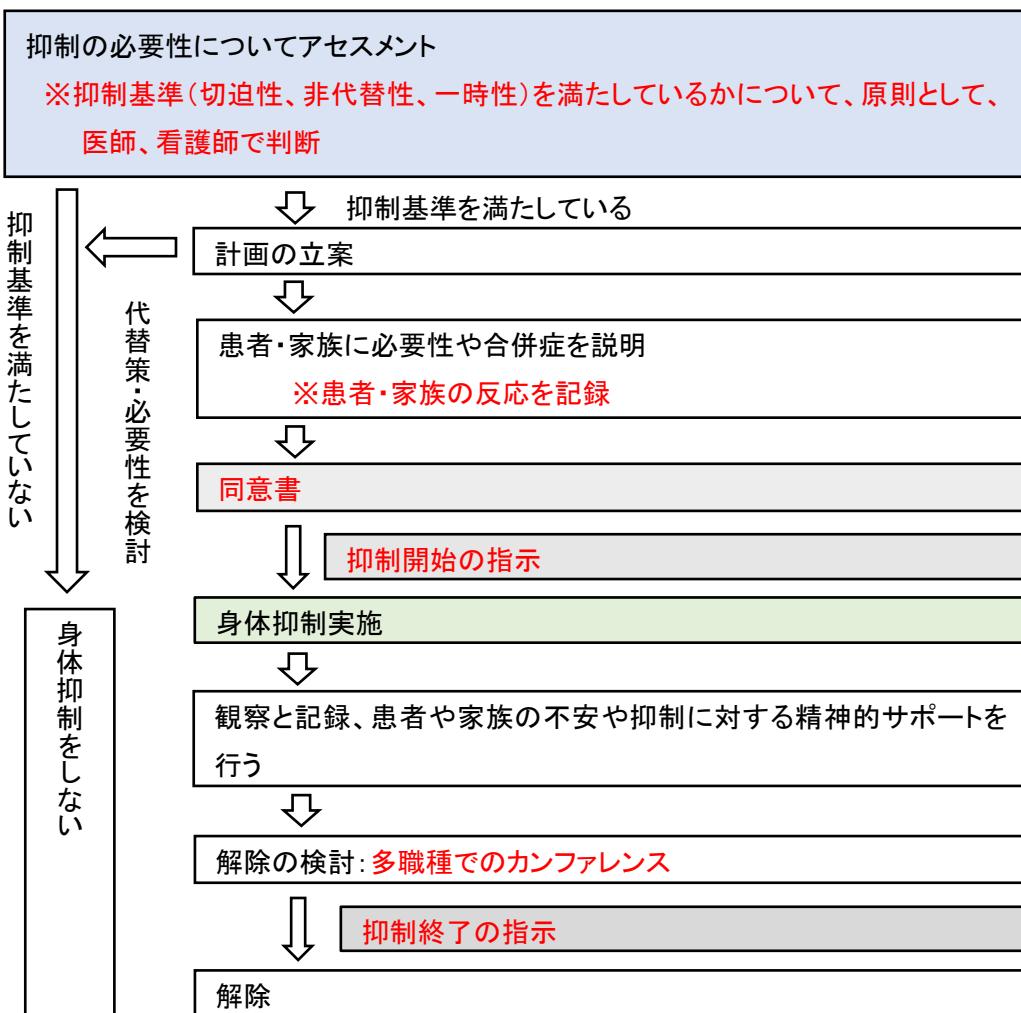
【一時性】行動制限は一時的であること

抑制の対象: 1. 意識障害、興奮、せん妄

 2. 認知症等による失見当識

 3. その他、患者生命への危険、疾病の回復遅延や悪化が危惧される時

抑制を行う場合の手順



平成30年度 副看護師長会作成
令和元年11月改訂

抑制に関する説明・同意書

患者氏名 様

香川大学医学部附属病院

当院では、抑制は原則として行わない方針です。しかし、以下のようにやむをえない場合に一時的に抑制を行い、患者様の身体の安全をはかることがあります。

あらかじめ説明してご承諾をいただいたうえで実施させていただきますが、緊急の場合は事前の了承がない場合でも抑制することがありますのでご承知おきください。なお、状況が改善した場合はすみやかに解除いたします。

1. 抑制理由

- ・ベッド等からの転落・転倒の危険性がある場合
- ・気管チューブ、ドレーン、点滴などのチューブ類を自己抜去する危険性がある場合
- ・その他、目的とした治療に支障をきたす場合

2. 抑制部位

体幹、上肢（右・左）、下肢（右・左）、その他（ ）

3. 抑制方法

抑制帯、ミトン、離床センサー、4点柵、その他（ ）

4. 抑制予定期間

令和 年 月 日～令和 年 月 日

上記について説明いたしました。

令和 年 月 日

説明医師 _____

同席看護師 _____

上記について説明を受け、同意いたしました。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

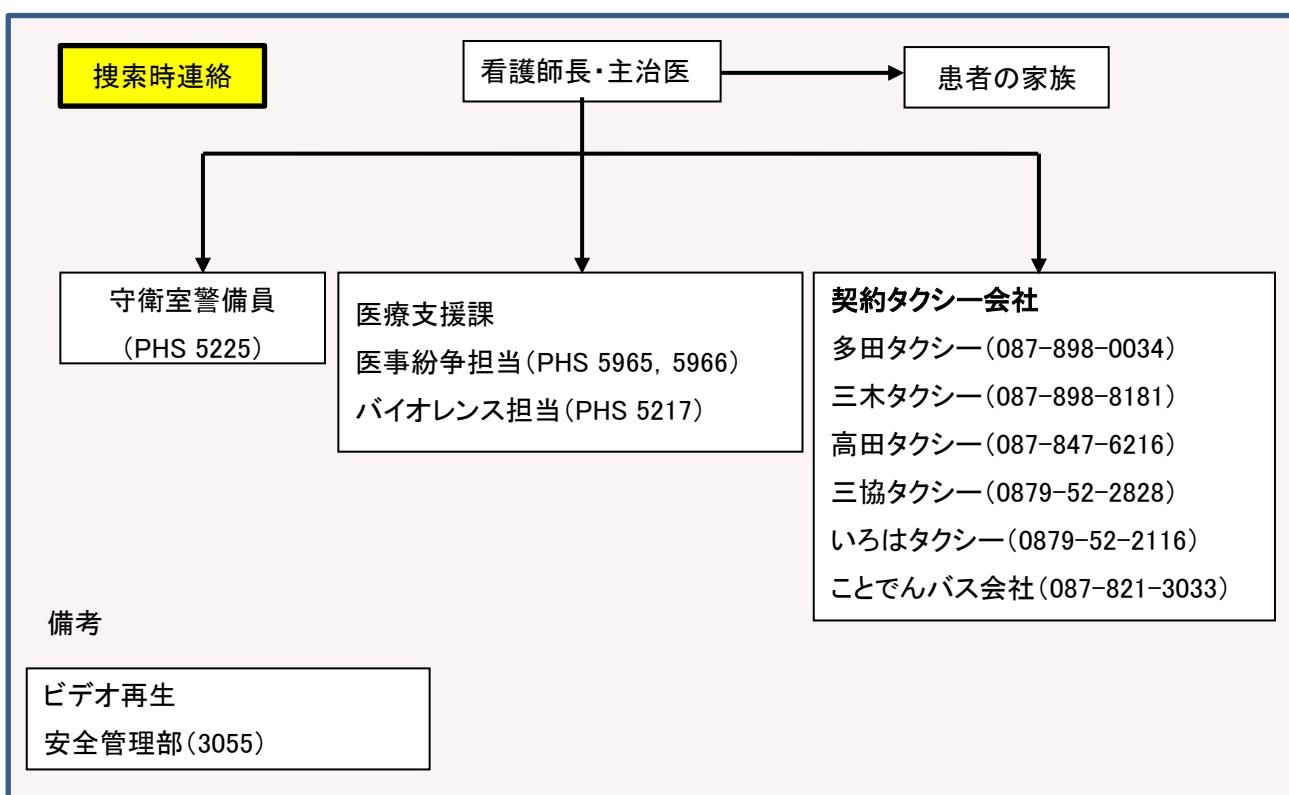
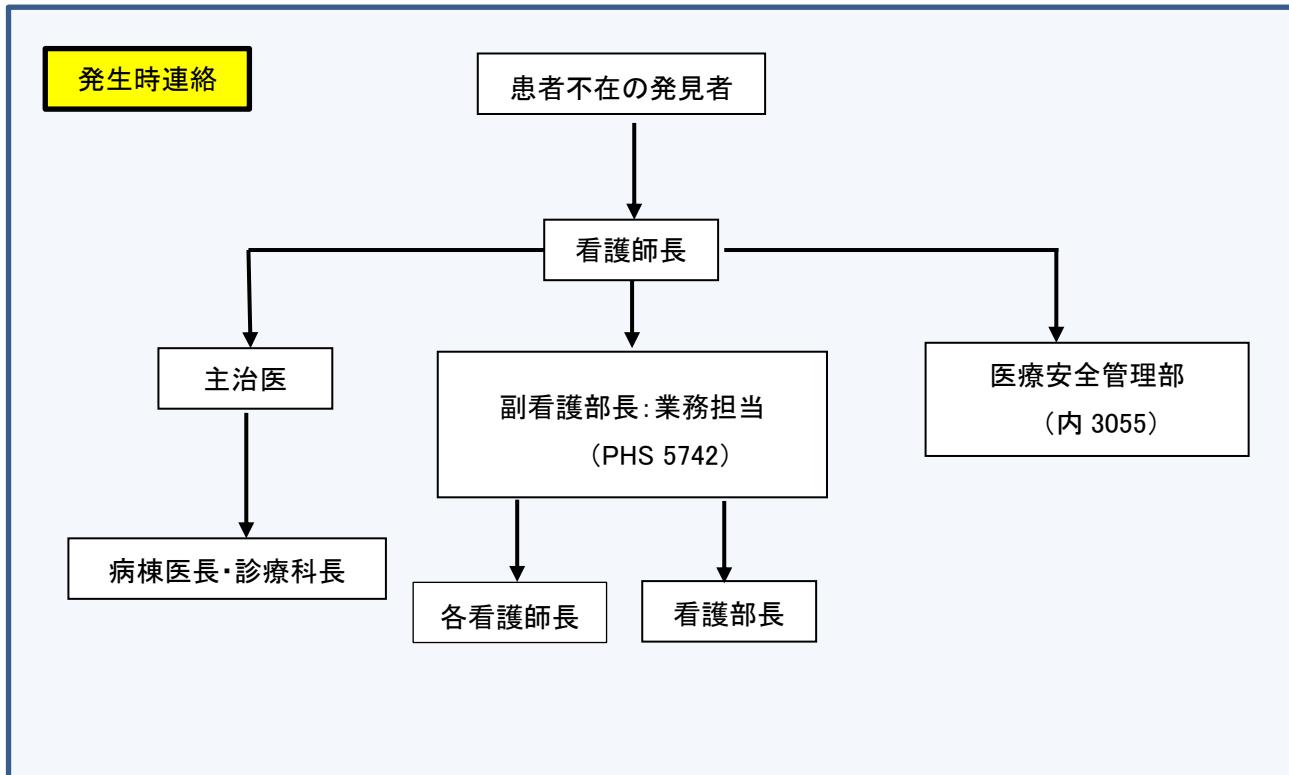
同意者 _____

(患者との続柄)

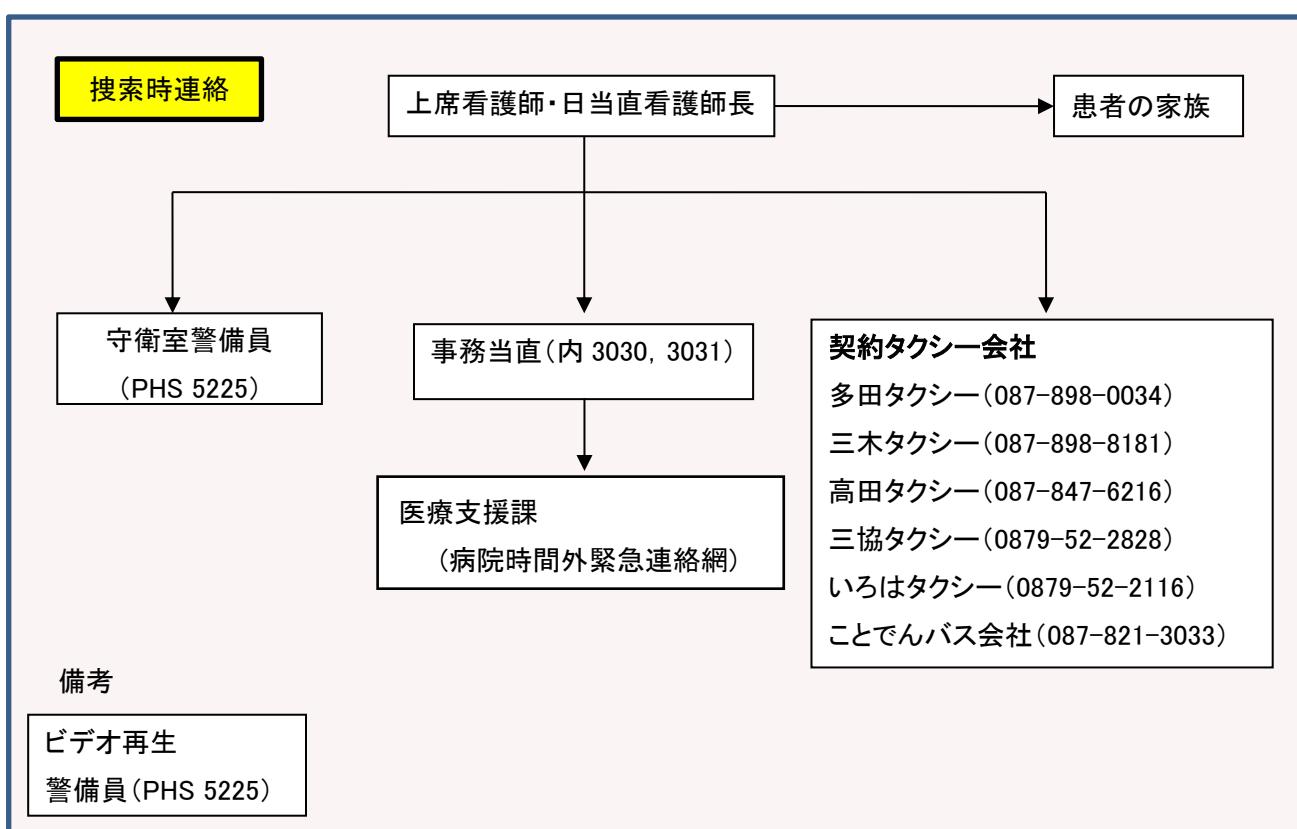
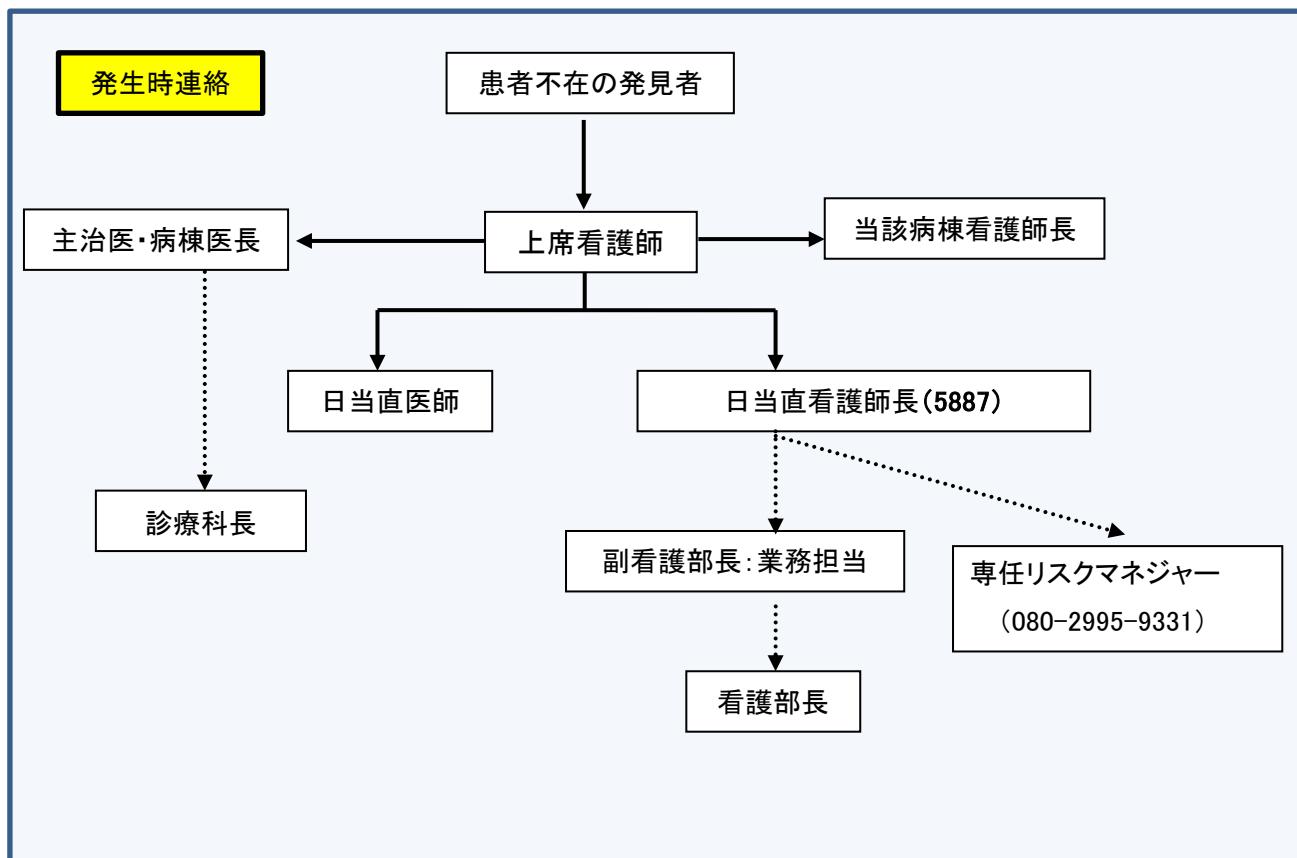


23. 患者無断離院時・外泊(外出)中の帰院遅延時の対応

患者無断離院時の連絡体制(時間内)



患者無断離院時の連絡体制(休日、時間外)



備考

ビデオ再生
警備員(PHS 5225)

- 直ちに報告
.....→ 院内検索で発見できない場合報告

無断離院時の対応

患者の無断離院は大別すると、(1)認知症等患者自身の理解力低下に関する事例、(2)外出・外泊時に許可が必要なことを患者自身が知らなかつたことによる事例、(3)無断離院はいけないと分かっているながら、故意に外出・外泊する事例、という3つのパターンがある。これらのパターンそれぞれに有効な対策を検討する必要がある。(1)は最も危険性が高いので、離院の危険性が予測される場合は、システム上の対応を含めた予防対策と離院発生時は安全確保のための搜索が必要である。患者の故意によるものについては、入院の必要性も含めた、患者との十分な話し合いを行なうなど、医療従事者の積極的な対応によって防止することが出来ると考えられる。

入院時 患者に長時間の無断不在時は搜索することを説明する。

不在発見

1. 無断離院の判断基準

外出・外泊の届け出または申し出がない

許可された行動範囲から逸脱している

理解力低下がある場合は直ちに、無い場合は不在を確認して1時間以上経過している。

2. 不在発見者はベッド周囲、身のまわりの品を観察する。次のことを確認する。

* 病棟内を搜索する。トイレ、浴室、食堂など

* 同室者に確認する。

* 患者が携帯を所持している場合は、連絡・安否確認を行う。

3. 不在発見者は看護師長(上席看護師)に速やかに報告する。

4. 看護師長(上席看護師)は勤務スタッフをナースステーションに集合させ、不在情報を周知すると共に、患者情報を収集し患者確認表を作成する。また、監視カメラで、病棟入口付近の通行状況を確認し、患者の画像を印刷し患者確認表に添付する。

連絡・報告

5. 看護師長(上席看護師)、主治医は、連絡体制に基づいて迅速に報告する。

6. 主治医(上席看護師又は日当直看護師長)は家族へ連絡し、患者が帰宅していないか、行き先に心あたりがないかを問い合わせる。平日時間内は、医療安全管理部、時間外は警備員室で監視カメラによって病院玄関、時間外通路等院外への出入り口の画像を確認し、離院の手掛かりを得る。

7. 業務担当副看護部長(日当直看護師長)は、各病棟の看護師長(上席看護師)に電話で捜査依頼の連絡をする。連絡をうけた各病棟の看護師長(上席看護師)は自部署の搜索をし、その結果を電話で業務担当副部長(日当直看護師長)に報告する。業務担当副部長(日当直看護師長)はその結果を該当病棟に連絡する。

8. 主治医・病棟医長は当該部署に集合し、搜索本部を設置し本部の責任者は原則、病棟医長とする。

(休日、時間外は院内搜索で患者を発見できない場合、日当直看護師長は副看護部長と医療安全管理部(GRM)へ報告をする。副看護部長は看護部長へ報告をする。)

9. 病棟師長は、医療支援課、警備員に連絡し、捜査協力を依頼する。

院内・院外捜索

10. 病棟医長/看護師長(日当直看護師長)は、勤務スタッフから捜索メンバーを決める。
11. 病棟医長/看護師長は、捜索メンバー(病棟スタッフ、医療支援課、警備員)の捜索場所を割り当て、メンバーは患者確認表を基に院内を捜索する。
<捜索のポイント>
 - 1) 患者が不明になった時間や患者の運動・身体能力から推定される行動範囲を推察する。
 - 2) PHS の圈外へ出る場合を想定して、携帯電話を持って行く。
 - 3) 連携を密にとり、情報交換をする。
12. 院内捜索担当者の内、玄関周辺対応者は、玄関周囲の捜索時に停車しているタクシーに問い合わせを行う。
13. 看護師長又は上席看護師(日当直看護師長)は、契約タクシー会社・ことでんバス会社に無線連絡を依頼する。
14. 本部責任者の指示により協力者と手分けして再度医学部構内及び周辺道路、外来棟、中央診療棟、駐車場をお願い致します。捜索する。捜索の結果を隨時本部に報告する。
15. 院外捜索は、原則として医療支援課・医事課が対応する。(医師・看護師・医療支援課が協力し、捜索を行う。)
(捜索範囲は本部責任者からの指示された範囲とする)隨時、状況報告を携帯電話で本部責任者と行う。

患者の安否確認ができない場合:保護願いの届けについて

1. 主治医は家族に経過を説明し、警察への届出について家族の判断を待つ。
2. 保護願いは原則家族が直接高松東警察署に出向き行う。
3. 警察を病院に呼ぶ場合は医療支援課に連絡・相談する。

(時間外の場合は、時間外受付で医療支援課連絡先を確認する。)

外泊(外出)中の帰院遅延時の対応

患者への説明

外泊(外出)前には外泊(外出)先及び家族などの同伴者の有無、連絡先を確認し、予定時刻に帰院できない場合は、病院へ連絡を入れるように説明を行う。

➤ 同伴者がいる場合

連絡を取り帰院時間の遅延理由を確認のうえ、帰院予定時刻を確認する。

同伴者を含めて連絡が取れず1時間を経過した場合、院外捜索を検討する。(無断離院と同様に対応する。)

➤ 単身で外泊(外出)を行った場合

帰院時刻を過ぎても連絡が無い場合、連絡先に連絡し連絡が取れるまで15分おきに連絡する。

連絡が取れず1時間を経過した場合、院外捜索を検討する(無断離院と同様に対応する。)。

外泊中の院外捜索は、原則として医療支援課・医事課が行う。

院外捜索によっても患者を確認できなかった場合は、警察への届け出について検討する。

患者確認表

年 月 日

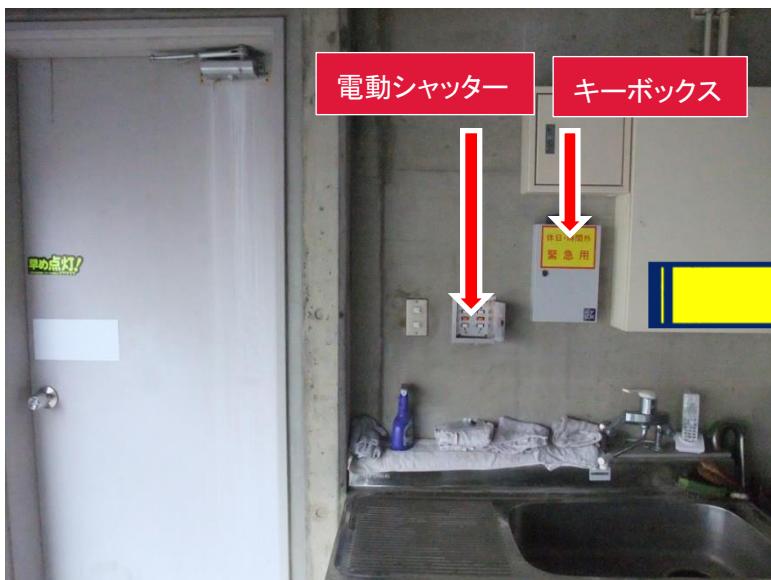
病棟名	西・東・南	病棟	階
患者氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月
体格	身長	cm	体重
最終所在確認時間	時	分	頃
その他の特徴	髪色	髪長さ(ロング、ショート)	
	ホクロ	・	眼鏡
ADL	車イス	・	歩行
	・	つえ	
監視カメラの画像を添付する。			

休日・時間外における公用車の緊急時使用について

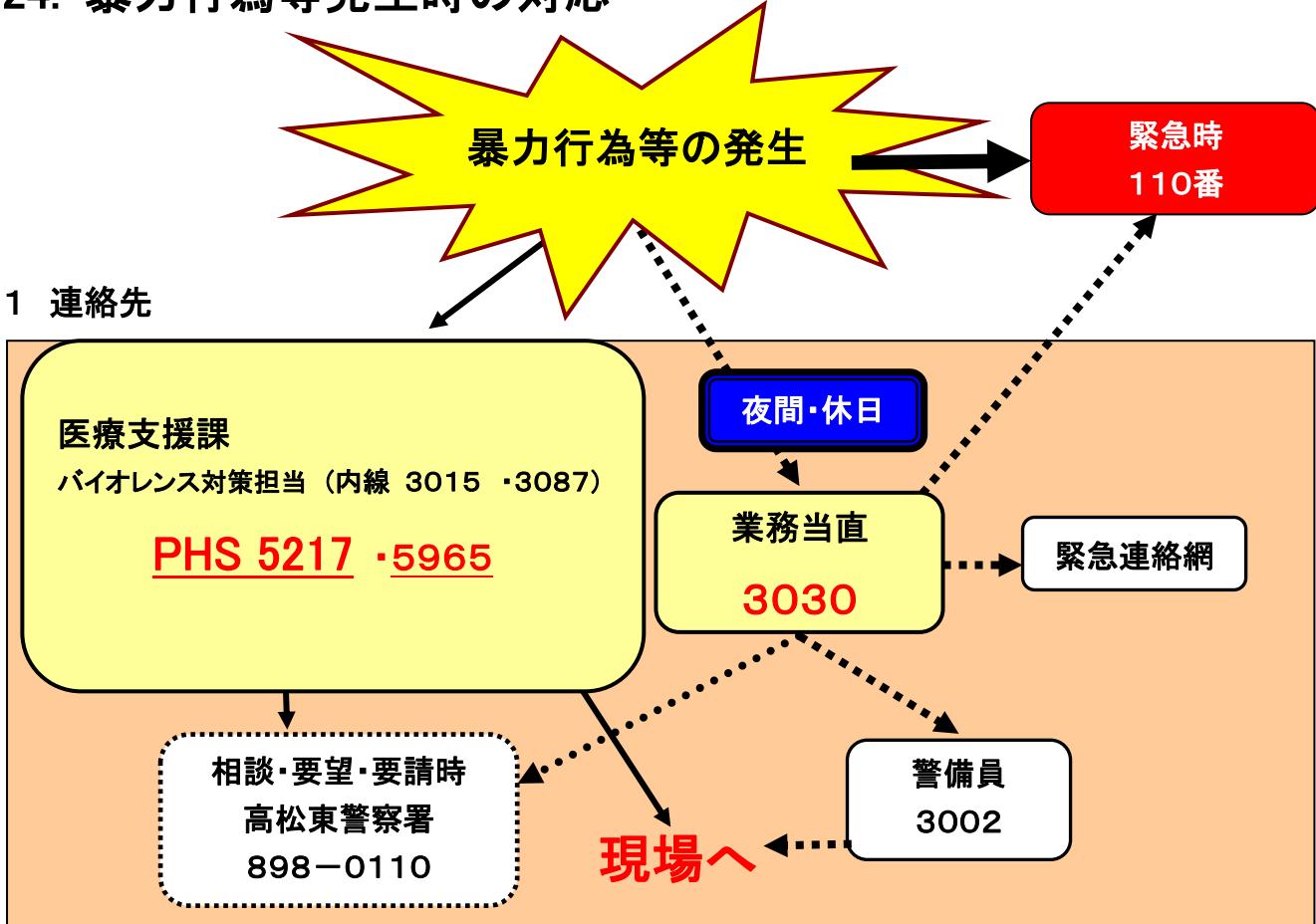
1. 休日・時間外における公用車使用は、患者の無断離院時の検索等緊急を要する場合に限り許可するものとする。
2. 使用できる車種は、南側車庫に保管する乗用車 4 台とする。
3. 緊急事態が発生し公用車が必要であると責任者が判断した場合は次のとおり使用することができる。
 - 1)附属病院時間外受付で、車庫及びキーボックスの鍵を受け取る。
 - 2)車庫内の壁面に設置したキーボックスを解錠し、必要な公用車の鍵を取る。
 - 3)車庫内の電動シャッターボタンを押しシャッターを開け出庫する。
 - 4)使用後は、公用車の鍵をキーボックスに戻し、車庫、キーボックスすべて施錠し、鍵を事務当直に返却する。
4. 使用者は、公用車使用の記録を車内の運行日誌に記載すること。
5. 使用責任者は、「行運転許可願」を作成し、翌事業日に**管理課用度第一係に使用の報告**をする。
6. 公用車を損傷したり、異変を発見した場合は必ず**管理課用度第一係に報告**すること。
7. 公用車の使用は必要最小限にとどめ、私的に利用しないこと。
8. 車庫が無人になるときは必ずキーボックスを施錠すること。

平成24年3月

医学部管理課長



24. 暴力行為等発生時の対応



2 対応

- 医事課職員(夜間、休日は警備員)が現場に急行します。
- 状況調査を行い、解決につとめます。
- 必要な場合は警察へ通報します。(夜間、休日は発生現場の職員が判断し、自ら通報
若しくは業務当直に通報を指示してください。)

○ 暴力行為等とは

- (1) 暴力行為:直接身体に暴力を振るう他、机・椅子等を蹴飛ばす等間接的な暴力を含む
- (2) 脅迫行為:恐怖心を生じさせる目的で言葉等により脅すこと
- (3) 強要行為:正当な理由もなく職員等強いて面会を求める、必要のない書類作成を求めるなど
- (4) 粗野、乱暴な言動により他人に嫌悪の情を抱かせる行為:大声を出す、相手を罵倒するなど、
他人に恐怖感・不安感を与える行為
- (5) 業務妨害:業務を妨害する目的をもってネットへの書き込み、ビラ配付、脅迫文を送付等
- (6) 庁舎等の保全及び庁舎等における秩序の維持並びに事業の遂行に支障を生じさせる行為

3 職員相談について

不当行為等に関する職員相談を行いますので、希望される方は医療支援課(内線:3015、3087)までご連絡ください。

(2021.4)

25. 院内自殺防止

1. はじめに

当院の自殺防止の考え方としては、病院内の入院患者の自殺事故は、院内における主要な重大医療事故である。

病院内の自殺事故の要因として1)がん患者によるもの2)一般病院・精神科病院ともに多くの患者に自殺のリスク因子が存在している3)自殺事故において、直前の精神科受診が3割以下であったこと4)医療者に対する自殺予防のための学習機会が十分でなかった5)自殺事故に関わった医療者の事後ケアが十分に実施されなかつたことなどが明らかになっている。このことより、病院内の入院患者の自殺事故を総合的な取り組みにより防止することが必要であると認定病院患者安全推進協議会では述べられている。

2. 病院内における自殺手段の制御。

病院内の危険部所の整備や窓の開閉整備、人気のないところのモニタリングなどにより防止に繋げ、病棟に常置されている物品管理や危険物の持ち込みを検討する。

3. 自殺のリスクアセスメント。

医療者はリスク因子を知り、患者への診断・病名告知、及び治療やケアの導入や治療の転機には、リスクを確認し医療者間で共有し、自殺予防に取り組むことが必要。

言動から示されるもの	自殺(希死)念慮、絶望感、無力感、孤立無援感、治療拒絶
ライフイベント	療養・治療継続に伴う生活問題、病気や治療方針に関する告知、重要他者との離別・死別、経済破綻、災害・虐待・犯罪による外傷体験、自殺を促す情報・過剰な自殺報道への暴露
家族歴	親族の自殺
疾病・症状	精神疾患、悪性腫瘍、他の慢性・進行性疾患、慢性疼痛、病苦
自殺関連行動	自殺(希死)念慮、自傷行為の既往、自殺未遂の既往
他の健康を阻害する行動	アルコール・薬物の乱用、治療の放棄

4. 自殺(希死)念慮の有無。

患者の多くは、自殺の直前に自殺(希死)念慮を吐露している場合があり、「いなくなってしまいたい」「消えててしまいたい」という表現を用いている。医療者は、自殺(希死)念慮が、患者のサインであると理解し、その背景にある辛苦について傾聴し、そこから具体的な支援を検討することが望ましい。

5. 自殺企図行動のほとんどに精神疾患が関与していることが知られることから、メンタルヘルス不調ないしは自殺リスクを認めた時点で医療者間における情報共有に努める。

6. 自殺予防の視点をもってがん患者治療とケアに取り組む。

一般病院において、がん患者の自殺が非常大きな割合を占める。患者は診断告知後の自殺率が高いことが知られているため、がん患者の治療やケアにおいては、自殺予防をも念頭においた対応が必要である。

* 自殺患者の対応については、「医療事故調査制度による死亡事故発生時の対応」に準ずる。

26. 給食・栄養

1) 食事オーダー・食事変更・配膳

医師・看護師・病棟関係者	管理栄養士	調理師
<p>＜食物アレルギーの確認＞(看護師)</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者より聞き取った内容を正確にプロファイルへ入力する。 		
<p>＜食事オーダー＞(医師)</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者氏名(ID)を確認する。 患者の病態に応じた食種を選択する。 アレルギー、禁止項目等を患者プロファイルにて確認し、食事オーダーを入力する。 患者プロファイルに「その他アレルギー」の指示があれば、臨床栄養部まで電話連絡を行う。 	<p>＜その他アレルギーについての聞き取り＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 入院歴があり、アレルギー内容に変更がない場合は、前回と同様の対応とすることを病棟へ電話連絡し、その旨をカルテに記載する。 新規入院または前回入院時とアレルギー内容が異なる場合は、詳細が確認できるまでアレルギー(完全除去)にて対応する。患者から情報収集を行い、担当看護師へ報告し、聞き取り内容をカルテに記載する。必要に応じて、プロファイルのアレルギー食物内容の修正を依頼する。 	
<p>＜食事オーダー:代行入力が必要な場合＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 締め切り時間内に食事オーダーが出来なかった場合や特別な食事オーダーが必要な場合は、代行入力となるので、臨床栄養部まで電話連絡を行う。 変更内容をカルテに記載し、代行入力に対する承認を行う。 	<ol style="list-style-type: none"> 主治医名、患者氏名(ID)、病棟、変更内容を確認する。 医師から電話指示があった対応可能な食事に関して承認機能を利用して代行入力を行う。 カルテに記載した者と別の者が入力の最終確認を行う。 調理師へ変更内容を正確に伝える。 	
	<p>＜食事変更＞</p> <ol style="list-style-type: none"> カルテ連携を行い、給食システムへ情報を取り込む。 日付、食事区分を確認し、食事変更者リストを出力する。 食事変更者リストより、病棟、氏名、食札コメントに注意し、食札を変更する。 調理師に食事内容を正確に伝える。 	
<p>＜配膳車の引き渡し～配膳＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 給食スタッフとともに配膳表で食数を確認する。 <p>※誤配膳を防ぐために食札をトレーから取り出さない。(食札を折らない)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 病棟での配膳車引き渡しの際は、載せ忘れやこぼれが無いか確認する。 病棟スタッフとともに配膳表で食数を確認する。 欠食・延食の有無確認、同姓患者をマーカーで印をつける 食札を患者に見せ、フルネームでの名乗り確認と食事内容を確認 	

2) 献立作成・食材変更

管理栄養士・栄養士

<献立・食材変更>

1. 院内約束食事箋に準じて献立作成を行う。
2. アレルギー制限など、個人献立が必要な場合は、アレルギー、禁止食品、その他の指示内容に注意し、代替献立を作成する。
 - 1) 調理師用食札でアレルギーが5個以上ある患者にチェックする。
それに該当する患者の献立を個別献立(食種ごと)に赤ペンで記載し、作成する。
 - 2) 上記以外のアレルギー・禁止内容についても、調理献立表に赤ペンで記載し、作成する。
 - 3) 特別な対応が必要な患者については「特別指示書」をもとに対応する。
3. 献立、盛付などについては調理師と事前に打ち合わせを行う。
4. 新規食材採用や変更時は、サンプルや原材料表等を取り寄せ、内容を詳細に確認し、原材料アレルギー一覧の修正を行う。
5. アレルギー食品が多いなどの特別な対応が必要な患者については、毎日の厨房ミーティング時に周知を行う。

3) 衛生管理

管理栄養士・栄養士

調理師

<厨房入室時>

1. 体調不良者は、事前に受託責任者(または、PCルーム管理栄養士)に申し入れ、症状の程度により厨房への入室を避ける。
2. 各自分で衛生管理表を用いて点検を行う。
3. 手指に傷がある場合や盛付等の必要時には、必ずディスポの手袋を着用する。
4. 着衣(マスク、帽子、白衣)は、毎日清潔なものに交換する。
5. 入室前には衣類に付いた異物等を除去して入室する。
6. 手洗い手順(院内感染マニュアル)に従い、手指を洗浄する。

4)調理・アレルギー対応

管理栄養士・栄養士	調理師
<p><食札仕分></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 食札は病棟別に分類する。 2. さらにペースト・キザミ・アレルギー・禁止食品・栄養士コメント・付加食品の対応ごとに分類する。 	<p><調理作業前の準備></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事前に献立表・料理カードの確認を行う。 2. 使用する食器およびパック類について、破損がないか、賞味期限が切れていないかの確認を行う。
<p><アレルギー・禁止対応></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 帳票出力時(6:00、10:00、15:00)に「入院患者食物アレルギー一覧」を確認する。 2. 事前に準備している献立表を確認しながら、仕分けされた食札に代替料理を記載する。 3. 新規に入院・食事変更で追加されたアレルギー・禁止についても調理献立表・個別献立表に記載する。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 献立表・食札から該当患者のひろい出しを行い、チェックリストを作成。禁止食品人数集計表と照合し漏れがないように注意する。
<ol style="list-style-type: none"> 1. コメントの種類によってトレイを分け、食札をセットする。 2. 管理栄養士・調理師とダブルチェックを行い、誤配膳のないよう注意を払う。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>ピンク色: 基本</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>黄色: アレルギー</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>白色: 禁止食・特別食 (キザミ、ペーストなど)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>緑色: 無菌食・准クリーン食</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>注)準クリーンかつアレルギーがある場合、「緑色」のトレーでの提供</p> </div>	
<p><病棟での確認></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病棟での配膳車引き渡しの際は、食数・のせ忘れ・こぼれ・食器の破損がないか確認する。 	

5)調乳

管理栄養士・栄養士	調理師
<p><調乳></p> <ol style="list-style-type: none">ディスポ哺乳瓶・キャップ・使用器具について汚れ・異物等の異常がないか、ミルクの賞味期限を作業前に確認しておく。普通ミルク、特殊ミルクの順で調乳作業を行う。普通ミルクについては液体ミルクのパックに日付、患者名、ID、病棟、ミルクの種類(普通ミルク)が記載されたミルクラベルを貼り付けた後、確認担当者が数量等について確認を行う。特殊ミルクについては、必ず調乳担当者と確認担当者がミルクの種類確認や計量作業を行う。計量・調乳作業・分注などの作業工程毎に確認作業を行う。計量後、ミルク残量の記録を行う。異物混入がないか哺乳瓶にキャップをする前に確認を行う。キャップをし、ミルクの種類・日付・名前を記入したシールを貼る。配膳車に積み込む前に、調乳担当者と確認担当者の栄養士2名と配膳担当者で最終の確認を行う。予備用ミルクは冷蔵庫にて翌日まで、保存用ミルクは保存食用冷凍庫にて2週間保存する。	
<p><病棟での確認></p> <ol style="list-style-type: none">配膳担当者は、調乳表をバインダーに挟み配膳時に持参する。病棟でのミルク引き渡しの際は、病棟関係者とともに、調乳表をもとに確認する。	

6)病棟訪問・栄養指導

管理栄養士
<p><病棟訪問・栄養指導></p> <ol style="list-style-type: none">栄養指導依頼内容を確認する。訪室前にクリーンレベル、アレルギーの有無を確認する。患者の確認は、部屋およびベッドの表示で確認し、呼びかけて再確認する。情報収集の際は、会話が可能であるか、体調はどうかなど確認する。身体計測など、直接接触する際やクリーンレベルは、必要に応じて感染対策をする。体組成測定時は、ペースメーカー装着の有無を確認する。栄養管理の提案や対応した内容等をカルテに記載する。