

第三部

安全对策

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、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が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番号を受付票と照らし合わせ、間違いがないかを確認し、患者に渡す。

4. 診断書窓口

- 1) 診断書窓口で書類を渡す場合は、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番号と照らし合わせて確認を行い、間違いが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が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番号等に間違いがないか必ず2名以上で確認を行う。また、封筒の宛名、住所に間違いがないかも必ず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名乗ってもらい、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) 認証機器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. ネームバンドの取り扱い

- 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、または熱傷等やむを得ない理由で装着困難な場合には、ネームバンドを寝衣に貼布する等して、常に患者に携帯させる。
- 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) 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。

2. 患者誤認防止対策

- 1) 患者の確認方法は、患者自身にフルネーム、生年月日を名乗ってもらう(名乗り確認)。患者本人に名乗り確認ができない場合は、家族又は医療者 2 名で確認する。
- 2) 医療者は、ネームバンドや患者の名乗り確認と患者カルテ、予約表、受付番号等と照合し確認する。
- 3) 点滴・注射・輸血・検体検査に関しては認証機器による三点(施行者・患者・薬剤/製剤・検体)確認を行う。
- 4) 点滴・注射・輸血・検体検査等を行う場合、ネームバンドで患者認証を行う。
- 5) 配膳を担当する者は、同姓患者や類似氏名の患者についての情報共有を行い、同姓者の場合は配膳表に注意喚起のマーキングを行う。該当患者には、同姓患者や類似氏名の患者がいることを説明し注意喚起する。
- 6) 配膳時には、患者から名乗ってもらい、食札を見せて確認してもらったうえで配膳する。
- 7) 同姓患者は同じ部屋にしない。また、できるだけ担当者を分けて担当する。病棟内に同姓・同名患者が存在する際は、患者にも、同姓・同名患者がいることを伝え、注意喚起する。
- 8) 書類は 1 枚ずつ患者氏名を確認して渡す。
- 9) 退院時に書類や退院処方を渡す場合は、全ての書類や薬袋を患者もしくは家族と共に確認して渡す。
- 10) 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新生児に装着する。
- 11) 病理解剖を実施する患者は、病理解剖が終了し家族に引き渡すまではネームバンドを装着しておく。

<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書類による確認、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。(テンプレート→共通→安全管理→タイムアウト)

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)
- 自己血採血

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

胸腔穿刺

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

埋め込み型心臓モニターセット(ICM)術

腎臓内科

経皮的腎生検

長期留置カテーテル抜去

透析用短期留置カテーテル挿入・抜去

腹膜透析カテーテル出口部作成術

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

経皮経肝の胆管ドレナージ・胆嚢ドレナージ

腹水穿刺ドレナージ術(腹水濾過濃縮再静注療法含む)

経皮経肝の肝膿瘍・腹腔内膿瘍ドレナージ

脳神経内科

筋生検

腫瘍内科

胃瘻交換

内分泌代謝内科

甲状腺穿刺吸引細胞診

小児科

腎生検

肝生検

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)

周産期女性診療科

羊水穿刺

子宮頸管拡張術

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)

電氣的除細動(緊急を要さないもの)

消化器外科

腹腔穿刺

胸腔穿刺

胸腔・腹腔ドレーン挿入

胃瘻造設・胃瘻交換

呼吸器外科

胸腔ドレナージ、胸腔穿刺

甲状輪状靭帯穿刺(ミニトラックⅡ、トラヘルパー)

乳腺内分泌外科

マンモトーム生検

針生検

穿刺吸引細胞診

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

直達牽引

ハローベスト装着

脊髓造影検査

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

内視鏡下涙道チューブ挿入術

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

穿刺吸引細胞診

生検

FNA

形成外科・美容外科

来処置室で行われる行為

レーザー

腫瘍切除、外傷

硬化療法

皮膚科

生検

歯・顎・口腔外科

智歯抜歯

単純抜歯

歯根端部切除術

生検

切開排膿

その他外科処置

インプラント埋入(一次、二次)

放射線治療科

子宮がん腔内照射

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

気管切開術

輸血部

自己血採血

放射線部

血管撮影室で行われるすべての IVR 手技(血管系、非血管系を問わない)

麻酔科

硬膜外ブロック(腰部硬膜外ブロック、頸部・胸部硬膜外ブロック)


熱凝固療法

上肢・下肢静脈内居所麻酔(IVRA)

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"> 1. 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。 2. 指示は、指示簿・指示簿カレンダーに入力する。 3. 指示はわかりやすく簡潔に入力する。 4. 単位や希釈、投与方法を正確に入力する。 5. 指示は、日勤帯(8時～16時30分)に出すことを原則とする。 6. 緊急・時間外の場合、看護師に口頭で伝える。 7. 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。 8. 可能な限り指示終了日を入力する。 9. 指示が不要または終了した場合は、「終了」を入力する。 10. 内服変更や追加は、定期処方開始日に合わせて処方する。 11. 一指示、一項目とする。 12. 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"> 1. 利用者ポータルを利用し実施結果を確認する。 2. 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><指示書による指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の状態に変化があった場合は、医師に診察を依頼し、指示を受ける。 2. 新人看護師は指示受けを行わない。 3. 緊急時以外は口頭指示を受けない。 4. 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。 5. 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。 6. 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"> 1. 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。 ・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。 2. 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。 口頭指示メモに記載できない、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) 3. 指示受け者が復唱した内容を確認する。 4. 後で必ず口頭指示した内容を指示簿カレンダーに入力する。 	<p><口頭指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 ・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。 2. 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。 3. 医師が口頭指示メモに記載できない、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。 4. メモと照合しながら実施する。 5. 後に提出された指示簿と指示内容のメモを照合する。 6. 指示は速やかに入力を依頼する。

<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する。

<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. 指示は速やかに入力依頼する。

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"/>
医師は指示内容を確認しオーダー入力を行う	

データの場所

- 院内情報 WEB
- ライブラリ
- 医療安全管理部
- 口頭指示メモ.xlsx

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. 指示簿の「血糖指示」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、指示簿カレンダーに入力し、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. アラーム設定値を指示簿カレンダー(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確認を行う。
<p><化学療法指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療開始前に化学療法について説明を行い、同意を得る。 2. 抗がん剤投与可能と判断すれば、レジメンオーダーの実施確定入力を行う。 3. 指示簿より投与経路、穿刺者・医師の立ち合いの有無、立ち合いがない場合の緊急連絡先、心電図監視の有無について指示入力を行う。 	<p><化学療法指示></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 同意書の確認をする。 2. レジメンオーダーの実施確定を確認する。 3. 化学療法指示を確認して、実施する。



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130回/分以上 下限は40回/分以上
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。

令和8年4月1日 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 が必要なスケール範囲、経口血糖降下薬及びインスリン注射薬等の糖尿病治療用注射剤の種類と量、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、投与薬名・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、投与薬名・投与量・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・投与薬名・投与量・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>

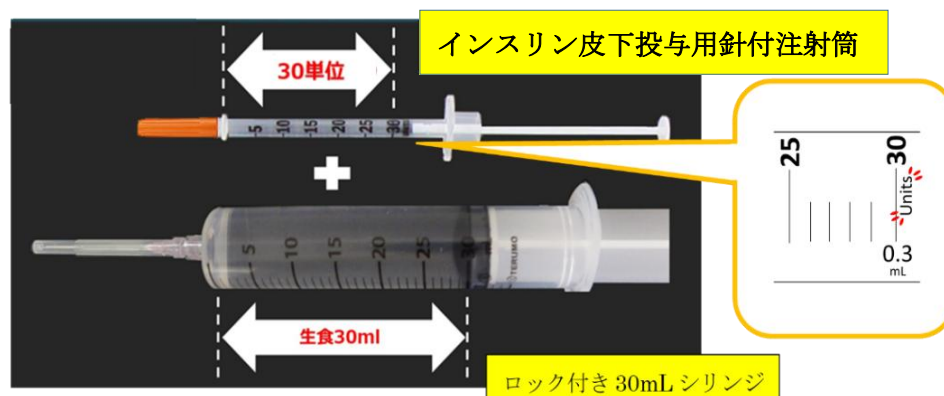
1. インスリンを持続で投与する場合は、必ず**インスリン皮下投与用針付注射筒を使用し**、院内統一のミキシング方法でミキシングを行う。

院内統一ミキシングは**ヒューマリン R 30 単位 + 生食 30ml** である。

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!!

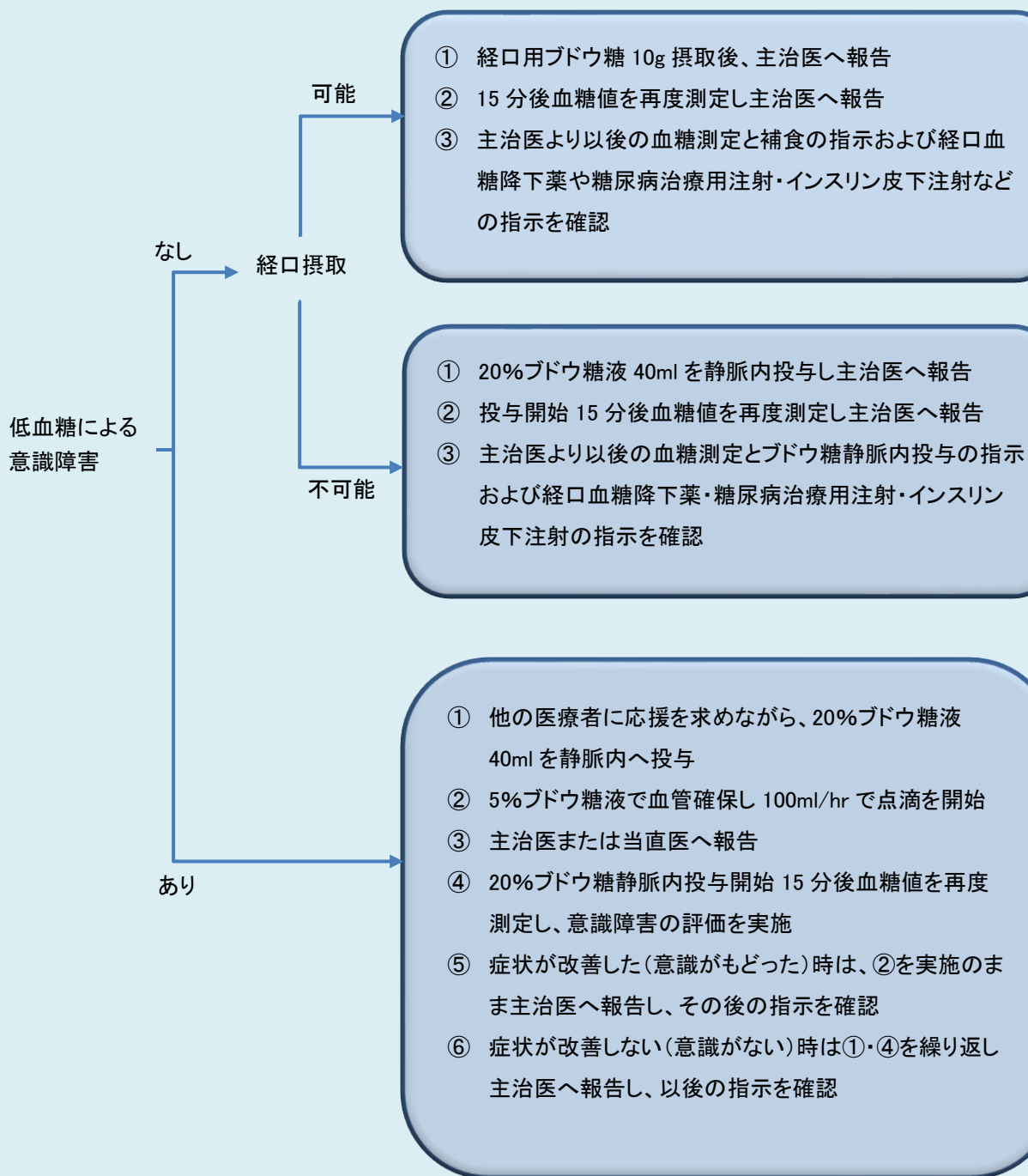
**静脈内投与可能なインスリンはヒューマリン R のみである。
インスリンのバイアル製剤を使用する際は、インスリン皮下投与用針付注射筒を使用する。**

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

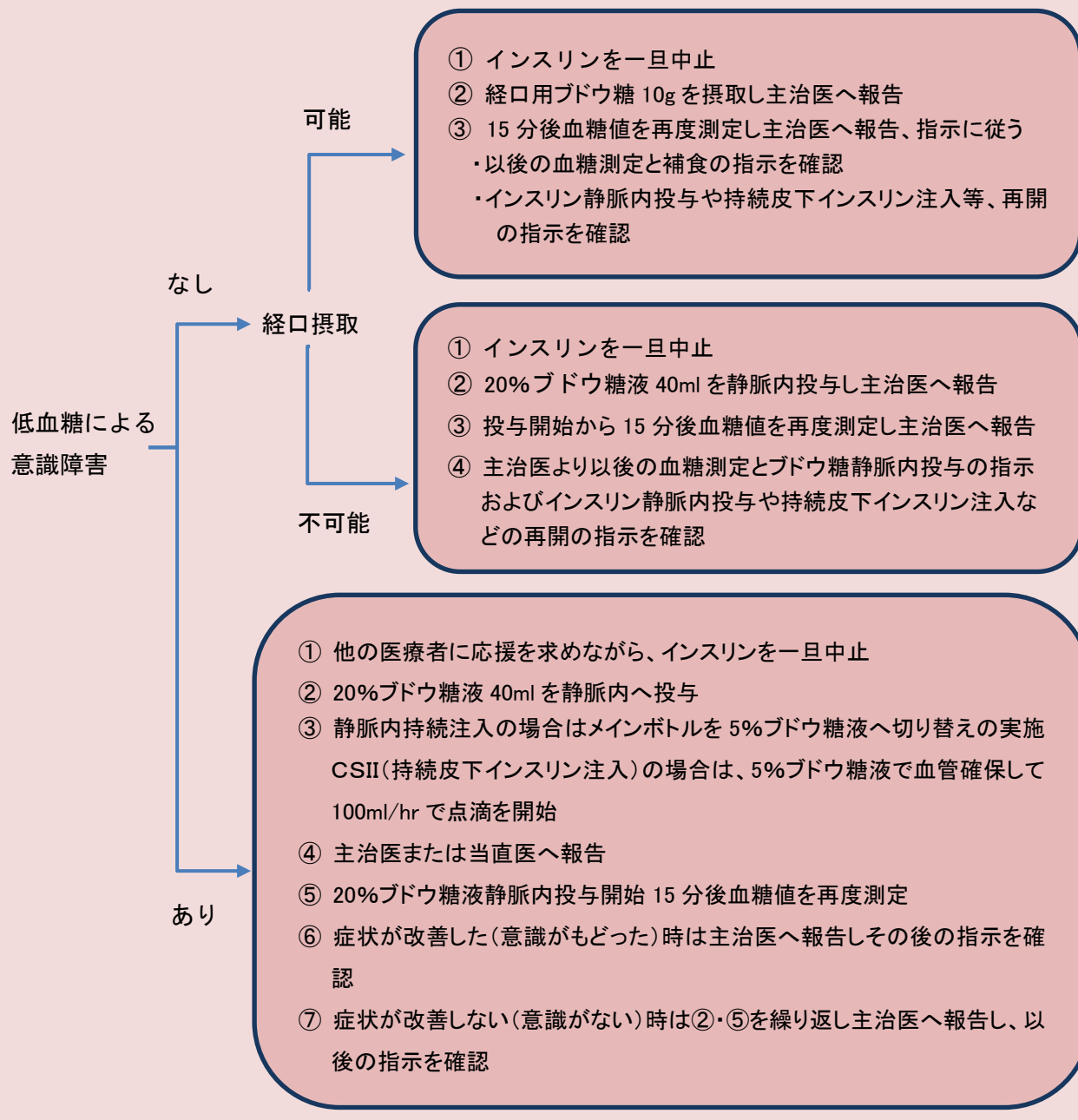
【経口血糖降下薬・インスリン皮下注射・糖尿病治療用注射製剤など使用の場合】



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)筋肉注射又はグルカゴン点鼻粉末(3mg)を点鼻**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. 体重が入力されているか確認する。
3. 処方内容を適宜「DI参照画面や処方カレンダー等」で参照し確認する。(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
4. 必要に応じ、コメント入力欄に注意事項を記録する。
5. 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. プレグランディン腔坐剤・メフィーゴパック・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、必ず監査者とは別の薬剤師が確認する。(三重確認)
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・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。
5. 水剤の配薬時は薬袋、水剤ボトルの表示を確認する。★

【簡易懸濁法による与薬】

簡易懸濁法による与薬時は、配薬時まで薬殻を残す。

理解力のある患者については、投薬前の本人確認時に患者とともに薬殻を確認して投与する。

<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・監査時の見落とし

★水剤の薬袋、水剤ボトルで確認する表示内容

原液で調剤されたもの

Ro	薬 劑 名 (用 法)	処方量	1回量	合計量	1日回数	調剤番号

原液投与

1 回量 = 処方箋に表示の液量
薬杯・スポイト等で 1 回量を秤量

希釈して調剤されたもの

Ro	薬 劑 名 (用 法)	処方量	1回量	合計量	1日回数	調剤番号

**1回は1目盛
水で薄めています**

1 回量 = 1 目盛
使用目盛に目印シールを貼付



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、薬物療法が確実にできる。
- 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. 自己管理対象患者

- 1) 薬袋を見て、内服理由、薬剤名、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) 嚥下障害がある、または誤嚥しやすい。
- 4) 運動性の障害(麻痺、不随運動、巧緻運動障害がある等)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。
- 7) 退院時は、原則退院時処方のみを患者に手渡す。入院中の残薬は医事課に連絡(コスト計算の為)して薬剤部に返却する。

<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ることなく飲める	できる(のめる)	できない(のめない)
2. 自宅での内服管理状況 (家族がセット後自己管理の場合は、家族管理に含む)	自己管理できる。	家族がセット or 家族管理で自己管理 できない。
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・用量を説明できるか (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(医療用麻薬も含む) (表1)

区分	内服薬自己管理能力	医療用麻薬経口レスキュー自己管理(※)
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。	不可
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回分レスキュー自己管理可
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。	3回分までレスキュー自己管理可
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」に準ずる	

※麻薬の紛失時は、盗難の可能性の有無をビデオカメラ等で確認し、事故報告書とインシデントレポートを提出すること。

※レスキュー用麻薬の自己管理は、専用のケース(滅菌カップ・赤蓋)を使用。ベッドサイドでの保管・管理とする。

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照らし合わせ、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、術後や服薬方法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	与薬トレセーセット時	配薬前	服薬確認	服薬の実施記録
<p>病棟管理Ⅰ</p>	<p>セット中は作業を中断しない。中断した場合再開時注意。</p>	<p>朝は深夜 昼は日勤 タ・眠前は準夜が担当する。</p>	<p>看護師が薬剤を渡し、患者が目前で内服したことを確認する。</p>	
<p>病棟管理Ⅱ</p>	<p>与薬トレレー・患者氏名・ID・薬剤名・開始日・用法・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し、内服セットする。（セット方法は2023年7月作成 与薬カートへ内服セット時のベストプラクティス参照）</p> <p>セット後、開始日があっているか、指示通りにセットされているか再確認する。</p> <p>内服セット者は薬袋にサインする。</p>	<p>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。）</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>1日患者管理</p>	<p>与薬トレ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。</p> <p>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。</p> <p>※経口内服抗癌剤は黄色のユニバックに入れて与薬トレレーにセットする。</p>	<p>深夜勤務者が一日分を確認する。</p> <p>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。）</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	

内服管理基準	与薬トレーセーセット時	配薬前	服薬確認	服薬の実施記録
1日セット 確認管理		<p>患者氏名・ID・薬剤名・開始日・用法・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し、患者に説明して渡す。</p> <p>患者が翌日分を与薬ケースにセットしたものをカルテの指示（処方カレンダ）と照合しセット内容を確認する。</p> <p>セット時間は患者の状態や希望に合わせて決定する。</p> <p>セット確認時間は看護指示で時間指定する。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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には、薬殻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。</p>	<p>服薬確認後、速やかに看護師時（内服管理基準）の実施入力を行う。</p> <p>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。</p>
1週間セット 確認管理		<p>患者氏名・ID・薬剤名・開始日・用法・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し、患者に説明して渡す。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>各勤務、服用したことを口頭で確認する。</p> <p>定期処方配薬日または同じ薬剤が継続して処方され患者に渡すときは残薬を確認し、残薬があつていれば服薬できたと判断する。</p> <p>内服間違いがあっ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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
患者自己管理		<p>患者氏名・ID・薬剤名・開始日・用法・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し、患者に説明して渡す。</p>	<p>各勤務、服用したことを口頭で確認する。</p> <p>定期処方配薬日または同じ薬剤が継続して処方され患者に渡すときは残薬を確認し、残薬があつていれば服薬できたと判断する。</p> <p>内服間違いがあっ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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

3) 持参薬管理フローチャート



記録	2024/01/05(金) 11:30	泌尿科 東3階
[1版] 2024/01/05 (金) 11:30:30 薬剤師	政府管本	
依 持参薬報告	2024/01/05(金) 11:31	泌尿科 東3階
[1版] 2024/01/05 (金) 11:34:42 薬剤師	政府管本	
1	カンデサルタンOD錠8mg「EE」	1錠
	1回1錠(1日1錠)	
	持参薬処方区分: 自院以外が処方した薬剤	
	持参薬区分: 入院の契機となった傷病以外の治療	
	... 1日1回 朝 食後	5日分
	持込数量	
	採用の有無: 有	
	【同一成分薬: カンデサルタン	
薬剤師	薬剤師 ○○ 未承認 転用不可	
コメント		

* 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

記録	2024/01/05(金) 11:30	泌尿科 東3階
[1版] 2024/01/05 (金) 11:30:30 薬剤師	政府管本	
依 持参薬報告	2024/01/05(金) 11:31	泌尿科 東3階
[3版] 2024/01/05 (金) 11:58:50 薬剤師	政府管本	
1	カンデサルタンOD錠8mg「EE」	1錠
	1回1錠(1日1錠)	
	持参薬処方区分: 自院以外が処方した薬剤	
	持参薬区分: 入院の契機となった傷病以外の治療	
	... 1日1回 朝 食後	5日分
	持込数量	
	採用の有無: 有	
	【同一成分薬: カンデサルタン	
薬剤師	看護師 ○○ 薬剤師 ○○ 承認済 転用可	
コメント		

* 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

ただし、DPC 病名に関する処方原則院内処方に切り替える

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「一般指示(医療用麻薬指示)」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 1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。)注射剤はVまたはA単位の正数値で入力する。ml、mgでの入力は原則禁止。
- 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ポケットチャートで確認する。
- 2) 実施者は「一般指示(医療用麻薬指示)」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「**麻** 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(薬剤部麻薬室 内線:3204)とリスクマネジャー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)専用ケース(滅菌カップ:赤蓋)に入れて、ベッドサイドで保管してください。

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

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

麻薬処方に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)。

麻薬オーダー発行時には、一般指示(医療用麻薬指示)を行う。

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を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」のコメント入力を必ず行う

(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、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ーについて、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。

麻薬を持参している場合は、入院患者持参状況確認報告書に記載し、麻薬室へ報告する。

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、ナルペイン注は、

10 倍希釈(1mg=1mL)に、フェンタニルは 2.5 倍希釈(20 μ g=1mL)に、ナルペインは 10 倍希釈(0.2mg=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

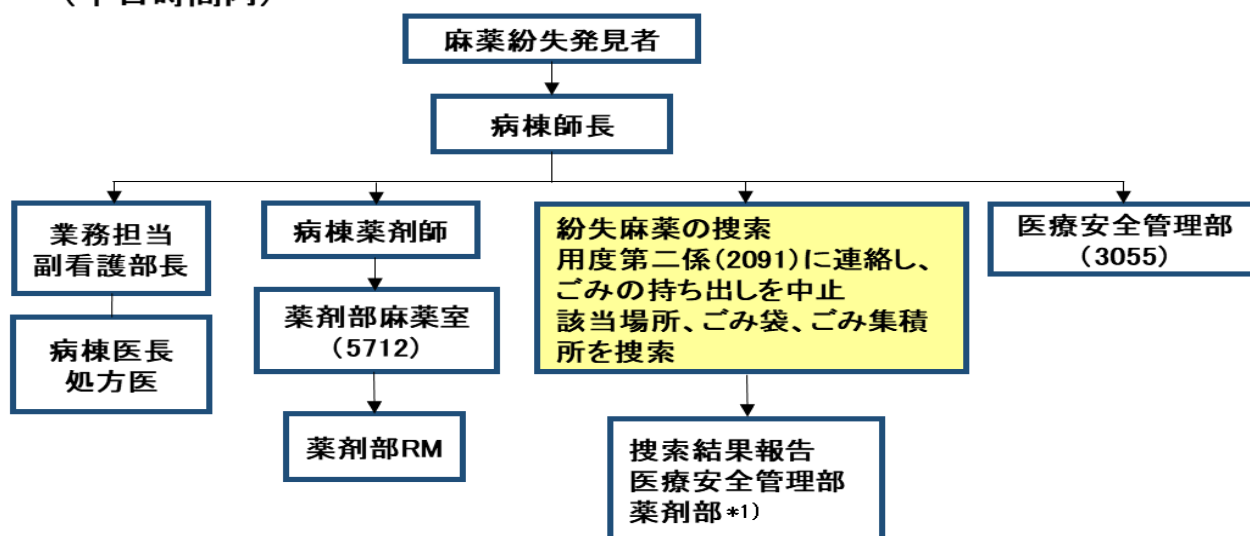
麻薬アンプル等を誤って破損した場合又は滅失、盗難その他の事故の場合は、直ちに麻薬管理者に連絡して指示を受けるとともに、麻薬管理者に麻薬事故報告書 1 部を提出すること。また、薬品の探索と回収を可能な限り行うこと。盗難の場合は現場をそのまま保存すること。

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(3204)まで

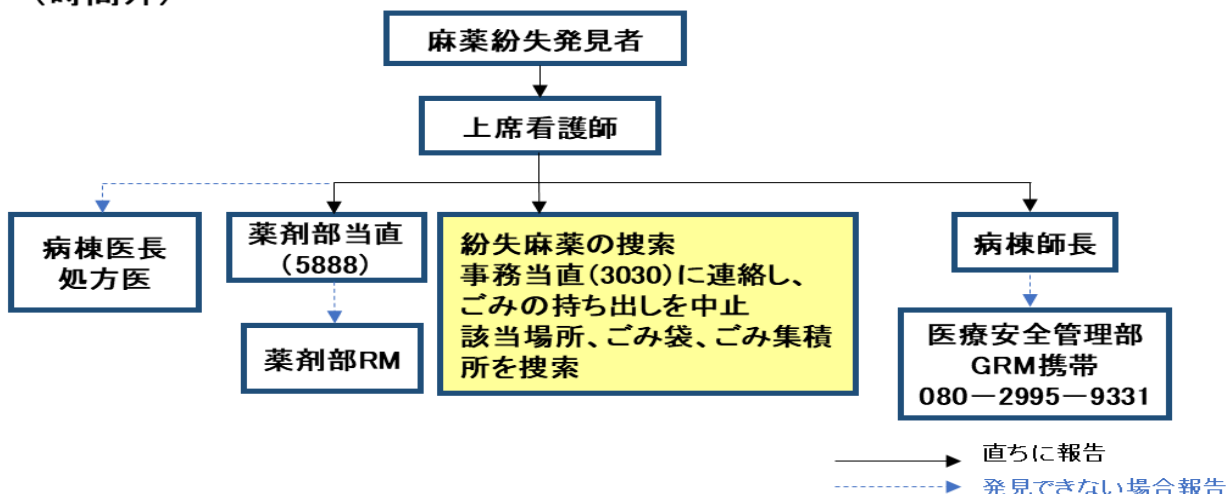
麻薬紛失時の対応

(平日時間内)



*1) 搜索結果により麻薬管理者より必要書類の提出を依頼

(時間外)



【補足】麻薬の紛失時は、盗難の可能性の有無をビデオカメラ等で確認し、事故報告書とインシデントレポートを提出すること。

- 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) 麻薬の服用状況を随時聴取し、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を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随時聴取し、電子カルテに記載するようにしてください。

- ・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残数確認をし、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回の定点チェックを行う。
(例:朝の始業時 看護師、夕の終業時 薬剤師)
定点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)
- ・医薬品覚せい剤原料(エフピー、セレギリン、ピバンセ)についても麻薬に準じた管理を行う。
なお、これらは、麻薬・向精神薬・毒薬・劇薬と区別し、できるだけ人目につかない場所で、かつ鍵をかけた場所に保管すること。

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®注 2mg 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)
 オキシコドン注 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)

★モルヒネ注及びナルベイン®注は濃度の異なる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

濃度	モルヒネ注		オキシコドン注		フェンタニル注			ヒドロモルフォン注★ (ナルベイン®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*
速度 (mL/時)	1mg/mL	5mg/mL	1mg/mL	5mg/mL	10μg/mL	20μg/mL	50μg/mL	0.2mg/mL	1mg/mL
0.2	4.8mg/	24mg/	4.8mg/	24mg/	48μg/	96μg/	240μg/	0.96mg/	4.8mg/
0.5	12mg/	60mg/	12mg/	60mg/	120μg/	240μg/	600μg/	2.4mg/	12mg/
1	24mg/	120mg/	24mg/	120mg/	240μg/	480μg/	1,200μg/	4.8mg/	24mg/
1.5	36mg/		36mg/		360μg/	720μg/	1,800μg/	7.2mg/	36mg/
2	48mg/	240mg/	48mg/	240mg/	480μg/	960μg/	2,400μg/	9.6mg/	48mg/
2.5					600μg/	1,200μg/			
3	72mg/		72mg/		720μg/	1,440μg/		14.4mg/	72mg/
3.5					840μg/	1,680μg/			
4	96mg/		96mg/		960μg/	1,920μg/		19.2mg/	96mg/
5	120mg/		120mg/		1,200μg/	2,400μg/		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

分類	一般名	本院採用商品名	力価 (mg/日)					
			30 (10倍散 0.3g)	60 (10倍散 0.6g)	120 (10倍散 1.2g)	240 (10倍散 2.4g)	360 (10倍散 3.6g)	
強オピオイド 経口 坐薬 経皮貼付	モルヒネ	MSコンチン モルヒネ塩酸塩水和物原末※ ¹ (処方時名称は「塩酸モルヒネ10倍散」)	10	20	40	80	160	240
	オキシゴドン	オキシゴドン徐放カプセル オキシゴドン徐放錠NK	10	20	40	80	160	240
	フェンタニル	フェンタステープ	0.5	1	2	4	8	12
	ヒドロモルフォン	ナルサス		6	12	24	48	72
	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	90	180				
	トラマドール	トラマドールOD錠 トアラセット配合錠 ワントラム錠	75	150	300			
	モルヒネ	モルヒネ塩酸塩注射液	7.5	15	30	60	120	180
	フェンタニル	フェンタニル注射液	0.15	0.3	0.6	1.2	2.4	3.6
	オキシゴドン	オキシゴドン注射液	7.5	15	30	60	120	180
	ヒドロモルフォン	ナルベイン注※ ²	0.6	1.2	2.4	4.8	9.6	14.4

※1 処方時の薬品名は塩酸モルヒネ10倍散のため注意(原末30mg=0.03g=10倍散0.3g)

※2 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

- ・強オピオイドに弱オピオイドからスイッチングした場合は、弱オピオイドを中止する。
- ・経口モルヒネ換算 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を慢性疼痛に処方する際は、事前に医師の e-learning 受講と確認書 (要：患者同意) の提示、処方箋に「慢性疼痛」のコメントが必要

オピオイドレスキュー換算表

定期オピオイド (mg/回)				レスキュー (mg/回)			
モルヒネ	オキシコドン	ヒドロモルフォン	フェンタニル	モルヒネ		オキシコドン	ヒドロモルフォン
				経口	坐薬	経口	経口
	10		0.5			2.5	
20	15	4		5	5	2.5	1
30	20	6	1	5	5	2.5	1
40	30	8		5	5	5	2
60	40	12	2	10	5	5	2
90	60	18		15	10	10	3
120	80	24	4	20	10	15	4
180	120	36	6	30	20	20	6
240	160	48	8	40	20	30	8

● 静脈・皮下注射

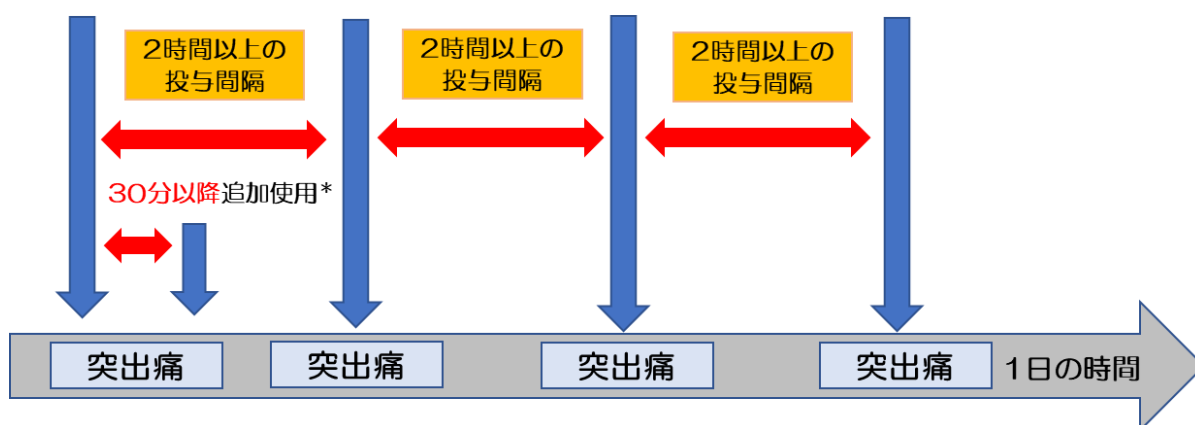
- ・持続静脈注射・持続皮下注射でのレスキューの1回量は、1日量の1/24(1時間量)を目安とする。
- ・15分経過しても効果がみられない場合は、呼吸抑制に注意して追加投与してよい。
- ・この量で何回か投与しても効果不十分の場合は、2時間量/回に増量を検討する。

● 経口・坐薬

- ・レスキューの1回量は、モルヒネ・オキシコドン・ヒドロモルフォンは1日量の1/6を目安とする。
- ・60分経過しても効果がみられない場合は、呼吸抑制に注意して追加投与してもよい。

● 舌下

アブストラル[®]使用方法



* 追加用量は同一用量以下、1回の突出痛につき1回まで

5) オピオイドスイッチングについて

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	【1日貼付型製剤の場合】 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時間後に換算量に増量)

(森田,木澤監修：緩和ケアレジデントマニュアル第2版, p.94, 2022 医学書院より改変)

- フェントステープ[®]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。
- がん患者で鎮痛薬を使用してもNRS7/10点以上の痛みが続く場合は、薬剤部または緩和ケアチームへ相談する。

6) フェントステープ[®]使用上の基礎知識

(1) 換算について

- フェントステープ[®]0.5mgは経口モルヒネ15mg、経口オキシコドン10mgと等力価である。

(2) 増量について

- 初回貼付後・増量後は**毎日の増量は行わない**。少なくとも**3日間**は同一用量を貼付する。

(3) 貼り方について

- **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**押さえる**。
- 完全に剥がれた場合は、すぐに**同じ用量**のフェントステープ[®]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、テープ貼付部位がお湯に浸からないようにする。
- フェントステープ[®]貼付部位をパーミロール等で**保護しない**。

(5) 管理方法

- 病院内で使用したフェントステープ[®]は**すべて回収**する。
- 患者が在宅で使用したフェントステープ[®]は粘着面を貼りあわせて捨てるように指導する。

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する、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 (H2 ブロッカー含む)	トラベルミン®、アタラックス P®、ピレチア®、ファモチジン 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	ゾルピデム、ゾピクロン 等	
抗パーキンソン病薬	レボドパ、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**。

スボレキサントとラメルテオ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) (傾眠あれば 10mg に)	眠前 1 回の定期投与のみ 65 歳以上は 15 mg で使用する
レンボレキサント (デエビゴ®)	5~10 mg (容量調節可)	眠前 1 回の定期投与のみ
ダリドレキサント(クービック®)	50 mg (傾眠あれば 25 mg に)	眠前 1 回の定期投与のみ
ラメルテオン(ロゼレム®)	8 mg	眠前 1 回の定期投与のみ
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

※デジレル®の効能又は効果:うつ病・うつ状態

3) せん妄の症状を薬剤により緩和する

(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**眠前(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)

(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。

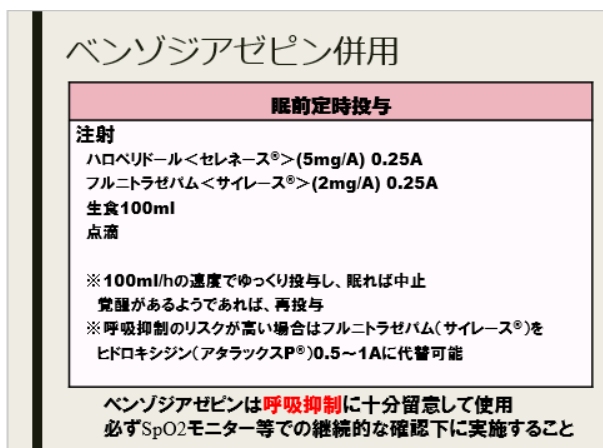
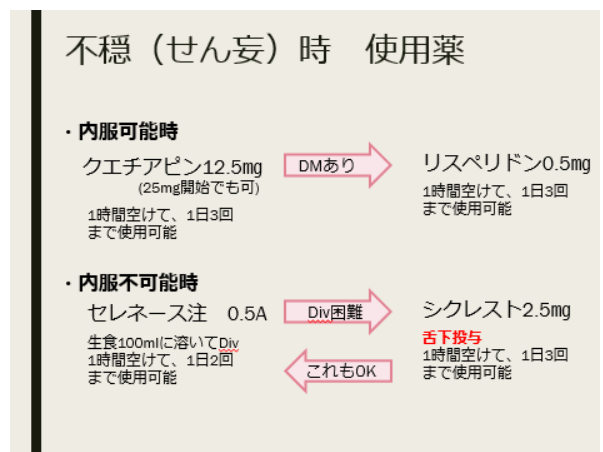
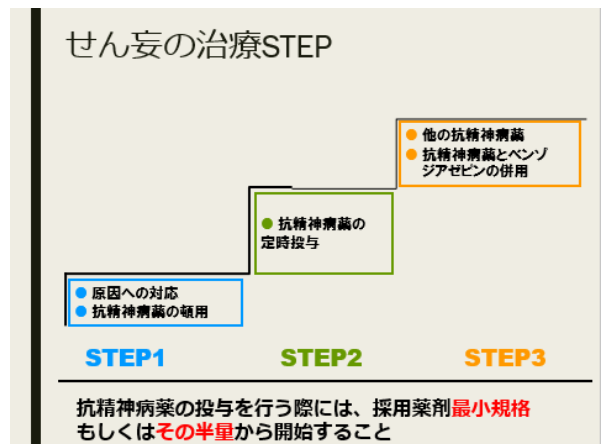
また同薬は**舌下投与**であるため、投与後 10 分は飲水・含漱は行わないこと。

Child-Pugh 分類 C の肝機能障害には禁忌。

(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だが混合により沈殿物が生じることがあるため、1 時間以内に投与すること。



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、果物など	寛解しにくい	+++	IgE 依存性
花粉-食物アレルギー症候群/口腔アレルギー症候群	幼児期～成人期	生の果物・野菜・大豆など	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) 臨床栄養部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) 臨床栄養部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・禁止食品の混入がないか確認する。
- 3) 病棟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、必ず患者プロフィールに入力を行い、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。(P72 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、掻痒感 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、口腔内・咽喉部異常感、口渇、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、必ず患者プロフィールに入力し、チーム内で情報共有を行う。

患者プロフィール画面

アレルギー・薬剤

アレルギー薬剤なしを確認 確認日

コメント

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント	薬剤コード	薬剤区分
カロナール錠 300mg			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		I15545	H01

アレルギー食物 ※食物アレルギーを追加した場合は食事オダを発行してください。

アレルギー食物なしを確認 確認日

コメント

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
そば		かゆみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在症状なし	0040
メロン			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		99999999

造影剤アレルギー

造影剤アレルギーなしを確認 確認日

コメント

☆☆★【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！☆☆★

造影剤アレルギー

ヨード ガドリウム リソピスト

患者プロフィール画面を開く

アレルギー・注意情報の編集ボタンを押す

- 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)
- 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。(検索登録薬品のみアレルギーチェックが行われる。)
- 検索リストにない薬品(一般用医薬品(OTC)、健康食品等)のみフリー入力から薬品名を入力する。(アレルギーチェックは行われません。)
- 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。※フリー入力から登録された薬剤(薬剤コード: 99999999)はチェックがかからないため登録時注意!フリー入力された薬剤を見つけた場合は可能な限り、模索リストから登録し直す。
- 禁忌にチェックを入れると、掲示板のアレルギー情報が赤字で強調表示される。下記「注意」参照。
- 造影剤禁忌で「ヨード」にチェックを入れた場合、アレルギー薬剤に「ヨード系」を登録する。

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!!

プロフィー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当該アレルギー情報が赤字で強調表示されます。

アレルギー・注意情報

アレルギー薬剤

アレルギー薬剤なしを確認 確認日

コメント

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント	薬剤コード
カロナール錠 300mg			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		I15545
パロメチン塩酸塩0.5g 明治			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

アレルギー食物 ※食物アレルギーを追加した場合は食事オダを発行してください。

アレルギー食物なしを確認 確認日

コメント

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
そば		かゆみ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在症状なし	0040
メロン			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		99999999

造影剤アレルギー

ヨード ガドリウム リソピスト

「禁忌」をチェックした時の表示 (患者初期画面)

患者掲示板

インフォメーションボード (外来)

未作成・未承認件数

予約:未作成 0件 未承認 0件 手術:未作成 0件 代行入力:未承認 0件 指導医:未承認 0件

(参照) 病名・プロブレム ■病名 ■主病名のみ ■未転簿のみ ■自科 ■共通 ■外来 ■入院

↓エディター拡張欄

代	指	プロブレム番号	病名/プロブレム名称	開始日	入外	診療科	主	守	診断

(参照) 注意情報

感染症 <登録情報無し、または陽性結果無し>

アレルギー <登録情報無し>

障害情報 <登録情報無し>

宗教 <登録情報無し>

(参照) アレルギー

薬剤 パロメチン塩酸塩0.5g明治

食物 アレルギー有無未確認

その他 アレルギー有無未確認

造影剤 アレルギー有無未確認

カロナール錠 300mg
メロン

■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・注射オーダの登録薬品
 → 処方オーダの登録薬品以外
 (非):登録薬品以外

共通マスタ検索

共通マスタ検索5

検索方法: 前方一致 部分一致

検索条件: あむろじ

検索 件数: 241件

名称1	薬剤コード	薬
アムロジピンOD錠 2.5mg トワ	I11091	HD
アムロジピンOD錠 5mg トワ	I11125	HD
アムロジピンOD錠 2.5mg「ファイ」	I27502	HD
アムロジピンOD錠 5mg「ファイ」	I29948	HD
アムロジピンOD錠 1.0mg	I67021	HD
アムロジピン錠 1.0mg	I67022	HD
アムロジピン錠 5mg	I80722	HD
アムロジピン錠 2.5mg	I81225	HD
アムロジピンOD錠 5mg	I81384	HD
アムロジピンOD錠 2.5mg	I81392	HD
(非)アムロジピン錠2.5 2.5mg	100134800	HD
(非)アムロジピン錠5 5mg	100134900	HD
(非)アムロジピン錠5mg「コーワ」	102259600	HD
(非)アムロジピン錠2.5mg「コーワ」	102268000	HD

※必要なものがない場合はフリー入力してください

フリー入力 確定

<複数の検索条件で薬品を絞り込む方法>

【検索予定薬】 アムロジピン錠5mg「コーワ」

【検索文言】 あむろじ%コーワ

【検索結果】

(非) アムロジピン錠5mg「コーワ」

(非) アムロジピン錠2.5mg「コーワ」

半角「%」

検索方法: 前方一致 部分一致

検索条件: あむろじ%コーワ

検索 件数: 2件

%:半角「%」
 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

患者プロフィールに登録

アレルギー薬剤

アレルギー薬剤なしを確認 確認日 本日

コメント

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント
セフェム系			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

共通マスタ検索

共通マスタ検索5

検索方法: 前方一致 部分一致

検索条件: セフェム

検索 件数: 1件

名称1	薬剤コード	薬剤区分
セフェム系	A00050	

アレルギー薬剤

アレルギー薬剤なしを確認 確認日 本日

コメント

アレルギー薬剤	発現(いつ頃)	症状	解除	禁忌	コメント
セフェム系	2024/01/01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

薬剤アレルギーのグループ名

アミノグリコシド系	ピリン系
アルコール系 (全身投与)	ペニシリン系
カルバペネム系	ホスホマイシン系
キノロカイン系	ヨード系
クロラムフェニコール系	リンコマイシン系
セフェム系	硝酸・亜硝酸エステル系
テトラサイクリン系	

(1) 処方オーダを発行します。

処方オーダ画面

選択薬品	数量	単位
セファペンテ [®] N [®] キル塩酸塩錠100mg「SW」 1回1錠(1日3錠)	3錠	変更
…1日3回 朝昼夕 食後	1日分	変更

2024/01/09(火)

(2) ツール確定時にエラーメッセージを表示します。

チェック結果

【臨時処方】精神科神経科 2024/01/09
 【セファペンテ[®] N[®]キル塩酸塩錠100mg「SW」】
 【薬剤アレルギーチェック】【Rp:1】セファペンテ[®] N[®]キル塩酸塩錠100mg「SW」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。

【臨時処方】精神科神経科 2024/01/09
 【セファペンテ[®] N[®]キル塩酸塩錠100mg「SW」】
 【薬剤アレルギーチェック】【Rp:1】セファペンテ[®] N[®]キル塩酸塩錠100mg「SW」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)医療処置を繰り返し受ける患者

(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、キウイフルーツ等の食物アレルギーの確認を行い、アレルギーがある場合は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を考慮する。

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。

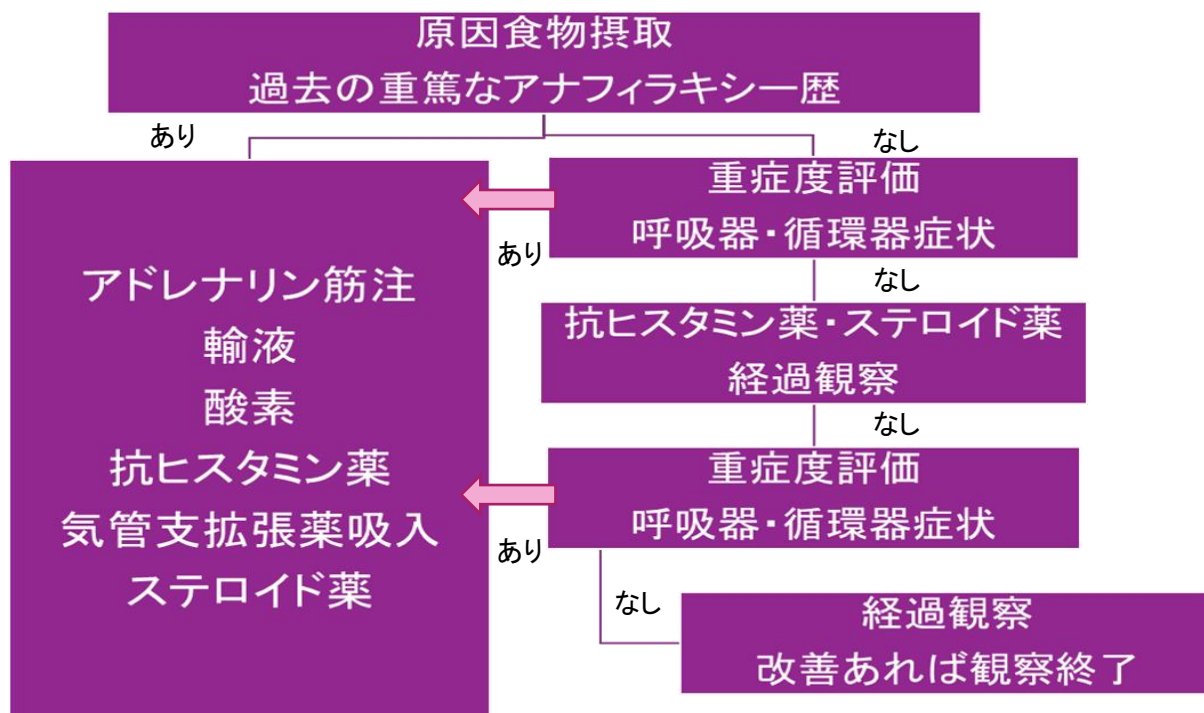
病棟に代用品がない場合は手術部に連絡し協力を得て、代用品を用意する。

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	←
	掻痒	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(自制内)	持続する強い腹痛(自制外)
	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	—	聴診上の喘鳴 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(+15回/分)、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 0.5 mL 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。

※アドレナリン筋肉内投与は、ためらわずに投与することが重要であり、成人の1回投与量は 0.1%アドレナリン 0.5mL を標準とする。ただし、患者の体重に応じて 0.01mL/kg(最大量:成人 0.5mL、小児 0.3mL) を目安に用量を調節してもよい。

〈小児〉0.1%アドレナリン 0.01mL/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。

4) 患者を仰臥位にする

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。

突然立ち上がったた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) 気道確保と酸素投与

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
アドレナリンシリンジ
0.5mL 筋注
(0.5mL捨てて残りを筋注)



大腿前外側部に筋肉注射

体重50kg未満の成人では、0.01mL/kgを目安に
投与量を調節してもよい。

医療安全管理部 2026年4月1日改訂

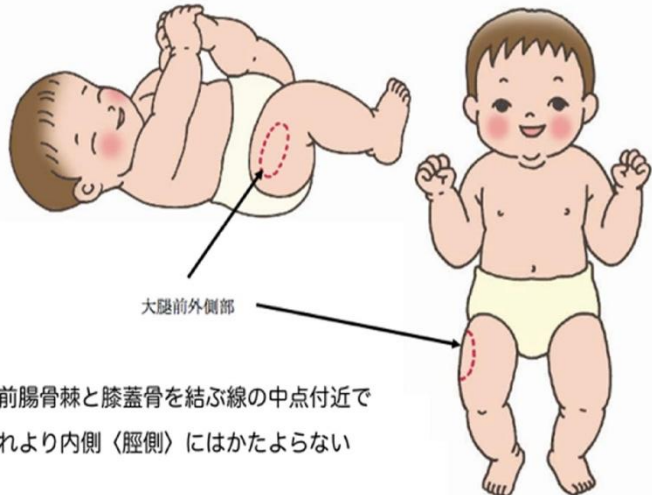
〈小児〉

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



大腿前外側部

上前腸骨棘と膝蓋骨を結ぶ線の中点付近で
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・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、出来る限り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(特定生物由来製品、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。(特定生物由来製品の情報は少なくとも 20 年間保管する。)
- 6) 処方内容と調剤内容を監査する。
※薬品名・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

ピックアップカートは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・午後に分けて行う。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、薬剤をピックアップ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) ポケットチャート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で確認する。
- 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) ポケットチャートのワーニングが表示された場合は、指示内容を確認する。
- 7) 特定生物由来製品についてはロット番号をカルテに取り込むこと。(少なくとも 20 年間保管する。)

8. 常備薬の使用

【業務全般に関する留意事項】

- 常備薬は夜間・休日などスタッフが少ない時間帯や早急に投与が必要な場合のために特別に配置するものである。
- 夜間・休日に使用する可能性のある頓用の薬剤はあらかじめ個人処方し、常備薬は使用しない。個人処方した薬剤は当該患者の退院まで使用可とするが、不要になれば速やかに薬剤部に返却する。
- 年1回、医師、看護師、薬剤師にて、使用状況を考慮し、必要最低限の種類・数になるよう、常備薬、定数の見直しを行う。
- 麻薬、抗悪性腫瘍薬、高濃度カリウム注射剤は原則、配置しない。
- 毒薬、向精神薬は鍵のかかる場所に配置し、毒薬・向精神薬管理簿をつける。

1. 指示（医師）

入院・外来

- 1) 常備薬使用の指示を出す患者について、当該薬に対するアレルギーがないこと、および当該薬が病名禁忌・併用禁忌に該当しないこと確認する。
- 2) 指示書による指示・口頭指示（安全対策マニュアル参照）により常備薬の使用指示を出す。

2. 指示受け・準備・実施

入院・外来

- 1) 指示受けした者は、患者に当該薬に対するアレルギーがないこと、および当該薬が病名禁忌・併用禁忌に該当しないことを確認する。
- 2) 指示書もしくは口頭指示メモと常備薬を別の医療者とともに照合（指示者がいる場合は指示者と）後、氏名・薬剤名等を明示し、与薬する（次頁「★常備薬使用時のダブルチェック」参照）。
- 3) 実施者は、毒薬・向精神薬の場合は毒薬・向精神薬管理簿と常備薬使用簿に、それ以外の薬剤の場合は常備薬使用簿に記載する。
- 4) 実施者は、使用の都度、常備薬一覧の残数と実在数が一致していることを確認する。定数と実在数が異なる場合、常備薬使用簿等を確認する。

3. 請求・補充

入院

（医師又は薬剤師）

- 1) 補充のための薬剤は、医師が実施済注射オーダー又は処方オーダー（常備薬を使用したことが分かるように「ストック返却」等のコメントを記入）する、もしくは薬剤師が医師の承認のもとこれを代行し、薬剤部に請求する。

（看護師）

- 1) 薬剤部から送付された薬剤と常備薬使用簿の薬剤が一致していることを照合する。
- 2) 毒薬・向精神薬の場合は毒薬・向精神薬管理簿に補充数と残数を記載する。
- 3) 薬剤を所定の薬品棚に戻す。

外来

(医師又は看護師)

- 1) 補充のための薬剤は、医師が注射又は処方オーダー(常備薬を使用したことが分かるように「ストック返却」等のコメントを記入)する、もしくは看護師が薬品請求入力または薬品請求伝票(手書き)により薬剤部に請求する。

(看護師)

- 1) 薬剤部から送付された薬剤と常備薬使用簿の薬剤が一致していることを照合する。
- 2) 毒薬・向精神薬の場合は毒薬・向精神薬管理簿に補充数と残数を記載する。
- 3) 薬剤を所定の薬品棚に戻す。

4. 管理

入院

- 1) 1日2回、看護師および薬剤師は分担して常備薬確認表の定数と実在数の一致を確認する。
- 2) 毒薬・向精神薬は受払の記録があることを確認する。
- 3) 常備薬確認表には薬品保冷庫の温度も記載する。
- 4) 定数と実在数が異なる場合、常備薬使用簿を確認し、医師もしくは薬剤師が補充のためのオーダーを入力する。
- 5) 薬剤師は、注射薬、使用期限の記載のある内服・外用薬については、2ヶ月に1回使用期限を確認し、使用期限まで残り3ヶ月以内の薬剤があれば、新しい薬剤を請求する。
- 6) 年1回、医師、看護師、薬剤師にて、使用状況を考慮し、必要最低限の種類・数になるよう、常備薬、定数の見直しを行う。

外来

- 1) 外来日は1日1回、看護師は常備薬一覧の定数と実在数があることを確認する。
- 2) 毒薬・向精神薬は受払の記録があることを確認する。
- 3) 常備薬確認表には薬品保冷庫の温度も記載する。
- 4) 定数と実在数が異なる場合、常備薬使用簿を確認し、医師もしくは看護師が補充のためのオーダーを入力する。
- 5) 原則、薬剤師は看護師とともに、注射薬、使用期限の記載のある内服・外用薬について、2ヶ月に1回使用期限を確認し、使用期限まで残り3ヶ月以内の薬剤があれば、新しい薬剤を請求する。
- 6) 年1回、医師、看護師にて、使用状況を考慮し、必要最低限の種類・数になるよう、常備薬、定数の見直しを行う。

★常備薬使用時のダブルチェック

【準備者】

指示書、指示された薬品、
調製した注射器を提示。

<声出しの例>

〇〇〇の確認をお願いします。



【ダブルチェック実施者】

薬品名、調製量(投与量)と
指示書の内容を照合する。

<声出しの例>

〇〇を△mLに溶解し、□mL
です。確認しました。

9. 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に確認する。
2. 交流電源スイッチは ON になっているか確認する。
3. 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。
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. フィンガー部、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

10. 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に確認する。
2. 電源スイッチはONになっているか確認する。
3. 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。
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. 先端までの薬液プライミング終了後、積算をクリアする(積算量が0になっていることを確認)。
6. 輸液流量(ml/h)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三方活栓を開く。
8. 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

サイフォニング現象による急速投与

11. 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、接続部を確認する。
4. 患者氏名をネームバンドとポケットチャートで確認する。
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>








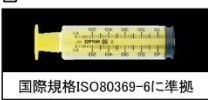
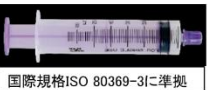



1. 血管内や胃管・経腸に投与する以外は緑色のシリンジを使用する。(吸入・カフエア―他)
2. 経管・経腸栄養ルートには紫色のシリンジと紫色の三方活栓を使用する。

<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、トップインジェクターチューブを使用する。
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。(シユアプラグも 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   ※プロポフォールにも使用
	透明  ルアーチップ透明シリンジ	
	透明	緑  プロポフォール用  ハンドル底が緑
静脈	透明	白  造影剤使用時トップインジェクターチューブ
神経麻酔	黄色  国際規格ISO80369-6に準拠	黄色
胃管・経腸	紫色  国際規格ISO 80369-3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―その他に使用	白  各種ドレーン

Do Not!!
血管内へ内服薬注入

12. 輸血

【必要な検査】

1. 「血液型検査」を**2回実施**する。 ※3回目以降は算定できないためオーダーしないこと。
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回目の血液型検査は**必ず別の日**に行うこと。
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。 取り違えに十分注意すること。
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. 赤血球を輸血する前には、「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が支給される。
陽性の場合、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(頻回輸血患者は月 1 回程度)は、「輸血前保存検体(青)」を提出する。(輸血・細胞治療部で2年間冷凍保存されます。)



血液型・不規則抗体用
採取容器 No.11



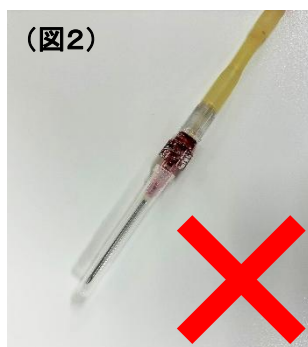
輸血前保存検体用
採取容器 No.2

【オーダーと実施】

4. 血液製剤のオーダーは、1日に使用する単位数ずつオーダーし、病棟で保管しない。
温度ロガー付き専用保冷库/フリーザー以外で保管したものは**返却不可**のため注意。
各製剤の取り扱い方法に注意すること。
<赤血球>
2~6°Cで冷蔵保管。間違え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以下のフリーザー保管。
30~37°Cの FFP 融解装置で解凍し、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。
<血小板>
20~24°Cで**振とう**保管。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(家族)に「特定生物由来製品(輸血および血漿分画製剤など)の使用に関する説明と同意書」を用いて説明し、同意を取得する。
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。
 - 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)を使用する場合は、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、通常速度(5 mL/分以内)であれば24ゲージまで使用可能。

8. 輸血開始時ベッドサイドで患者確認を行う。
更に患者バーコードと血液製剤をポケットチャートで照合・確認し、開始入力を行う。
9. 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。
10. 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1 mL/分で様子を見る。
その後、患者の状況に応じて5 mL/分まで速度を上げて良い。
11. 輸血終了後に再度ポケットチャートで照合・確認し、終了入力を行う。
12. 輸血副作用の有無を入力する。有の場合は副作用の内容も入力する。
13. 使用済み血液製剤バッグを輸血・細胞治療部に返却する。
 - ・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・細胞治療部に届ける。
 - ・輸血・細胞治療部では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）が、針は入れないこと。



【副反応の報告】

① 軽度の副反応:

ポケットチャートに副反応症状を入力する。

患者プロフィールの輸血歴に反映されるので、以降の輸血時には過去の副反応歴を参照すること。

② 重度の副反応:

ポケットチャートに副反応症状を入力する。

医師が重度の副反応と判断した場合は、輸血・細胞治療部(時間外は検査部当直)に報告する。

副作用発生後できるだけ速やかに採血(桃 6 mL)し、更に TACO/TRALI を疑う場合は胸部レントゲン写真を撮影する。

※ 後日に日本赤十字社への報告書類作成のご協力をお願いします。

Do Not!! 一人で確認しない 必ずポケットチャートで認証!

13. 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、麻酔同意書、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) 診療録に原本が無い場合はスキャン取り込みで確認する。術前指示およびチェックリストの同意書確認欄にスキャンされている日付を記載する。
- (3) 同意書を綴じる所定の場所に手術同意書、麻酔同意書、輸血同意書の順に綴じる。
- (4) 全身麻酔は輸血同意書を原則取得すること。ただし、手術部に許可を得たものを除く。

2) 手術部位

- (1) 左右がある臓器や四肢、手指や足趾の手術の場合は、手術に関するインフォームドコンセントの際に手術部位のマーキングを実施する旨を患者に説明しておく。
- (2) マーキングは患者と確認して医師が行うことを基本とする。
- (3) 患者自身に手術部位を言ってもらい、手術同意書の内容と相違が無いことを確認して行う。
- (4) 意思疎通が取れない状態の場合は家族の同席、不可能な場合は医療者2人以上が立ち会いマーキングする。
- (5) マーキング方法はひらがなで みぎ OP・ひだり OP と記載した紙絆創膏を患側鎖骨部に貼付する。鎖骨部に貼付が難しい場合は、患側手背に貼付する。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。
- (6) 眼科手術時はマーキング用絆創膏を患側額に貼付する。
- (7) 手指・足趾の手術時は、手術する必要のある指にマーキング用紙絆創膏又は、ペンでマーキングする。

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) (看護師) 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。マーキングが実施されていない場合は、麻酔導入までに患者に説明後に主治医又は手術責任者がマーキングを実施する。
- (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) 出血量過多の予測の有無

3. 手術部入室時の確認・サインイン

1) 患者入室前に ORSYS の患者承認画面を立ち上げる。

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。

3) 患者自身が「氏名」をフルネームで名乗り、病棟看護師・手術部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。

4) 術前チェックリストの入室前チェック項目に沿って絶飲食が守れていること、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し、絶飲食・装飾品の項目に手術部看護師はサインする。

5) 小児および自身での確認が困難な患者は、家族が患者の「氏名、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。家族不在の場合は医師に病棟看護師、手術部看護師で確認する。

(主治医) 拝顔により、本人確認

6) 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. 抗菌薬の種類と、投与間隔、腎機能低下の有無	○		○
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	○	○	
11. ルート滴下確認	○	○	

・診療科医師は持ち込み薬剤、術中使用薬剤の「あり」「なし」にチェックし、ある場合は内容を記載する。

・麻酔科医師は術後創部局所麻酔指示の「あり」「なし」にチェックし、ある場合は内容を記載する。

4. 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○○○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・・・本人確認

「拝顔により、ご本人と確認いたしました。」

(3) 外回り看護師

「アレルギーの有無と抗菌薬投与予定を確認しました。」

「アレルギーは〇〇です(ありません)。抗菌薬は〇〇を〇時間毎投与です。」

「ルートの滴下を確認しました。」

術中投与薬がある場合にはその内容を宣言する。

(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。」

5. 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。抗菌薬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。」

「抗菌薬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」

術中投与薬がある場合はその内容を宣言する。

(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)

6. 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、針はすべて確認しています。」

(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。」

術後創部局所麻酔薬の有無を宣言し、ある場合は内容を言う。

※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。

7. 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」が間違いなく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。

8. 退室時

- 1) ネームバンドを取り外した場合は、患者術衣の左胸部に貼付し病棟看護師と確認する。
- 2) 病棟へ帰室する際には患者の状態に応じたモニターを装着する。
- 3) PACU を経由しないで退室する場合は、原則医師と看護師で搬送を行う。

* 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線造影系入りを使用する。
- 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、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ちに行方を追及し、発見できない場合は、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**

14. DVT 予防(深部静脈血栓症)

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
<ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 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。 3. 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、うっ血性心不全、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。 4. 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。 5. 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。 6. 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 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 アセスメントスコアシート」を用いて危険度を評価する。 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。 3. 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。 4. 弾性ストッキング、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。 5. 入院後は1週間毎、状態変化、ADLに変化があった時に、DVT アセスメントスコアシートで再評価する。 6. 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。

* 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回らない限り薬物的 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/ μ l未滿)

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: 血友病やフォンビルブランド病)

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する。 非大手術(45分未満)、大手術(45分以上)

基礎疾患に関する因子：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、経腔、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(重症急性膵炎を含む)	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	
	うっ血性心不全(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する。

患者固有の危険因子		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・妊婦		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)、ベッド上安静		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(アンチトロンピン欠損症、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 弾性ストッキング着用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着用の併用	

※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着用などの理学的予防を行う。

1. 理学的予防法(弾性ストッキング着用及びフットポンプ装着)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
- ・うっ血性心不全(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

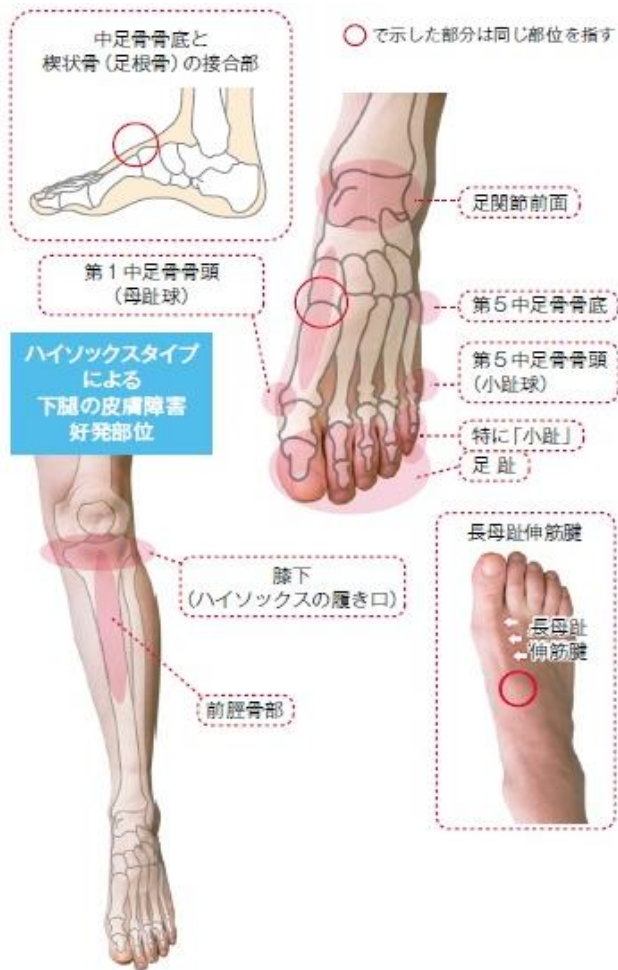
【理学的予防法施行に伴う合併症】

- (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

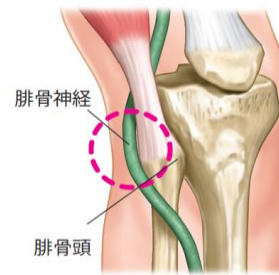
2. 理学的予防法(弾性ストッキング着用及びフットポンプ装着)施行時の注意点

- (1) 下肢の一部に圧力が偏ることを防ぐため、患者の下肢に正しいサイズが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。

皮膚障害が発生しやすい部位



腓骨神経が損傷しやすい部位



腓骨神経は腓骨頭部で外側から前方に回り込んでおり、この部分では皮膚との間に緩衝材となる皮下組織がないため、圧迫や損傷を受けやすい

- ・腓骨骨頭より2~3横指下の圧迫は、避ける。
- ・弾性ストッキング、フットポンプ装着時には、スタンダードケアとして少なくとも1日2回、ハイリスク(意識レベルが低い場合や鎮静等による意思疎通困難時)の患者の場合には、4~8時間ごとに弾性ストッキング、フットポンプを外して皮膚の観察を行う。

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、SpO₂ の低下、胸痛、頻脈、頻呼吸、血圧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 の臨床的徴候	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, Kruij 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)

15. 酸素ポンベの取り扱い

<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ポ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. フロメーターなど圧力調節器を操作する場合はフロメーターの正面に顔を近づけない。
5. 使用時、フロメーターは垂直に保持する。

<使用前>

1. 酸素ポンベの残量を確認する。「酸素ガス使用時間概算表」を参照)
2. 酸素ポンベの開閉方向を確認する。
3. 酸素ポ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ポンベを装着する。
移動先に中央配管がある場合は、ポンベから中央配管につなぎかえる。

<使用中>

1. 酸素ポンベの落下、転倒に注意する。
2. 酸素ポンベは床に直接置かない。
3. 運搬する時はポンベ架台を使用する。
4. 酸素ポンベ架台をベッドのヘッドボードに取り付けるときは、ポ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)

<使用后>

1. 酸素使用後は酸素ポンベのバルブを締めてからフロメーターをOFFにする。
2. 酸素ポンベは所定の場所に保管する。(保管場所は火気厳禁)
3. 酸素ポ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. 酸素ポンベ置き場の周囲 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・酸素ポンベの落下

16. 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コップが出力されるので、整理券(採尿コップ)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、自動受付機から発行された仮番号札に「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、ラベルの患者氏名と採血管の本数を確認する。
- 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。
- 5) 採血管のラベルの氏名と採血管の本数を患者に確認してもらう。

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びれに注意をはらう。

(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(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)。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)

8) 血液凝固阻止剤を内服している患者は、圧迫枕子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。

4. 検体提出時間

1) 月～金曜日(祝祭日は除く)(原則)8:30～16:30

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	
1	容器の種類	シリカ粒子、分離剤入り	
	採取量	6ml	
	ラベル名	生化学桃1, 外免疫桃1など	
採取容器番号	キャップの色	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) 採血実施前にポケットチャートによる三点(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) 検体提出は月～金曜日(祝祭日は除く)(原則)7:30～16:30(血液培養検査は 24 時間検体受取可)

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、血液、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う。

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) 電極等の交換を確認する。

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นด์プリコーション(標準予防策)に基づき、感染防止に努める。
- 2) 手指衛生の励行、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感染症の対応

- 1) 炭疽菌等のバイオテロ対策の必要な病原体が疑われる場合は、できる限り検体に触れず保健所などに届け、指導を仰ぐ。
- 2) 届出の対象となる感染症法指定病原体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する。

3. 院内感染対策

- 1) 薬剤耐性菌等の感染対策が必要な病原体が検出された場合やアウトブレイクが疑われる場合は感染対策室に連絡する。
- 2) 抗酸菌塗抹陽性及び結核菌 PCR・培養陽性の場合、ただちに主治医と感染対策室に連絡する

17. 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) 検体と検査依頼書を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、受付しない。

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

18. 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ー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依頼医が患者に説明する。
- 3) 同意書が必要な検査においては問診票・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。
- 4) 持続グルコース測定器やインスリンポンプなどの血糖管理デバイスを利用している患者については、検査時に原則取り外す必要があることを依頼医が患者に説明する。

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、必要に応じて予約票に加え、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) 血糖管理デバイスを利用している場合は、原則装着したまま検査はできない。
- 5) 鎮静時は生体監視モニターを利用し、観察を行う。
- 6) 必要な前処置が行われているか確認する。
- 7) 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。
- 8) 患者が検査台へ乗り降りするときは立ち会う。
- 9) 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。
- 10) 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。
- 11) 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。
- 12) 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。
- 13) 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。
- 14) 検査中は、患者の動作(小児・高齢者は特に)に注意する。
- 15) 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き添う。
- 16) X線照射前に、照射条件を再度確認する。
- 17) 検査終了後、患者が検査室を出るまで注意深く観察する。
- 18) 病棟撮影を行う際は、部屋の患者名の確認、ネームバンドの名前の確認、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の確認を行う。

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、オーダー情報・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を確認する。

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。

4)10才未満の造影検査の場合、予めルート確保を行い CT 検査に来る。

【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。

*喘息「直近5年以内に喘息の症状または治療歴がある」に「いいえ」の方は立ち合いは不要だが、検査時に連絡および対応可能な医師の院内待機が必要である。

3)ビグアナイド系糖尿病薬を服用中でヨード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。

医師は電子カルテの文書作成にて、文書「造影 CT 時の併用注意 DM 薬について(患者説明用)」を作成、休薬指示書として患者に説明し渡すことが推奨される。

4)同意書の有効期限

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、検査同意書、ヨード造影剤同意書、ペースメーカ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。検査時は症例に応じて、主治医の立ち合いが必要である。

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ヨード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。

医師は電子カルテの文書作成にて、文書「造影 CT 時の併用注意 DM 薬について(患者説明用)」を作成、休薬指示書として患者に説明し渡すことが推奨される。

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。

2)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。

鎮痙剤が必要な場合は、鎮痙剤の同意書を記入後にプリントアウトし、署名する。鎮痙剤を使用する旨をオーダーに記載する。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、検査室に持参してもらう。

- 3) 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、依頼科の担当医が造影剤投与前から検査終了まで立ち会う。
 - 4) 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少なく、造影 MRI 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。
 - 5) 患者が妊娠の可能性がある場合は、MRI 検査の必要性について十分に検討する。
 - 6) 10 才未満の造影検査の場合、予めルート確保を行い MRI 検査に来る。
 - 7) 持続注射を行っておりポンプ類が外せない場合には、ルートの長さが 7m 以上となるように準備する。
 - 8) VP、LP シヤ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。
 - 9) 撮像時間が長いので、鎮静剤等を必要とする場合がある。
 - 10) MRI 検査室への入室時には、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。
 - 11) 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、緑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。
 - 12) 体内・体外に MRI 適応外デバイス(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。
 - 13) MRI 適応人工内耳は、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。
 - 14) MRI 適応神経刺激装置は、チェックリストに従って検査手順を確認する。
 - 15) 不整脈デバイス(ペースメーカ、ICD 等)が体内にある患者の MRI 検査が必要な場合は、循環器内科の MRI 用ペースメーカ外来へ診察を依頼し、検査が可能かどうかの判断を仰ぐとともに、MRI 検査オーダーを入力する。
 - 16) 刺青やアートメイク、ネイルアート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。
 - 17) 腹部や骨盤の MRI 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、休薬について事前に医師と相談する。
 - 18) 尿道留置カテーテルの温度センサー端子はガーゼで覆い、皮膚に直接触れないようにする。
 - 19) 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。
 - 20) 心臓ペースメーカ、脳深部刺激装置・脊髄刺激装置、義眼、体内の金属(材質:チタン、ステンレス、MRI 適合金属、鉄、材質不明)、妊娠、刺青、コンタクトレンズ、義歯(入れ歯)、補聴器、閉所恐怖症、1 時間程度の仰臥位が可能か、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、ニュープロパッチなど)の有無を確認する。
 - 21) 時計、ヘアピン、装身具などの金属類を外す。
 - 22) 湿布、貼付磁石、カイロは取り除く。
 - 23) マスカラ、アイライン、アイシャドウ、ラメ入り化粧、薄毛隠しパウダーは原則落とす。
 - 24) マニキュアを使用している場合は、手袋や靴下を装着する。
 - 25) 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、断乳を要する場合がある。詳細は SPECT 検査室まで問い合わせる。

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。絶食時間は放射線検査予約説明書を確認する。

4) 授乳中の患者については、断乳を要する場合がある。詳細は PET 検査室まで問い合わせる。

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。

医師は電子カルテの文書作成にて、文書「造影 CT 時の併用注意 DM 薬について(患者説明用)」を作成、休薬指示書として患者に説明し渡すことが推奨される。

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として登録され、個人被ばく線量計を装着し業務にあたる。

- ・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。

参考) ビグアナイド系薬剤を含有する医薬品

商品名	一般名	分類
・メトアナ配合錠 LD/HD	アナグリプチン ・メトホルミン塩酸塩配合剤	DPP-4 阻害剤 + ビグアナイド系薬剤
・イニシンク配合錠	アログリプチン安息香酸塩 ・メトホルミン塩酸塩配合剤	
・エクメット配合錠 LD/HD ・メホビル配合錠 LD/HD	ビルダグリプチン ・メトホルミン塩酸塩配合剤	
・メタクト配合錠 LD/HD	ピオグリタゾン塩酸塩 ・メトホルミン塩酸塩配合剤	チアゾリジン薬 + ビグアナイド系薬剤
・グリコラン錠 ・メトグルコ錠 ・メトホルミン塩酸塩錠	メトホルミン塩酸塩	ビグアナイド系薬剤

※ツイミーグ錠(イメグリミン塩酸塩錠)はビグアナイド系として取り扱う必要なし

2)放射線治療

1. 受付

- 1) 患者確認は患者に氏名を名乗ってもらいネームバンド(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) 治療 RIS より一名ごとアポイントを治療装置に送信し、画像誘導撮影装置は治療装置と連携して使用する。
- 12) 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。
- 13) 治療終了後、患者が治療室を出るまで注意する。
- 14) 業務終了後、放射線治療記録の治療進捗状況を確認する。
- 15) 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

19. リハビリテーション

1. 実施前(理学療法・作業療法・言語療法)
 - 1) 実施前(新患)、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、実施前に血圧・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中止し、医師および病棟に連絡する。
 - 6) 実施前、患者のズボンのすその長さや履物を確認する。
 - 7) 実施前、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) 実施前・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. 実施中(理学療法・作業療法・言語療法)
 - 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、実施中も血圧・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

20. 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こと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。
 - ・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。
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・フットクリーンの交換)
 - ・20分後に、看護師または看護補助者が安全を確認するために声かけをする。
 - ・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。

《介助が必要なシャワーの場合》

1. 必要な介助(部分介助、全介助、シャワー浴用具)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. シャワー浴の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、浴室の環境・使用中の留意事項は《一人でシャワー浴可能な場合》に準ずる

21. 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"> 1. 睡眠薬を安易に処方しない。 2. 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。 3. 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。 4. せん妄をおこしやすい眠剤は避ける。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 入院時に、「転倒転落防止に関する映像(テレビで無料視聴)」を患者に視聴してもらうことについて説明する。 2. 入院時、転出時、1週間毎とADLに変化があった時、手術後は、再評価する。再評価時は、新たに「転倒転落アセスメント・スコアシート」を作成し評価する。 3. 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、患者プロフィールの障害情報「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。 4. 患者と共にケアプランを立案する。 5. 転倒・転落時は再評価をする。 6. 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"> 1. 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(離床センサー設定を含む)、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。 2. 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。 3. 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、踵のある靴を使用する。

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段まで上げておく。

- (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、吸い飲みまたはストロー付きコップ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ド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。トイレト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。(適切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) 廊下に不必要なものを置かない。

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。せん妄、不穏行動がある場合、リエゾンチームに介入依頼する。

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なることを説明する。

(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) スタッフ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. 身体拘束の実施を検討する。
5. 身体拘束が必要と判断された場合は患者家族に説明し同意を得て、同意書を取得する。
6. 身体拘束は身体拘束(抑制)のプロセスに沿って実施する。
7. 家族に付添いを依頼する。

転倒・転落アセスメント・スコアシート

患者名 テスト カルテ

女性

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	2	0
	<input type="checkbox"/> 70歳以上で女性	1	
既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒・転落したことがある	2	
	<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"/> 譫妄・不穏状態になったことがある		
感覚	<input type="checkbox"/> 視野欠損や視力障害がある	1	
	<input type="checkbox"/> 聴力障害がある		
	<input type="checkbox"/> 平衡感覚障害がある		
	<input type="checkbox"/> 失認・空間無視がある <input type="checkbox"/> しびれがある		
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺がある	各1	
	<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		
活動領域	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、腰痛、筋力低下がある	3	
	<input type="checkbox"/> めまい、ふらつきがある	2	
	<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	1	
	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態であるが手足は動かせる		
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）	4	
	<input type="checkbox"/> 不穏・危険行動がある		
	<input type="checkbox"/> 認知障害がある <input type="checkbox"/> 判断力、理解力の低下がある		
薬剤	<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）		
	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤	2	
	<input type="checkbox"/> 麻薬剤 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 解熱鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン剤 <input type="checkbox"/> 緩下剤 <input type="checkbox"/> 降圧利尿剤 <input type="checkbox"/> 化学療法	1	
排泄	<input type="checkbox"/> 便・尿失禁がある <input type="checkbox"/> 頻尿あるいは頻回に排便がある	3	
	<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 <input type="checkbox"/> 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）	1	
患者特徴	<input type="checkbox"/> 手術後1週間以内である	2	0
	<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ずに行動しがちである	3	
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 環境に慣れていない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 持続点滴中である	1	
合計			
危険度			
評価者			
* 危険度と評価スコアの合計	危険度Ⅰ（1～9） 危険度Ⅱ（10～19） 危険度Ⅲ（20～）	転倒・転落を起こす可能性がある 転倒・転落を起こしやすい 転倒・転落をよく起こす	集計

転倒・転落アセスメント・スコアシート (小児用) _V2 × +

転倒・転落アセスメント・スコアシート (小児用) 患者名 テスト カルテ 女性

memo

分類	患者の状態	スコア	
年齢	<input type="checkbox"/> 9歳以下	2	0
既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒・転落したことがある	2	0
	<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)		
感覚	<input type="checkbox"/> 視力障害がある	1	0
	<input type="checkbox"/> 聴力障害がある		
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺がある <input type="checkbox"/> しびれ感がある	3	0
	<input type="checkbox"/> 骨・関節に異常がある (拘縮・変形)		
活動領域	<input type="checkbox"/> 寝返りができる <input type="checkbox"/> ハイハイができる	4	0
	<input type="checkbox"/> つかまり立ちができる		
	<input type="checkbox"/> ひとり歩きができる (介助必要) <input type="checkbox"/> ひとり歩きが上手にできる		
	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、筋力低下がある		
	<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"/> ふらつきがある		
	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態であるが動ける <input type="checkbox"/> 点滴ルート・チューブ類がある		
	<input type="checkbox"/> 見当識障害、意識混濁・混乱がある		
認識力	<input type="checkbox"/> 精神発達遅延がある <input type="checkbox"/> 判断力、理解力の低下がある	4	0
	<input type="checkbox"/> 不穏行動がある		
(付添い者)	<input type="checkbox"/> 記憶力の低下があり、再学習が困難である	4	0
	<input type="checkbox"/> ベッド柵をあけ忘れたことがある		
	<input type="checkbox"/> 少しの間なら側を離れても大丈夫だと思う		
	<input type="checkbox"/> 児は転倒・転落しないと思う		
薬剤	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 睡眠安定剤	各1	0
	<input type="checkbox"/> 抗痙攣剤 <input type="checkbox"/> 降圧利尿剤		
	<input type="checkbox"/> 緩下剤・浣腸 <input type="checkbox"/> 化学療法		
	<input type="checkbox"/> 便秘がある (オムツ使用中) <input type="checkbox"/> 頻尿・頻回に排便がある		
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ介助が必要 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル留置中	各2	0
	<input type="checkbox"/> 夜間トイレに行く <input type="checkbox"/> トイレまで距離がある		
	<input type="checkbox"/> 貧血がある (Hb : 9以下)		
症状	<input type="checkbox"/> 低酸素症 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 低血糖	各1	0
	<input type="checkbox"/> 入院や転室などの環境の変化		
	<input type="checkbox"/> 手術後 1 週間以内		
その他		各2	0
合計			0
危険度			
評価者			

* 危険度と評価スコアの合計

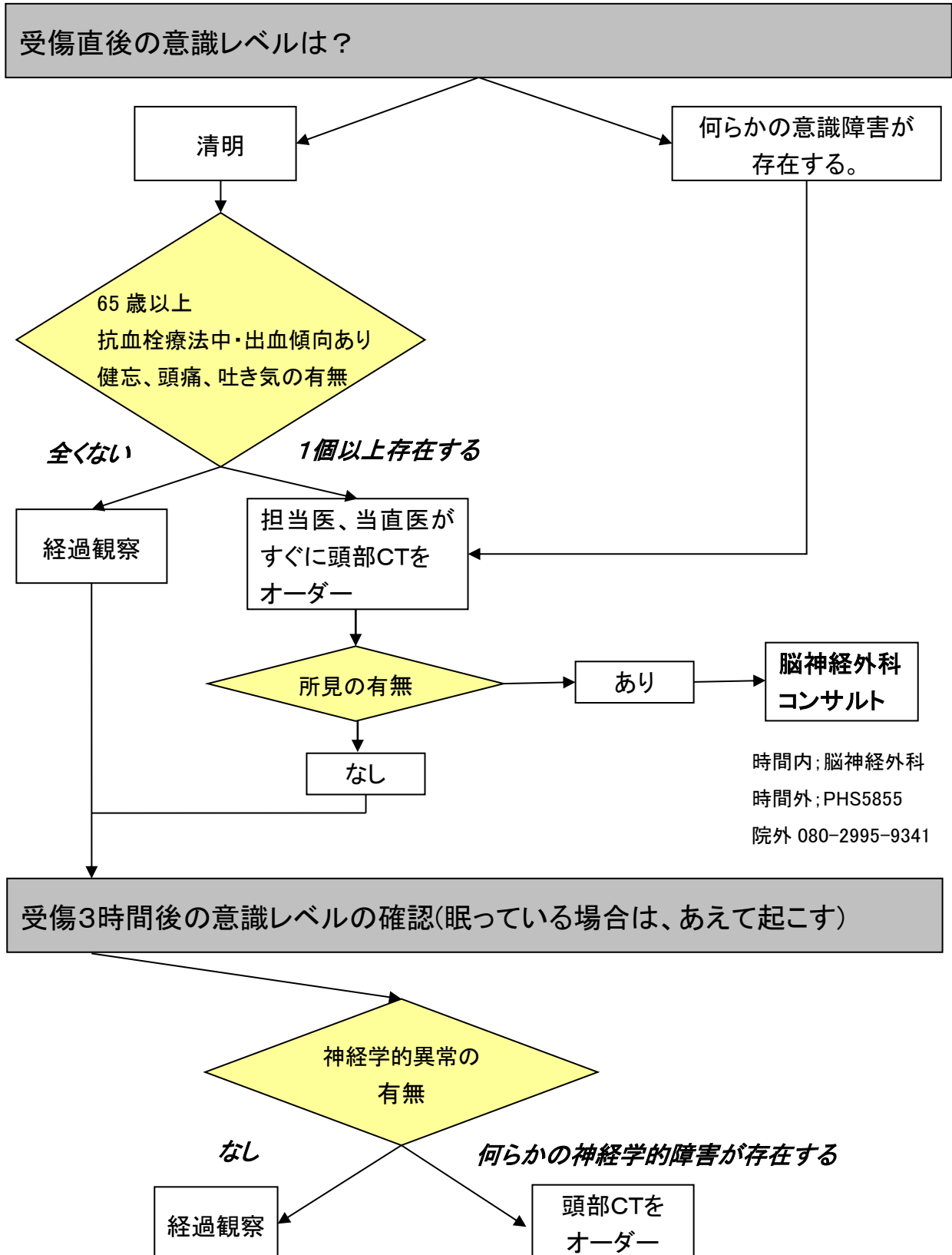
危険度Ⅰ (0～5) 転倒・転落を起こす可能性がある
危険度Ⅱ (6～15) 転倒・転落を起こしやすい
危険度Ⅲ (20～) 転倒・転落をよく起こす

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



22. 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. はさみやナイフの持ち込みは原則禁止のため、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. 患者の状態をアセスメントし、身体拘束のプロセスに沿って対応を検討する 5. 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、尿道留置カテーテル、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 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	<input type="checkbox"/> 50歳～70歳未満	1	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 70歳以上	2	<input type="checkbox"/>
性別	<input type="checkbox"/> 男	1	<input type="checkbox"/>
既往歴	<input type="checkbox"/> 認知症の既往がある	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 譫妄の既往がある	2	<input type="checkbox"/>
	<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	<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)	3	<input type="checkbox"/>
	<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)	1	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 薬物・アルコール乱用の既往	1	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 視力の障害・ <input type="checkbox"/> 聴力の障害 (各1点)	1・2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 脱水・ <input type="checkbox"/> 貧血・ <input type="checkbox"/> 低栄養 (各1点)	1・2・3	<input type="checkbox"/>
	<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"/> スロイド)	1	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 向精神薬内服1週間以内	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 鎮静薬減量中	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 夜間頻尿	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 発熱(38.5℃以上)	1	<input type="checkbox"/>
精神的要因	<input type="checkbox"/> 言動に食い違いがある	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 夜間不眠・日中傾眠	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 錯覚・幻覚・妄想・見当識障害	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 情緒不穏 (<input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 拒薬)	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 活動性の変動(多動・徘徊)	2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> まとまらない会話(独言)	2	<input type="checkbox"/>
環境的要因	<input type="checkbox"/> 入院・手術・検査当日	1	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 拘束・ <input type="checkbox"/> 感覚(視覚・聴覚)遮断 (各1点)	1・2	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ類の数(1本毎各1点) <input type="text" value=""/> 本		<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	3	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 固定しているテープをはずそうとする		<input type="checkbox"/>
合 計			<input type="text"/>
危険度			<input type="text"/>
評価者			<input type="text"/>

*危険度と評価スコアの合計

危険度Ⅰ(5～9)

危険度Ⅱ(10～19)

危険度Ⅲ(20～)

自己抜去の危険性がある

自己抜去を起こしやすい


自己抜去の危険性が高い

集 計

クリア

確定

閉じる

省略可 テキスト  txt氏名

23. 身体拘束(身体抑制)

1. 理念

身体拘束(身体抑制)は基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げる行為であることを前提に、患者の安全確保を図るために、他に方法がない時に必要最低限に実施するものである。医師、看護師およびメディカルスタッフは拘束による弊害を理解し、身体拘束(身体抑制)の早期解除に向けて努める。

2. 身体拘束に関する基本方針

1) 身体拘束(身体抑制)の原則禁止

緊急やむを得ず身体的拘束を実施する場合を除き、身体的拘束を原則禁止する。

2) 身体拘束(身体抑制)の定義

身体拘束は、抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限のことをいう。身体拘束(身体抑制)方法は、抑制帯、ミトンがこれにあたる。

また、行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる場合は薬物拘束にあたるので注意が必要である。

3. 緊急やむを得ず身体拘束(抑制)を実施する場合の対応

1) 身体拘束(抑制)判断基準カンファレンス

身体拘束の三原則を満たしていることを医師、看護師を含む多職種で慎重に判断する

【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ている可能性が高い

【非代替性】

行動制限を行う以外に患者の安全を確保する方法(代替する方法)がない

【一時性】

行動制限が一時的なものであること

2) 身体拘束(抑制)を行う場合の説明と同意

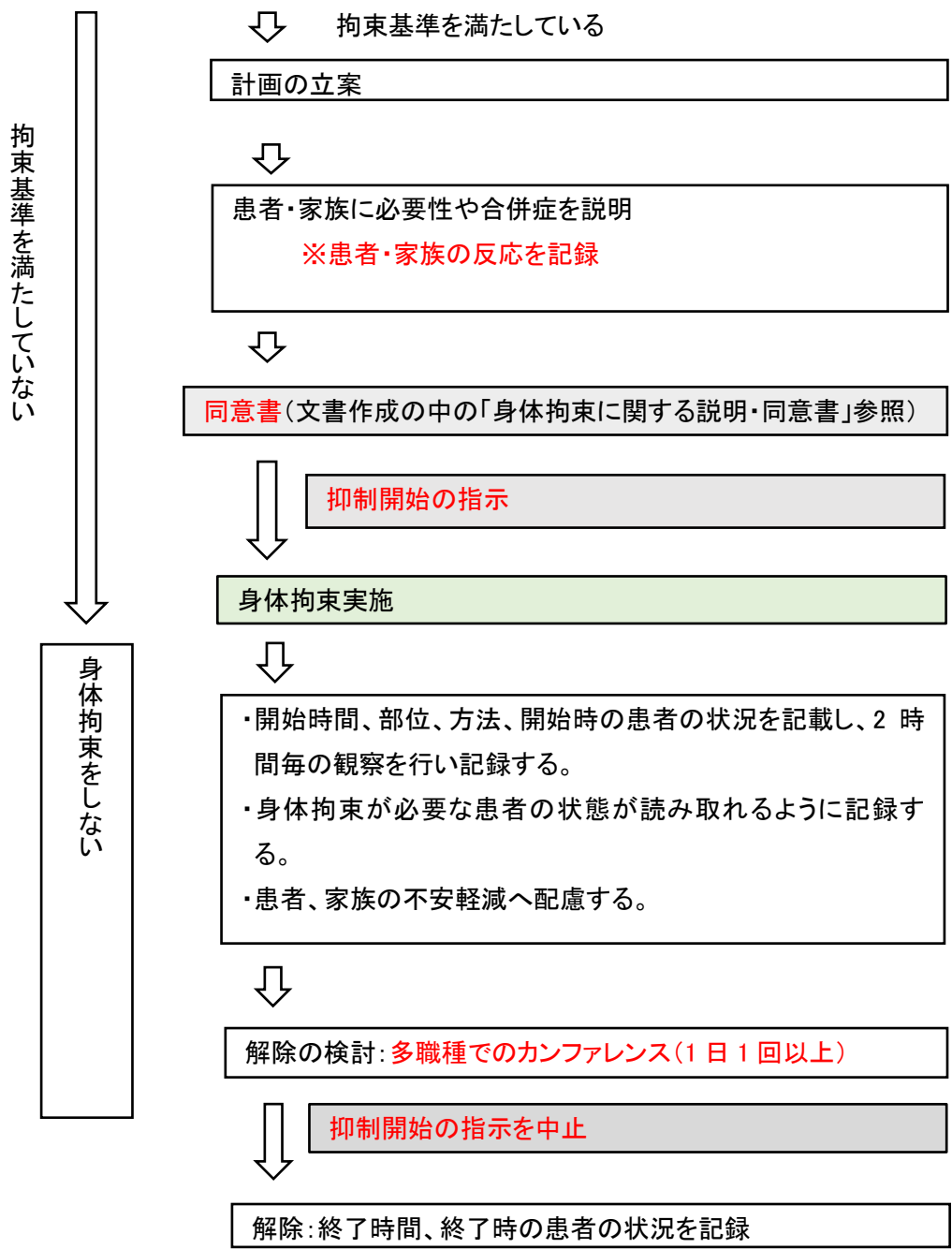
上記三原則を全て満たしていることを医師、看護師を含む多職種で検討し、医師の指示のもと、患者・家族に必要性や合併症を丁寧に説明して同意を得ることを原則とする。

認知症の行動・心理学的症候(BPSD)やせん妄に対する薬剤の安全使用については安全対策マニュアル
: 第三部 安全対策 5.せん妄に対する薬剤の安全使用、記録については記録マニュアルを参照

<身体拘束(抑制)のプロセス>

身体拘束(抑制)判断基準カンファレンス

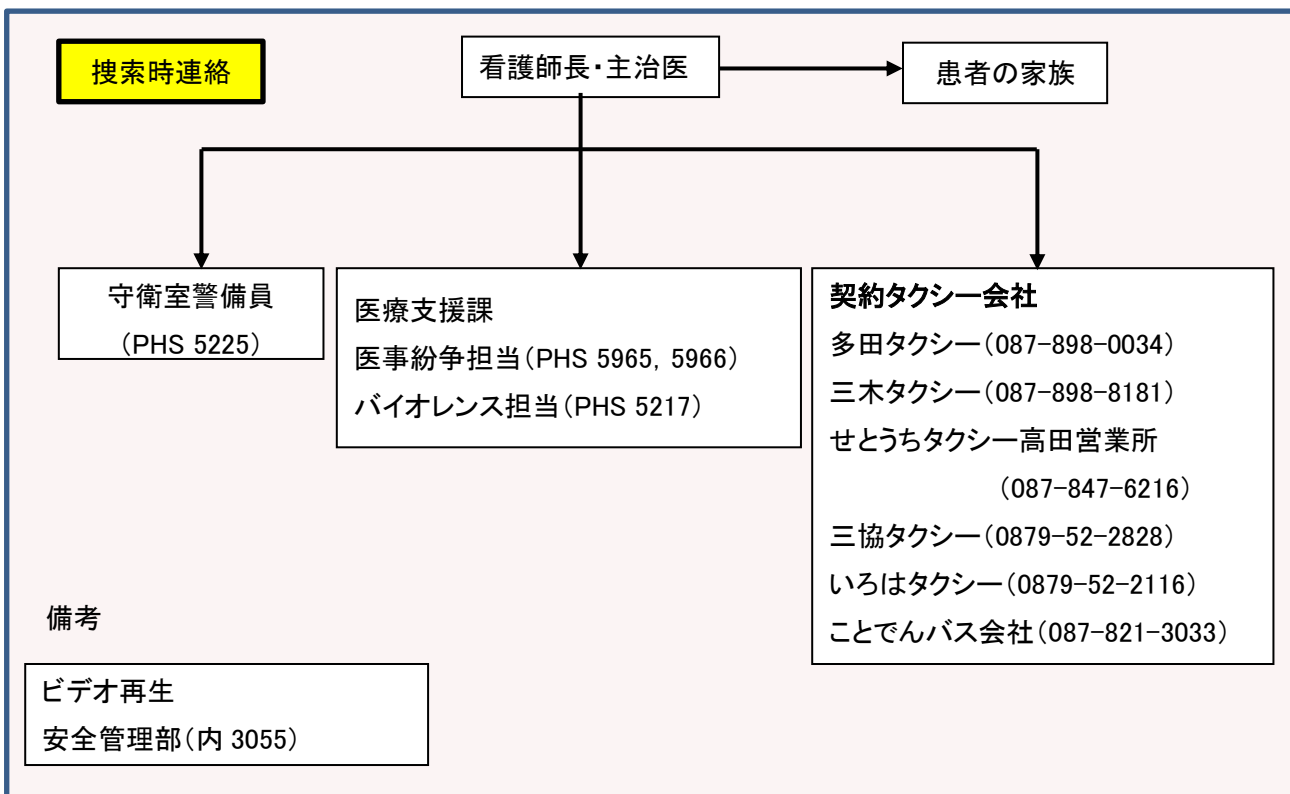
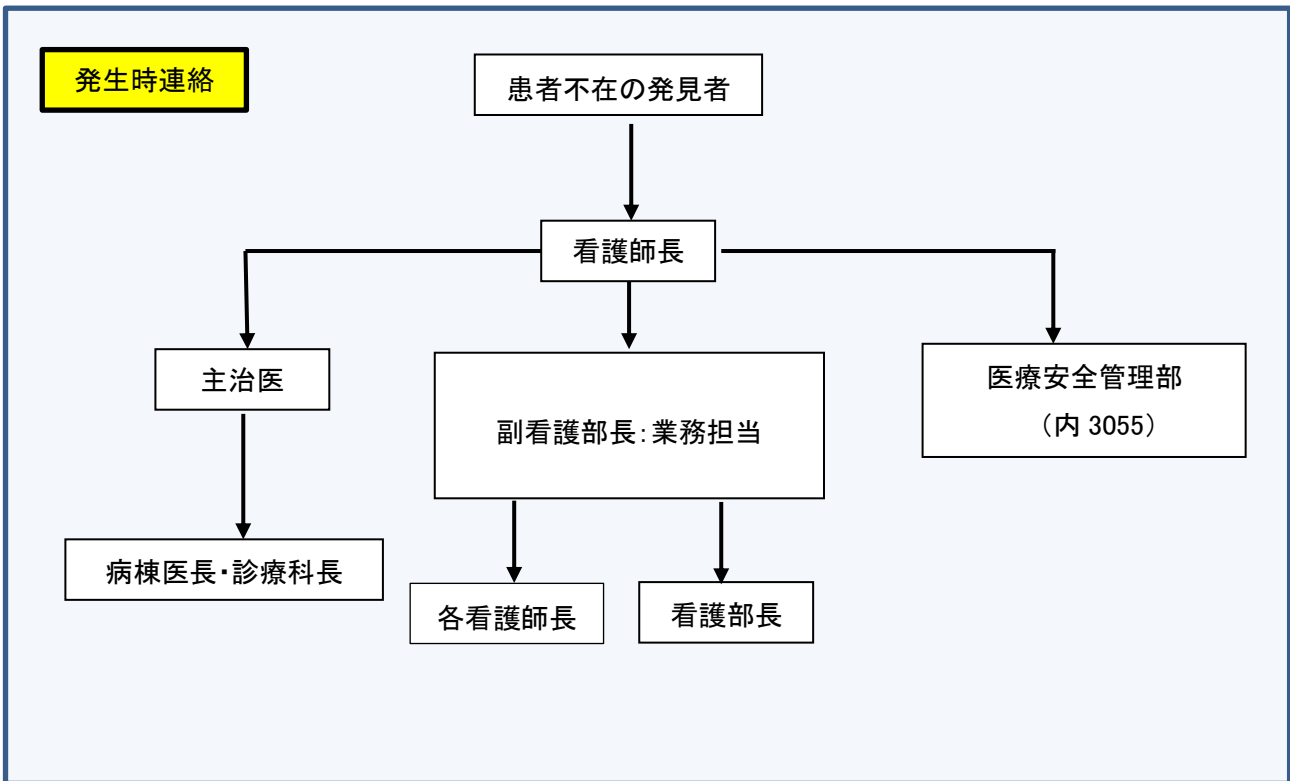
- ・患者が身体拘束を実施しなければならない状態であるかについて、カンファレンスで検討する。
- ・身体拘束(抑制)以外の対策(非代替性)および身体拘束(抑制)の必要性の検討を行う。
 ※拘束基準(切迫性、非代替性、一時性)を満たしているかについて、原則として、医師、看護師を含む多職種で判断
 ※身体拘束(抑制)以外の看護介入では生命あるいは身体が危険にさらされる可能性が著しく高い



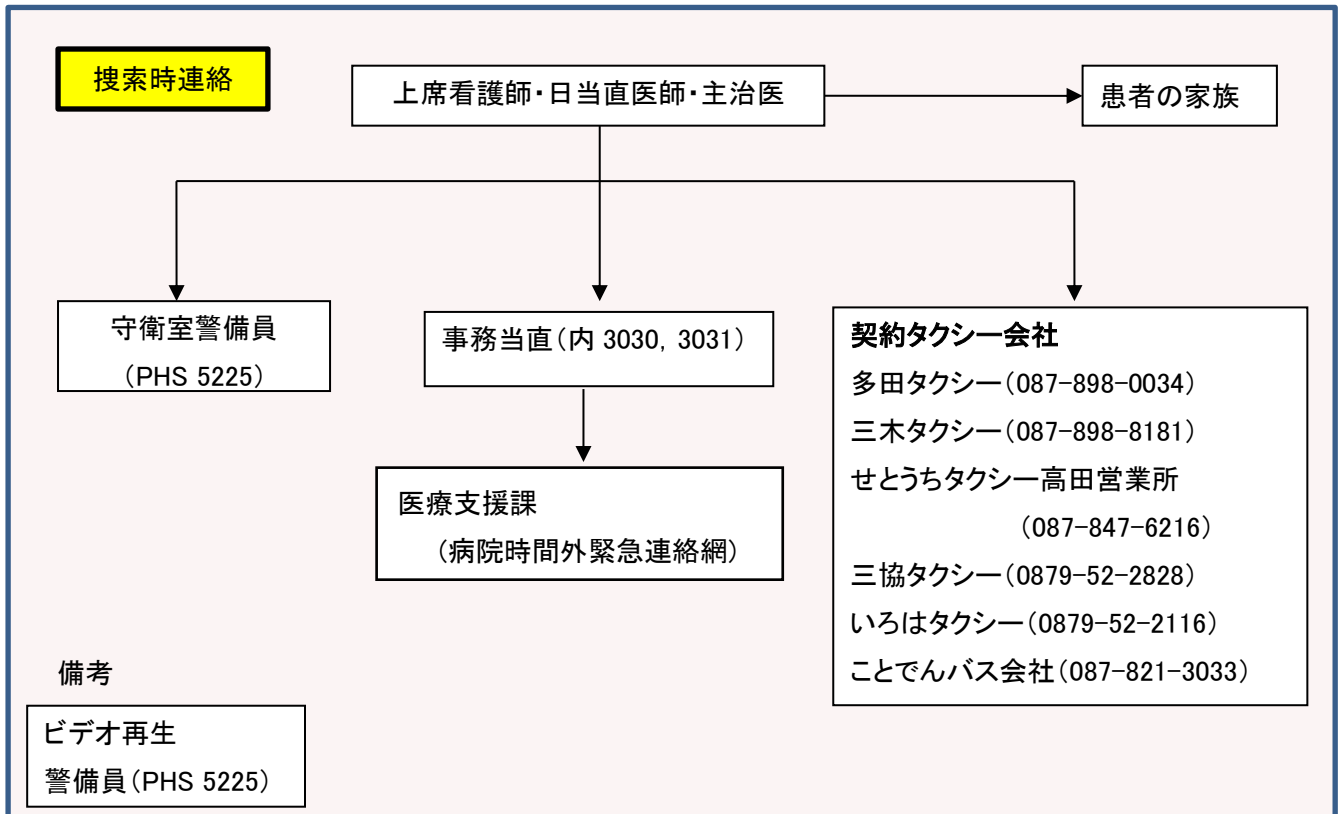
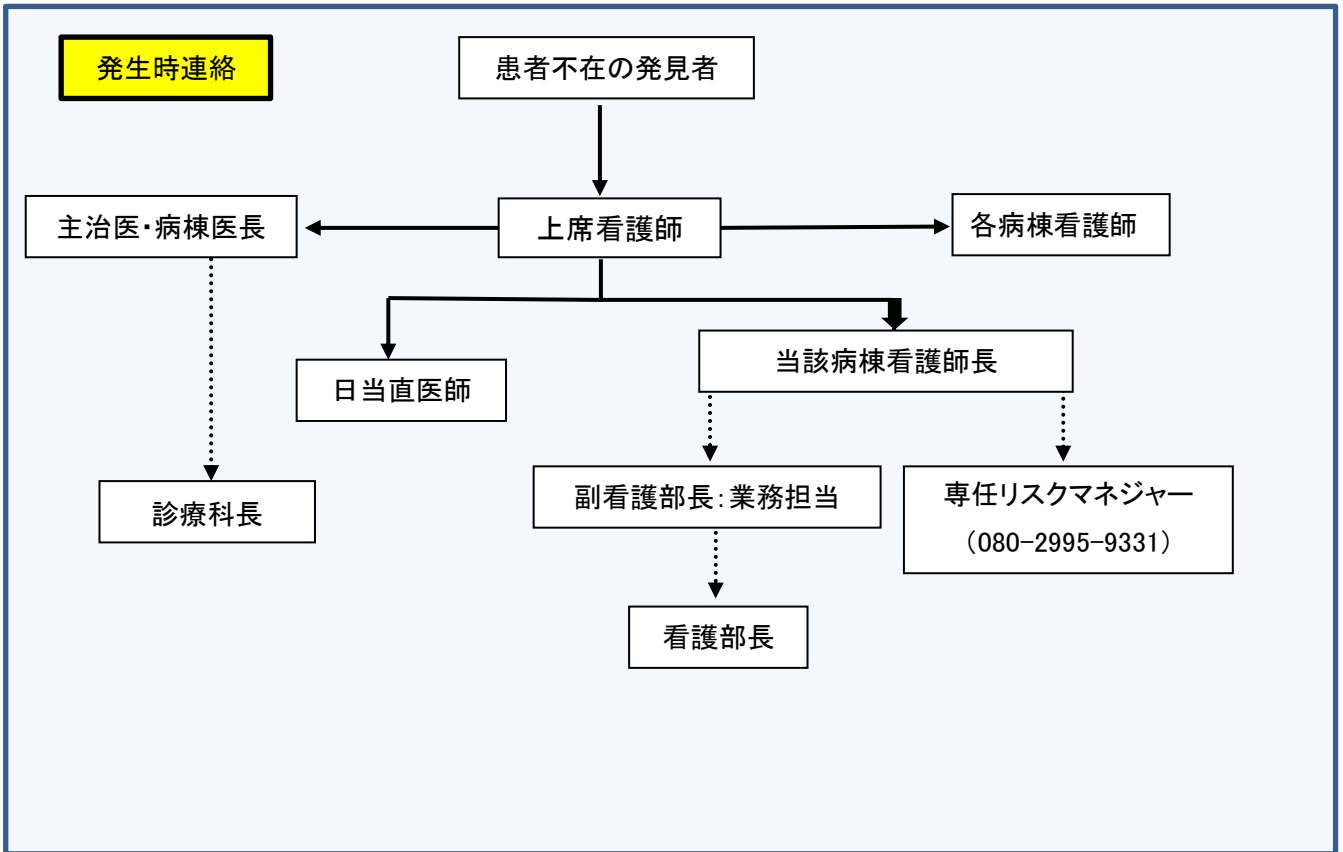
身体拘束の同意書の取り扱いについては、身体的拘束最小化チームマニュアルを参照

24. 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(平日、時間内)



患者無断離院時の連絡体制(休日、時間外)



- ▶ 直ちに報告
-▶ 院内搜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ったことによる事例、(3)無断離院はいけないと分かっているが、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捜索が必要である。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捜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。

病棟内を捜索する。トイレ、浴室、デイルームなど

同室者に確認する。

患者が携帯電話を所持している場合は、連絡・安否確認を行う。

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)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(上席看護師)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。連絡を受けた各病棟の看護師長(上席看護師)は自部署の捜索をし、その結果を電話で業務担当副部長(当該上席看護師)に報告する。業務担当副部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、捜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、時間外は院内捜索で患者を発見できない場合、当該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、検索メンバー(病棟スタッフ、医療支援課、警備員)の検索場所を割り当て、メンバーは患者確認表を基に院内を搜索する。

<搜索のポイント>

- 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 の圏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. 院内搜索担当者の内、玄関周辺対応者は、玄関周囲の搜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、駐車場を搜索する。搜索の結果を随時本部に報告する。
 15. 院外搜索は、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、搜索を行う。)
(搜索範囲は本部責任者からの指示された範囲とする)随時、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、院外搜索を検討する。(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、院外搜索を検討する(無断離院と同様に対応する。)

外泊中の院外搜索は、原則として医療支援課・医事課が行う。

院外搜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。

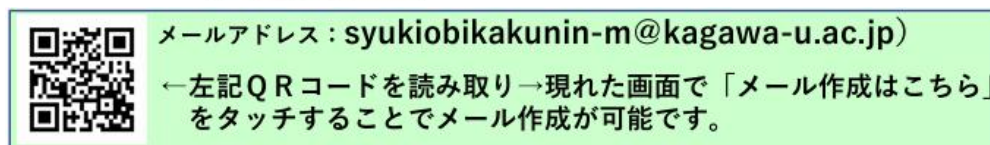
患者確認表

年 月 日

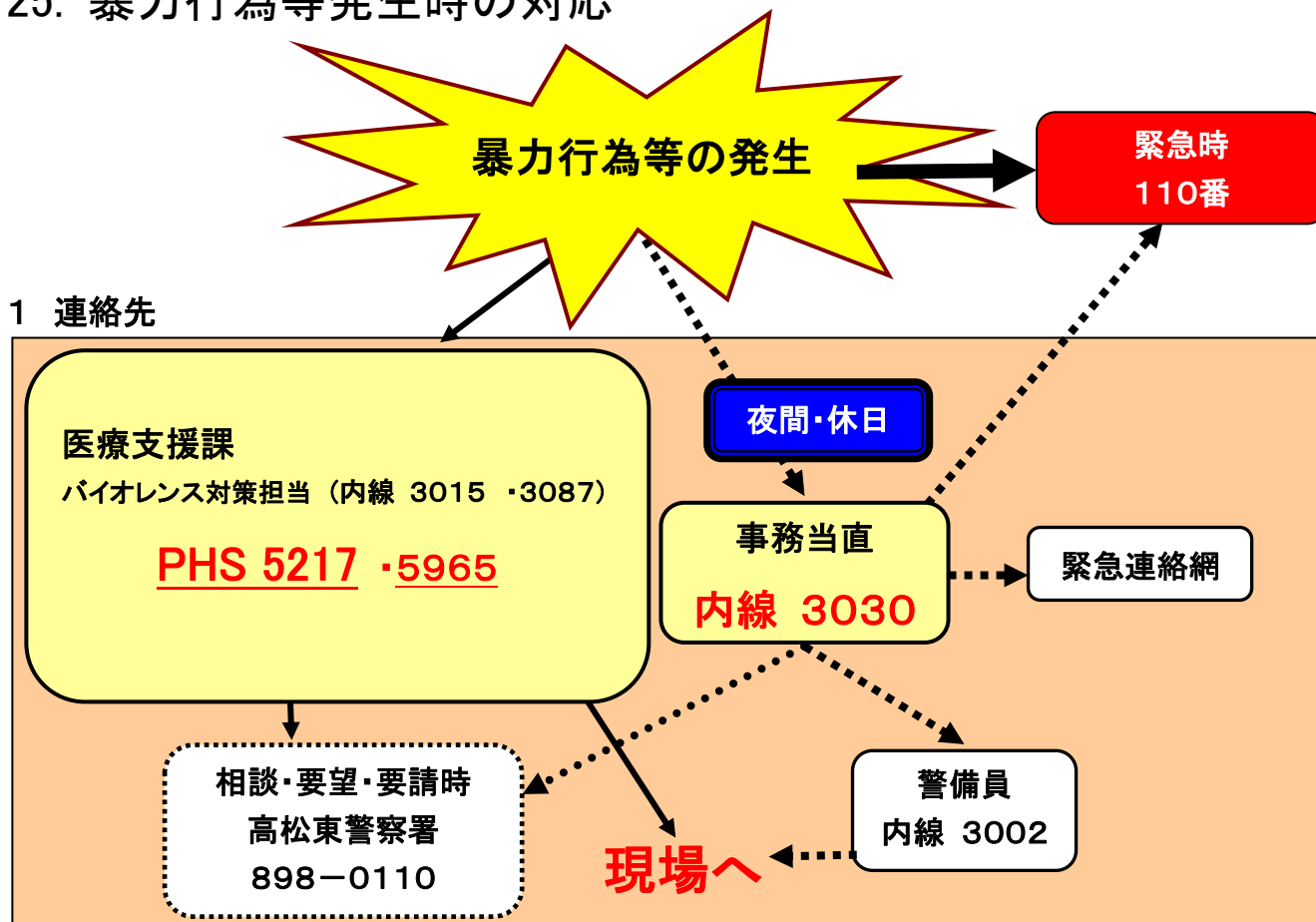
病棟名	西・東・南 病棟 階
患者氏名	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 年齢(才)
体格	身長 cm 体重 kg
最終所在確認時間	時 分 頃
その他の特徴	髪色 髪長さ(ロング、ショート) ホクロ ・ 眼鏡 ・ 表情
ADL	車イス ・ 歩行 ・ つえ
監視カメラの画像を添付する。	

公用車の使用について

1. 公用車使用は、患者の無断離院時の捜索等で使用することが認められている。
2. 使用できる車は、北側車庫に保管する乗用車 2 台と、平面駐車場に保管する乗用車 2 台の計 4 台とする。
3. 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)管理課用度第一系の廊下側カウンターから声をかけ、アルコール検知器で酒気帯び確認後、確認簿に必要事項を記入する。
 - 2)使用後のアルコール検知器を除菌シートで清拭する。
 - 3)公用車の鍵(および車庫内の車種の場合は車庫の鍵とシャッター開閉キーも一緒に)を受け取る。
 - 4)使用後は、車庫、シャッター、すべて施錠し、鍵を用度第一係に返却する。
 - 5)土日祝は貸し出し不可のため、必要時は平日金曜日の時間内に用度第一係で貸し出し手続きを行う。
 - 6)実際の運転時に車内ダッシュボードに設置しているアルコール検知器を使用して酒気帯び確認を実施し、確認後、検知器の画面を携帯電話で撮影してから運転する。
 - 7)鍵の返却時に撮影した検知器の画面画像を用度第一係に提示、もしくは syukiobikakunin-m@kagawa-u.ac.jp にメール送信する。
 - 8)確認記録は 1 年間保管される。
4. 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。
5. 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。
6. 車の入出庫時以外はシャッターは閉めておく。



25. 暴力行為等発生時の対応



2 対応

- ・ 医療支援課職員(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。

26. 院内自殺防止

1. はじめに

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ったこと

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制限を検討する。

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、「いなくなっただけ」「消えてしまいたい」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. 医療者間における情報共有

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に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。

27. 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
<p><食物アレルギーの確認>(看護師)</p> <p>1. 患者より聞き取った内容を正確にプロフィールへ入力する。</p>	
<p><食事オーダー>(医師)</p> <p>1. 患者氏名(ID)を確認する。</p> <p>2. 患者の病態に応じた食種を選択する。</p> <p>3. アレルギー、禁止項目等を患者プロフィールにて確認し、食事オーダーを入力する。</p> <p>4. 患者プロフィールに「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>	<p><その他アレルギーについての聞き取り></p> <p>1. 「特定原材料」、また「特定原材料に準ずるもの」に該当しない食物アレルギー食品は、入院時に患者へ聞き取り確認をする。詳細が確認できるまでは、対象の食物アレルギー食品を完全除去する。また、その旨をカルテに記載する。</p> <p>2. 患者へ詳細確認後は、その内容をカルテに記載する。必要に応じ担当看護師と情報共有し、患者プロフィールの「アレルギー食物」を入力する。</p>
<p><食事オーダー:代行入力が必要な場合></p> <p>1. 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。</p> <p>2. 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。</p>	<p>1. 主治医名、患者氏名(ID)、病棟、変更内容を確認する。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 調理師へ変更内容を正確に伝える。</p>
	<p><食事変更></p> <p>1. カルテ連携を行い、給食システムへ情報を取り込む。</p> <p>2. 日付、食事区分を確認し、食事変更者リストを出力する。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 調理師に食事内容を正確に伝える。</p>
<p><配膳車の引き渡し～配膳></p> <p>1. 給食スタッフとともに配膳表で食数を確認する。</p> <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> <p>2. 欠食・延食の有無確認、同姓患者をマーカーで印をつける。</p> <p>3. 食札を患者に見せ、フルネームでの名乗り確認をして配膳する。</p>	<p>1. 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。</p> <p>2. 病棟スタッフとともに配膳表で食数を確認する。</p>

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、毎昼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"> 食札は病棟別に分類する。 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"> 事前に献立表・料理カードの確認を行う。 使用する食器およびパック類について、破損が無い、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"> 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"> 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無いように注意する。 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。
<ol style="list-style-type: none"> 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。 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; align-items: flex-start;"> <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; align-items: flex-start;"> <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・準クリーン食</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>注)準クリーンかつアレルギーがある場合、「緑色」のトレイでの提供</p> </div>	
<p><病棟での確認></p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> 1. 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。 2. 普通ミルク、特殊ミルクの順で調乳作業を行う。 3. 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。 4. 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。 5. 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。 6. 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。 7. 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 名と配膳担当で最終の確認を行う。 8. 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"> 1. 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。 2. 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"> 1. 栄養指導依頼内容を確認する。 2. 訪室前にクリーンレベル、アレルギーの有無を確認する。 3. 患者の確認は、部屋およびベッドの表示で確認し、名乗りにより再確認する。 4. 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。 5. 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。 6. 体組成測定時は、ペースメーカー装着の有無を確認する。 7. 栄養管理の提案や対応した内容等をカルテに記載する。