

安全管理マニュアル



地方独立行政法人 奈良県立病院機構

奈良県総合医療センター

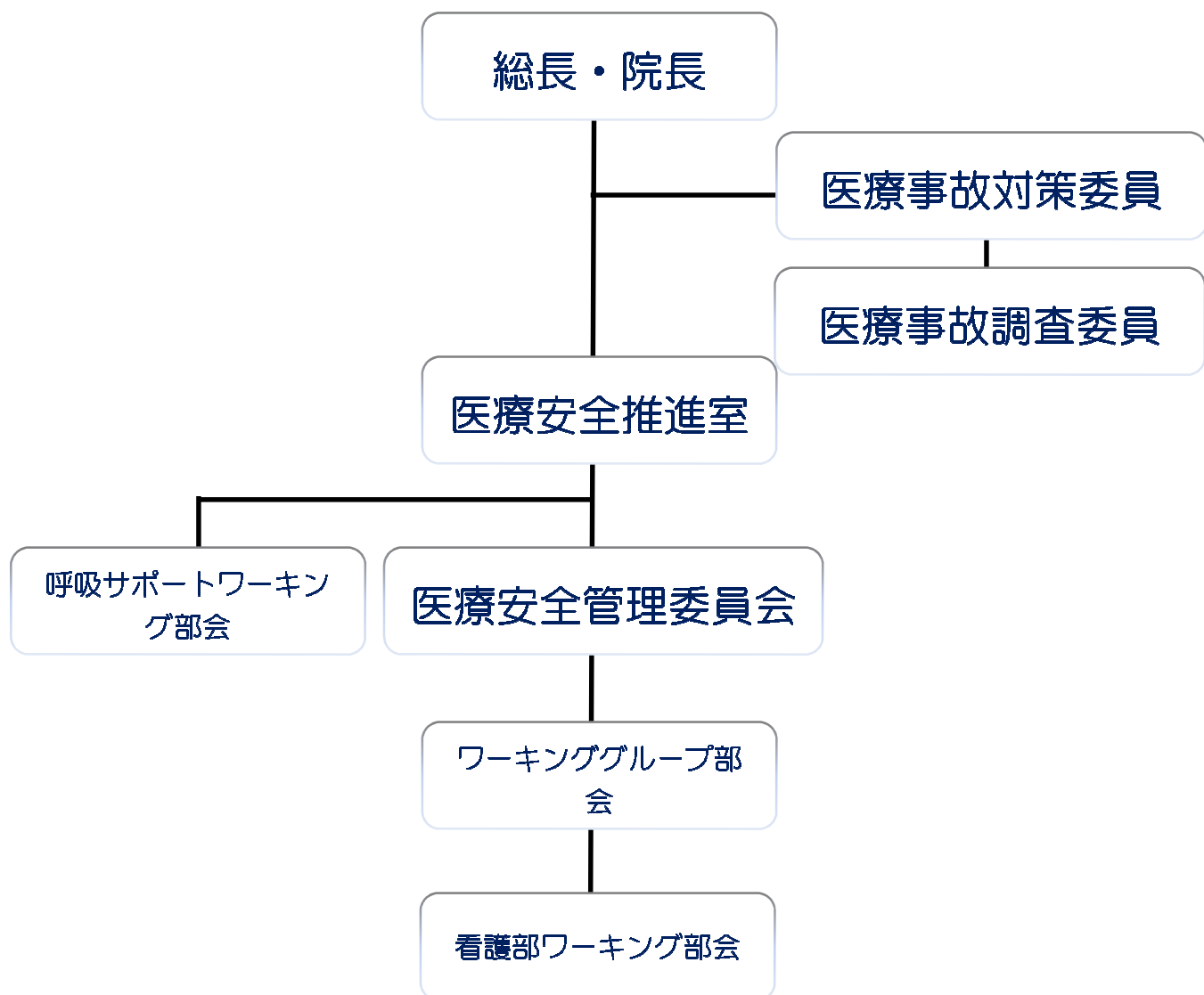
Nara Prefecture General Medical Center

奈良県総合医療センター組織図

平成 28 年 4 月 1 日



奈良県総合医療センター 医療安全管理体制組織図



目次

1.	安全管理マニュアル表紙	
2.	奈良県総合医療センター組織図	
3.	目次	
4.	地方独立行政法人奈良県立病院機構 医療安全管理指針	P1～5
5.	奈良県総合医療センター安全管理指針	P6. 7
6.	奈良県総合医療センター医療安全推進室の業務指針	P8
7.	奈良県総合医療センター医療安全管理委員会規程	P9～11
8.	奈良県総合医療センター医療安全管理委員会ワーキンググループ部会運営要綱	P12
9.	奈良県総合医療センター医療事故対策委員会規程	P13. 14
10.	奈良県総合医療センター医療事故調査委員会設置規程	P15
11.	奈良県総合医療センター医療事故防止マニュアル	P16～19
12.	奈良県総合医療センター 医療事故に係るフローチャート	P20
13.	提出を義務づけている書類	P21
14.	用語の定義	P22
15.	医療事故等の分類	P23
16.	合併症・副作用のための事故性判定チャート	P24
17.	医療事故、ヒヤリ・ハット報告書 様式4. 5	P
18.	転倒・転落の事故およびヒヤリ・ハット報告書 両面	P
19.	麻薬施用状況報告書	P25
20.	身体抑制に関する説明書・身体抑制に関する同意書	P26・27
21.	採血における神経に関連する症状発生時の対処	P28
22.	ドクターコール	P29
23.	ドクターコール報告書	P30
24.	救急カートの標準化 両面	P31. 32
25.	救急カート配置一覧	P33
26.	救急カート薬品・物品一覧	P34
27.	救急カート最上段の救急薬品とレイアウト	P35
28.	除細動器設置場所	P36
29.	呼出し表示機設置一覧表	P37
30.	MRI 室におけるアナフィラキシーショック時の対応フローチャート	P38
31.	造影検査手帳	P39
32.	造影検査手帳使用手順	P40
33.	院内における具体的な安全対策	P41
34.	リストバンド装着による患者確認	P42
35.	指示受け・実施についての取り決め	P43
36.	口頭指示の取り扱いについて	P44
37.	SBAR（エスバー）	P45
38.	内服マニュアル	P46

39.	配薬者使用マニュアル	P47
40.	注射マニュアル	P48
41.	色つき注射器使用基準	P49
42.	麻薬に関するマニュアル	P50
43.	麻薬に関する重要事項 内用薬	P51
44.	麻薬に関する重要事項 確認サイン	P52
45.	転倒転落防止マニュアル	P53
46.	転倒・転落アセスメントシート	P54
47.	危険防止対策	P55
48.	転倒転落時の状態確認チェックリスト	P56
49.	医療ガス緊急時フローチャート 平日：時間内	P57
50.	医療ガス緊急時フローチャート 時間外	P58
51.	手術入室時の持参点滴の確認方法	P59
52.	マーキング実施マニュアル	P60,61
53.	手術を受けられる患者さん、ご家族の皆様へ 「マーキング」についてのお願い	P64
54.	手術確認票記入方法「顔面・頸部の場合」	P65
55.	手術確認票記入方法「顔面・頸部以外の場合」	P66
56.	術前経口補水マニュアル	P67
57.	医療事故・ヒヤリ・ハット報告書 転倒・転落の事故およびヒヤリ・ハット報告書の記入方法	P68

平成26年11月1日 制定

平成27年12月1日 改正

平成28年4月 1日 改正

第1 目的

今日の医療の高度化・複雑化により医療安全の確保は、医療従事者の技術や知識に依拠したシステムでは困難になりつつあるといわれており、医療事故の未然防止には、職員個々の努力とあわせて、一つのミスが医療事故に発展しない仕組みを構築することが重要である。ここに地方独立行政法人奈良県立病院機構（以下「法人」という。）の医療安全管理について基本的な事項を定め、県民の本法人への期待と信頼に応え、県民が安心して医療を受けられる環境を確保するものとする。

第2 用語の定義

この指針及び法人内の医療安全管理の取り組みにおいて使用される用語は、次のとおり定義する。

(1)医療事故（広義のもの）

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する全ての人身事故で、次のアからエの場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

ア 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合

イ 患者が病室や廊下等で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合

ウ 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合

エ 人身事故に直結する事例ではないが、医薬品の紛失、盗難など、今後重大な医療事故につながりかねない事例

(2)医療過誤

医療事故のうち、医療従事者が、医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為をいう。

(3)ヒヤリ・ハット事例

患者に実質的な不利益（傷害）は発生しなかったが、医療事故につながる可能性のある事態をいう。

具体的には、ある医療行為が、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、②患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す。インシデントと同義。

(4)医療事故等

医療事故及びヒヤリ・ハット事例を含めたものをいう。

(5)医療事故等の分類基準

医療事故等については、表1、及び表2により分類する。

表1 医療事故等（転倒・転落を除く）分類

レベル0	ある医療行為等が患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測された場合や、ある医療行為等の準備段階で、錯誤しそうになった場合
レベル1	ある医療行為等が患者には実施されたが被害が生ぜず、またその後の観察によっても問題が生じない場合
レベル2	医療事故によりバイタルサインに変化が生じ、心身への配慮や検査の必要性が生じた場合
レベル3	医療事故により治療の必要性が生じた場合及び当初に必要でなかった治療や処置が新たに必要となり、診療期間を延長することとなった場合
レベル4	医療事故による障害が重篤で、障害が残る可能性が生じた場合
レベル5	医療事故により、死亡した場合

(注) レベル0及び1は、ヒヤリ・ハット事例

表2 医療事故等（転倒・転落）分類

レベルA	患者に損傷はなかった場合
レベルB	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた場合
レベルC	皮膚接合テープ・皮膚接着剤、縫合、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた場合
レベルD	ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった場合
レベルE	転倒による損傷の結果、患者が死亡した場合
レベルF	記録からは判定不可能な場合

第3 医療安全管理体制の整備

各病院の管理者は、次の事項を基本として、病院内における医療安全管理体制を確保するものとする。

(1)医療安全管理指針の策定

各病院においては、次のアからクに掲げる事項を含めた、医療に係る安全管理のための指針（以下「医療安全管理指針」という。）を定める。

ア 病院における医療安全管理に関する基本的な考え方

イ 医療に係る安全管理のための委員会（以下「医療安全管理委員会」という。）その他
 関連する病院内の組織に関する基本的事項

ウ 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本方針

エ 病院における医療事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

オ 医療事故等発生時の対応に関する基本方針

カ 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する医療安全管理指針の閲覧に関する基本方針を含む。）

- キ 患者からの相談への対応に関する基本方針
- ク その他医療安全の推進のために必要な基本方針

(2)医療安全管理委員会の設置

医療安全管理指針の策定と病院内の医療安全管理体制の確保及び総合的な推進のため、医療安全管理委員会を設置する。なお、医療安全管理委員会は、次のアからカに掲げる基準を満たすものとする。

- ア 医療安全管理委員会の管理及び運営に関する規程を定める
- イ 重要な検討内容について、患者への対応状況を含め病院の管理者へ報告する。
- ウ 重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。
- エ 医療安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う。
- オ 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合に適宜開催する。
- カ 各部門の安全管理のための責任者等で構成する。

(3)医療安全推進室の設置

医療安全管理委員会の方針に基づき、組織横断的に安全管理を担う部門として医療安全推進室を設置する。

(4)医療安全管理者の配置

病院の管理者から安全管理のために必要な権限を付与され、病院の管理者の指示に基づいて、組織横断的に医療安全対策を推進する者として医療安全管理者を配置する。

(5)セーフティマネジャーの配置

医療事故等の把握、検討等を行い、医療事故等の防止に資するため、病棟等の部署単位でセーフティマネジャーを配置する。

(6)合併症及び死亡症例検討会の開催

医療安全の向上及び医療事故の防止に資するため、合併症及び死亡症例について、検討会を定期的実施する。

合併症及び死亡事例検討会は、複数診療科の医師及び多職種の医療従事者が参加するものとする。

(7)医療に係る安全管理のための職員研修

個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員として意識の向上等を図るため、医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に対する研修を行う。

研修は、医療機関全体に共通する安全管理に関する内容について、年2回以上、定期的開催するほか、必要に応じて開催し、実施内容について記録する。

(8)マニュアルの整備

医療事故防止のための具体的な手順や医療事故等が発生した場合の対応手順等について各病院に応じたマニュアルを作成し、関係する職員に周知徹底する。

第4 医療事故への対応

(1)事故発生時の対応

医療事故への対応は、病院の管理者が責任者となり、適切かつ迅速な対応に努めるものとする。

特に、医療法（昭和23年法律第205号）第6条の10に定める医療事故^{注）}が発生した場合は、病院の管理者は、医療法第6条の10及び第6条の11の規定に基づき、必要な措置をとらなければならない。

(2)医療事故調査委員会の設置

病院の管理者は、医療法第6条の10に定める医療事故^{注）}が発生した場合は、医療法第6条の11第1項の規定に基づき発生原因を明らかにするために必要な調査を行うため、医療事故調査委員会を設置しなければならない。

また、医療事故調査委員会は、公平性、中立性を確保するため、医療法第6条の11第2項に定める医療事故調査等支援団体に対し支援を求めるほか、必要に応じて、専門知識を有する第三者に対し、委員会への参加を求めるものとする。

なお、医療法第6条の10に定める医療事故に該当しない場合であっても、医療事故調査委員会を設置することができる。

(3)理事長への報告

病院の管理者は、医療事故のうちアからウのいずれかに該当するものは、速やかに（イの場合には、公的機関に届出する前に）理事長に報告するものとする。

ア 医療事故等の分類基準によるレベル4又はレベル5に該当するもの

イ 法令等の規定に基づき、公的機関に対し届出が義務付けられているもの

ウ その他病院の管理者が理事長への報告の必要があると判断したもの

病院の管理者は、(2)の医療事故調査委員会を設置した場合にあっては、当該委員会での審議結果等について、遅滞なく、理事長に報告するものとする。

(4)保健所への情報提供

病院の管理者は、管理上重大な事故があった場合など、医療事故のうち保健所へ情報提供する必要があると判断したものは、所轄保健所に報告する。

(5)警察署への届出

各病院の医師は、医療事故により死亡し、異状があると判断した場合は、現行の医師法(昭和23年法律第201号)第21条は、死体を検案し、医師が体表に異状を認めた場合、所轄警察署に届けることを求めている。また、病理解剖を含む一連の調査の過程で、異状が明らかになった場合は、その時点で所轄の警察署に届出を行うことになる。なお、届出に当たっては、病院の管理者と協議するものとし、原則として事前に家族に説明するものとする。

第5 医療事故の公表

本法人において医療事故が発生した場合は、次により公表するものとする。

(1)各病院での個別公表

各病院の管理者は、次の①のアからウに該当する場合には、理事長と協議の上、②のア及びイの事項を順次公表するものとする。なお、公表に当たっては、患者及び家族等の理解を求めるとともに、人権及びプライバシーの保護に最大限の配慮を

行うものとする。

① 公表する医療事故の範囲

- ア 医療過誤が原因となって患者が死亡した場合など、医療従事者の診療行為及び患者に与えた被害の程度等を総合的に勘案して、病院の管理者が重大であると判断するもの
- イ 過失の有無が明らかでない医療事故であっても、アに準ずる場合で、病院の管理者が特に必要と認めるもの
- ウ その他病院の管理者が特に必要と認めるもの（医薬品の紛失等を含む。）

② 公表する事項

- ア 医療事故発生までの経緯と医療事故の概要
- イ 医療事故発生後の対応状況と今後の事故再発防止策

(2)法人全体としての包括公表

各病院における医療事故等の件数等については、毎年度、本部事務局でとりまとめ、一括してホームページへの掲載等により公表する。

第6 その他

各病院における医療安全管理に関する情報を共有し、法人全体として医療安全管理体制の強化を図るため、各病院の医療安全管理者その他医療安全管理に従事する職員から構成される医療安全推進連絡会を設置する。

奈良県総合医療センター安全管理指針

1. 安全管理指針の目的

この指針は、医療事故の予防・再発防止対策並びに発生時の適切な対応など当院における医療安全対策を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とする。

2. 安全管理に関する基本的な考え方

(1) 医療事故の現状認識

近年における医療事故紛争は、患者の権利意識の高揚や医療の高度化・複雑化等により増加傾向にある。

当院においても、患者の安全確保の観点から医療事故の予防・再発防止対策を推進することはきわめて重要な取り組みである。

(2) 医療安全に関する基本姿勢

当院の医療安全活動においては、「人間はエラーを犯すもの」という観点に立ち、医療事故を起こした個人の責任を追及するのではなく、医療事故を発生させた安全管理システムの不備や不十分な点に注目し、その根本原因を究明し、これを改善していくことを主眼とする。

また、「常に医療事故を絶対に防ぐのだ」という強い信念のもと、患者に信頼される医療サービスの提供と医療の質の向上を求めていくことを本院の医療安全の基本姿勢とする。

こうした基本姿勢をベースにした医療安全活動の必要性、重要性を各所属及び全職員に周知徹底し、院内共通の課題として積極的な取り組みを行う。

(3) 安全管理の具体的な推進方策

①安全管理体制の構築

医療事故予防並びに事故発生の緊急対応について、院内全体が有機的に機能するシステムとして整え、一元的で効率的な医療安全管理体制を構築する。

②医療事故（アクシデント）、ヒヤリ・ハット（インシデント）等の報告制度の確立
医療安全意識の醸成と具体的な予防・再発防止策に資するため、医療事故やインシデントの情報収集・分析・評価・対策立案を的確に行う体制を構築する。

③職員に対する安全教育・研修の実施

当院における医療安全に関する基本的な考え方や個別事案に対する予防・再発防止策の周知徹底のため、職員全体を対象にした教育・研修を計画的に実施する。

（年2回程度）

④事故発生時の対応方法の確立

事故発生時には、患者の安全確保を最優先するとともに、事故の再発防止策を早期に検討し職員に周知徹底する。

⑤相談窓口の設置

苦情や相談等に対応するため相談窓口を設置し、ケースワーカーが適正に対処する。

*上記の「奈良県総合医療センター安全管理指針」を着実に推進するために、別途「奈良県総合医療センター医療安全委員会」及び「奈良県総合医療センター医療安全管理委員会ワーキンググループ部会」を設置し、「奈良県総合医療センター医療事故防止マニュアル」により行う。

また、医療事故が発生した時の対応は「奈良県総合医療センター医療事故マニュアル」に沿って行うこととし、「奈良県総合医療センター医療事故対策委員会」が対処する。

附 則

平成26年4月1日一部改正

奈良県総合医療センター医療安全推進室の業務指針

1. 目的

この指針は、医療安全管理委員会と連携しつつ、実効性のある医療安全対策を組織的に推進するため、医療安全推進室の業務に必要な事項を定めるものとする。

2. 組織

医療安全管理を組織的に担う部門として医療安全推進室（以下「推進室」という）を設置する。管理者には以下の物を配置する。

医療安全推進室長	副院長	（兼任 1 名）
医療安全管理者	看護師	（専従 1 名）
	薬剤師	（兼任 1 名）
	看護師	（兼任 1 名）
	医事課	（兼任 1 名）

3. 所掌事務

推進室は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 「医療事故、ヒヤリ・ハット方向」による情報の収集・分析
- (2) 医療事故の予防策・再発防止策の立案、実施、評価
- (3) 医療事故安全管理に関わる情報収集、分析
- (4) 医療安全に係わる研修の企画・運営
- (5) 医療安全管理に関する規程やマニュアル等の策定
- (6) 医療安全管理に関する院内の連絡調整
- (7) その他の医療安全に関する業務

4. 医療安全管理者

推進室には、専従の医療安全管理者を配置し、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- (2) 定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
- (3) セーフティマネジャーの支援を行うこと。
- (4) 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
- (5) 医療安全対策に係わる体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
- (6) 医療安全対策に係わる患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

5. 報告

推進室は、院内で検討すべき課題やワーキンググループ部会で討議された課題の経過及び結果を医療安全管理委員会へ報告する。

附 則 平成 26 年 4 月 1 日一部改正

奈良県総合医療センター医療安全管理委員会規程

(目的)

第1条 この規程は、奈良県総合医療センターにおける医療事故を防止し、安全かつ適切な医療の提供を確立するために必要な事項を定める。

(委員会の設置)

第2条 前条の目的を達成するために、当院に「医療安全管理委員会」（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会は、常任委員会及び任期が1年の委員により構成し、常任委員については下記の職員をあて、委員については院長が任命する。

(常任委員)

副院長、医療安全推進室室長、医療機器安全管理責任者、医薬品安全管理責任者
救命救急センター所長、看護部長、薬剤部長、中央臨床検査部技師長、
中央放射線部技師長、事務部長、総務課長、医事課長

(委員)

放射線科部長、医局総務委員、中央内視鏡部部長、内科系部長1名、手術室部長
外科系部長1名、他科系部長1名、看護部医療安全委員長 臨床工学技士係長

3 委員長は医療安全推進室室長（副院長）とする

4 委員会は委員長が招集し、議題等付議すべき事項は、委員にあらかじめ通知する。

5 常任委員による委員会は毎月1回、全委員による委員会は年4回程度開催し、必要に応じて委員長の判断により臨時会を開催する。

(委員会の任務)

第3条 委員会は、院長の諮問に応じて、所掌事務について調査審議するほか、所掌事務について院長へ建議することができる。

2 委員会の調査審議の結果については、院長に報告するものとする。

(委員会の所掌事務)

第4条 委員会は、次の各号に掲げる事項を所掌する。

- (1) 医療事故防止策の検討及び研究に関すること
- (2) 医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること
- (3) 医療事故防止のための職員に対する教育、研修に関すること
- (4) 医療事故防止のために行う提言に関すること
- (5) 医療事故発生防止のための啓発、広報及び出版に関すること
- (6) その他の医療事故の防止に関すること

(参考人)

第5条 委員長は、必要と認めるときは関係職員の出席を求め、意見を聴取することができる。

2 委員長は、必要と認めるときは関係業者等の出席を求め、意見を求めることができる。

(ワーキンググループ部会)

第6条 医療事故防止対策を実効あるものにするとともに、組織横断的に安全管理を担う。「医療安全管理部門」として、委員会にワーキンググループ部会を設置し、事故の原因分析や事故防止の具体策等について、調査・検討する。

2 ワーキンググループ部会の委員は、第8条に規定するセーフティマネジャーとする。

3 ワーキンググループ部会の運営要綱は別に定める。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は医事課が行う。

(セーフティマネジャー)

第8条 ヒヤリ・ハット事例の報告内容の把握、検討等を行い、医療事故の防止に資するため、セーフティマネジャーを置く。

2 セーフティマネジャーは、常任及び1年交代の非常任委員によって構成し、常任委員について下記の職員を、非常任委員については下記職員の中から総長が任命する。

(常任)

医療安全推進室、栄養管理課副部長、薬剤部次長、中央臨床検査部副技師長
中央放射線部副技師長、看護部医療安全委員長、総務課庶務係長、医事課職員

(非常任)

内科系医長1名、外科系医長1名、他科系医長1名、救命救急センター医長1名
看護師長、理学療法士、視能訓練士、臨床工学士

3 セーフティマネジャーの任務は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言

(2) 「ヒヤリ・ハット報告書」の内容の分析及び必要事項の記入

(3) 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の所属職員への周知徹底、その他委員会及びワーキンググループとの連絡調整

(4) 職員に対する「ヒヤリ・ハット報告書」の積極的な提出の励行

(5) その他医療事故の防止に関する必要事項

(セーフティマネジメントナース)

第9条 看護部のセーフティマネジャーを総括するため、看護部にセーフティマネジメントナースを置く。

2 セーフティマネジメントナースには、看護副部長1名をあてる。

(セーフティマネジメントナースの任務)

第10条 セーフティマネジメントナースの任務は、次の号に掲げるとおりとする。

- (1) 看護部のセーフティマネジャーの総括に関すること
- (2) 看護部門にかかる事故防止及び安全対策に関する、関係部門との連絡、調整検討及び指示に関すること
- (3) 医療事故の原因及び防止策並びに医療体制の整備についての検討及び提言に関すること
- (4) セーフティマネジメントについての教育に関すること
- (5) ヒヤリ・ハット事件事例に対する指導に関すること

(職員の責務)

第11条 職員は、業務の遂行に当たっては、常日頃から患者への医療、看護等の実施、医療機器の取扱いなどに当たって医療事故の発生を防止するよう細心の注意を払わなければならない。

(ヒヤリ・ハット体験報告)

第12条 院長は、医療事故の防止に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。

- 2 ヒヤリ・ハット事例が発生したときは、当該事例を体験した職員は、別に定める「ヒヤリ・ハット報告書」(様式4及び5)を積極的に提出するよう努め、今後の医療事故の防止に資する。
- 3 「ヒヤリ・ハット報告書」は、医療安全推進室に提出する。
- 4 「ヒヤリ・ハット報告書」を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

附 則

この規程は、平成22年7月13日から施行する。なお、本規程施行後は「奈良県立奈良病院医療事故防止委員会規程」は廃止する。

この規程は、平成26年6月1日から施行する。

奈良県総合医療センター医療安全管理委員会ワーキンググループ部会運営要綱

(目的)

第1条 この運営要綱は、医療安全管理委員会規程6条の規定により設置する。ワーキンググループ部会の円滑な運営を図るため、必要な事項を定める。

(ワーキンググループ部会)

第2条 ワーキンググループ部会（以下「部会」という）は、医療安全管理委員会規程第8条に規定する職員をもって構成する。

- 2 部会長は、医局総務委員とする。
- 3 部会は部会長が招集し、検討すべき事項等は、部会員にあらかじめ通知する。
- 4 医療安全管理委員会委員長は、部会にオブザーバーとして出席することができる。
- 5 部会は、原則として毎月1回の定例会開催及び部会長の判断による臨時会を開催する。

(部会の所掌事務)

第3条 部会は、医療安全管理委員会の委員長の求めに応じて、次の事項について調査研究・検討・企画・立案・及び指導を行う。

- (1) ヒヤリ・ハット事例の原因の分析並びに事故予防策の検討及び提言に関する事
- (2) 医療事故の原因の分析並びに再発防止策の検討及び提言に関する事
- (3) 医療事故に関する諸記録の点検に関する事
- (4) 医療事故の防止のための啓発、広報等に関する事
- (5) 他の委員会に対する勧告案の検討に関する事
- (6) その他医療事故の防止に関する事項に関する事

(職員の責務)

第4条 職員は、部会が円滑に運営できるよう、部会の求めに積極的に協力しなければならない。

(参考人)

第5条 部会長は、必要と認めるときは、関係職員の出席を求め、意見を聴取することができる。

- 2 部会長は、必要と認めるときは、関係業者等の出席を求め、意見を求めることができる。

(庶務)

第6条 部会の庶務は医事課が行う。

附則

この要綱は、平成14年7月5日から施行する。なお、本要綱施行後は「奈良県立奈良病院医療事故ワーキンググループ部会運営要綱」は廃止する。

平成26年4月1日一部改正

奈良県総合医療センター医療事故対策委員会規程

(目的)

第1条 奈良県総合医療センター（以下「センター」という。）における医療事故発生時の対応並びに事故紛争の適切な処理を図るため、センターに奈良県総合医療センター医療事故対策委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(組織)

第2条 委員会は、院長、副院長、救命救急センター所長（救命救急センター関連の場合のみ）、関連診療部長、事務部長、医事課長及びセンター外部の委員をもって構成する。

- 2 前項のセンター外部の委員は、病院と直接利害関係にない者から1名以上を院長が選任する。
- 3 委員会に委員長及び副委員長を置き、委員長は院長、副委員長は医療安全推進担当副院長をもってこれにあてる。

(委員会の招集等)

第3条 委員長は、委員会を招集し、会議の議長となる。

- 2 副委員長は委員長を補佐し、委員長不在の時、委員長の職務を代行する。
- 3 委員会は、外部委員を含む委員の過半数の出席で成立する。
- 4 緊急を要する事態においては、委員の出席が過半数に満たない場合でも委員長の判断により迅速対応会議を開くことができる。ただし、後日、外部委員を含む委員の過半数が出席した委員会において承認を得るものとする。

(関係者の出席)

第4条 委員長が審議に必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ、意見を聴き、又は委員以外の者から資料の提出を求めることができる。

(所掌事項)

第5条 委員会は、次に掲げる事項について所掌する。

- 1 発生した医療事故及び医療紛争への対応に関すること。
- 2 発生した医療事故の紛争への対応に関すること。
- 3 発生した医療事故の原因に関すること。
- 4 発生した医療事故の防止対策に関すること。
- 5 発生した医療事故の情報交換に関すること。
- 6 その他の委員会の目的達成のために必要な事項に関すること。

(医療事故調査班)

第6条 委員長は前条の目的を達成するために、医療事故調査班（以下「調査班」という。）を組織することができる。

- 2 調査班の構成員及び班長は委員長が任命する。
- 3 委員長は、調査班の構成員に参加することができない。
- 4 調査班は、発生した医療事故の原因究明に必要な調査を行い、委員会に報告するものとする。

(秘密の保持)

第7条 委員会に出席した者は、委員会で知り得た事項に関しては、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

- 2 調査班の構成員は、調査の過程において知り得た事項に関して、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

(訴訟対応の管理)

第8条 医療紛争により奈良県総合医療センターが裁判所に提訴された時は、委員長は副委員長及び当該訴訟に最も関連する診療部長1名とともに弁護士及び裁判所との調整にあたり、連携して適切な訴訟の進行を図るものとする。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、医療安全推進室及び医事課が行う。

附 則

- 1 この規程は、平成6年11月10日から施行する。
- 2 平成7年4月1日一部改正
- 3 平成13年1月5日一部改正
- 4 平成14年7月5日一部改正
- 5 平成22年7月13日一部改正
- 6 平成24年5月1日一部改正
- 7 平成26年1月28日一部改正
- 8 平成26年4月1日一部改正

奈良県総合医療センター医療事故調査委員会設置規程

(趣旨)

第1条 地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医療センターに、院長が原因究明の必要があると認めた医療上の事故について、事故発生の原因調査・究明により再発防止と家族対応、救済を行うことを目的として、医療事故調査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(組織)

第2条 委員会は、次に掲げる者をもって組織する。

- (1) 外部の医療専門職（医師、看護師、各種技師等）
- (2) 外部の有職者若干名（弁護士、患者団体代表等）
- (3) 当該医療機関の医療安全管理者
- (4) 当該医療機関の医療専門職（医師、看護師、各種技師等）
- (5) その他委員会が必要と認めた者

2 委員の任期は、委員会設置の日から任務の完了する日までとする。

(議決事項)

第3条 委員会は、次に掲げる事項を行う。

- (1) 医療上の事故発生の原因調査・究明に関すること
- (2) その他医療上の事故発生の原因の改善・指導（再発防止）に関すること
- (3) 家族への対応、救済に関すること

(会議の運営)

第4条 委員会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は可能な限り外部の委員をもって充てる。副委員長は委員長が指名する。
- 3 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故あるときは、その職務を代行する。
- 5 委員会は、委員の3分の2以上の出席がなければ、会議を開くことはできない。

(委員以外の者の出席)

第5条 委員会は、必要と認めたときは、委員以外の者を会議に出席させ、説明又は意見を求めることができる。

(事務)

第6条 委員会に関する事務は、医療安全推進室及び医事課において処理する。

(雑側)

第7条 この規定に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員会が別に定める。

(附則)

この規程は、平成27年9月1日から施行する。

奈良県総合医療センター医療事故防止マニュアル

このマニュアルは、奈良県総合医療センターにおける医療事故の発生を予防し、医療の質の確保及び安全な医療提供体制を確立することを目的とする。

第1 理念

近年、医療事故に対する患者の受け止め方に変化が見られる。その背景には、医療従事者に対する患者の不信感、患者の権利意識の高揚、患者の医療に対する期待過剰、医療紛争や裁判に関する情報の迅速化などが考えられる。これに対して医療側は、患者側の意識変化に十分対応できない場合があり、医療訴訟に発展することも少なくないが、何よりも患者の安全と救命を最優先にして処置するべきであり、病院内での他科の応援スタッフは勿論のこと、必要な場合には病院外の専門医の応援も依頼する。

医療事故を防止するためには、医療事故の防止対策及事後処理のマニュアル化が必要である。しかし、医療従事者は患者が医療の選択者であるという立場に基づいてインフォームドコンセントを行う必要があることを銘記すべきである。

第2 医療事故防止のための基本認識

医療事故を防止するためには、職員個人が、事故防止の必要性・重要性を自分自身の課題として事故防止に努めることが重要である。

加えて、人が行う行為であることから、「事故は起こる」という前提に立ち、職員個人の努力だけに依存するのではなく組織的、系統的な医療事故防止の対策を打ち出し、それを絶えず見直すことが必要である。

第3 医療事故防止のために方策

(1) コミュニケーションの徹底

患者及び患者家族とのコミュニケーションが最重要である。

(2) 十分なインフォームド・コンセント

ア) 侵襲的医療行為

侵襲を伴う医療行為（手術、検査、治療）を実施する際には、患者及び家族に、医療行為の目的、方法、予想される結果を十分に説明し、同意を得る。

合併症など重要な事項については、繰り返し説明し、理解の徹底を図る必要がある。特に合併症の頻度については、本邦の統計に基づく具体的な数値を上げて説明し、合併症に対する対策についても言及する。

同意書には説明内容の詳細な記録と、説明者及び患者側の署名捺印が必要である。

同意書は、病名を告知していない場合は様式1、病名を告知した場合は様式2を用いる。同意書は、各医療行為に特異性のあるものが望ましい。すなわち、手術法、検査法、治療法について、各科においてそれぞれの同意書を作成し、説明内容の統一と徹底を記する。

イ) 非侵襲的医療行為においても、医療行為の目的、方法については説明し、インフォームド・コンセントを得る。

特に、造影剤を使用する検査、悪性腫瘍に対する化学療法や放射線療法などで重篤な副作用が予想される場合には、侵襲的医療行為に準じた対応が必要である。

(様式3参照)

(3) 新任者への教育の徹底

新人医局員のオリエンテーションでは、インフォームド・コンセントの概念について、歴史的・社会的背景を含めて説明する。指導医は、各専門分野のインフォームド・コンセントの実際について、具体的に説明する。

新人医局員は、診察に当たって指導医ないし専門医と十分に相談する。重大な決断に際しては、必ず指導医ないし専門医と相談する。

(4) 医療従事者間の十分な連携

複数の医師が交代で診察にあたる場合は、十分な申し送りが必要であり、医師間の見解を統一する。

特に、治療法、治療経過、予後の推定については、意見の相違がないようにする。医師、看護師、検査技師などが共同で医療にあたる場合には、意思の統一を図る。医師が、患者又は、患者に家族に病状などの説明をする場合には、看護師もなるべく立ち会うようにする。また、事務部各課の連携を図る。

(5) 事故の届出の励行

医療事故発生時には、すみやかに定められた様式(様式4及び5)に従い、事故の届出を行う。事故ではないニアミスの場合にも、同様に様式4及び5による届出を行うものとする。

事故(アクシデント)報告とヒヤリ・ハット(インシデント)報告の区分については、事故報告がいわゆる医療事故を意味し、医療行為の中で患者に障害が及び既に損害が発生しているものとし、ヒヤリ・ハット報告が患者に障害を及ぼすには至らなかったが、診療現場でヒヤリとしたりハットした出来事とする。

これらの報告書の内容は職員に広く周知し、また医療安全管理委員会におけるヒヤリ・ハット事例の評価分析を基に、輸血、注射、・・・等についての具体的な注意事項を定めた「**事故防止の要点と対策**」を作成し、院内で他職員の経験したインシデント事例を職員相互に共有することにより、事故発生の全体像を把握し、再発防止に役立てるものとする。

(6) その他

病院の機構や体制及び医療法規の熟知

院長は、医療事故防止の周知徹底に努めるものとし、具体的に以下の対策等を講ずる。

- ・医療事故防止月間行事の実施
- ・医療事故防止のポスターの提示
- ・医療事故防止講演会の開催

- ・各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施
- ・他の施設における事故事例の学習

第4 医療事故防止体制の整備

奈良県総合医療センターにおける医療事故防止体制の確立を図るため、「**奈良県総合医療センター医療安全管理委員会規程**」（別紙1）及び「**奈良県総合医療センター医療安全管理委員会ワーキング部会運営要綱**」（別紙2）を定める。

第5 医療事故発生時の対応

（1）事故への処置および状況確認

医療事故発生時には、現場の医療者は患者の安全と救命を最優先して処置にあたる。

医療事故に対しては、主治医、指導医、病棟責任者の順に対応し、診療科部長（医長）に報告する。

当事者または発見者は、応援スタッフ（他科の医師も含めて）を招集し、決して単独で処理してはならない。

（2）事故の報告

事故発生後、すみやかに当事者または発見者は、当該診療部長（医長）を通じて、別添報告書（様式4及び5）により医療安全推進室（室長）に報告し、指示を仰ぐ。

なお、緊急の場合は、口頭でもかまわないが事後に報告書により報告する。

医療事故等報告に係るフローチャート参照

（3）患者あるいは家族への説明

事故の状況について、患者あるいは家族にできるだけ説明し、必要な処置についても説明して承諾を得る。説明は診療科部長（医長）、主治医および事故当事者があたるものとする。

また、説明の内容は報告書（様式4及び5）により、診療部長（医長）が院長に報告する。

（4）証拠書類の整理

カルテには、事故発生前後の状況を詳細に記録し、実施した応急処置の内容、家族への説明についても詳細に記録する。患者側に資料を渡す場合には、必ず院長の許可を得て弁護士に相談してからコピーを渡す。

（5）事故の分析と対応

事故発生時の対応並びに事故紛争の適切な処理を図るため、「医療事故対策委員会規程（別紙3）」を定める。

報告を受けた院長は、早急に医療事故対策委員会を招集し、事実関係を明らかにする。また、患者および家族に対する対応を検討する。

(6) 警察への届け出

明らかな医療過誤によって、死亡または重大な傷害が発生した場合又は、その疑いがある場合には、院長が速やかに所轄の警察署に届出を行う。

なお、届け出にあたっては、事前に患者又は、患者の家族に承諾を得るものとする。

(7) 病院賠償責任保険の保険会社への報告

事故が明確になったときもしくは、患者又は、患者の家族等に承諾を得るものとする。

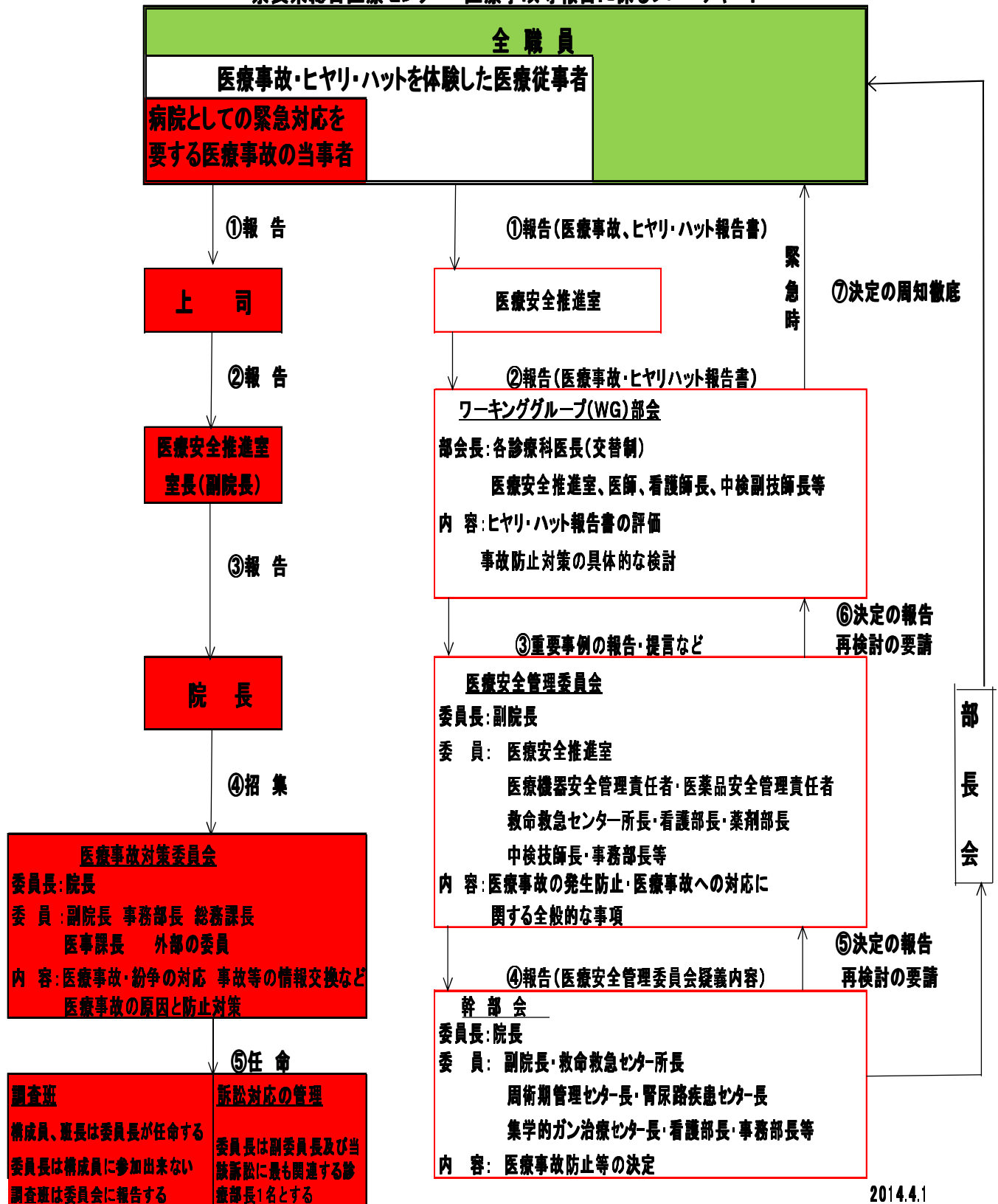
(8) 病理解剖

死亡事故の場合は、極力病理解剖を家族に勧め、その旨をカルテに記録として残す。

附 則

- 1 この規程は、平成 6 年 11 月 10 日から施行する。
- 2 平成 7 年 4 月 1 日一部改正
- 3 平成 13 年 1 月 5 日一部改正
- 4 平成 14 年 7 月 5 日一部改正
- 5 平成 22 年 7 月 13 日一部改正
- 6 平成 26 年 4 月 1 日一部改正

奈良県総合医療センター 医療事故等報告に係るフローチャート



2014.4.1
 2014.5.20

提出を義務づけている書類

書類名	報告内容
医療事故、ヒヤリ・ハット報告書	医療事故
	ヒヤリ・ハット
	薬剤破損・紛失・廃棄（麻薬以外）
	アナフラキシーショック
エピネット（針刺し・切創報告書）	針刺し事故（感染防止対策室）
エピネット（皮膚粘膜）	皮膚粘膜（感染防止対策室）
麻薬施用状況報告書	麻薬の破損・紛失・廃棄
医療機器破損届け出用紙	医療機器の破損

留意事項

- * まず、第1報を医療安全推進室へ入れる
- * 書類に所属と発生日、概要を記載 コピーを提出する
- * 処方箋や指示簿、看護記録のコピーを添付

用語の定義

1. 医療事故（広義のもの）

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する全ての人身事故で、次のアからエの場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

- ア 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合
- イ 患者が病室や廊下等で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合
- ウ 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合
- エ 人身事故に直結する事例ではないが、医薬品の紛失、盗難など、今後重大な医療事故につながりかねない事例

2. 医療過誤

医療事故のうち、医療従事者が、医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為をいう。

3. ヒヤリ・ハット事例

患者に実質的な不利益（傷害）は発生しなかったが、医療事故につながる可能性のある事態をいう。

提出を義務付けている書類

*医療事故、ヒヤリ・ハット報告書

*転倒転落報告書

- 医療事故・過誤は直ちに対応することが何よりも重要です。
- 医療事故の防止には、医療事故、ヒヤリ・ハット報告書が必須です。
- 医療事故、ヒヤリ・ハット発生時は、まず報告書第1報（コピー）を医療安全推進室へ提出して下さい。
- 医療事故、ヒヤリ・ハット報告は、報告書第1報（コピー）提出後、速やかに医療安全推進室へ提出して下さい。

医療事故等分類

2016年4月1日

医療事故等（転倒・転落を除く）分類

レベル0	ある医療行為等が患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測された場合や、ある医療行為等の準備段階で、錯誤しそうになった場合
レベル1	ある医療行為等が患者には実施されたが被害が生ぜず、またその後の観察によっても問題が生じない場合
レベル2	医療事故によりバイタルサインに変化が生じ、心身への配慮や検査の必要性が生じた場合
レベル3	医療事故により治療の必要性が生じた場合及び当初に必要でなかった治療や処置が新たに必要となり、診療期間を延長することとなった場合
レベル4	医療事故による障害が重篤で、障害が残る可能性が生じた場合
レベル5	医療事故により、死亡した場合

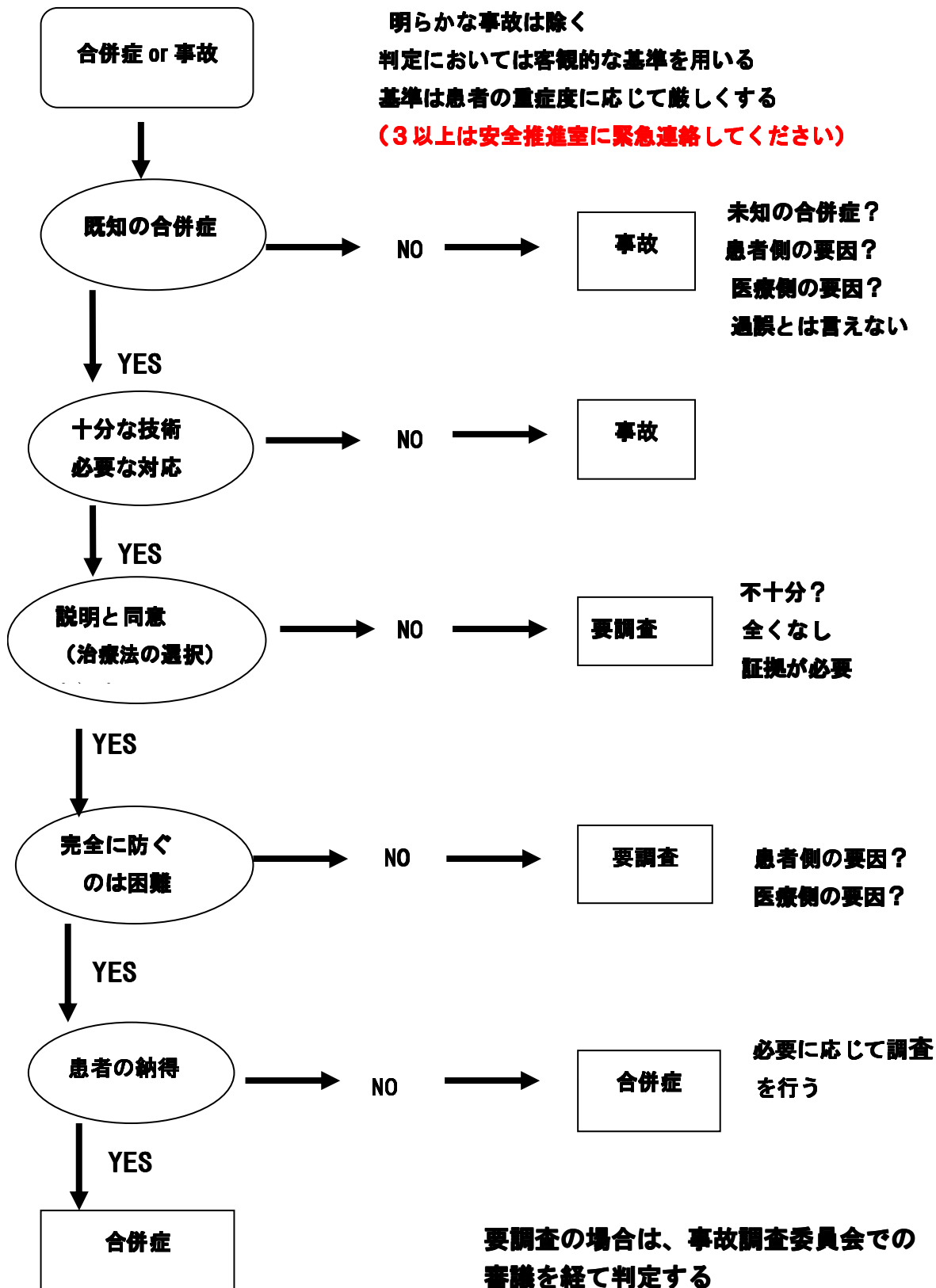
(注) レベル0及び1は、ヒヤリ・ハット事例

医療事故等（転倒・転落）分類

レベルA	患者に損傷はなかった場合
レベルB	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた場合
レベルC	皮膚接合テープ・皮膚接着剤、縫合、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた場合
レベルD	ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった場合
レベルE	転倒による損傷の結果、患者が死亡した場合
レベルF	記録からは判定不可能な場合

合併症・副作用のための事故性判定チャート

セーフティマネジャー用



平成 28 年 4 月 1 日一部改正

身体抑制に関する説明書

当院では、患者さんの身体の安全を確保する目的で、緊急やむを得ない場合に限り、身体抑制をさせていただくことがあります。

この場合、必要最小限で最短時間の抑制とし、ご家族と積極的な情報交換等を持ちながら協力し合い、患者さんの安全を守っていくよう努めます。

<身体抑制の目的>

1. ベッドや車いすからの転落防止
2. 点滴チューブ類の尿管カテーテル等の抜去防止
3. 手術・検査・処置等を安全に受けていただくため

<抑制用具について>

抑制帯（四肢・体幹用）、ミトン型手袋、シーツ、ベッド柵

<抑制の弊害として以下のことが起こりうる場合があります>

身体面：床ずれ、関節の拘縮、筋力低下など

精神面：怒り、不安、屈辱、あきらめ *ご家族にも言える事です

平成 年 月 日

説明者：

立会人：

奈良県総合医療センター

身体抑制に関する同意書

奈良県総合医療センター 院長殿

「身体抑制」についての説明を受け同意いたしました。

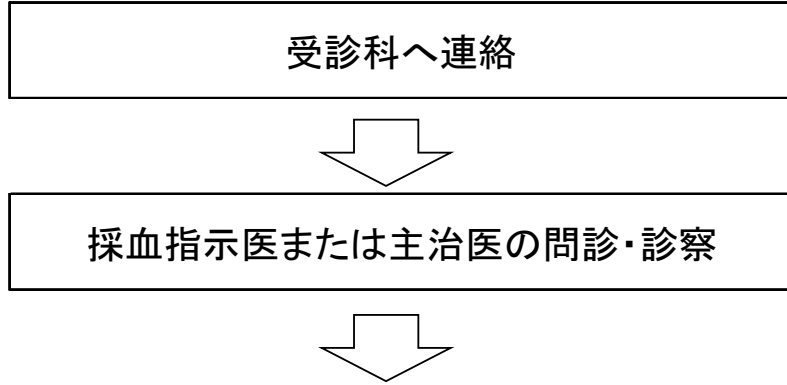
平成 年 月 日

患者 氏 名 :

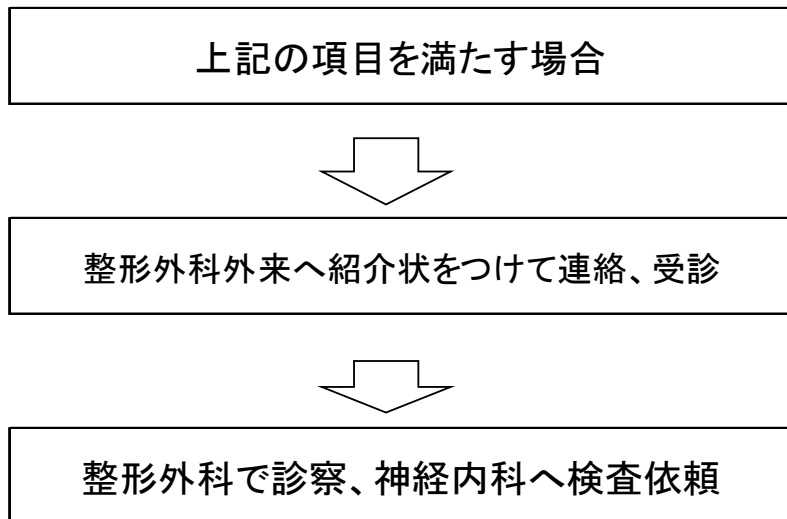
同意者 氏名 :

(患者との続柄) :

採血における神経に関連する症状発生時の対処



1. 採血局所の痛み、圧痛がある。
2. 採血部の明らかな腫脹と皮下血腫を認める。
3. 採血部位を軽く押さえるか、たたくと前腕へと放散する痛み、しびれがある。
4. 痛みのため、肘関節の運動制限を認める。特に完全に伸展できない。
5. 安静時でも手指のしびれを訴える。



ドクターコール

8時～19時

病棟・外来・病院敷地内で緊急に患者への対応が必要な場合

交換台「9」番へ

「ドクターコール ○○病棟・外来」と連絡

19時～8時

病棟・外来・病院敷地内で緊急に患者への対応が必要な場合

救命救急センター（ICU）「2593」番へ

「ドクターコール ○○病棟・外来」と連絡

*ドクターコールを要請した場合、

「ドクターコール報告書」を速やかに医療安全推進室へ提出して下さい

ドクターコール NO()

医療安全推進室

ドクターコール報告書

ドクターコールを依頼した部署が記載

発生年月日: 年 月 日

患者氏名		男・女	年齢	歳
患者番号				

急変時刻(目撃のある場合)	年 月 日 時 分
発見時刻(目撃のない場合)	年 月 日 時 分
発見場所	
発見時の状態	
ドクターコールの要請日時	年 月 日 時 分
ドクターコールの要請場所	
ドクターコールの要請方法	9番へ依頼・2593・その他()
第1到着者	医師・看護師・その他()
第1到着者:到着時刻	年 月 日 時 分
心肺停止確認時刻	年 月 日 時 分
CPR開始時刻	年 月 日 時 分
転帰	救命センターへ搬入・入院()・帰宅

上記の時間経過については以下に記入

時刻	コメント(バイタルサイン、心電図調律、除細動、薬剤投与など)
例:8:24	VE再発に対し、2度目の徐細動。300J。除細動後、再び心静止
例:8:26	気管挿管

急変時の状況、病状等に関するコメント
例:糖尿病の既往。胸痛あり心カテ目的で入院中。検査の前日にトイレで急変

報告者:所属() 氏名()

提出先: 医療安全推進室

救急カートの標準化

目的：「院内で救急カートの薬品・物品を統一することで

誰でも いつでも どこでも使える安全な救急処置が可能となる」

1. 救急カートの管理

配置場所のセーフティマネジャーを中心に管理する

但し、リハビリテーション部に設置してある救急カートの薬品・物品は中央放射線部が担当する

2. 救急カートの薬品・物品の統一

院内統一されている薬品・物品を削減してはいけない

但し、追加は可。各部署で配置しておきたい薬品は、空欄に記載する
救急カート内の薬品配置も原則統一
配置は別紙を参照（院内イントラネット）

3. 救急カートの薬品・物品のチェック

「救急カート一覧表」のチェック表を用いて行う

使用後と1日1回チェックする（使用頻度によっては1/週）

担当は交代制で行う

いつでも使用可能な状況を整えておく

チェック表はダウンロード可能

*使用後はすぐ次に使えるよう、使用した者が責任を持って点検・補充する

4. 使用頻度の低い物の交換

1年に1回は全品交換

（使用期限の日付のないもの）

注射針など一つ一つに使用期限がないものは特に注意

5. 救急カートの設置場所

設置場所を把握し、緊急時に対応できるようにする（設置場所は別紙参照）

6. 救急カートの使用状況表示（カードを活用す）

「使用可」「使用済」のカードを救急カートの上に置き、誰が見ても使用状況が把握できるようにする

- 1) 救急カート内の薬品・物品をチェックした後に「使用可」カードを置く
いつでも使用可能という表示になる
- 2) 救急カートが使用された後、「使用済」カードを置く
使用後で物品補充がまだの状況の表示になる

7. 巡回

医療安全推進室が看護部医療安全委員と

- * 2人1組で
- * 6ヶ月に1回
- * 一定期間の間に
- * チェックリストを用い
- * 巡回する（巡回結果を報告する）

救急カーブ配置一覧

		配置場所	台数	内線	
B1	放射線治療室	治療室前の廊下	1	2381	
1階	救急科	救急処置室	2	2220	
	内視鏡室	処置室入口右壁際	1	2320	
	中央放射線部	RI室	撮影室⑤と⑥の間	1	2360
			入口右壁際	1	2365
			撮影室CTの右壁際	1	2338
	MR室	入口左壁際	1	2600	
	リハビリテーション室	スタッフステーション	1	2383	
小児科外来	処置室	1	2311		
2階	内科外来	処置室中央	1	2332	
3階	3階北病棟	スタッフステーション	1	2531	
	人工透析室	カウンター前	1	2385	
4階	4階南病棟	器械室入口右	1	2541	
	NICU	フロア中央	1	2543	
	4階北病棟	新生児室	1	2547	
5階	5階南病棟	スタッフステーション	1	2551	
	5階北病棟	スタッフステーション	1	2554	
6階	6階南病棟	スタッフステーション	1	2561	
	6階北病棟	スタッフステーション	1	2564	
7階	7階南病棟	スタッフステーション	1	2571	
	7階北病棟	スタッフステーション	1	2574	
1階	救命救急センター	心カテ室	カテーテル検査室	1	2394
		初療	第1初療室・第2初療室	2	2393
2階	救命救急センター	ICU	ICUベッド2床につき1台ベッド中央前 (ベッドAB,CD, EF,GHの中央)	4	2593
		HCU	カウンター内	1	2590

30台

救急カート薬品・物品一覧

(薬品以外の物品については、カートの構造に合わせて収納場所・定数の変更可)

NO	薬品・物品名	規格	定数
1段目 劇薬			
1	アドレナリン0.1%シリンジ	1mg/1mlA	2
2	リトカイン静注用2%シリンジ	100mg/5ml	2
3	ソルコーテフ	100mg	2
4	ネオフィリン	250mg	1
5	ボスミン	1mg	1
6	ヒベルナ	25mg	1
7	フロセミド(ラシックス)	20mg	1
8	ミタゾラム(ドルミカム)	10mg	1
9	カルチコール	10mlA	2
10	硫酸マグネシウム	20mlA	1
11	カコージン	100mg	2
12	ジゴシン	0.25mg	1
13	エフェドリン	40mg	1
14	アトロピン硫酸塩	0.5mg/1mlA	1
15	タンボコール	50mg	2
16	ワソラン	5mg	2
17	セルシン	10mg	1
2段目 劇薬			
1	プリンペラン	10mg	2
2	ブスコパン	20mg	2
3	アミサリン	200mg	1
4	インデラル	2mg	1
5	プロタノール	0.2mg	1
6	アタラックスP	25mg	1
7	ノルアドレナリン	1mg	1
8	フェノバール	100mg	1
9	リスモダンP	50mg	1
10	ハイドロコートン	100mg	3
11	アレビアチン注	250mg	1
12	塩カル注2%	0.4g/20ml	1
13	ニカルジピン(ペルジピン)	10mg	2
14	ニトロール	5mg	2
15	ミリスロール	5mg/10ml	2

カート側面			
1	背板		1
2	酸素ボンベ		1

NO	薬品・物品名	規格	定数
3段目			
(血管確保類)* 定数変更可			
1	留置針	18G・20G・22G	各5
2	輸液セット		各2
3	延長チューブ		3
4	三方活栓	1連式	3
5	注射針	18G・20G・22G	各5
6	テイスポ注射器	2.5ml	5
7		5ml	5
8		10ml・20ml	5
9		30ml・50ml	5
10	ソルラクト	500ml	2
11	デノサリン(KN1号)	500ml	1
12	70%イソプロパノール消毒綿		
13	採血ホルダー		各2
14	駆血帯・固定用テープ		1
15	血ガスキット		3
16	採血管	生化・末血	
4段目			
気道確保物品			
1	喉頭鏡ハンドル		1
2	喉頭鏡ブレード	5・4・3	各1
3	開口器		1
4	マギール鉗子		1
5	エアウェイ(経鼻)	6.0・7.0・8.0	各1
6	スタイレット(大・中)		各1
7	挿管チューブ	6.0・6.5・7.5・8.0	各1
8	バイトブロック		3
9	ヌルゼリー		1
10	カフ用注射器		1
11	固定用テープ	3Mスリーエムヘルスケア	1
12	ドーナツ枕		1
13	人工鼻		1

5段目			
1	ジャクソンリース		1
2	アンビューバッグ		1

* この表の内容は、今後の取り組みにより変更することがあります

【注意】

1. ファーストライン薬品については、使用基準を守ること
2. 注射針・シリンジ等は1年に1回交換(9月9日 救急の日)

平成 27 年 4 月 1 日一部改正

救急カート最上段の救急薬品とレイアウト

ネオフィリン 250mg 【1】	セルシン 10mg 【1】	ミタゾラム (ドリムカム) 10mg 【1】	《劇》 ワソラン 5mg 【2】	
《劇》 カコージン 100mg 【2】	《劇》 ジゴシン 0.25mg 【1】	《劇》 エフェドリン 40mg 【1】	ヒベルナ 25mg 【1】	
ソルコーテフ 100mg 【2】	ボスミン 1mg 【1】	《劇》 硫酸アトロピン硫酸塩 0.5mg/1mlA 【1】	《劇》 タンボコール 50mg 【2】	フロセミド (ラシックス) 20mg 【1】
《劇》 アドレナリン 1mg/1mlA 【2】	《劇》 リドカイン 100mg/5ml 【2】		カルチコール 10mlA 【2】	硫酸マグネシウム 20mlA 【1】

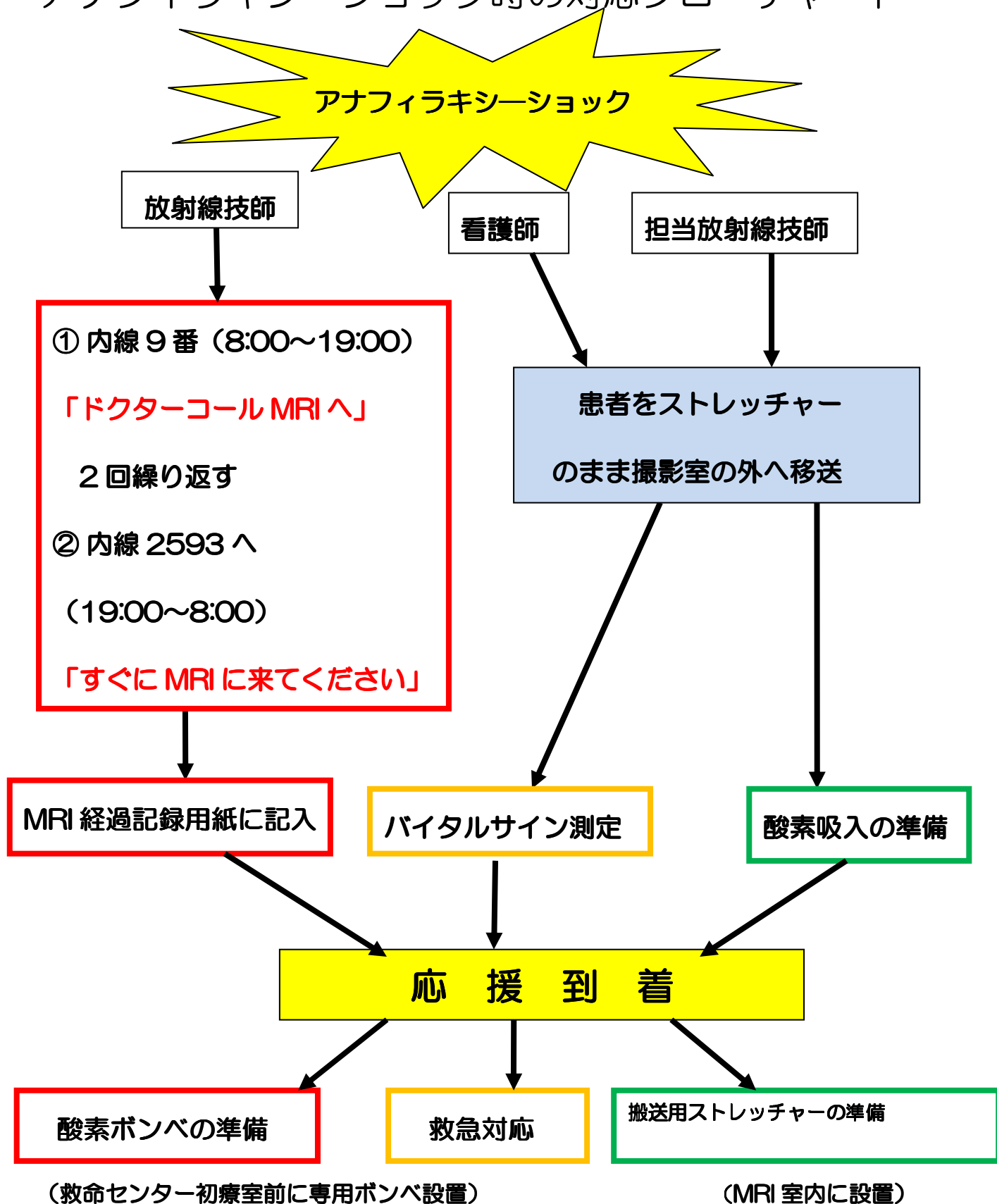
【 】内は薬品定数

除細動器設置場所

1階 (AED) →	救急科	2220
	エレベーターホール	
	中央放射線部 (R1室)	2365
2階	内科外来	2733
	生理機能室	2353
3階	3階北	2531
	中央手術部	2371
	人工透析室	2385
4階	4階北	2547
5階 (AED)	5階南	2551
6階	6階南	2561
7階	7階南	2571
救命救急センター (1階) (2階)	初療室	2393
	心臓カテーテル室	2394
	HCU	2590
	ICU	2593

16台

MRI 室における アナフィラキシーショック時の対応フローチャート



選択項目		
検査名	コード造影剤種類	MPH造影剤種類
■X線検査 a 造影造影 b 造影造影 c 造影CT d 造影造影 【その他】	1 イオパビロン 2 イオパニール 3 イオパミール 4 オプティール 5 オムニマーク 6 ビゾマーク 7 フロスコープ 8 パトリック 9 トリスエッジ 10 オイロリン 11 イオパーク	【その他】 21 オムニスキャン 22 フロコリス 23 フロスコープ 24 ヴァルビスト 【その他】 25 () 【その他】 26 () 【その他】 27 ()

選択項目		
A:即時性 B:遅延性		
副作用症状		
(1)軽度	(2)中等度	(3)重症
<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒 <input type="checkbox"/> くしゅく <input type="checkbox"/> 眩暈 <input type="checkbox"/> 不安 (局所性) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 嘔吐下 (mmHg) <input type="checkbox"/> (SOBP-80以上) <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 眩暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 嘔吐下 (mmHg) <input type="checkbox"/> (SOBP) <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> アナフィラキシー様症状 <input type="checkbox"/> 呼吸停止 <input type="checkbox"/> 心停止 <input type="checkbox"/> 心臓病(心臓以上) <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()

○造影剤を用いた検査を受けられる患者さまへ
 この造影検査手帳は、あなたの造影剤アレルギーの記録です。異常の有無に関わらず、造影検査を受けられる際は必ず携帯し、各医療機関に提示し、記載してもらってください。
 この手帳を活用することにより、あなたの造影剤アレルギーによる副作用を最小限に留めることが可能になります。

○医療従事者の方々へ
 患者さまから、この手帳の提示がございましたら、必要事項の記載をお願いいたします。
 記録の選択項目については、日本放射線科専門医会・医会が発行しています「造影剤副作用カード」に基づいて作成されています。

〒631-0846 奈良市平松1丁目30-1
奈良県総合医療センター
 TEL.0742-46-6001

造影検査手帳

・他施設で造影検査を受けられる時も提示、記載してもらってください

年 月 日発行

ふりがな _____
 お名前 _____

造影検査の記録				
検査日付 検査の種類	造影剤の種類	即時性/遅延性 副作用症状	異常の有無 重症度	記入者氏名 施設名
2006.11.02 c	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> ()	異常 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 II	△△△△ ○○病院
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	奈良県総合医療センター
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	

造影検査の記録				
検査日付 検査の種類	造影剤の種類	即時性/遅延性 副作用症状	異常の有無 重症度	記入者氏名 施設名
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	

造影検査の記録				
検査日付 検査の種類	造影剤の種類	即時性/遅延性 副作用症状	異常の有無 重症度	記入者氏名 施設名
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	
	<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Gd <input type="checkbox"/> Fe ()	A B	異常 有・無	

造影検査手帳使用手順

2010. 8. 3

造影剤検査：来院

胆道・造影CT・尿路・MRI等

受付で「造影剤検査手帳」を持っているかの確認

無⇒作成

* 氏名・生年月日を患者が記入

* 発行年月日（印）を押す

受付：記入

記入項目：「日付」（印）を押す

検査の種類：手書き

放射線科技師・看護師：記入

記入造影剤の種類・副作用症状・重症度

* 入院中

病棟看護師が「造影剤検査手帳」の有無を検査オーダーが出た時点で確認

有：検査当日、「造影剤検査手帳」を入院カルテの後ポケットへ入れる

無：検査当日発行

医療安全推進室

院内における具体的な安全対策

*** 基本的な対策 ***

ダブルチェックの徹底

指さし呼称の徹底

*** 患者誤認を防止する ***

フルネーム・名乗りでの確認

リストバンドの活用

*** 情報伝達エラーを防止する**

オーダーミスの防止

手書き処方 of 記載方法

*** 検査・手術時の確認**

金属のチェックを忘れない

義歯の確認（取り忘れのないように）

MRI 検査時は、医療者側の金属チェックを怠らないこと

指示受け・実施についての取り決め

指示受け：原則 看護師 2 名で実施

薬剤管理：薬剤部から払い出された薬剤は、払い出されたカゴのまま
所定の場所に保管する

実施：点滴・内服等は薬剤投与直前にパソコン画面を開いて、
指示画面と薬剤を確認してから実施する

実施確認：各勤務の最後に「実施入力」の確認を行う

2012年7月6日

口頭指示の取り扱いについて

口頭指示とは

緊急時、夜間、手術中、処置など、医師が現場にいないことからオーダー入力や指示書への記載ができないため、やむを得ず電話にて口頭で行う指示のこと

原則的に口頭指示は認められない

医療安全管理委員会では、「口頭指示は認めない」という大原則を確認した上で、現場の安全対策上、やむを得ずそれぞれの職制における口頭指示の出し方、受け方につき その詳細を規定したので厳守すること
(電話口頭指示受け用紙を使用すること)

口頭指示の詳細

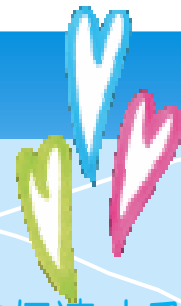
医師

- ① 口頭指示の理由を告げる(例：緊急手術・手術中・夜間・検査等)
フルネームをいえない場合は、患者様を特定できる情報を必ず付け加える。
- ② 口頭指示内容を伝える。
薬剤の場合は、「患者名」「投与薬剤名」「投与指示量(mg)」「投与薬液量(ml)」「投与方法」「投与時間」を指示する。
- ③ 書き取ってもらった指示内容を読み上げてもらい再確認する。
- ④ 後ほど口頭指示を再確認し電子カルテに入力する。

看護師

- ① 口頭指示の理由を聞き、記載する。
- ② 口頭指示内容を聞き、メモをとる。指示受けした時間と指示を出した医師の氏名、指示受けした自分の名前も記録する。
- ③ 記録した内容を読み上げる。
薬剤の場合は、「患者名」「投与薬剤名」「投与指示量(mg)」「投与薬液量(ml)」「投与方法」「投与時間」を復唱し、復唱確認の欄をチェックする。最後に、口頭指示を受けた時間と看護師本人の名前を告げる。
口頭指示を受けた後、指示内容に不明な点があれば、もう一度聞き直すか他の医師、看護師に確認して疑問点を解消する。
- ④ 口頭指示実施者は、記録記事に口頭指示内容、指示受けした時間と指示を出した医師の氏名、実施時間と実施者名を記載する。

SBAR(エスバー)



迅速な対応が必要な状況で、患者情報を簡潔に伝達するテクニック

S (状況)	<ol style="list-style-type: none">1. 自分の所属・名前2. 患者名・場所3. 患者の症状・状態4. 何が、どれくらい問題なのか？ (いつおきたか?)
B (背景)	<ol style="list-style-type: none">1. 入院時の診断名、入院後の経過2. 現在 (直近) のバリエーション、精神状況、皮膚の状態3. 投与薬剤、アレルギー情報など4. その他、背景情報と思われるもの
A (評価)	<ol style="list-style-type: none">1. 問題 (起きていること) に対する、自分の評価を伝える2. 確定的な評価を下す必要はない3. 不安なこと、可能性として心配なこと4. 何かしらの対応が必要かどうか
R (提案)	<ol style="list-style-type: none">1. 処置、検査、移動など必要と思われることを提案する2. 問題の解決策を提示する3. やって欲しいことの要望を出す4. 何かしらの対応が必要であれば、対応を要請する

内服マニュアル

① 与薬準備時

処方箋で

患者氏名、薬剤名、投与量、投与日、与薬時間、与薬方法の確認

*ダブルチェック

二人で確認できない場合は、患者の姓名を声だし確認。更にリストバンドでも確認。名前が言える患者様にはフルネームで名乗っていただく。

② 与薬施行時

患者本人であることを確認し与薬

実施時は、ダブルチェックが困難であるため薬袋・リストバンド・フルネームでの確認を充分に行い間違いのないようにする。

同姓同名に注意

③ 正しく与薬できているか確認

自分で飲めない患者には介助し、確実に服薬

経管で注入する場合は、黄色のカテーテルチップを使用し注入

④ 気分不快などの副作用の確認

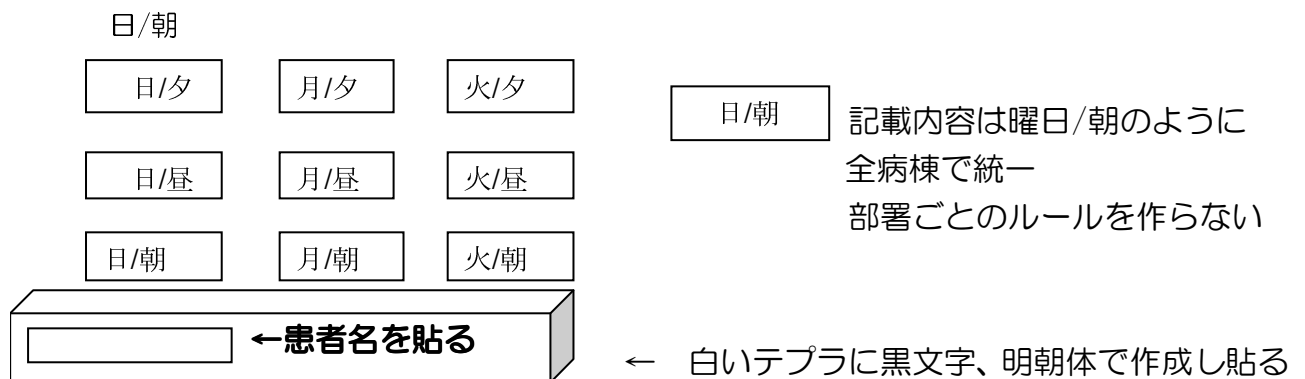
副作用に関して不明な点は、薬剤師に説明をうける

残薬は必ず本人（家族）へ返すか、薬剤師に破棄してもらう

*一般ゴミに廃棄してはいけない

⑤ 持参薬に関しては、薬剤師に依頼

配薬車使用マニュアル



エラー防止

- * 転棟の際は引き出しごと病棟間で交換を行う
- * 薬剤セット時はダブルチェックを行い、投薬ミスを防ぐ
- * 配薬車は患者の手の届く場所や目につく場所に置かない、持って行かない
- * 退院時や外出外泊時の薬の渡し忘れがないように工夫すること
- * 鍵をかける事は可能であるが、配薬車を利用した際の麻薬管理は行わない
- * インスリン（ペンタイプ）は使用した後、次の勤務帯（朝・昼・夕）ケースにセットし無投薬を防止する。
- * 点眼薬は使用した後、次の勤務帯ケースにセットすることで抜けを防止する

落とし穴

配薬は決められた曜日に1週間ごとにまとめて行う（所属単位で決める）。ただし、投与前に必ずダブルチェックを実施し絶対にそのまま投与することがないよう徹底すること

朝食後、昼食後、夕食後それぞれ完全に配薬できているか各引き出しを開けて確認すること（全体を見渡す事ができ、投薬漏れがないように出来るのがこの配薬車の特徴であり有効に活用すること）

H24. 3. 29

注射マニュアル

① 注射準備時

指示書にて

患者氏名、薬品名、単位、指示量、注射方法、本数、日付の確認

***ダブルチェック**

② 注射実施直前

施行前に施行者が

患者氏名、薬品名、単位、指示量、注射方法、本数、日付の確認

***ダブルチェック**

*同室で2名以上の注射を行う場合には一人ずつトレイにて持参する

*準備中他の業務が重なった場合、オーバーテーブルの上などに注射を置かない

*緊急指示を受けた場合は、準備と実施は同一看護師が行うこと

③ 注射実施

患者本人であることを確認し実施 同姓同名に注意

患者の氏名を声だし確認（患者に名乗ってもらう）

リストバンドでも確認する

***ダブルチェック**

確認項目

- 点滴速度
- ルートの確認
- 接続部の確認
- スタンドの高さ
- リストバンド確認
- ベッドネームの確認
- 点滴ボトル確認

④ 注射施行時

気分不快、発赤、腫脹などの観察・確認

⑤ 記録

実施者が記載する

色つき注射器使用基準

2010. 7. 27

【目的】 用途に応じて注射器を区別し、医療事故防止に努める

【種類】 5種類の注射器を使用

内筒が、白・黄・赤・緑・青 の注射器

【用途】

・ 浣腸

赤

・ 筋弛緩剤

緑

・ 局所麻酔剤

青

・ 静脈注射 ・ 筋肉注射
・ 皮下注射 ・ 皮内注射
・ 採血 ・ 点滴調剤時
・ 洗浄：膀胱・体腔内
・ 計量・計測（ドレーン類
からの廃液量等）
・ その他：カニューレの air
確認

白

・ 内服注入時
・ 経管栄養
・ 吸入

黄

麻薬に関するマニュアル

保管

- ① 麻薬金庫に保管する
*麻薬金庫には、麻薬以外入れないこと

麻薬処方箋の確認

麻薬取り扱い者番号を持っている医師しか処方できない

- ② 指示通りに誤りがないか確認
患者氏名・薬品名・数量・指示書・投与方法・日付の確認
***ダブルチェック**

麻薬の受領

麻薬の受領は、医師・看護師が行う

- ③ 受領時は、薬剤師（麻薬取り扱い者）と確認を行う
患者氏名・薬品名・数量・指示書・投与方法・日付の確認
***ダブルチェック**
- ④ 受領後は、常に麻薬金庫で保管

麻薬投与の実施

- ⑤ 患者本人であることを確認し実施 **同姓同名に注意**
***ダブルチェック**

記録

- ⑥ 実施した 時間・量を記録する

返納

- ⑦ 麻薬処方箋と残薬を照合し、返納理由と数が記載されているか確認
薬剤師（麻薬取り扱い者）に直接手渡して返納する
***ダブルチェック**

注射薬の返納について：空アンプルも必ず返納する

注射器内や点滴内に混入された場合は、そのまま返納する

◆ 麻薬に関する重要事項 ◆

内 用 薬

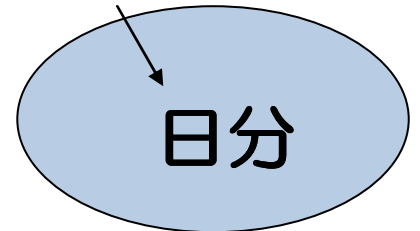
定期処方時

に記載

漢字記載ができるよう

院外処方：薬袋に入れて薬剤部へ

氏名 漢字記載 様



用法

食後すぐ

屯用 15 (1) 回分

食後 2 時間半

時間毎

食前 分

ねる前

朝・昼・夕 食後すぐ

医師の指示通り

散剤 1 回 2 包

錠剤 1 回 個

液剤 1 回 ml

矢印の目盛りに従って

オキノーム (屯用)

1 回 2 包

15 回 + 1 包

薬剤部

奈良県総合医療センター薬剤部

◆ 麻薬に関する重要事項 ◆

薬剤師（印鑑）/看護師（サイン）

カウント月日

12/1

オキノーム数

(31)

	12 / 1	2	3	4	5		
		6:00 2包 25サイン	6:10 2包 19サイン	6:00 2包 13サイン	6:00 2包 7サイン		
	13:00 2包 29サイン	13:10 2包 23サイン	13:00 2包 17サイン	13:10 2包 11サイン	13:00 2包 15サイン		
	18:30 2包 27サイン	18:10 2包 21サイン	18:20 2包 15サイン	18:10 2包 9サイン	18:10 2包 13サイン		

投与時間 6:00
投与量 2包
残数 20
サイン ○○

カウント後、家人が自宅から追加でオキノームを持参した場合
→12/5 (13時)
家族が 10包 持参 (17) サイン

注意事項

◆ 持参薬確認（麻薬）は、必ず 薬剤部で行うこと(病棟では行わない)

必ず、薬剤部で薬剤師と看護師でダブルチェックを行う

→ 薬袋への確認：印鑑押印（薬剤師）サイン（看護師）を行う

◆ 患者への投与：ダブルチェックを必ず行う。薬剤の残数チェックも行う

その際は、パットへ薬剤を移す→ダブルチェック→薬袋へ入れるという手順を守る

◆ 薬剤部への搬送：原則として麻薬搬送ボックスを使用する

◆ 薬袋は、搬送、保管：チャック付きポリ袋へ入れる

◆ 持参薬と病院処方箋は、必ず別々のチャック付きポリ袋へ入れて保管する

転倒転落防止マニュアル

- ① 転倒・転落アセスメントスコアシートの活用について
 - *入院日と入院翌日に必ず、評価を実施する
 - 必要時、カンファレンスを行い 看護計画を検討
 - *標準予防策は転棟リスクがない場合でも実施する

- ② 病室、ベッドの種類・位置・柵・補助具の選定について
 - *使用前に安全性を点検する（チェックシートを活用）
 - *車いすのブレーキ、タイヤのエア
 - *病室の環境整備

- ③ 入院前の対応について
 - *オリエンテーション
 - 「転倒・転落アセスメントスコアシート」を用い患者の身体状況・理解度に沿って行う
 - *ベッド・補助具の正しい使用方法を説明し、必要時はデモンストレーションを行う
 - *特に乳幼児の場合は、保護者へ直接指導を行う

- ④ 入院中の対応について
 - *処置後・ケア後の周囲環境を確認する
 - *履物について説明、確認をする
 - *ベッド周辺の環境整備に心がける
 - *患者の状態把握に努める

- ⑤ 事故対策器具について
 - *離床センサーの活用
 - *柵を片側に2つ設置する場合は、隙間へ首の狭まりを防止するため「スペーサーを」必ず使用する（破損時は、医療安全推進室へ請求する）
 - *安全帯を使用する場合、必要性が説明され身体拘束の説明を患者家族に行い、必ず同意を得ること

転倒・転落アセスメントシート

ID

評価スコアの合計	
危険度 I (0～7点)	転倒・転落を起こす可能性がある
危険度 II (8～16点)	転倒・転落を起こしやすい
危険度 III (17点以上)	転倒・転落をよく起こす恐れがある

項目	評価スコア	患者評価						
		入院日	翌日	/	/	/	/	
A 年齢及び 今までの 生活体験	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 9歳以下 <input type="checkbox"/> ベッド生活が初めてである	2						
B 既往歴	<input type="checkbox"/> 転倒・転落したことがある <input type="checkbox"/> 意識消失したことがある (失神・痙攣などの既往がある) <input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみなどの症状がある	2						
C 感覚	<input type="checkbox"/> 視野・視力障害がある (日常生活に支障がある) <input type="checkbox"/> 聴力障害がある	3						
D 活動領域 及び 健康障害	<input type="checkbox"/> 平衡バランスが悪い(麻痺・しびれ・拘縮・ 筋力低下・変形・欠損・荷重制限も含む) <input type="checkbox"/> 車いす・杖・歩行器を使用している <input type="checkbox"/> キブス・装具装着中である <input type="checkbox"/> 発熱している <input type="checkbox"/> 腹水・浮腫がある・貧血がある <input type="checkbox"/> 点滴・チューブ類がある	2						
E 認識力	<input type="checkbox"/> せん妄・不穏行動がある <input type="checkbox"/> 安静度・行動範囲を守らない <input type="checkbox"/> 理解力の低下がある <input type="checkbox"/> 記憶力の低下があり、再学習が困難である <input type="checkbox"/> 何事も自分でやろうとする(排泄etc)	5						
F 薬剤	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤・解熱剤 <input type="checkbox"/> 麻薬剤 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 降圧利尿剤 <input type="checkbox"/> 浣腸・緩下剤 <input type="checkbox"/> 抗精神剤 <input type="checkbox"/> 抗けいれん剤 <input type="checkbox"/> インスリン・血糖降下剤 <input type="checkbox"/> その他()	各1						
G 排泄	<input type="checkbox"/> 尿・便失禁がある <input type="checkbox"/> 尿意・便意が頻回である <input type="checkbox"/> トイレの介助が必要 <input type="checkbox"/> 夜間トイレに行く <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している	各1						
合計								
危険度								
看護師サイン								

- ① 担当看護師が入院当日、翌日に必ず評価看護計画と連動させ、再評価日を決定する
- ② 評価スコアをつける
- ③ 評価合計によって危険度をⅠ～Ⅲに分類
- ④ 看護計画の立案・評価を行い事故防止に努める
アセスメントをした看護師のサインをする
- ⑤ 転倒・転落した際は、カンファレンスなどを実施(記録する)し
- ⑥ 情報の共有と事故防止の強化に努める

危険防止対策

	危険度 I	危険度 II	危険度 III
患者の観察	1. ADLの評価、自立度を把握する 2. 排泄の頻度、時間などのパターンのアセスメント及び男女のフィジカルアセスメントを加味した状態把握をする 3. 鎮痛剤、睡眠剤等の服用はその影響をアセスメントする 4. その他	危険度 I に加えて 1. ADLに変化がないか観察する 2. 全身状態の把握から起こりうる認識力の変化を予測する 3. その他	危険度 II に加えて 1. 患者のそばを離れる時はスタッフに声をかけ、医師を含めたスタッフ全体で連携して観察できるように協力する 2. その他
環境整備	1. シフトが替わる毎に担当者は以下のチェックをする 1) ベッドの高さ、スツパー固定の確認 2) ベッド柵及びその効果の確認 3) ベッド周囲の障害物の確認と整理 4) ナースコール、ポータブルトイレの適切な位置の確認 2. 患者の身の周り、床頭台に必要な物の確認と整理 3. その他	危険度 I に加えて 1. 患者の安全を確認できるように照明の工夫 2. 可動性のあるものを身の回りに置かない 3. ベッド周囲にマットや枕などで打撲のショックを和らげる工夫をする 4. 部屋及びベッドの位置を考慮（壁付けなど） 5. ベッド柵を3～4点柵にする（必要時高いベッド柵の使用） 6. その他	危険度 II に加えて 1. 詰所から観察の目が届く部屋への転室 2. カーテン、ドアの開放 3. 必要時フロアベッドにする 4. ベッド柵を患者が外さないように、必要時抑制帯による固定 5. その他
指導・援助	1. 排泄パターンに基づいた誘導 2. 適切な衣類、履物の選択 3. ベッド、周辺の器具、装置、コールなどの使用方法の説明 4. 日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける 5. 家族、チームメンバーとの事故の危険を共有し、理解を得る 6. その他	危険度 I に加えて 1. コールには素早く対応する 2. 患者が理解できるように相手のペースに合わせた十分な説明 3. 患者歩行時の歩き方などの指導と見守り 4. 正しいトランスファー技術で介助する 5. 頻回に巡視を行なう 6. その他	危険度 III に加えて 1. 車椅子乗車時は、ずり落ちないように、シートベルトを使用し見守る 2. その他

※注1: その他には各病棟で考えられる対策があれば記入して下さい。

※注2: 『転倒・転落のリスクが高い』または『転倒・転落をした』患者様は看護診断に変更し、患者様にあった対策を考え、転倒・転落に特に注意する。

転倒転落の状態確認チェックリスト

転倒転落：発生日時 年 月 日 時 分

日時 観察項目	発見時	3 時間後	6 時間後	1 日後
意識レベル (JCS)				
バイタルサイン				
BP				
P (HR)				
RR				
BT				
自覚症状の有無				
頭痛				
眩暈				
嘔気				
嘔吐				
麻痺 (部位)				
瞳孔不同				
開放創の有無 (部位)				
処置の有無				
打撲の部位				
打撲の部位：腫脹の有無				
打撲の部位：発赤の有無				
観察者サイン				

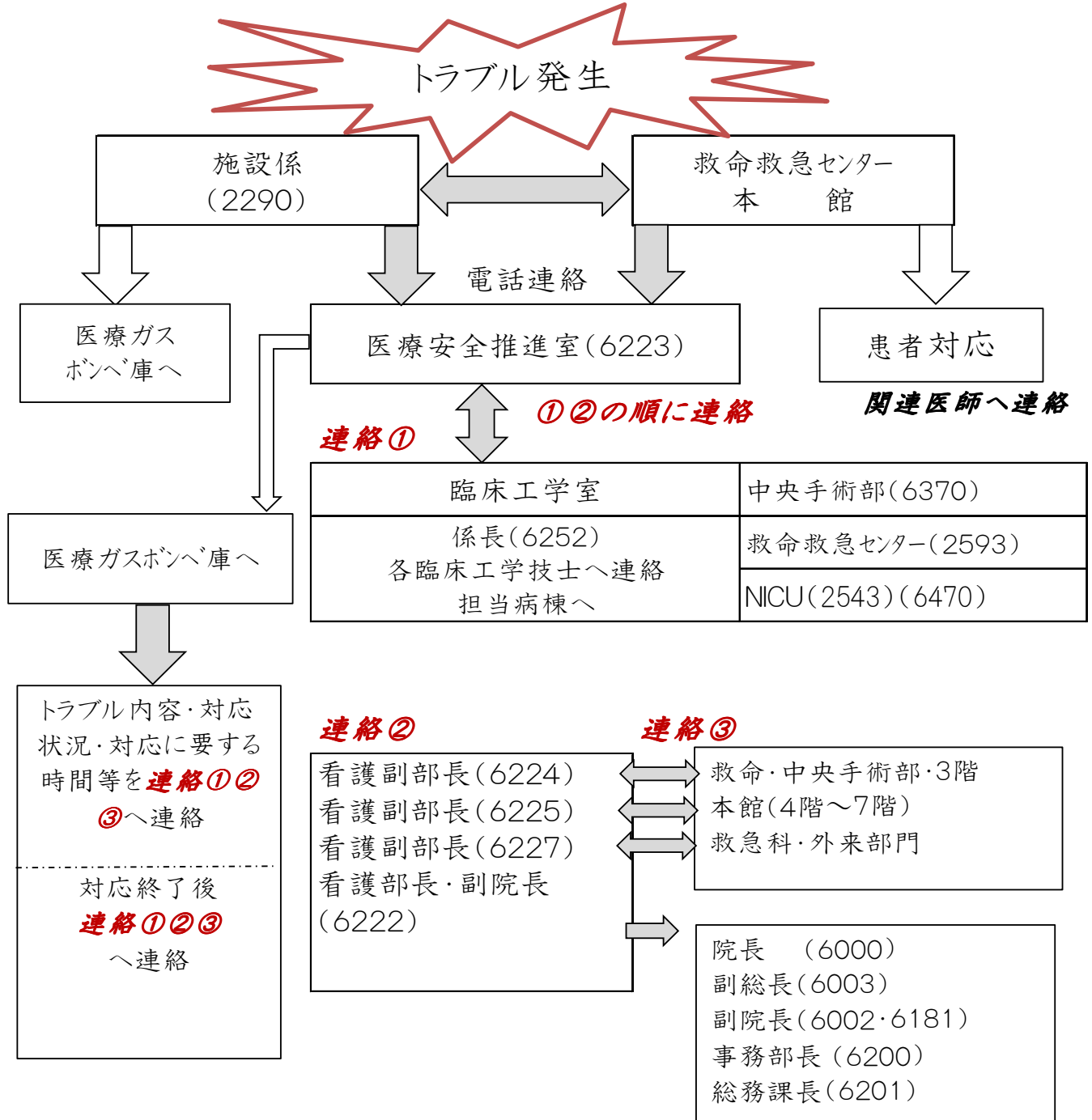
* 1 日後は日勤帯で担当看護師が観察する

Ⅲ—3 方式 (ジャパンコーマスケール、三三九度方式)

- Ⅲ. 刺激に対して覚醒しない状態 300：痛み刺激に反応しない
 - 200. 痛み刺激に反応して、手足を動かしたり顔をしかめたりする
 - 100. 痛み刺激に対して、払いのける運動をする
- Ⅱ. 刺激がなくなると眠り込む状態 30. 呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する
 - 20. 簡単な命令に応じる
 - 10. 合目的な運動をするし、言葉も出るが、間違いが多い
- Ⅰ. 刺激がなくても覚醒している状態 3. 自分の名前、生年月日が言えない
 - 2. 見当識障害がある
 - 1. 清明とはいえない
 - 0. 清明

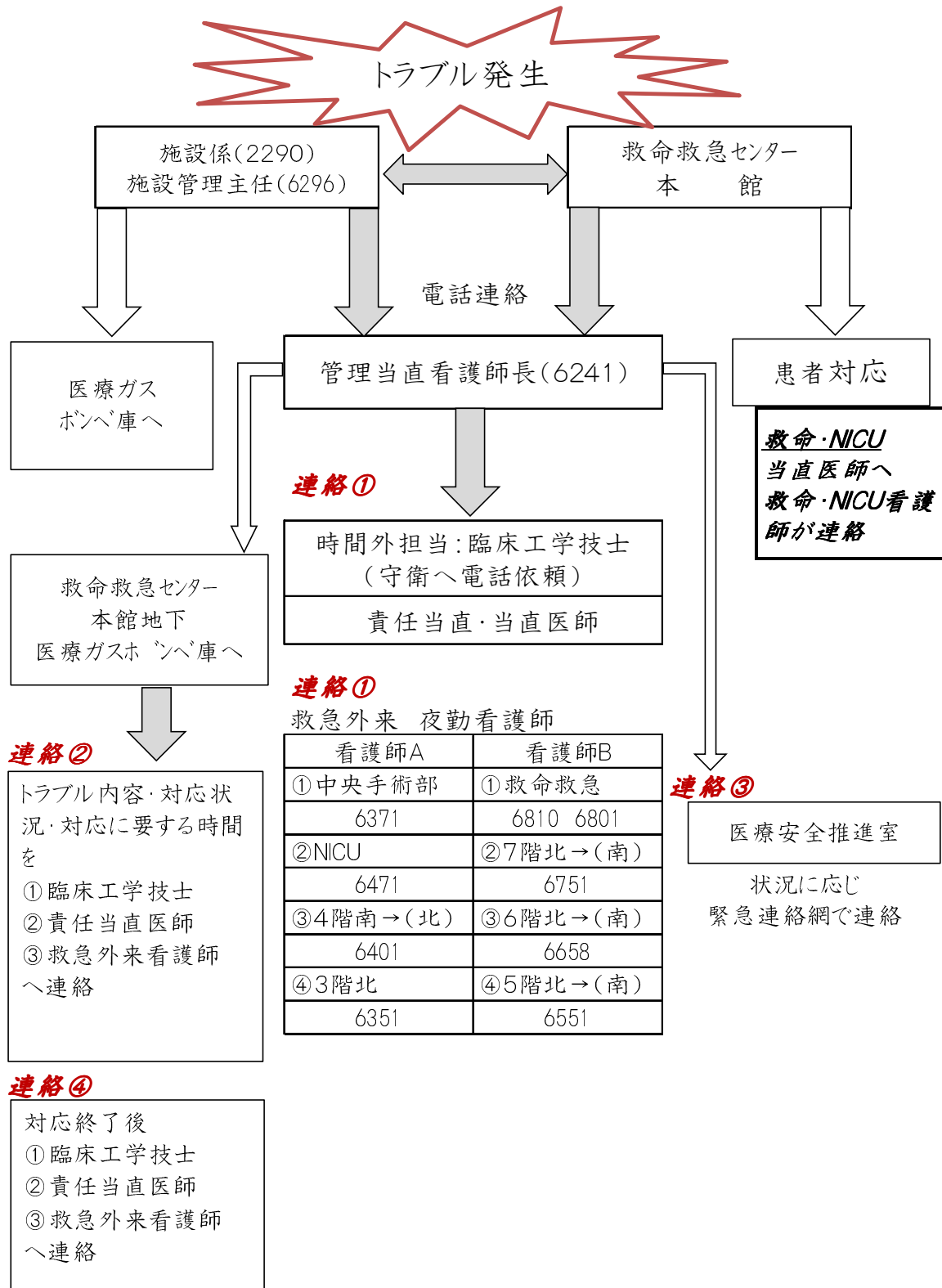
医療ガス緊急時フローチャート

平日：時間内



医療ガス緊急時フローチャート

時間外



手術入室時の持参点滴の確認方法

H24.10.17 中央手術部

1. 手術室入口の電子カルテの「患者認証参照」の画面を開く。
2. 病棟は、入室時に術中使用の点滴とその処方箋を持参する。
処方箋は、退出時に病棟に返却する。
3. PDA にて持参薬剤のバーコードを読み取り、手術患者の点滴であることを確認する。
4. 「患者認証参照」で指示されている手術持参点滴の内容と持参した点滴、処方箋を照合し、患者氏名・点滴内容を確認する。
処方箋に☐を入れる。
5. 外用薬（ベリプラストなどの血液製剤・点眼・点鼻・軟膏など）は、手術室内のストック薬剤を使用し、手術室事後入力する。
ただし、耳鼻科使用のコカイン末は、当日処方のため麻薬処方箋と薬剤を持参する。
6. 輸血は、電子カルテの「患者認証」の画面でバーコードを読み取り、確認する。

*確認作業は、病棟看護師・手術室看護師でダブルチェックを行う。

マーキング実施マニュアル

「マーキング」は、手術へのインフォームドコンセントの充実と、医療安全のより一層の充実のために行われるものです。患者と医師・看護師が共同して「右」「左」のある手術部位を確認するための「目印」であり、この点を十分に理解して「例外のない実施」を徹底して下さい。

手術決定後

1. 患者への説明

患者・家族に「手術を受けられる患者様・ご家族の皆様へ・マーキングについてのお願い」の説明書を、電子カルテの文章入力から作成し渡す。医師がマーキングについての説明を行う。

2. 手術申し込み入力について

医師は手術申し込み入力時(オーダー入力時)に、マーキングの項目に「あり」を入力する。「右」「左」を入力する。ない場合は「なし」と入力する。

* 婦人科の卵巣手術や内科の腎生検・泌尿器科の内シャント造設術などで左右の確定がついていない場合は「左右未定」と入力する。

3. マーキングの方法

1) 医師と看護師はマーキング実施前の手術部位の確認に、電子カルテの記事又は検査所見と手術同意書、手術確認表の3点を用いる。

2) マーキングは医師(初期研修医以外)が行い、看護師もこの際に立ち会う。

* マーキングは主治医の責任で手術前日に行う。手術前日が休日の場合や、緊急手術の場合、外来手術の場合は手術当日にマーキングを行う。

3) 手術予定側の皮膚にマーキングを行う。マークの付け方は、患者の美観を損ねないように極力配慮する。マークは㊦とする。

* 顔面の部位(主に脳外科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科)は、手術部位の「右」「左」を示す目印にピンク色のリストバンドを医師(初期研修医以外)が手術側の手首に装着する。

* マーキングは術側を示す目印であり、予定皮切線を意味するものではない。

* 患部がギプスで覆われている場合、上腕なら手背に、下腿なら足背にマーキングを行う。

4) マーキングは、青紫色の皮膚ペン(ピオクタニン)を使用する。

5) マーキング終了後、手術確認表の「人体図」に、マーキング部位を㊦で記し、マーキング「済み」のチェック・マーキング施行医師・確認看護師のサインをする。

* リストバンドの場合は、「人体図」に装着部位を㊦で記し、マーキング「済み」のチェック・マーキング施行医師・確認看護師のサインをする。

6) 医師は診察記事に、マーキングの実施を記載する。

- 7) マーキングが消えてしまったら、再度本項1)より手順に従いマーキングを実施する。この場合、インシデントレポートを提出する。(原因の検討が目的です)
- 8) マーキングなしの場合は手術確認表へのサインは不要である。

手術当日

1. 病棟・外来から手術入室まで

- 1) 受け持ち看護師は、手術出棟までに「マーキングが終わっていること」の確認を行う。手術確認表に記入漏れがないこと(「人体図」の㊸・マーキング「□済み」のチェック・施行医師・確認看護師のサイン)を確認する。
- 2) マーキングがされていない場合は、医師を呼び、看護師立会のうえでマーキングを行う。

2. 手術室入室時

- 1) 手術室看護師は患者に手術部位の左右の確認を口頭で行う。
- 2) 病棟・外来看護師から手術室看護師への申し送り時には、必ず手術確認表を使用し、マーキングのありなしと、ある場合は部位を確認する。
- 3) 手術室看護師は手術確認表の「人体図」の㊸・マーキング「□済み」のチェック・施行医師・確認看護師のサインを確認する。

3. 手術室内

- 1) 手術室内入室後、麻酔導入前の手術安全チェックリストを用いた確認時に、手術部位・マーキングの部位・左右プレートの「右」「左」の確認を行う。
- 2) 手術開始時の手術安全チェックリストを用いた確認時に、医師が患者氏名・術式・手術部位の左右を声に出して述べて、麻酔医は麻酔科術前チェック表、看護師は手術確認表で確認し、間違いないことを確認し手術を開始する。

手術翌日

顔面手術用リストバンド(ピンク色)の場合は、日勤時間(医師の診察後)に取り外す。

*原則としてマーキングは実施して入室であるが、緊急手術等で医師がマーキングをできない場合は、患者を手術室まで搬送し、マーキングしていないことを手術室看護師に申し送る。手術室の入口で医師と病棟・外来看護師と患者とで手術部位を確認し、マーキングを行う。顔面の部位(主に脳外科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科)は、手術側の手首にリストバンドを装着する。

平成24年4月作成

平成26年7月改訂

手術を受けられる患者さん、ご家族の皆さんへ

「マーキング」についてのお願い

奈良県立奈良病院 院長

当院では、安全に手術を受けて頂けるよう「マーキング」を行っています。これは、「ひだり」「みぎ」のある手術部位の確認のために、患者さん、ご家族の皆さんのご協力をいただき、手術を行う部位の近くに目印をつけること（「マーキング」）です。安心して手術を受けて頂くため、ご理解いただきますようお願い申し上げます。

「マーキング」の実施方法

・入院患者さんの場合

原則として手術前日に、病棟において、担当医または診療科医師が手術部位を患者さん、病棟看護師とともに確認した後、マーキング（目印をつけること）を行います。場合により、当日に病棟もしくは手術室入室時に行うこともあります。（緊急手術など）

・外来患者さんの場合

当日、各科外来または手術室入室時に行います。

「マーキング」に使用するペンについて

- ・原則として青紫色の皮膚ペン（ピオクタニン）を使用しますが、身体に影響はありません。

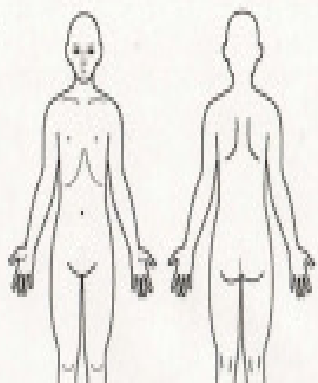
手術あるいは処置後は、アルコール綿でふき取りますと色は消退しますが、場合により、数日間、色が薄く残ることがあります。

なお、皮膚ペンではマーキングできず、油性マジックを使用する場合は色が残存します。

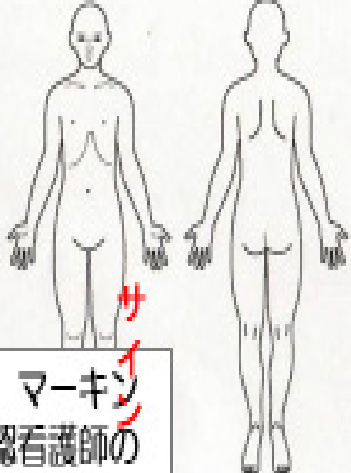
*マーキングは「ひだり」「みぎ」の区別が必要な手術を受けられる患者さんを対象に行います。対象とならない方はマーキングは行いません。

*ご意見などがございましたら、医師・看護師にお伝えください。また、院内のご意見箱もご利用ください。

顔面・頭・頸部の場合

手術確認表		作成日時: 平成24年06月29日 11:02
患者ID: 9903336 科 名: 外科 科 名: 眼科 シメイ: 〇〇 〇〇〇 氏 名: ナスト 剛志 生年月日: 昭和30年07月23日 年齢: 26歳1ヶ月 性別: 男 血液型: A 身長: 180cm 体重: 72kg 感染症情報: HIV抗体 : HCV抗体 : 梅毒TPHA : 梅毒RPR : MRSA : 耐性緑膿菌 : 耐性PACVPS : Tb : HBV : ATL :	手術日: 平成24年6月8日 (水) 予定開始: 午後 入室時刻: 16:00 手術室: OR 麻薬: 1 麻酔科: 麻酔科 執刀医: (1) 榎野 昌樹 (2) (3) 術名: (1) 眼窩内腫瘍 (2) (3) 術式: (1) PEA+IOL (2) (3) 部位: (1) 右 (2) (3) マーキング: 済	体位: (1) 仰臥位 (2) (3) 麻酔法: (1) 全身麻酔 (2) (3) 器具: 白内障セット 麻酔: 無し 輸血: _____ 注し薬液: _____ 処置薬液: _____
安全確認事項 <input type="checkbox"/> 出稼時 <input type="checkbox"/> 入室時 <input checked="" type="checkbox"/> サイン: _____		出稼時バイタル BP / HR T SpO2
名前確認 <input type="checkbox"/> リストバンド 日本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護婦 装着物除去 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 貴金属 <input type="checkbox"/> ピン 文書・同意書 <input type="checkbox"/> 問診票(抗生剤) <input type="checkbox"/> 診察券(ICカード) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 自己血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> 新鮮凍結血漿 <input type="checkbox"/> 特定生物由来製品 <input type="checkbox"/> 輸血前検査 持参物 <input type="checkbox"/> 持参薬 <input type="checkbox"/> 輸血		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 「人体図」にリストバンド装着部位を 記し、マーキング「済」のチェック・施行 医師・確認看護師のサインをする </div>		マーキング: <input checked="" type="checkbox"/> 済み 施行医師: _____ 確認看護師: _____

顔面・頸部以外の場合

手術確認表			作成日時: 平成28年06月26日 11:00
患者ID: 99900005 病 種: 外傷 科 名: 整形外科 シメイ: 751 6792 氏 名: アスト 剛志 生年月日: 昭和32年07月23日 年齢: 35歳1ヶ月 性別: 男 血液型: 7 身長: 180cm 体重: 70kg	手術日: 平成28年06月26日 (水) 手術区分: 予定 入室時刻: 11:00 手術室: 0605 麻酔: 2 麻酔科: 麻酔科 執刀医: (1) 榎村 真樹 (2) (3) 麻名: (1) 大腿骨骨幹部骨折 (2) (3) 術 式: (1) 人工骨埋入術(股) (2) (3) 部位: (1) 左 (2) (3) マーキング: あり	体 位: (1) 右半側臥位 (2) (3) 麻酔法: (1) 全身麻酔 (2) (3) 輸 血: (1) T & B (2) (3) 保存血液輸血量: 0 自己血液輸血量: 0 術中検査: 器 材: 電気メス 使用機器: 人工骨類	検査情報: Hbs抗原 + HCV抗体 : 梅毒TPHA : 梅毒PPR : MRSA : 耐性緑膿菌 : 耐性アシロバクテリヤ : Ts : HIV : ATL :
安全確認事項 <input type="checkbox"/> 出稼時 <input type="checkbox"/> 入室時 <input type="checkbox"/> サイン: _____			出稼時バイタル BP / HR T SpO2
名前確認 <input type="checkbox"/> リストカット <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護婦 装着物除去 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 貴金属 <input type="checkbox"/> ピン 文書・同意書 <input type="checkbox"/> 問診票(抗生剤) <input type="checkbox"/> 診察券(IDカード) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 自己血 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> 新鮮凍結血漿 <input type="checkbox"/> 特定生物由来製品 <input type="checkbox"/> 輸血前採血 持参物 <input type="checkbox"/> 持参薬 <input type="checkbox"/> 輸血			
<p style="font-size: 1.2em; color: red; text-align: center;">手術部位に青紫色の皮膚 ペンで印をつける</p>			マーキング: <input type="checkbox"/> 済み 施行医師: _____ 確認看護師: _____
<p style="font-size: 1.2em; color: red; text-align: center;">「人体図」に実施者のサインを記し、マーキング「済」のチェック・施行医師・確認看護師のサインをする</p>			

術前経口補水マニュアル

術前経口補水とは

術前の「絶食指示と輸液療法（点滴）」による体液管理を「経口補水療法」に切り替えることによって、術前絶食による患者さんの身体的・精神的ストレスを軽減し、医療安全の向上に役立てるプログラムである。経口補水液を摂取することにより、循環動態が安定し良好な麻酔管理が可能となる。

1. 主治医

- 1) 患者に術前経口補水について説明をする。
- 2) 経口補水療法を了承された患者に術前経口補水クリニカルパスを使用する。
- 3) 手術申し込みの「麻酔科への要望欄」の「術前経口補水」を入力する。

2. 麻酔科医

- 1) 術前経口補水の可否を最終決定し、経口補水療法の指示をする。
 - 1) 可能の場合
午前入室・午後入室の術前経口補水の実施と指示コメントを入力する。
- 2) 経口補水中止の場合
絶食の指示と術前の点滴をオーダーする。

3. 看護師

- 1) 麻酔科受診後
病棟看護師は、麻酔科指示を確認し、飲水時間・方法を患者に伝える。
「術前経口補水の飲み方」は術前経口補水手順を参照する。
- 2) 手術当日、経口補水を行い、点滴なしで手術室に案内する。
- 3) 病棟看護師は飲水量と最終飲水時間を記録する。

4. 栄養課

指示された経口補水液を支給する。

医療事故、ヒヤリ・ハット報告書
転倒・転落の事故およびヒヤリ・ハット報告書の記入方法

平成 26 年 6 月 25 日
医療安全推進室

- 1、 医療安全、ヒヤリ・ハット、転倒・転落発生時は、まず一報を安全推進室副室長に電話で報告する。または、何が発生したか、簡潔明瞭に記入し提出する。要因、対策は記入しなくてもよい。夜間は管理師長に報告する。
- 2、 その後、報告書は必要事項を記入し、所属責任者欄は、師長または、代理がサインして医療安全推進室に提出する。
- 3、 医療事故、ヒヤリ・ハット報告書の「発生状況・内容・経過の詳細」は何が発生したのか簡潔明瞭に記載する。
例) 胃管チューブ自己抜去 ○○薬 配薬忘れ △△点滴流量間違い
* 電子カルテの記事記載欄には状況を記入する。
- 4、 転倒・転落の事故およびヒヤリ・ハット報告書の「事故の経緯」が電子カルテ参照で記入して良い。
- 5、 所属責任者の欄は所属長 or 代理が直筆で記入する。
- 6、 転倒・転落の事故およびヒヤリ・ハット報告書の「管理記入者」の欄は、必ず所属長 or 代理がコメントを記入して提出する。
- 7、 報告者名は記載しなくて良い。
- 8、 医療機器破損報告書は、医療事故、ヒヤリ・ハット報告書と共に、医療安全推進室に提出する。医療機器破損報告書は、院内共有フォルダ「医療安全」の薬剤破損届け・医療機器破損理由書のフォルダにある。
- 9、 薬剤破損届け報告書は、医療事故、ヒヤリ・ハット報告書と共に医療安全推進室に提出する。薬剤破損届け用紙は、院内共有フォルダ「医療安全」の薬剤破損届け・医療機器破損理由書のフォルダにある。
* 「医療安全」フォルダの中で保存はしない。
* 月末の報告書は、集計と関連します。速やかな提出をお願い致します。