



安全対策知恵袋
《 …うちではこうしています… 》

平成 24 年 11 月 1 日作成

施設においては、日々医療安全に取り組んでおられることでしょう。日々起こる些細なヒヤリハットからアクシデントまで、他施設ではどんな対応や対策を講じているのか…知りたいと思いませんか？

また、「私の施設で困っていることは、きっと他の施設でも困っているだろう。私の施設の成功した再発防止策は、きっと他の施設でも活用できるのでは。」こうした成功事例を紹介することで、再発防止策立案のヒントになり、類似事例の発生を失くし、患者の安全はもとより職員の心身の負担が軽くなるのではないかと考えます。

ここに、医療安全情報検討ワーキンググループメンバーが所属する 6 施設の再発防止に向けた取り組みや有効な対策を紹介します。医療安全活動の参考にしていただければ…と思います。

取り組み事例の紹介

- I 除細動器の日常点検マニュアル
- II 酸素ボンベ残量、使用可能時間 早見表
- III 手術患者誤認防止対策～手術部位(左右)識別バンド
- IV シヤント側採血防止対策
- V パスの活用 ～ 輸 血
- VI インスリンのスライディングスケールの標準化
- VII インプラント(体内植込み物)の共有方法
- VIII メモの活用:口頭指示・患者搬送
- IX 一時行方不明者(無断離院)への対応

各事例テーマに関する取り組みの詳細は、次ページよりご覧ください。



除細動器の日常点検マニュアル

提供) 横浜市立みなと赤十字病院

除細動器の日常点検時に誤操作があったことから、「除細動器の日常点検勉強会開催」や「新規点検マニュアル」等を作成した結果、効果が得られましたので、再発防止策への取組みを紹介합니다。

日常点検マニュアルの再作成と方法の徹底

* 当院では、除細動器の日常点検は看護師に任されている。

<原因>

- ・ 除細動器は複数の種類があったが、チェックリストは画一的であったため、すべての機種に対応できていなかった。
- ・ チェックリストの改善が必要だった。
- ・ 機器に対する知識が不足していた。
- ・ 点検者と患者担当者が異なり、状況を確認しないまま点検を実施した。

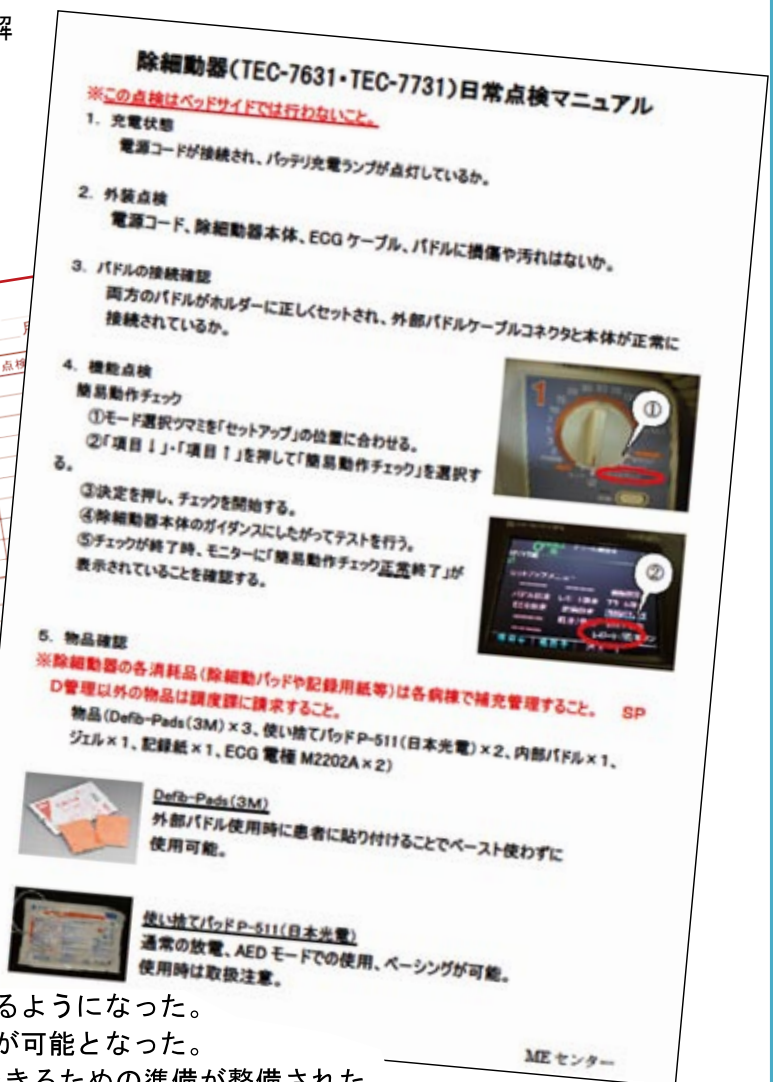
<対策>

- ◆ 看護師だけではなくMEにも協力を依頼した。
- ・ MEと看護師が、チェックリストの見直しを行い、機器に合ったチェックリストを作成した。
- ◆ リストの配布だけではなく周知・理解実施を定着させる必要がある。
- ・ MEと看護師による「除細動器の日常点検勉強会」をすべての病棟で実施した。
- ・ 学習会を活用し手順書の周知を図った。

除細動器(TEC-7631・TEC-7731)日常点検チェックリスト

日付	曜日	充電状態	外装点検	パドル接続	簡易動作チェック	物品確認	点検者
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
27							
28							
29							
30							
31							

備考



<結果>

- ・ マニュアルに沿った点検が実施されるようになった。
- ・ 点検により機器の不具合の早期発見が可能となった。
- ・ “いざ”というときに迅速な対応ができるための準備が整備された。
- ・ 点検の実施率が向上した。
- ・ 日常点検におけるインシデント報告はなくなった。



II 酸素ポンベの点検・確認

提供) たま日吉台病院

“患者搬送中に酸素ポンベが空に！！ 気づかずに Spo2 が低下！” や “レギュレーターガラスにひび割れが！！” 等等、酸素ポンベに関するレポートは以外に多いものです。事故防止に向けて「酸素ポンベ取扱いチェックリスト」「ポンベ残量確認表（使用可能時間表）」を作成しました。

残量、使用可能時間表

ポンベ残量 使用可能時間表

圧力計表示(Mpa)		14	13	12	11	10	9	8	7	6	5
流量 L /分	1	490	455	420	385	350	315	280	245	210	175
	2	245	228	210	193	175	158	140	123	105	88
	3	163	152	140	128	117	105	93	82	70	58
	4	123	114	105	96	88	79	70	61	53	44
	5	98	91	84	77	70	63	56	49	42	35
	6	82	76	70	64	58	53	47	41	35	29
	7	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25
	8	61	57	53	48	44	39	35	31	26	22
	9	54	51	47	43	39	35	31	27	23	19
	10	49	46	42	39	35	32	28	25	21	18

酸素ポンベ取扱いチェックリスト

固定	キャリーがぐらついていない
残量	使用可能時間表で確認する
バルブ開栓	圧力計は人のいない方へむける ゆっくり開ける 開けたときにシューという音がしない
バルブを閉め	ポンベのバルブ・流量計のつまみは 共に閉める
加湿の蒸留水4L以下の流量では原則使用しない	

2010/12月医療安全管理室

<結果>

「ポンベ残量使用可能時間表」は、パウチして酸素レギュレーターに取り付けた。酸素ポンベ準備時、流量設定時、移動時に確認が可能となったことで、これの活用によって類似事例は発生していない。



III 手術室患者誤認防止対策

提供) 横浜新緑総合病院

手術部位(左右)識別バンドの活用

手術室では、安全確認のためにタイムアウトを導入しています。左右間違い防止に向けて、各診療科医師と手術室看護師とともに検討を重ねマニュアルを作成しました。

<対策>

- ①マーキング又は識別バンド装着は、入室までに医師が行う。
- ②患者確認は、手術室入室時に手術室看護師と病棟看護師が共に行う。
- ③サインインは、麻酔科が主体となって氏名・識別バンドを確認する。
左右の別がある手術の際は、このタイミングで主治医が左右識別札を掲示する。
- ④タイムアウトは、執刀医が患者氏名・診断名・術式を言ってから開始する。

<手術部位識別バンド>



<左右識別札>



<結果>

- * 手術室を利用する全診療科で基準通り施行することを徹底し誤認事故も起きていない。
- ルールを変更するには、医師の協力が不可欠である。
今回、各診療科の医師と手術室看護師が意見交換し検討した結果、実現できたと考える。





IV シャント側採血防止対策

提供) 菊名記念病院

外来採血時に患者名とともに採血部位の確認を行っていますが、「患者自身が採血をしてはいけない部位を理解していない」「シャント側の確認が分かりにくい」などの状況の中で確認が徹底されず、誤って「採血に適さない部位」より採血されてしまうケースが起きました。そこで、採血前に患者自身にも採血部位の確認を意識してもらうために、「患者案内ファイル」にお知らせを追加し意識づけを図りました。

「お名前・採血部位の確認のご協力についてのお願い」作成

<対策>

- ①採血実施直前の患者氏名のフルネーム確認とともに、採血部位確認の徹底を図る。
- ②委員会で事例報告を行い、情報の共有と職員への意識づけを行う。
- ③患者案内ファイルに「お名前・採血部位の確認のご協力についてのお願い」のお知らせをつけ、採血をご案内する際に事務職員から患者に呼びかけてもらい、患者自身に注意を促し協力を依頼する。

《ファイルの掲載場所一例》



お名前・採血部位確認のご協力についてのお願い

当院では患者取り違えを防止するために患者様のお名前を

- ①フルネームで確認させていただく
- ②患者様ご自身から名乗っていただく

という方法をとらせていただいております。

検査や処置のたびに何度もお名前を確認したり、名乗っていただくことがあります。ご理解とご協力をお願いします。

また患者様によっては、採血をしてはいけない部位、あるいは採血してほしくない部位がありますのでお名前と合わせて**採血部位の確認**もさせていただいております。

採血前に部位の確認を行いますので、採血できない部位をお申し出いただくようご協力をお願いします。

患者様によっては採血・処置が一方の腕のみしかできない場合があります。

【例】透析用シャント 外科手術後 利き腕 など

菊名記念病院 医療安全推進委員会

<結果>

この対策を行ってから現在まで、同様のインシデントの発生は見られていない。



Vパスの活用

提供) たま日吉台病院

クリニカルパス委員会において「輸血を安全に実施したい」等の声があり、パスの作成に取り組みました。ベテラン看護師も、新人看護師もポイントをおさえた観察と記録が可能になりました。

輸血パスの運用

輸血指示があった場合、輸血パス用紙を準備し輸血依頼表と共に運用している。輸血時の必要書類、開始時の確認事項、その他注意点も記載されており、輸血における実施前から終了時まで安全な看護の提供が可能である。

輸血パス							
ID		<輸血前準備> ①輸血同意書 ②輸血前検査 (血液型-交差適合試験) ③輸血依頼伝票 ④血液バンド ⑤輸血セット					
血液型()型 RH()		不規則抗体< 無・有()・未検 >					
<使用予定日> 月 日 単位 月 日 単位		<依頼血液製剤> ①照射赤血球濃厚液-LR 単位 ②照射濃厚血小板-LR 単位					
<開始時> ※医師と看護師(医療者)2名で確認する		確認作業は中断してはいけない					
確認事項 ()患者血液型 ()血液製剤の製剤血液型 ()輸液ルートを選択(主治医確認)		※注意 -保冷库(5℃)から取り出し、常温で30分程度置く (血液製剤の温度が10℃まで上昇したものを使用) →悪寒の防止 アルブミン……薬局管理のため、パスの使用なし					
<輸血中> 観察項目							
経過時間	実施前	5分後	15分後	1時間後	2時間後	6時間後	備考
時刻	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	
バイタルサイン	Bp	Bp	Bp	Bp	Bp	Bp	
	T	T	T	T	T	T	
	P	P	P	P	P	P	
	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	
速度確認 開始後5分1ml/分 の後5ml/分まで							
血管痛		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
胸痛		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
腹痛		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
悪寒戦慄		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
発熱		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
発疹		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
顔面紅潮		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
呼吸困難		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
喘息発作		+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	
看護記録							
観察者サイン							
※輸血開始後5分間は急性反応確認のため、ベッドサイドで確認する ※輸血による副反応と考えられる症状を認めた場合、直ちに輸血を中止し、医師へ連絡。指示により輸血セットを交換して 生理食塩水または細胞外液類似輸液剤の点滴に切り替えるなどの適切な処理を行う バリエーション(重大副反応・死亡)→パス終了 記録へ							



VI インスリンのスライディングスケール

提供) 北里大学東病院

インスリンのスライディングスケールは、通常7時・12時・18時の食前血糖値でインスリンの投与量が決まりますが、血糖値に対してインスリン投与量が、医師によって微妙に異なります。医師によっては「23時血糖測定の指示、23時は半量投与」の指示がまれにあり、「忘れる、見落とす」といった事例も発生していました。そこで医師、看護師、薬剤師等によるワーキンググループを結成し標準化を行ったことで、多種多様な指示による混乱・煩雑さが解消され、類似事例の発生の報告がなくなったので、取り組みについて紹介します。

<対策>

- ①医師、看護師、薬剤師の実務者によるワーキンググループを結成。
- ②個別に指示されるスライディングスケールや23時の指示について、エビデンスの意見交換。
- ③他大学・施設のスライディングスケールを文献検索。
- ④当院の内分泌代謝内科にコンサルト。

⇒ インスリンのスライディングスケールの標準化

*23時半量の指示は原則廃止

ただし、以下を参照

- ◆ 最低限の標準であり、必要時には個別のアセスメントや医師・看護師間の指示だし・指示受けを行う。
- ・ 標準でコントロールが困難な場合は、内分泌代謝内科にコンサルトする。
- ・ 尚、適応外・不可能な患者には個別スケールを作成する。

インスリンのスライディングスケール

東病院 共通 薬品名	第1スケール (一般及び内科系)		第2スケール (手術等・外科系)		個別 スケール	
	BS	単位	BS	単位	BS	単位
			151-200	2		
ヒューマリンR注	201-250	2	201-250	4		
100単位/mL	251-300	4	251-300	6		
(10mL/V)	301-350	6	301-350	8		
	351-400	8	351以上	10		
	401以上	10				

* 付属のマニュアルを作成

- ・ DR CAL L 条件
- ・ コンピュータ入力方法
- ・ 低血糖の対処マニュアル
- ・ インスリン製剤の安全使用
- ・ 主なインスリン製剤例・作用時間、混合型等

<結果>

標準化により、多種多様な指示による混乱・煩雑さが解消され、類似インシデントはなくなった。



VII インプラント(体内植込み物)の共有方法

提供) 川崎市立川崎病院

MRI 実施前には、オーダー医師が、患者・患者家族と共に「MRI 安全問診票」によって検査が可能かどうかをチェックし判断しますが、患者又は患者家族と確認ができない事例も予測されることや他の様々な場面においても、医療者は「体内挿入物等」の有無を確認する必要があることから、電子カルテの患者バーに「インプラントのアイコン表示（挿入日も表示可能）」を行い、活用しています。

電子カルテにインプラントのアイコン表示

1 方法

患者の診療時は、患者バーの【インプラント】アイコンの有無を確認し内容を確認後、診療等を開始する。

*カーソルを合わせると、挿入物と挿入日が表示されます。

2 入力対象機器

以下の機器 および 眼球又はその周囲に金属・異物がある患者
心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工内耳/人工中耳
中心静脈ポート、人工弁
その他ステント等々、医師が必要と判断した植え込み物

3 入力方法

(1) 入力する職員

植え込み術を実施した診療科の主治医
診療の過程で情報を得た医療技術職員

(2) 入力画面

電子カルテ 『プロフィール→注意→インプラント（体内植込物）』





VIII メモの運用方法

提供) 川崎市立川崎病院

口頭指示はしない、受けないが原則です。しかし、やむをえない場合は口頭指示メモを使用し復唱することで、聞き間違いや思い込みを防止しています。

口頭指示メモ

口頭指示メモ 運用基準 (看護職員用)

【運用方法】

- (1) 全病棟の電話の側にメモを設置する。
- (2) 電話での口頭指示が出た場合のみ使用する。
- (3) 口頭指示をメモの内容に沿って記入する。
- (4) 薬剤はmg・ml・何A までしっかり聞く「半トウ」→「1/2A」とまた「0mg・0ml」まで記入する。
- (5) 指示を受けた看護職員は必ずメモの内容を医師に復唱し確認する。その際も「mg・ml」の確認を行う。
- (6) 指示実施後は、内容を看護記録に残す。
- (7) 口頭指示メモは速やかに指示した医師に返し入力を依頼する。

【注意点】

- (1) 電話での報告の際、医師が直接患者さんを診察せず、看護職員指示を出すため、看護職員の報告の仕方によっては必要な指示がそのため、報告は患者さんの状態を把握した上で報告する。
- (2) 口頭指示を受ける場合は、指示の聞き間違いによって誤った指示が実施される危険性がある。⇒ (例えば「半トウ」を「3トウ」と聞き間違えるなど)

口頭指示メモ (見本例)

口頭指示メモ		
指示Dr _____	指示受けNs _____	
		年 月 日 時 分
患者名		⇒ フルネームで記入
報告内容		⇒ 内容は簡潔に分かり易く
薬剤名		
用量		⇒ 「1/2A」、「ml」まで記入
投与方法・経路		⇒ 筋注、静注、内服、坐薬等
実施時間		
確認者/実施者	/	⇒ 実施時に必ず記入する。
その他の指示		

患者搬送連絡メモ

検査搬送時の職員同士の、
患者氏名の伝達間違い、
聞き間違い、思い込みの防止、
患者さんとの患者確認の徹底を実施し、
検査搬送時の患者間違いを防止しています。

患者搬送連絡メモ (見本例)

お名 _____	
部屋番号 _____	
【搬送先】	
1階	MR室 核医学室 放射線治療室 内科 外科 脳神経外科
2階	循環器科 眼科 耳鼻咽喉科 放射線(X線撮影室) CT室 整形外科 精神科 歯科口腔外科
3階	心電図室 筋電室 脳波室 肺機能室 超音波室 内視鏡室 リハビリ 皮膚科 産婦人科 泌尿器科 _____
【搬送方法】	ストレッチャー ・ 車椅子 ・ 歩行
【移乗時】	看護職員と ・ 看護助手のみ
【搬送】	看護職員 ・ 看護助手
電話受け者サイ _____	
	看護職員確認



IX 一時行方不明者（無断離院）への対応

提供）川崎市立川崎病院

無断離院（外泊・外出許可が無い事例）において、病棟・病院内の捜索及び家族等の協力を得ても発見できなかった場合には、「離院 24 時間以内」を目処に、医師、家族と相談協議のうえ警察へ届けます。その際に警察が患者を捜索するにあたり必要とする情報を適切に提供するために使用しています。

一時行方不明者(離院)の警察への通知要領の作成と報告ルート

患者の無断離院を発見した職員は、関係部署に連絡・報告するとともに、患者を捜索する。関係各所への連絡は、事故発生時の報告ルートに準ずる。

一時行方不明者の警察への通知要領（見本例）

種別	認知症、精神障害、傷病人、その他							
不明日時	平成	年	月	日	時	分	頃	
不明場所	施設住所	〇〇〇〇	〇〇川崎病院	病棟	科			
行方不明者	住所							
	氏名							
	職業							
	氏名 男・女 連絡先 -()-							
	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日							
	人相衣着	身長		cm位	体格			
		頭髪			履物			
		めがね		有・無	所持金品			
		上衣			下衣			
		住所		言える・言えない	氏名		言える・言えない	
身元のわかる所持品								
衣類への縫付等								
不明になった原因経過等								
通知(届出)者				所属 氏名				
通知先				〇〇警察署 〇〇〇-〇〇〇〇(〇〇〇〇) 手配日時 年月日 時分 手配解除日時 年月日 時分				
<ul style="list-style-type: none"> * 一時行方不明者の手配は概ね、24時間警察業務を通じて発見活動を行うもの。 * 発見した場合は、すぐその旨を通知する。 * 発見に至らなかった場合は、家族等に対して、家出人捜索願を出すよう教示する。その際は、本人の写真が必要である。 (なお、捜査願いの届け出は、雇用主、同居人、福祉業務に関する仕事をしている人、密接なかかわりのある人等が該当する)								

あとかき

いかがだったでしょうか。

施設内で事例を共有することも重要ですが、今は、施設間での協働が求められているのではないのでしょうか。医療安全への取り組みは、一朝一夕に結果に結びつかないことがほとんどです。そんな中で、他施設の成功事例が新たな対策のヒントになるのではないのでしょうか？ また、取り組み方なども参考にされてはいかがでしょうか？

皆さんの施設でも「そうだ！これはいい！」「これはよかった！」という取り組みや再発防止策がありましたら、是非紹介してください。

編集： 神奈川県看護協会 医療安全情報検討ワーキンググループ（50音順）
川崎市立川崎病院・北里大学東病院・菊名記念病院・たま日吉台病院・横浜市立みなと赤十字病院・横浜新緑病院

2012年医療安全推進週間



みなさんの施設ではどんな取り組みをされたでしょうか？
「こんなポスター作りました」「こんなことしました！」など、
取り組んだことを送ってください。お待ちしております。



神奈川県看護協会 医療安全対策課 iryouanzen@kana-kango.or.jp

公益社団法人神奈川県看護協会



医療安全情報検討ワーキンググループ