

| | | |
|---------|---|---|
| | | ミニタイマーを活用して点滴実施15分後の確認を徹底する |
| 7. 運用段階 | <p>1. 採用決定機関 インシデント検討委員会で採用を決定する。</p> <p>2. 院内周知方法 ① リスクマネジャー会議、看護師長会議で伝達する。 ② 各部署配布の「リスクマネジメントマニュアル」の掲載 ③ 各外来、病棟にポスター（資料1）を掲示して全職員に熟知してもらおう。</p> <p>3. 実施評価 ① インシデント検討委員会事務局が、病棟巡回をしてミニタイマーの活用状況を調査する。</p> <p>4. 評価修正方法 ① 毎月開催するインシデント検討委員会の報告事例より、点滴の速度間違い、血管外漏出に関する事例の分析を通して、改善の必要性の検討を行う。</p> | <p>採用決定 ① インシデント検討委員会</p> <p>周知方法 ② 看護部会議 ③ マニュアル配布 ④ ポスター掲示</p> <p>評価 ⑤ 病棟巡回 ⑥ 活用調査 ⑦ インシデント分析</p> |
| 8. 評価 | <p>① 今回は点滴実施後の速度間違い、血管外漏出によるトラブルを防止する事を目的として確認行動のルール化を実施した。</p> <p>② 同内容の報告事例は運用開始後5月～12月で前年度比より2%減少した。</p> <p>③ 運用開始後翌月の報告事例は1件と効果が見られたが、その後は「繁忙でミニタイマーをセットしなかった。」「観察に行ったが、観察内容が不十分であった。」等の原因による事例報告が前年度同様に続いていた。</p> <p>④ しかし3～4ヶ月毎のインシデント検討委員会事務局の巡回実施後は報告件数が1～2件に減少しているため、マニュアル改善後の定期的な巡回指導が周知には重要である。</p> | <p>① 確認行為のルール化 ② 事例減少 ③ 繁忙 ④ 観察不足 ⑤ 定期的巡回指導</p> |

患者に安全な医療、看護を提供するため 下記の対策を必ず実施しましょう

1. 注射の準備をする時は3度の確認を実施しましょう。
2. 注射、与薬時は患者の名前を呼び、指さし動作確認を実施しましょう。
3. W チェックの必要な薬剤、輸血は必ず複数で確認しましょう。
4. 注射、点滴は他の患者のものと区別し、一人ずつ専用トレーに準備し実施しましょう。
5. ミニタイマーを使用して点滴開始15分後の確認をしましょう。
6. イエローのカテーテルチップで口径の合わない注射以外の処置にはブルーのカラーシリンジを使用し、注射用シリンジと区別しましょう。
7. 栄養カテーテルへの注入と吸入液をつめる時にはイエローのカテーテルチップを使用しましょう。
8. 手術患者は、リストバンドを装着し、チェックリストを用い誤認防止に万全を期しましょう。

呼称確認と指さし動作確認の具体的な方法

いつする

注射、輸液、輸血、与薬の準備をする時

W チェックの必要な薬剤 → 抗不整脈剤、化学療法剤、
血液製剤、循環器用剤

患者に実施する前

どうする

準備 「〇田〇子さんのインスリン 20 単位、7:30」と

注射指示箋・処方箋と、アンプルの表示を指でなぞって声を発し確認。

W チェックの場合も、同様の方法で相手方と確認し合う。

実施 点滴 ：「〇田〇子さんの点滴を追加いたします」と

点滴ボトルの名前を指さしながら、声を発する。

施行後点滴ルート、刺入部を確認

注射 ：「〇田〇子さんですね、お注射いたします。」と声を発し、

注射器の名前を確認する。

輸血 ：「〇田〇子さん ○○型ですね、輸血いたします。」と

輸血バッグの表示を指さしながら、声を発し確認する。

*注射は1患者1トレー

*患者名はフルネームで呼称する。

*外来では、患者様から名のっていただいて、採血・注射・輸血を行う。

内服 ：「〇田〇子さんお薬をお渡しいたします。」と声を発し

薬袋の氏名と用法・用量を確認。

以上の事を徹底して行いましょう。

開発の概要

(1) 患者安全管理—⑤薬剤誤注入防止—F 病院

「注射実施フロー」

| 項目 | 内容 | 要素 | 適用 | 具体的内容 | |
|------------|--|--------------------------------------|----|-------------------------------------|--|
| 発端 (動機) | ①インシデント分析 | ①報告数の推移 | ● | インシデント報告 (与薬関連) | |
| | | ②報告内容分析 | ● | ①患者取り違えインシデント数例 ②準備から実施段階まで起きている | |
| | | ③重大事故の発生 | | | |
| | | ④その他 | | | |
| | ②他施設の事故報道 | ①マスコミ報道 ②専門誌の記事 | ● | 患者取り違え事故報道 | |
| | ③システム変更改善 ④行政指導 ⑤研究的取り組み ⑥患者の声・投書 | | | | |
| 作成 組織 | ①管理組織 | ①安全委員会主導 ②実行部門主導型 ③リスクマネージャー主導 | ● | 看護部リスクマネジメント委員会 | |
| | 作成メンバー | 医師 看護師 薬剤師 | ME | 検査 事務 その他 | |
| 作成方 法 | ①問題の把握 | ①業務フロー分析 | ● | 注射指示受けから実施・記録まで | |
| | | ②発生因子分析 | ● | 段階ごとの確認不足 | |
| | | ③文献検討・学習 | | | |
| | | ④現場聞き取り | | | |
| | | ⑤アンケートなど | | | |
| | ②標準化 | ①業務フロー過程 (注射工程) | | ● | ① 指示受け時 ② 指示書確認 ③ 薬剤準備 ④ 薬剤運搬 (患者交差) ⑤ 患者確認 (患者名) ⑥ 実施 (ポンプ、三方活栓) ⑦ 記録 |
| | | ②確認原則行動 | | ● | 確認内容 (患者名、薬品名、規格・量・時間・ ポンプ・三方活栓) |
| | | ③リスクアセスメントツール | | | |
| | | ④標準計画 ⑤患者説明内容 ⑥行動評価表 | | ● | 行動チェック表 |
| ③マニュアル表示 | ①文章説明 ②図式化 | | ● | チェックリスト | |
| 開発ツ ール | ①業務マニュアル ②患者説明 ③職員教育 | ①業務マニュアル ②アセスメントツール ③標準計画 | ● | 注射業務フロー・実施フロー | |
| | | ④患者説明パンフ ⑤教育資料 | ● | (入院案内) 事故防止、リストバンド* | |
| | | | | | |
| 評価 | ①評価方法 | ①インシデント報告 | ● | | |
| | | ②行動巡視 | | | |
| | | ③アンケート (自己分析) | ● | インシデントレポート (発生時自己評価) | |
| | | ④その他 | | | |
| 課題 | | | | | |

| | | |
|--------------|---|--|
| 1. マニュアル名称 | 注射実施フロー | 要素 |
| 2. 達成目標 | ① 注射業務の指示受けから実施・記録までの手続きを標準化する。 ② 注射業務のどの部分で間違いがおこったのかを明確にする。 | ① 注射指示 ② 手順 ③ 間違分析 |
| 3. 作成経緯 | 経緯 ① 当院は 1989 年からインシデント事例収集を開始。 ② 1998 年、1999 年と注射施行時・点滴の交換時に患者取り違えによるインシデント報告が数例続き、対策が必要となった。 ③ 1998 年の横浜市大患者取り違え事件をきっかけに患者誤認を防止するために全入院患者へのリストバンドの装着を行った。 ④ インシデント事例の誤薬関連について分析してみると、準備から実施までの流れの中の確認ミスが多かった。 ⑤ 注射業務フローにおけるインシデントの主な内容として以下のことがあげられた。 ◆ 指示受け時の間違い（患者・量・薬品名・口頭指示など） ◆ 指示書の確認ミス ◆ 薬剤の準備時の規格、単位、数量、投与時間、薬剤名間違い ◆ 調剤から実施までの薬剤を運ぶ際の間違い（患者交差） ◆ 実施時の間違い（患者・三方活栓・ポンプなど） ◆ ⑥ 注射業務実施にあたり、インシデントを防止するための実施フローを作成した。 ⑦ インシデント発生時にどこに問題があったのかが明確になるように注射業務フローを作成した。 ⑧ 注射業務フローはインシデントレポートと併用して使用することとし自己分析に活用できるようにした。 | 経緯 ①事例分析 ②患者取り違えの発生 ③リストバンドの導入 ④注射フローの中での確認ミス 確認ミス分析 ⑤指示受けミス ⑥指示書確認 ⑦患者 ⑧量 ⑨薬品名 ⑩規格 ⑪単位 ⑫投与時間 ⑬患者交差 ⑭三方活栓 ⑮ポンプ ⑯口頭指示対策 ⑰防止策の実施フロー ⑱インシデント分析フロー ⑲自己分析 |
| 4. 作成組織 | 看護部リスクマネジメント委員会 〈構成メンバー〉 婦長 3 名、主任 2 名、副看護部長 1 名 | 看護部リスクマネジメント委員会 |
| 5. マニュアル作成方法 | マニュアル作成方法（開発の実際） ① 注射業務について、指示受けから実施・記録までの一連の流れにそって実際の行為を文章化した。 ② 注射実施フローのどの段階でどのようなエラーやミスティクが起きているのかを明確にした。 ③ エラーやミスティクを防止する対策を含んだ注射実施フローを作成した。 ④ 注射業務フローのどの段階でミスが起きたかをチェックできるチェックリストを作成した。 | ① 業務フロー ② ミスの起こる段階 ③ 段階でのエラー防止策 ④ エラーチェック方法 |
| 6. 開発したツール | ① 注射実施フローを詳細に説明する注射業務フローを作成した。 注射業務の工程を次のように 7 つにわけ、業務の詳細を明記した。 ◆ 指示受け ◆ 指示書確認 ◆ 薬剤の準備 ◆ 薬剤運搬 | 注射工程 ① 指示受け ② 指示書確認 ③ 薬剤準備 ④ 運搬 ⑤ 患者確認 |

| | | |
|-------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 患者確認 ◆ 実施 ◆ 記録 <p>② 注射業務フローをインシデントレポートと併用し、チェック方式によりどの業務に問題があったか明確にする。</p> | <p>⑥ 実施</p> <p>⑦ 記録</p> <p>インシデント・チェック方式</p> |
| 7. 運用 | <p>(1) マニュアル作成、様式変更決定機関</p> <p>① リスクマネジメント委員会で承認後、看護部管理者会議に報告し承諾を得る。</p> <p>② 婦長会議にて周知する。</p> <p>(2) マニュアル実施評価、様式評価修正方法</p> <p>① リスクマネジメント委員会および各部署のリスクマネージャーによる評価。</p> <p>③ 様式等の修正はリスクマネジメント委員会で行い、看護部管理者会議にて承認後、リスクマネージャー会議にて周知する。</p> | |
| 8. 評価 | <p>① 注射実施フロー</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 薬剤の準備、混注、実施などの注意するポイントが明確であり確認がしやすい。 ◆ 患者誤認防止にリストバンドとの照合をするという意識醸成に役立った。 <p>② 注射業務フローチェックリスト</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ インシデント発生時はこの業務フローのどこに問題があるのかをチェックすることで、各自が自分の行為のどこに問題があったのかが明確に出来る。 ◆ インシデントの分析時も手をうたなければならないところが明確になり、すぐに対応ができる。 <p>④ 今後の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 実際の成果の確認 ◆ チェックリストによって確認されたインシデントの対策 ◆ ルール無視や確認ミスに至った背景を分析し、必要な教育内容や業務改善課題を明確にする | <p>① 確認行為の容易さ</p> <p>② 確認意識の醸成</p> <p>③ フロー分析</p> <p>④ 自己分析</p> <p>⑤ インシデント分析の活用</p> <p>⑥ 教育的課題</p> <p>⑦ 業務改善の課題</p> |

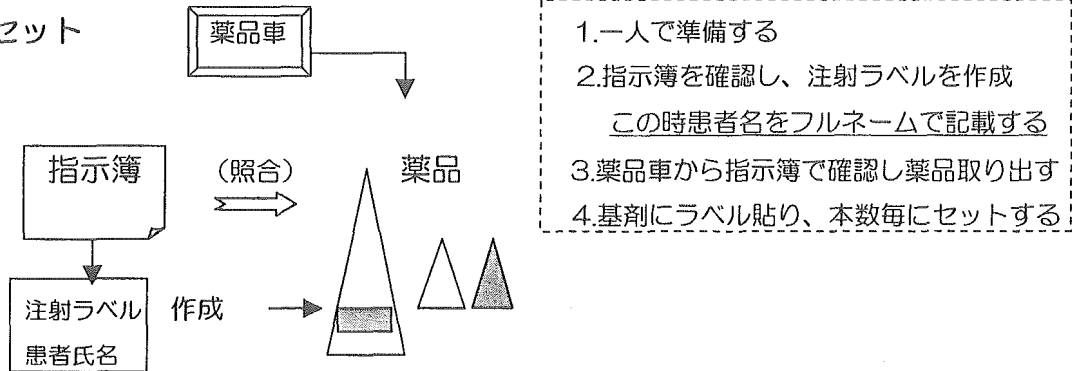
注射実施フロー

看護部リスクマネジメント委員会

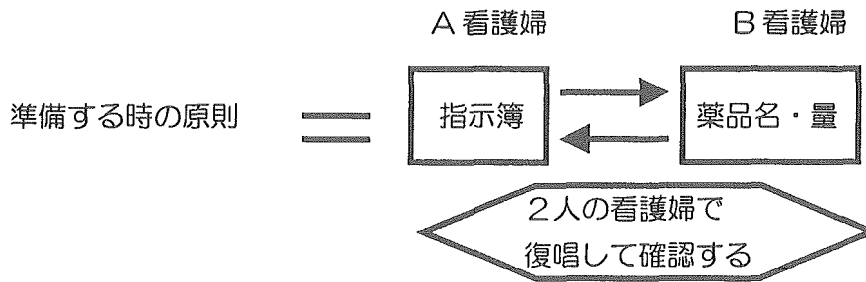
薬品準備：混注前

- ① 勤務時間内に実施予定のものを準備する。
- ② 指示簿と薬品、薬品と指示簿を二人の看護婦が、相互復唱して確認する

1) 薬品セット

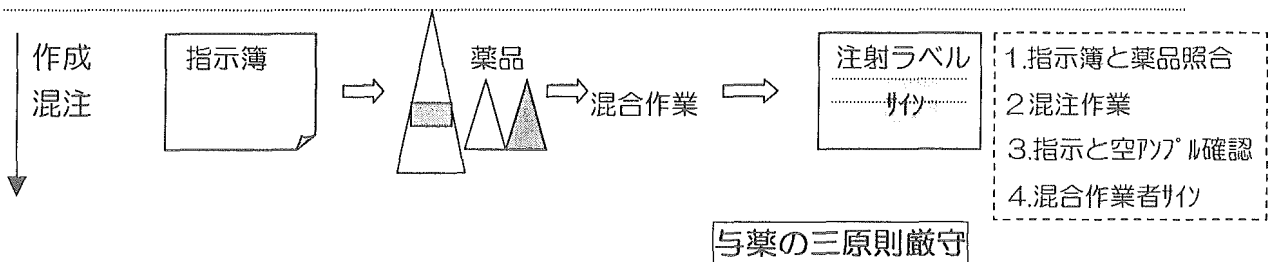


2) 照合



3) 混注作業

- ① 実施予定の直前に準備する
- ② 他者を介入させないで、調剤から実施、記録まで一人の看護婦が行う



4) 実施

実施時の確認

手技は？
 ルートは？
 患者様は？

× 「〇〇さんですね」

○ 「お名前を教えてください」
 「リストバンド」との確認



患者と初対面の時は必ず実施
 初対面でない時は、注射ラベルを見せながら
 患者と共に確認しあう

安全・正確な実施

手技の間違い
 ルートの間違い
 患者間違い } の可能性がある

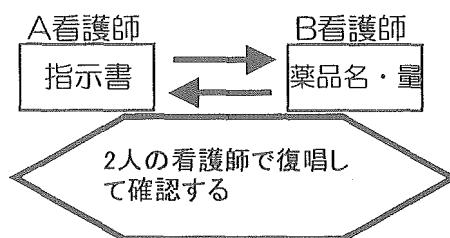
(平成 12 年 9 月作成)

《 注 射 業 務 フ ロ ー 》

看護部リスクマネジメント委員会

| 業務 | 番号 | 業務内容 |
|-------|----|--|
| 指示受け | 1 | 患者氏名をフルネームで確認する |
| | 2 | 医師より指示内容や施行理由の伝達（口頭・指示書）を受ける |
| | 3 | 患者への説明の有無や内容を確認する |
| | 4 | 指示書の予定時間、薬品名、投与量、手技、速度/時間、経路/部位を確認する |
| | 5 | 指示内容が理解や納得できない場合は、主治医、リーダーまたは主任、婦長に確認する |
| | 6 | 約束指示の場合は約束指示通りでいいのかどうかを確認する |
| | 7 | 指示書と一緒に指示内容や施行理由を担当者に伝える |
| 指示書確認 | 8 | 患者氏名を確認する |
| | 9 | 指示書の予定時間、薬品名、投与量、手技、速度/時間、経路/部位を確認する |
| | 10 | 指示内容が理解や納得できない場合は、リーダーまたは主任、婦長に確認する |
| 薬剤の準備 | 11 | 指示書を手元に置く |
| | 12 | 薬品車の薬品と指示書、指示書と薬品を二人の看護婦が相互復唱し確認する (スライディングスケール、量や濃度の計算も含む) |
| | 13 | 指示書で確認した薬品にラベルを貼る |
| | 14 | 薬品照合がされた後他者を介さず混注する。混注後ラベルに●印をつける。 |
| | 15 | 空アンプルを指示書と確認後破棄する |
| | 16 | 調剤者がラベルにサインをする |
| | 17 | 適切な点滴ラインを選択する |
| | 18 | 特殊薬剤や冷所保存薬を混注する |
| | 19 | 薬剤を指示通りに調剤できたか再度確認する |
| 運搬 | 20 | 1人の患者に1台の点滴スタンドとし、ベットサイドまで運搬する |
| | 21 | 注射薬も患者毎にトレイに入れ、ベッドサイドまで運搬する |
| 患者確認 | 22 | 指示書と準備された薬品ボトルのラベルと患者氏名を確認する。 |
| | 23 | 薬品ボトルのラベルとリストバンドを確認する |
| | 24 | 患者の氏名をフルネームで確認する |
| | 25 | 患者が点滴治療を了承しているか確認する |
| 実施 | 26 | 実施直前に指示書で予定時間、薬品名、投与量、与薬経路/部位、手技、速度/時間を確認する |
| | 27 | 点滴速度を合わせる |
| | 28 | 輸液ポンプ、シリンジポンプの設置と設定速度を合わせ開始する |
| | 29 | 液漏れ、ラインの閉塞、固定不良（接続はずれなど）の有無を観察する |
| | 30 | 患者の状態を観察する |
| | 31 | 薬剤が定時量滴下しているか、経時的に観察・調整する |
| | 32 | 不安なことはリーダーまたは主任、婦長に相談し、必要があれば監督のもと実施する |
| 記録 | 33 | リーダーに実施した際の内容を報告する |
| | 34 | 実施登録 |

準備する時の原則

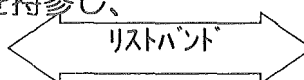


混注する時の原則：調剤から実施（記録）まで1人の看護婦が行う
(途中で他者を介入させない)

実施する時の原則：患者ワークシートを持参し、
「お名前を確認させてください」

×月×日 9時
○○○○様
_____mg

薬品名、投与量は？
手技は？
経路（ルート）は？



H14年9月改訂

(1)患者安全管理—⑤薬剤誤注入—F病院
インシデント・レポート(与薬関連)

報告者 平成 年 月 日

FAX : 6334 (日中)
 : 6020 (土・日・祝日)

部署

報告 発見者
 当事者
 婦長

(種類) 注射 輸液 内服薬(看護婦与薬・自己管理薬) 輸血 麻薬 管理薬品 チューブ・器械類操作 その他
 (発見状況) 自分自身 患者からの指摘 家族からの指摘 他勤務者からの指摘 患者の状態 その他

| | | | | | |
|--|--------------|-----|----|------|---|
| <input type="checkbox"/> 発生 <input type="checkbox"/> 発見 | 月 日 時 分 | 看護婦 | 氏名 | 経験年数 | 年 |
| 患者 | ID番号 氏名 歳 | 診断名 | | | |

実施すること

実施したこと

患者名 _____ 様に

患者名 _____ 様に

薬剤名 _____

薬剤名 _____

投与量(単位) _____ () を

投与量(単位) _____ () を

投与速度/時間 _____

速度/時間 _____

投与経路/部位 _____

投与経路/部位 _____

開始時間 _____

開始時間 _____

- 定時
 中止
 変更
 追加
- の予定が

- 実施した 実施しなかった
 ポンプの作動や三活方向の確認をしなかった

追記事項

発生後の患者の状態

生命の危険性 a きわめて高い b 高い c 可能性あり d 低い e ない

《直接的影響、予測される影響を含めた患者の状態》

患者への措置 a 救急蘇生 b 治療処置 c 注射投薬 d 内服投薬 e 経過観察 f その他()

《直後の対処:いつ誰に報告したか。どんな対応をしたか》

報告

医師 () へ _____ 月 日 時 分

婦長 () へ _____ 月 日 時 分

管理者 () へ _____ 月 日 時 分

| 当事者記入 | | | 注射業務のフローで、どこを実施しなかったか未実施に○を付けてください。 |
|-------|----|------|--|
| 業務 | 番号 | チェック | 業務内容フロー |
| 指示受け | 1 | | 患者氏名をフルネームで確認する |
| | 2 | | 医師より指示内容や施行理由の伝達(口頭・指示書)を受ける |
| | 3 | | 患者への説明の有無や内容を確認する |
| | 4 | | 指示書の予定時間、薬品名、投与量、手技、速度/時間、経路/部位を確認する |
| | 5 | | 指示内容が理解や納得できない場合、主治医、リーダーまたは主任、婦長に確認する |
| | 6 | | 約束指示の場合は約束指示のままでよいのかどうか確認する |
| | 7 | | 指示書とともに指示内容や施行理由を担当者に伝える |
| 指示書確認 | 8 | | 患者氏名を確認する |
| | 9 | | 指示書の予定時間、薬品名、投与量、手技、速度/時間、経路/部位を確認する |
| | 10 | | 指示内容が理解や納得できない場合は、リーダーまたは主任、婦長に確認する |
| 薬剤の準備 | 11 | | 指示書を手元に置く |
| | 12 | | 薬品車の薬品と指示書、指示書と薬品を二人の看護婦が相互復唱し確認する (スライディングスケール、量や濃度の計算も含む) |
| | 13 | | 指示書で確認した薬品にラベルを貼る |
| | 14 | | 薬品照合がされた後、注射器に吸上げ、混注する等をする。 |
| | 15 | | 空アンプルを指示書と確認後破棄する |
| | 16 | | 調剤者がラベルにサインをする |
| | 17 | | 点滴ラインを作成する |
| | 18 | | 特殊薬剤や冷所保存薬を混注する |
| | 19 | | 薬剤を指示通りに調剤できたか再度確認する |
| 運薬搬剤 | 20 | | 1人の患者に1台の点滴スタンドとし、ベットサイドまで運搬する |
| | 21 | | 注射薬も患者毎にトレイに入れ、ベットサイドまで運搬する |
| 患者確認 | 22 | | 指示書と準備された薬品ボトルのラベルと患者氏名を確認する |
| | 23 | | 呼称(フルネーム)による患者本人、リストバンド、ベッドネームを確認する |
| | 24 | | 患者が点滴治療を了承しているか確認する |
| 実施 | 25 | | 指示書の与薬経路/部位、手技、速度/時間を確認する |
| | 26 | | 点滴速度を合わせる |
| | 27 | | 輸液ポンプ、シリンジポンプの設置と設定速度を合わせ開始する |
| | 28 | | 液漏れ、ラインの閉塞、固定不良(接続はずれなど)を観察する |
| | 29 | | 患者の状態を観察する |
| | 30 | | 輸液が定時量滴下しているか、経時的に観察・調整する |
| | 31 | | 不安なことはリーダーまたは主任、婦長に相談し、必要があれば監督のもと実施する |
| 録記 | 30 | | リーダーに実施した際の内容を報告する |
| | 32 | | 実施登録 |
| その他 | 33 | | その他(|

実施しなかった業務番号の状況について記入して下さい。

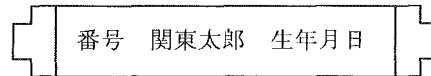
医療事故防止について

当院では、医療事故防止の一環として、患者様のご協力をいただき、次のような対策を行っております。

多少のご不便をおかけしたり、違和感を感じられる場合もあるかとは思いますが、ご協力をお願いいたします。

1.患者様誤認防止の、「患者様識別リストバンド」の装着

入院から退院まで、診療券番号・氏名・生年月日を記入したリストバンドを手首に装着していただきます。



2.お名前の確認

お名前を？

注射・治療・検査等を行う際には、先ず、患者様のお名前をフルネームで確認させていただきます。

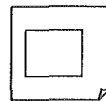
入院中、何度もお尋ねすることがありますが、ご了承ください。

患者様のお名前、リストバンド、伝票を照合して事故防止に努めております。

3.患者様への十分な説明

注射・処置・検査等を行う際は、必ず、患者様およびご家族の方に十分な説明を行っております。説明が不十分であったり、疑問に感じる場合がございます。遠慮なく、医師・看護婦等にお申し出下さい。

4.患者様自身による、医療行為の確認



点滴・注射・検査容器、薬袋などには、患者様のフルネームが記入されております。事前に十分な確認をさせていただきますが、ご不信な点や誤りを発見された場合には直ちに医療者にお知らせください。

患者様と医療者との協働で、安全な入院生活をご提供させていただきます。



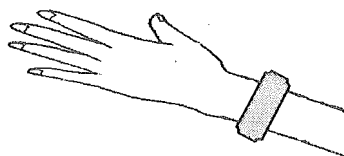
ご入院された患者様へ （入院患者様用）

F 病院

当病院では、患者様取り違い事故などの防止のため、患者様にご協力頂き、入院患者様全員に患者様識別リストバンドを使用しております。
多少の違和感、ご不便をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

1. 患者様識別リストバンドは、

- ① 入院されてから退院されるまで、外さずに装着して下さい。
- ② 診療券番号、氏名（フルネームを漢字で）、生年月日を、ご自身またはご家族の方が記入して下さい。



1 2 3 4 5 6 〇山〇子 昭和〇年〇月〇日生

2. 患者様識別リストバンドは、このような時に確認させていただきます。

- ① 注射や点滴を行う時、リストバンドと注射ラベルを照合します。
- ② 検査を行う時、リストバンドと検体ラベル、検査伝票を照合します。
- ③ 手術の時（手術部位によっては、装着部位を変える場合があります）

なお、注射・治療・検査を行う際には、患者様のお名前を、次のようにフルネームで確認させていただきます。

- ① 「お名前を教えてください」
 - ② 「リストバンドのお名前を確認させてください」「〇〇〇〇さんですね」
 - ③ 「このラベルのお名前はあなたですか」
- ▶ 確認できた後、診療行為を行います。

*皮膚の炎症やかゆみ、違和感などが強い場合などは、看護婦にお申し出ください。

(2)標準治療・看護計画による安全管理

- ① 救急外来診療
- ② 深部静脈血栓症防止
- ③ 身体拘束基準と管理
- ④ パスによる患者安全管理

開発の概要

(2) 標準計画—①救急外来における患者診療—B 病院

「症状・徴候からのアプローチ」

| 項目 | 内容 | | 要素 | | 適用 | 具体的内容 | | | | | | |
|--------------|-----------|--------|---------------|----|----|---------------------------------------|---|--|--|-----------------|--|--|
| 発端 (動機) | ①インシデント分析 | | ①報告数の推移 | | | ● | 救急患者の死亡事故 | | | | | |
| | | | ②報告内容分析 | | | | | | | | | |
| | | | ③重大事故の発生 | | | | | | | | | |
| | | | ④その他 | | | | | | | | | |
| | ②他施設の事故報道 | | ①マスコミ報道 | | | | | | | | | |
| | | | ②専門誌の記事 | | | | | | | | | |
| | ③システム変更改善 | | | | | | | | | | | |
| ④行政指導 | | | | | | | | | | | | |
| ⑤研究的取り組み | | | | | | | | | | | | |
| ⑥患者の声・投書 | | | | | ● | 家族から、問診票に書いた情報を見落と したのではないかの異議があった | | | | | | |
| ⑦その他 | | | | | | | | | | | | |
| 作成組織 | 管理組織 | | ①安全委員会主導 | | ● | 事故対策委員会の指示 | | | | | | |
| | | | ②実行部門主導型 | | | | | | | | | |
| ③リスクマネージャー主導 | | | | | | | | | | | | |
| 作成メンバー | 医師 | 看護師 | 薬剤師 | ME | 検査 | 事務 | その他 | | | | | |
| | ● | ● | | | | | | | | | | |
| 作成方法 | ①問題の把握 | | ①業務フロー分析 | | | ● | 発生事故分析 | | | | | |
| | | | ②発生因子分析 | | | | | | | | | |
| | | | ③文献検討・学習 | | | | | | | | | |
| | | | ④現場聞き取り | | ● | | | | | 記録, 当事者に事情聴取 | | |
| | | | ⑤アンケートなど | | | | | | | | | |
| | ②標準化 | | ①業務フロー過程 | | | ● | 救急患者の主要徴候・症候の診療マニュアル ①発熱 ②動悸・息切れ ③不整脈 ④胸痛 ⑤ショック ⑥浮腫 ⑦咳嗽・喘鳴 ⑧チア ノーゼ ⑨呼吸困難 ⑩頭痛 ⑪めまい ⑫痙攣 ⑬失神 ⑭意識障害 ⑮悪心・嘔吐 ⑯腹痛 ⑰腰痛・背部痛 ⑱運動麻痺 | | | | | |
| | | | ②確認原則行動 | | | | | | | | | |
| | | | ③リスクアセスメントツール | | | | | | | | | |
| | | | ④標準計画 | | ● | | | | | 診断過程—検査基準, 治療過程 | | |
| | | | ⑤患者説明内容 | | | | | | | | | |
| | | ⑥行動評価表 | | | | | | | | | | |
| ③マニュアル表示 | | ①文章説明 | | | ● | 診断フローチャート | | | | | | |
| | | ②図式化 | | | | | | | | | | |
| 開発 ツール | ①業務マニュアル | | ①業務マニュアル | | | | | | | | | |
| | | | ②アセスメントツール | | | | | | | | | |
| | | | ③標準計画 | | | | | | | | | |
| | ②患者説明 | | ④患者説明パンフ | | | ● | 「症候・徴候からのアプローチ」 | | | | | |
| ③職員教育 | | ⑤教育資料 | | | | | | | | | | |
| 評価 | ①評価方法 | | ①インシデント報告 | | ● | 発生時 | | | | | | |
| | | | ②行動巡視 | | | | | | | | | |
| | | | ③アンケート(自己評価) | | | | | | | | | |
| | | | ④その他 | | | | | | | | | |
| 課題 | | | | | | | | | | | | |

| 1 マニュアル名 | 「症状・徴候からのアプローチ」 | 要素 |
|-------------|---|---|
| 2 達成目標 | ① 当直時間帯での診断ミスの防止 ② 専門外の患者でも見逃しがないようなツールの作成 | ①専門外の診療 ②診断ミス防止 |
| 3 マニュアル作成経緯 | 事例 救急外来を受診した患者が外来で点滴中に急変し、ICU管理となったが死亡した。 ①受診時、問診票にDMの既往を記載していたが、外来で血糖の採血を行わず点滴をしたのが死亡の原因になったのではないかと遺族よりクレームがでた。 ②その後の説明で遺族は納得したが、「これからもお世話になる病院だから二度とこのようなことがないように対応策をたてて欲しい」という課題がだされた。 ③クレームとなった背景には、医師が問診票を見ていないことにより、DMの既往があるが血糖の採血をしていないことにあった。 | ①事故の原因分析 ②家族からの課題 ③専門医師以外診察 ④情報の把握不足 |
| 3 組織 | ① 事故対策委員会の指示でメンバーを構成 ② MRM委員長である心臓血管外科部長、救急部部長、看護部長 ③ 権限は特にないが院長承認のもとに当直する医師と救急部看護科に周知徹底した | 事故防止委員会 関連各科 看護部門 |
| 4 作成方法 | 出来事を医師部門のMRM委員会で原因分析 ① カルテの見直し ② 当事者から状況を聞き経緯を説明し原因を分析したが、特別なツールは使用していない | ①記録の見直し ②当事者の聞き取りによる経過の把握 |
| 5 開発ツール | 症状・徴候からのアプローチ | |
| 6 運用方法 | ①作成したマニュアルを事故対策委員会に提出し院長の承認を得た ②部長会及び看護部会議で経緯と共にマニュアル活用を説明 | |
| 7 評価 | 1 実施評価 ◆特別に活用したという例は無いが、若い医師は当直帯で読んで参考にしている。 ◆救急部の看護師が勉強会の資料とし実践に生かしている 2 非常勤の夜間当直医師もいるので救急看護部中心に見直し予定 3 契機となった患者家族には病院としての姿勢を納得して頂けた | ①自己の参考資料 ②勉強会資料 ③他者への説明資料 |

胸痛・胸内苦悶

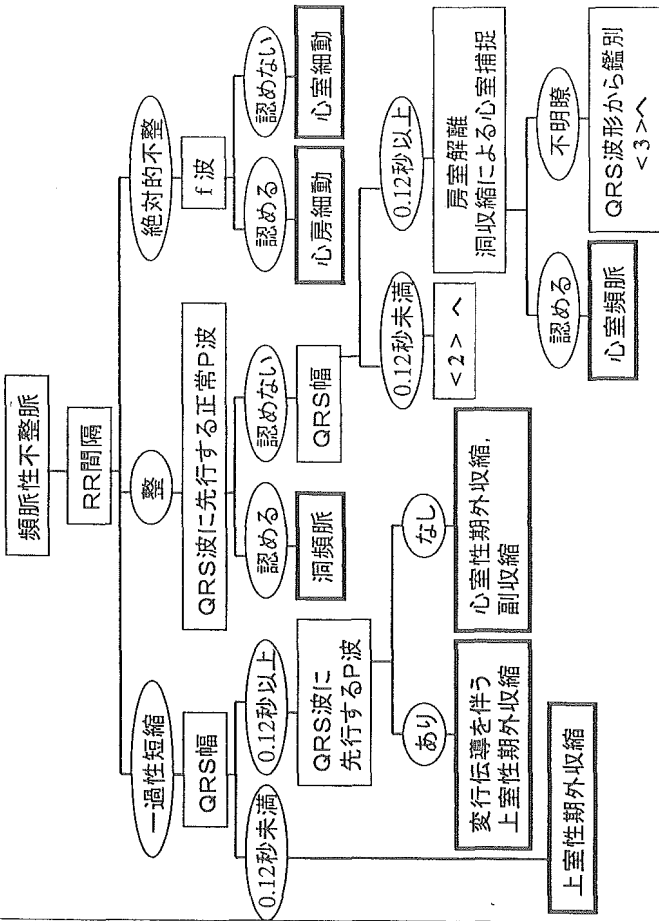
ECG・胸 X-P 必須

持続性胸痛・胸内苦悶を来す疾患・胸痛の性状・診断・治療
随伴症状

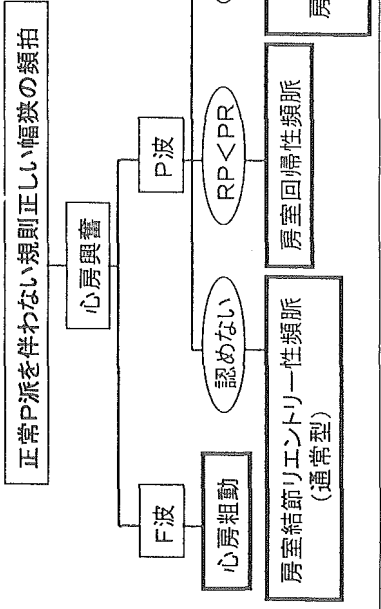


不整脈

<1> 頻脈性不整脈の鑑別手順



<2> 正常P派を伴わない規則正しい幅狭の頻拍の鑑別手順



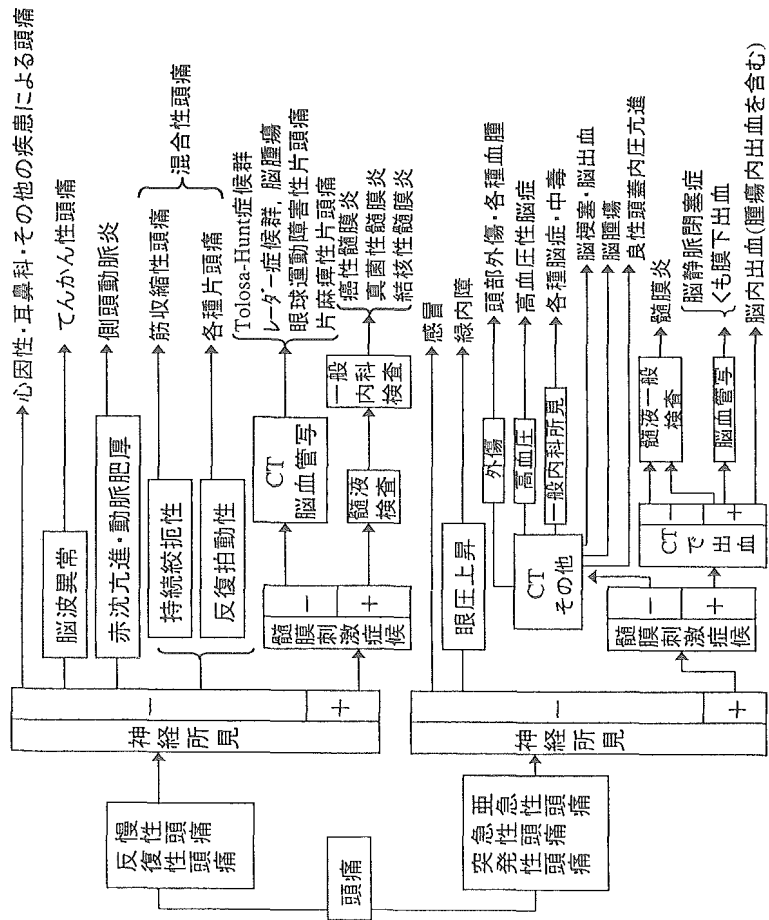
頭痛

発症様式から見た頭痛

1. 突発性頭痛
くも膜下出血, 小脳出血, その他脳内出血や脳腫瘍内出血
2. 急性頭痛
髄膜炎, 側頭動脈炎, 緑内障, 硬膜外出血, 脳挫傷, 高山病, 高圧性脳症, Tolosa-Hunt症候群, 感冒, 全身感染症
3. 亜急性・慢性進行性頭痛
脳腫瘍・膿瘍, 硬膜下血腫, 代謝性脳症, 髄膜炎(結核性, 癌性など), 中毒性脳症, 内分泌疾患など
4. 慢性持続性頭痛
慢性持続性頭痛
5. 慢性反復性頭痛
緊張型頭痛, 混合性頭痛, 外傷性頭痛, 心因性頭痛
慢性反復性頭痛
片頭痛, 群発頭痛, 高血圧, てんかん, 三叉, 咽頭神経痛

頭部CT検査は必須

頭痛の診断の進め方と鑑別診断



意識障害

Glasgow Coma Scale

- E: 開眼 eye opening
- 4 自発的に開眼する
 - 3 呼びかけで開眼する
 - 2 痛み刺激を与えると開眼する
 - 1 開眼しない
- V: 言語反応 verbal response
- 5 見当識の保たれた会話
 - 4 会話が混乱がある
 - 3 混乱した発話のみ
 - 2 理解不能の音声のみ
 - 1 なし
- M: 運動反応 best motor response
- 6 命令に従う
 - 5 合目的な運動をする
 - 4 逃避反応としての運動
 - 3 異常な屈曲運動
 - 2 伸展反応
 - 1 まったく動かない
- 合計15点

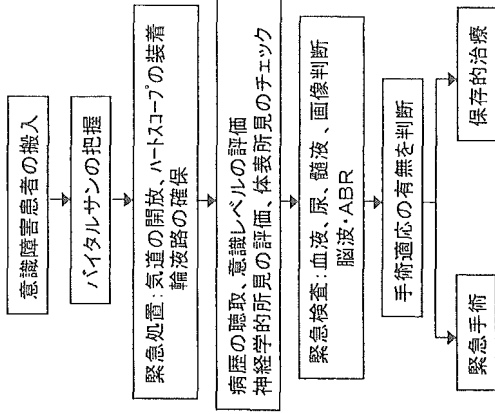
頭部CT検査は必須

3-9度方式による意識障害の分類

- III群 刺激しても覚醒しない
(deep coma, coma, semicomma)
- 300 まったく動かない
 - 200 手足を少し動かしたり顔をしかめる (除脳硬直を含む)
 - 100 はらいのける動作をする
- II群 刺激すると覚醒する
(stupor, lethargy, hypsomnolia, somnolence, drowsiness)
- 30 かろうじて開眼する
 - 20 痛み刺激で開眼する
 - 10 呼びかけで容易に開眼する
- I群 覚醒している
(confusion, senselessness, delirium)
- 3 名前, 生年月日が言えない
 - 2 見当識障害あり
 - 1 清明とはいえない

覚醒後の意識内容は考慮しない R=不醒, I=覚醒
失禁, A=自発性喪失 例=30-R, 3-I, 3-A

意識障害患者への対応

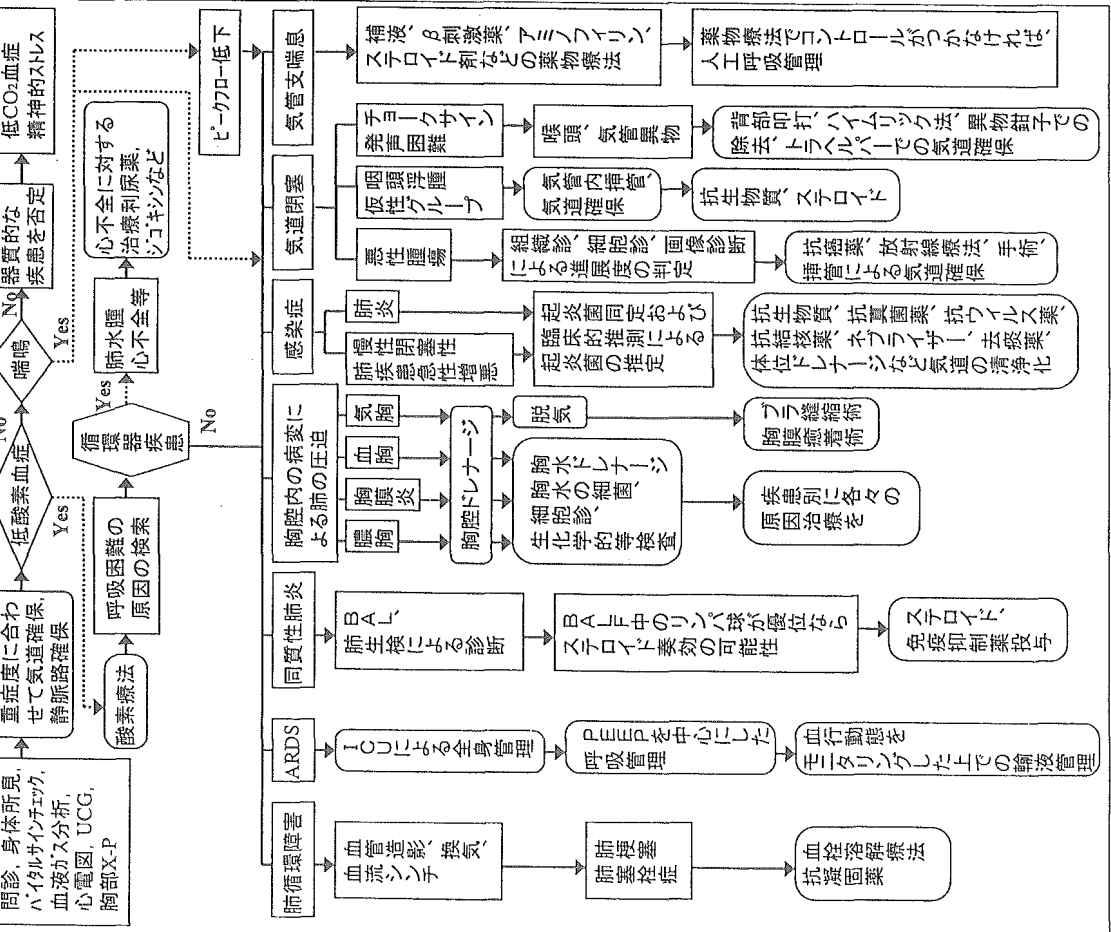


意識障害の緊急検査

| 検査項目 | 血液 | 尿 | 髄液 |
|--------|---|-----------------|-----------------|
| 必須項目 | 血液ガス, acid base balance Ht(Hb), Osm, 糖 BUN, NH ₃ 総ビリルビン, 総蛋白, WBC, Na, K, Cl アルコール, COHb | 尿量, 尿蛋白, 糖, ケトン | 圧, 蛋白, 糖, 細胞数 |
| 必要に応じて | クレアチニン GOT, GPT, Ch-E CPK, Ca, Mg, P, 血小板, 細菌培養, 止血薬固能 外因性毒物 エンドトキシン, ウイルス抗体 | 電解質, 浸透圧 | ウイルス抗体, 細菌培養 |

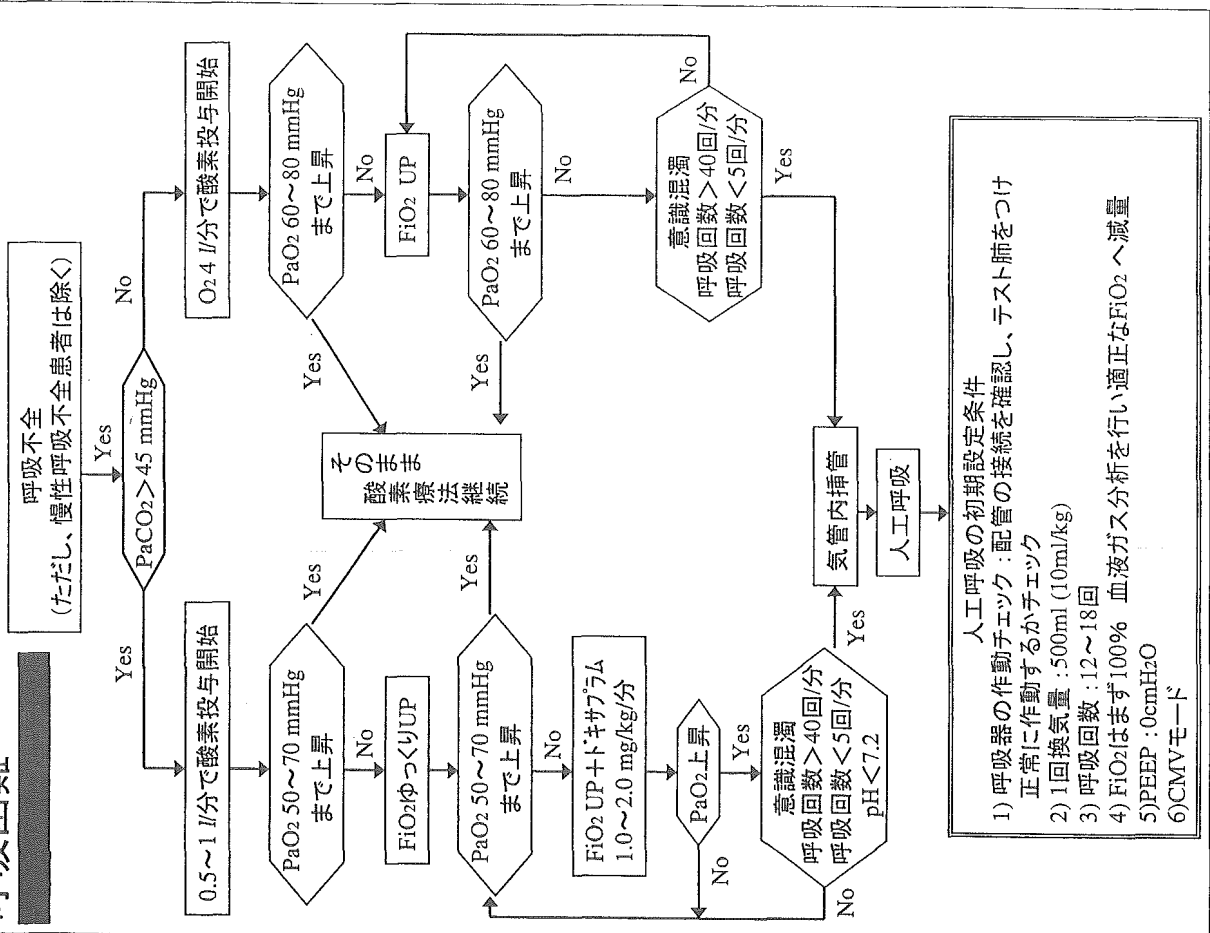
呼吸困難

呼吸困難治療フローチャート



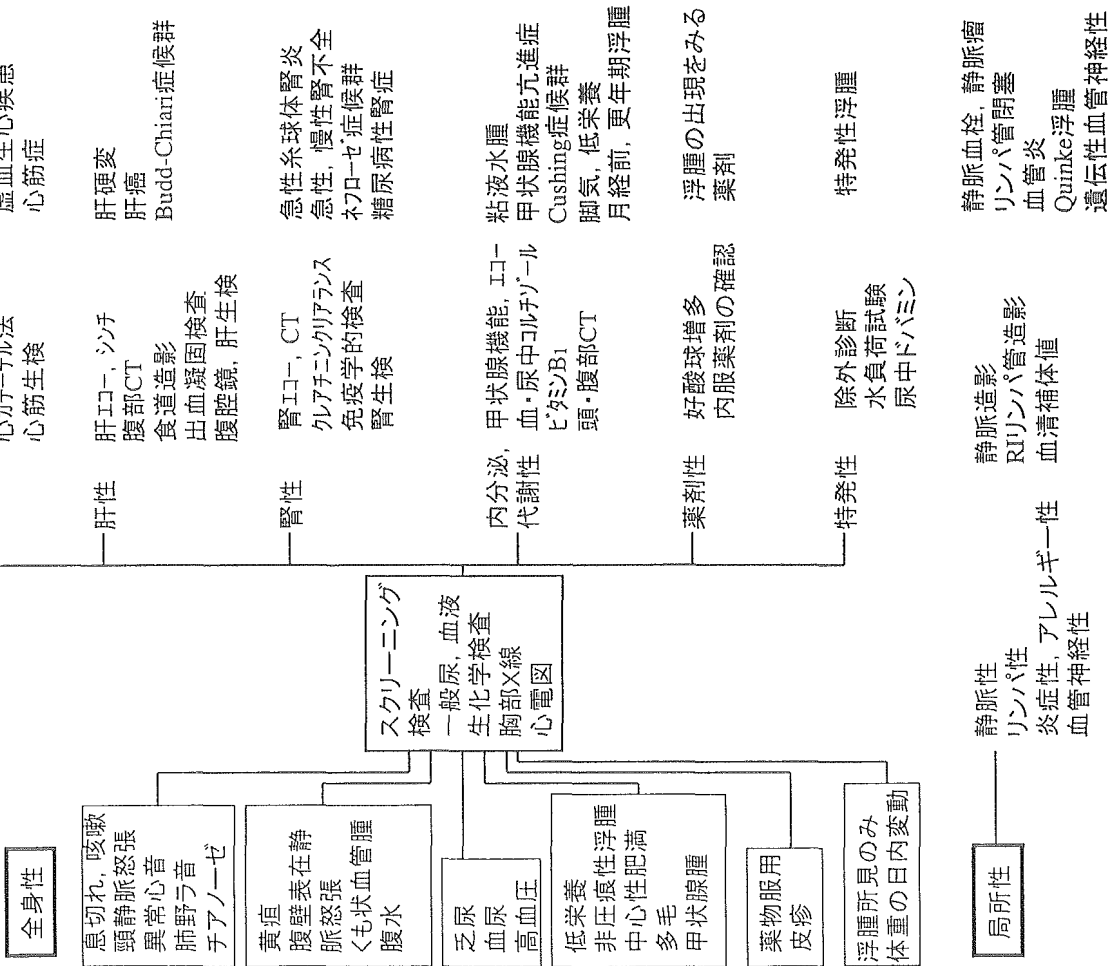
呼吸困難

酸素療法フローチャート



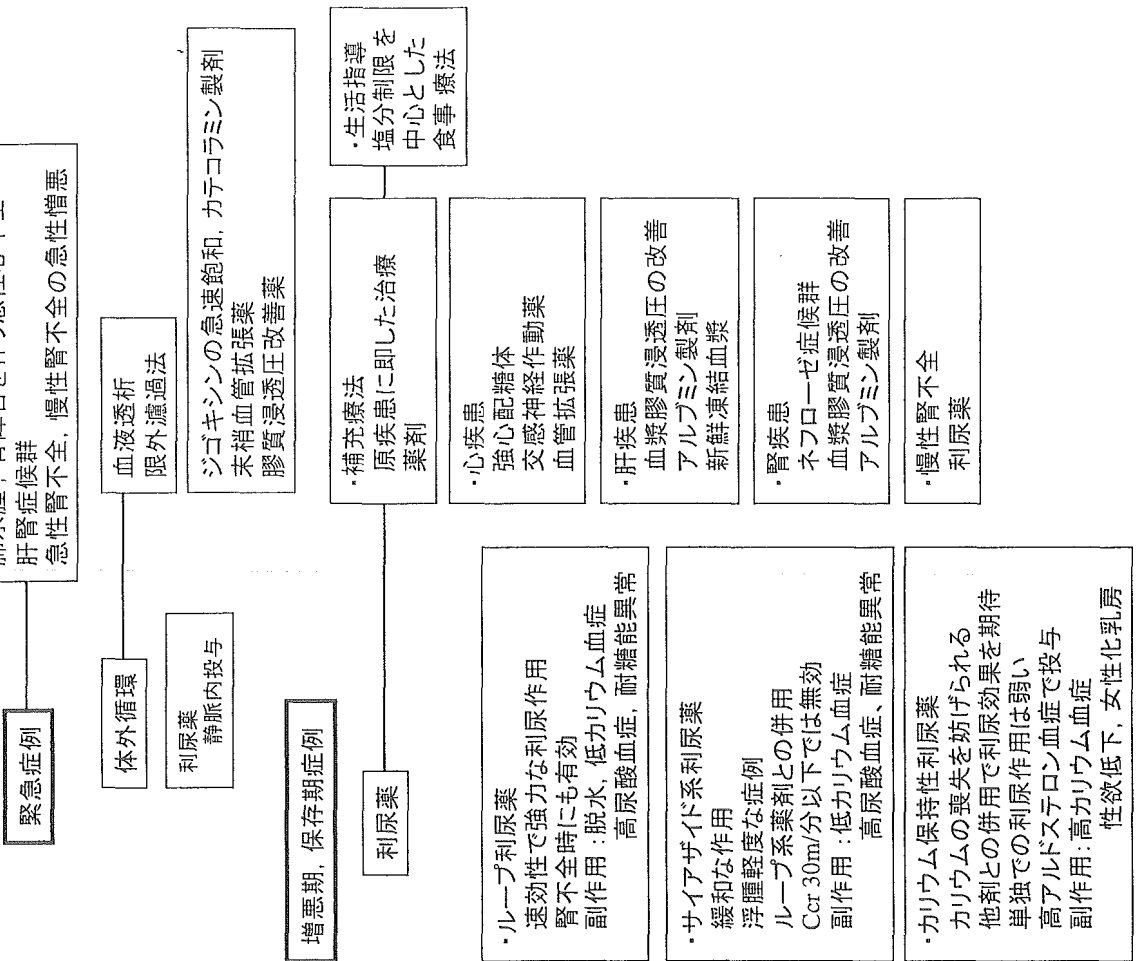
浮腫

浮腫の診断チャート



浮腫

浮腫の治療チャート



開発の概要

(2) 標準計画—③深部静脈血栓症—A 病院
「DVT看護マニュアル」

| 項目 | 内容 | | 要素 | | 適用 | 具体的内容 | | | |
|------------|-----------|--------|---------------|-----|----------|---------------------|----|-----|--|
| 発端 (動機) | ①インシデント分析 | | ①報告数の推移 | | ● | H13年, 発生3件 | | | |
| | | | ②報告内容分析 | | ● | 看護師の予防知識, 指導内容 | | | |
| | | | ③重大事故の発生 | | | | | | |
| | | | ④その他 | | | | | | |
| | ②他施設の事故報道 | | ①マスコミ報道 | | | | | | |
| | ②専門誌の記事 | | | | | | | | |
| ③システム変更改善 | | | | | | | | | |
| ④行政指導 | | | | | | | | | |
| ⑤研究的取り組み | | | | | ● | 股関節学会への発表を目標 | | | |
| ⑥患者の声・投書 | | | | | | | | | |
| 作成組織 | 管理組織 | | ①安全委員会主導 | | | | | | |
| | | | ②実行部門主導型 | | ● | 病棟 | | | |
| | | | ③リスクネーザー主導 | | | | | | |
| | 作成メンバー | 医師 | 看護師 | 薬剤師 | MSW | 理学療法 | 事務 | その他 | |
| | | ○ | ● | | | | | | |
| 作成方法 | ①問題の把握 | | ①業務フロー分析 | | | | | | |
| | | | ②発生因子分析 | | | | | | |
| | | | ③文献検討・学習 | | ● | 文献, 他施設のマニュアル学習 | | | |
| | | | ④現場聞き取り | | | | | | |
| | | | ⑤アンケートなど | | ● | 他施設の予防策状況把握 | | | |
| | ②標準化 | | ①業務フロー過程 | | ● | DVT看護マニュアル | | | |
| | | | ②確認原則行動 | | ● | 観察, 予防法 | | | |
| | | | ③リスクアセスメントツール | | | | | | |
| | | | ④標準計画 | | | | | | |
| | | | ⑤患者説明内容 | | | | | | |
| ③マニュアル表示 | | ⑥行動評価表 | | | | | | | |
| | | ①文章説明 | | ● | | | | | |
| | | ②図式化 | | ● | 病態や予防法解説 | | | | |
| 開発 ツール | ①業務マニュアル | | ①業務マニュアル | | ● | 深部静脈血栓症(DVT)看護マニュアル | | | |
| | | | ②アセスメントツール | | | | | | |
| | | | ③標準計画 | | | | | | |
| | ②患者説明 | | ④患者説明パンフ | | | | | | |
| | ③職員教育 | | ⑤教育資料 | | ● | | | | |
| 評価 | ①評価方法 | | ①インシデント報告 | | ● | 発生なし | | | |
| | | | ②行動巡視 | | | | | | |
| | | | ③アンケート(自己評価) | | | | | | |
| | | | ④その他 | | ○ | 評価方法の検討 | | | |