

マニュアル説明 (3) 物品・薬品管理—②救急カート—B病院

1 マニュアル名	「事故対策マニュアル」(15. 救急カートの統一)	要素
2 達成目標	患者急変時、だれでも対応できる診療環境を整える ①ローテーション直後の看護師でも円滑な救急対応が可能 ②専門診療科以外の医師でも、急変に対応可能	①急変時対応 ②救急カート仕様の統一
3 マニュアル作成経緯	事例 ①病棟での患者急変に対応した看護師がローテーション直後であり、救急必要物品の準備に手間取ったと医師からクレームが出された。 ②看護側からの意見 ◆救急薬品の使用法が医師によって異なるため、準備薬品が多い ◆救急カート内の薬品が多く、救急カートが使用しにくい	①問題点を指摘する意見 ②現状認識調査(意見聴取) ③問題点の明確化
4 マニュアル作成の組織	①MRMコメディカル部門 ②救急部の部長、看護部、MRMコメディカルメンバー ③院長承認のもとに院内決定事項として実施	
5 作成方法	① 病院内の救急カートと補充等のチェック方法の現状調査 ② 救急ABCに則して必要物品及び使用薬品を再検討 ③ 薬品 ◆持続注入として使用するカテコラミン等は排除 ◆ワンショットとして使用する薬剤のみとし、迅速に使用する薬剤以外は排除 ◆リドクイック(キシロカイン)とエピクイック(ボスミン)を導入 ④ 挿管セット ◆引き出しのなかのトレイに、すぐ使用できるようセット ⑤ 毎日、各勤務前に点検チェック ◆喉頭鏡はすぐ使えるか ◆救急カートの必要物品・薬剤はカート横の表示と揃っているか	①指摘された内容の現状調査 ②原則に照合して必要項目を精選 ③セット内容の再構成 ④運用方法の決定 ⑤チェック体制
6 開発ツール	事故対策マニュアル	
7 運用	① MRM コメディカル部門 ② 医局会議、所属長会議、看護部会議等で周知	
8 評価	①物品管理 ◆挿管に必要な物品数の病棟間のはらつきが無くなった ◆新たに購入しなくとも予備で置くことができるなど、物品管理がしやすくなった ②医師、看護師からのクレームは無くなった	①部署によるばらつき解消 ②物品管理にゆとりができた ③管理が容易 ④職員の満足

救急患者対応に関する事項

1) 救急カートの統一

- ① 救急カートの収納方法は、院内規定どおりに管理する
- ② 救急カートの準備薬剤は、規定のもの以外は在庫しない
- ③ 救急カートは、毎日時間を決めチェックする
- ④ 救急カートの薬品及び物品については、救急委員会で必要時変更認められ、周知、徹底する

2) 救急患者の診療基準について

- ① 患者の情報は確実に取り、判断するためにも問診票には必ず目を通し、十分な問診を行う
- ② 専門以外の患者の場合は、特に気をつけると共に、当院の「症状・徴候からのアプローチ」を参考にする
- ③ 初めて夜間・休日の当直に入る場合は、一度は必ず当院の「症状・徴候からのアプローチ」を読むことを原則とする

3) 緊急入院の対応について

- ① 入院時は、必ず家族に連絡を入れる
留守番電話の場合は診断名は言わず、入院になった事、来院して欲しいことを入れる
「〇〇様のお宅でしょうか。こちらは●●総合病院の、〇—〇病棟の看護師の〇〇と申します。
本日、〇〇〇様が来院され、そのまま入院になりましたのでご連絡ください。
電話番号は 〇〇〇〇〇〇 の内線〇〇〇です。」
- ② 入院時、家族への説明は必ず入院を決定した医師が行い、主治医が決定したら再度説明する
- ③ 土曜、日曜、祭日に緊急入院した患者はそれぞれの科の担当医師が休日に回診し指示を出す（1月より内科も実施）

救急カート

§ 使用したを必ず補充点検をしておくこと

一段目(薬品類)					
ボスミン	20A	エプクイック1本	2%キシロカイン	3A	リドクイック1本
エホチール	3A		ペルジピン2cc	3A	
硫酸アトロピン	3A		ネオフィリン10ml	3A	
ジゴキシシン	2A		生食 20ml	2A	
ワソラン	2A		5%TZ 20ml	2A	
ホリゾン	3A		50%TZ 20ml	2A	
エフェドリン	3A		ニトローススプレー	1本	
二段目(挿管) トレイにセット 予備					
エアウエイ		1	1	キシロカインスプレー	1本
ネーザル(安全ピン)	Φ7.0	Φ7.0と8.0各1		電池(予備)	予備
喉頭鏡		1	1		
喉頭鏡ヘッド			大1、中1、		
開口器		1	1		
バイドブロック		1	1		
カフ用赤の注射器		1			
舌圧子		1	1		
チューブ固定用テープ					
ハサミ					
キシロカインゼリー		1			
ペンライト		1			
三段目(シリンジ)					
50mlシリンジ		3		トランスポア2.5cm	1
20mlシリンジ		4		アングリオ	18G×2
10mlシリンジ		4			20G×4
5mlシリンジ		5			22G×4
2.5mlシリンジ		4		トンボ針	18G×3本
血液ガス採血キッド		2			22G×3本
カテラン針	22G×2				23G×3本
カテラン針	23G×1			三方活栓	7
18G針(ピンク針)	5本			三方活栓用キャップ	3
22G針	2本			活栓付き延長チューブ	0.5ml×2
					3.8ml×2
四段目(ライン類)			六段目(輸液)		
輸血セット	2	赤血球セパセル1	DOAセット		1
血小板輸血セット	1	血小板セパセル1	DOBセット		1
ドレーンチューブ	1		メイロン 250ml		1
排液パック	1		ヴィーンF 500ml		1
カテーテルチップ	1		ソリタT3 500ml		1
胃チューブ	16Fr×1		生食 500ml		1
五段目(挿管チューブ)			5%GL 100ml		1
挿管チューブ	6~9各2本		プレドパ600mg/200		1
滅菌手袋	6~8各2		(小児輸液セットつける)		
IVHカテーテル			輸液セット		2
シングル16G×30cm	1		三方活栓付き延長	3.8ml×2	
シングル18G×30cm	1		延長チューブ	3.8ml×2	
ダブル16G×30cm	1		(ペアでセットする)		
IVH挿入セット	1				
マギール鉗子	1				
スタイレット	2				
酸素マスク・カヌラ	各1				

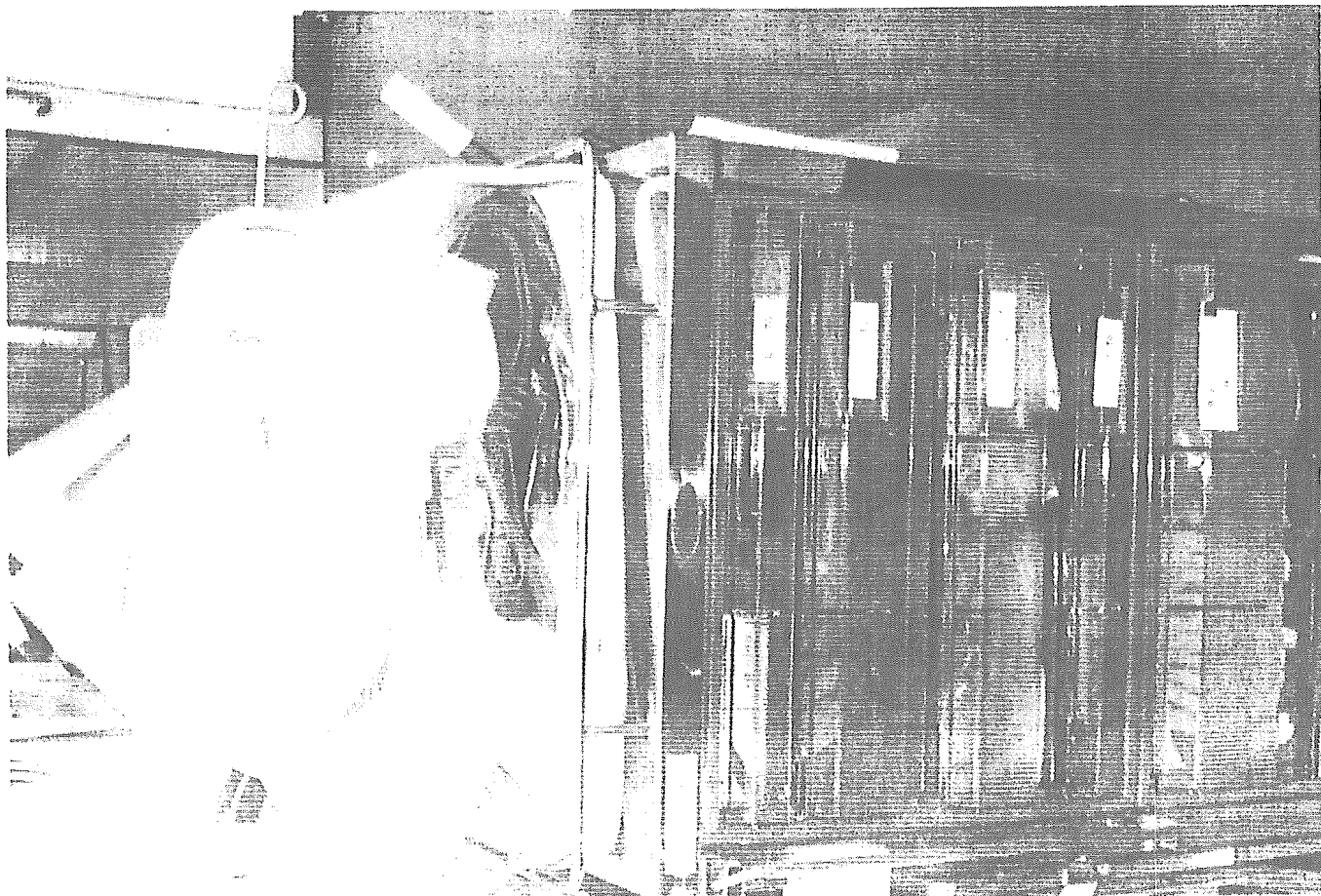
救急カートの上に準備するもの

ジャクソンリース 1、アンビュー 1、マスク大1・小1、サクシジョンチューブ2本、アルコール綿グローブ、酸素延長ルート



01 04 04

01 04 05



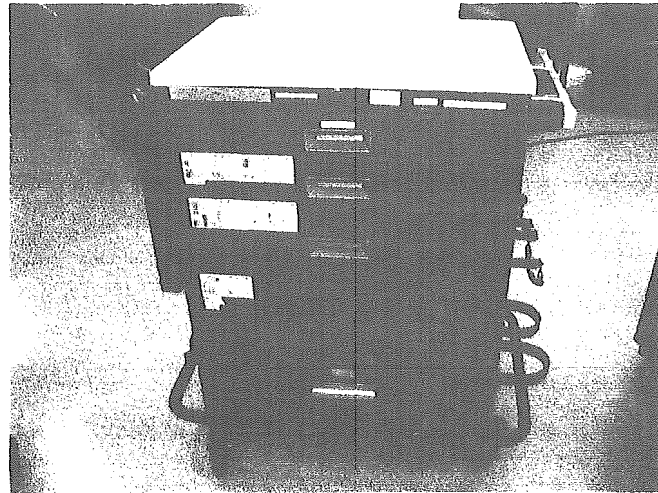
開発の概要

(3) 物品・薬品管理—②救急カート E 病院
「救急カート集中管理システム」

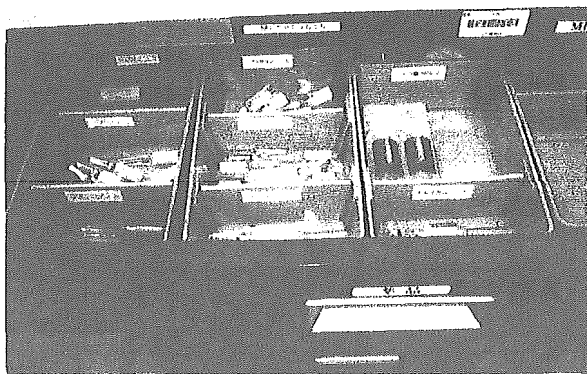
項目	内容		要素		適用	具体的内容			
発端 (動機)	①インシデント分析		①報告数の推移						
			②報告内容分析						
			③重大事故の発生						
			④その他						
	②他施設の事故報道		①マスコミ報道						
			②専門誌の記事						
③システム変更改善				●	SPD の中央管理システム導入				
④行政指導									
⑤研究的取り組み									
⑥患者の声・投書									
作成組織	管理組織		①安全委員会主導		●	SPD 消費管理委員会の下部組織			
			②実行部門主導型						
			③リ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		
	●	●					●委託業者		
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		●	① カート点検者が不明 ② 期限切れ・不動物品がある ③ 補充不足			
			③文献検討・学習			実施施設の見学			
			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		●	院内での救急カート集中管理システム			
			②確認原則行動		●	① セット内容の定数化（成人，小児） ② 使用後セット交換			
			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							
③マニュアル表示		①文章説明		●					
		②図式化		●	定数（薬品）				
開発 ツール	①業務マニュアル	①業務マニュアル		●	各部署へ配布				
		②アセスメントツール							
		③標準計画							
	②患者説明 ③職員教育	④患者説明パンフ							
		⑤教育資料							
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（自己評価）							
		④その他							

1. マニュアルの名称	救急カート集中管理システム	要素
2. マニュアル達成目標	救命救急処置は速やかに実施されなければならない。 救急場面において①ME 機器、②医療材料、③薬剤などがスムーズに使用できるカートの準備は必須である。	① 救急カート ② ME 機器 ③ 医療材料 ④ 薬剤
3. 作成経緯	発端となった出来事 ① 当院が平成7年新築移転した際、委託業者による物流管理システムを導入した。 ◆ 物流管理システムは、医療材料中央倉庫・中央材料室（滅菌作業）・ME 機器管理センターの3部門を担っている。 ◆ 院内の対応としてSPD消費管理部会を立ち上げた。 ② 以前、「救急カート」は、各診療科、病棟独自に準備し、管理されていた。 ◆ 点検者が不明確で不動物品や、期限切れが発生していた。 ◆ 薬剤や医材が補充されていない事があり、使用の際に不備が生じていた。 ③ そこで「救急カート」の管理に関する問題を解決する目的で、物流管理システムの一環として集中管理とした。	① 物流管理システム導入 個別管理の問題点 ② 点検者が不明確 ③ 不動物品 ④ 期限切れ ⑤ 補充不足 ⑥ 使用時の不備
4. マニュアル作成の組織	平成8年 SPD 消費管理部会の下部委員会を発足 〈構成メンバー〉 部会長（医師 理事職）医師 2 名（小児科、麻酔科）看護師長、委託業者	
5. マニュアル作成方法	① 下部委員会で救急カートの管理に関する問題点を整理し、解決すべき内容を検討した。 ② その結果、救急カートの集中管理システムを導入し、既存の問題を改善、スムーズな運用方法を図った。 （1）下部委員会で意見をまとめ、システムを検討する。 ◆ 現状の救急カート管理上の問題点を明らかにする。 ◆ 改善点を検討する。 ◆ カートの内容を検討する。小児用は小児科医師、成人用は麻酔科医師が内容の原案を作成し、委員会で検討する。 ◆ 運用方法を検討。すでに運用している施設の見学を行った。 （2）決定事項を院内の管理者会議報告。 （3）承諾された後、院内に周知する。	検討過程 ① 問題点の整理 ② 集中管理運用検討
6. 開発したツール	マニュアル作成方法 検討内容 ① 院内共通で活用できるカート内容にする。 ② 当院で実践可能な運用方法にする。 開発したツール 「救急カートの集中管理システム」 〈管理部門〉 ME 管理センター：小児用・成人用 2 種類の共通カートを作成。	方針 ① 院内共通カート ② 実践可能な運用 ③ 集中管理システム

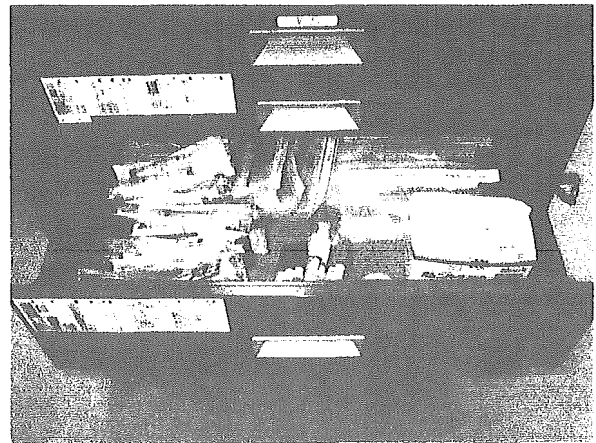
	<p>(資料1) 設置箇所 各病棟・外来診療科等に1カート設置。 ME管理センターに1カート2種類交換用として準備。</p>	
7. 運用段階	<p><u>1.運用方法</u> ① 各部署は使用後、速やかにME管理センターに連絡する。 ② ME管理センター職員が連絡部署に交換用のカートを送り、使用後のカートを引きあげる。 ③ ME管理センターで使用後カートの補充点検を定数表(資料2)を基に実施し、交換用カートとして準備する。</p> <p><u>2.運用段階</u> ① マニュアル採用決定機関 ◆ SPD消費管理部会で採用を決定し、管理者会議に報告する。 ② 院内周知方法 ◆ 各部署に文書で伝達する。 ◆ ME管理センターが各部署にカートを設置時、運用について説明をする。 ◆ SPD消費管理部会の下部組織であるSPDフォローアップ部会(主に副看護師長で構成)で運用について説明を実施する。</p> <p><u>3.実施評価</u> ① SPD消費管理部会でME管理センター、各部署での問題点について話し合う。 ② マニュアル評価修正方法 ◆ SPD消費管理部会で検討された内容を改善する。</p>	<p>運用方法 ① 使用カートのセット交換 ② ME管理 ③ 定数表 運用 ① SPD消費管理部会で決定 ② 院内周知 ③ 運用 ④ 評価</p>
8. 評価	<p>① 平成14年度から委託業者を変更したが、継続運用している。 ② 運用前の問題は改善し、効果的であった。</p>	



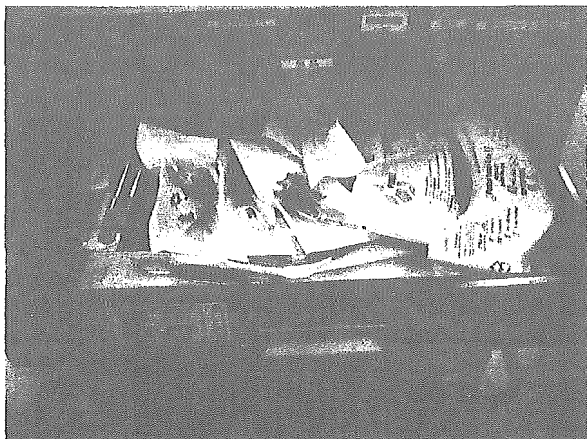
救急カート



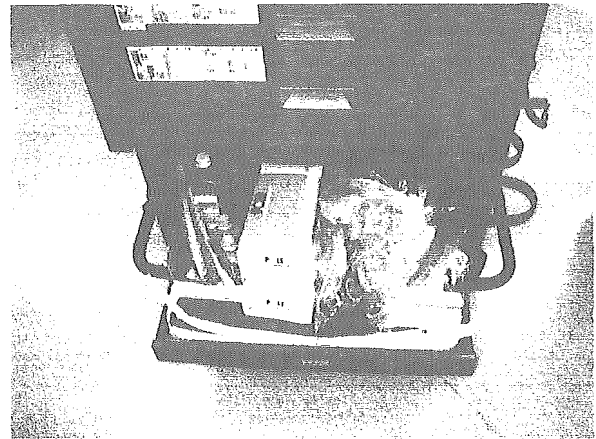
薬品



注射関連医材



気管内挿管器具



アンビュー・グローブ類

救急カート定数表(成人用)

部署名() 部署コード()

確認日	年 月 日
カートNo.	

所属長	担当者

品目コード	品 名	規 格	単 位	棚No	区分	定数	交換数
20702	カタボン Low	200mg 200ml	V	I	劇	1	
20802	キシロカイン2%	5ml	A	J	劇	3	
22509	ノルアドレナリン	1mg 1ml	A	K	劇	5	
23020	ペルジピン	10mg 10ml	A	L	劇暗	1	
23103	ボスミン注(塩酸エピネフリン)0.1	1mg 1ml	A	L	劇暗	10	
13524	ミオコールスプレー	7.2g	本	外	劇	1	
24002	リスモダンP	50mg 5ml	A	L	劇	2	
24009	硫酸アトロピン	0.5mg 1ml	A	L	劇暗	10	
20125	アミサリン	2ml 200mg	A	A		5	
20127	アミノフィリン(ネオフィリン)	250mg 10ml	A	A		3	
20412	ヴェーンF	500ml	B	補2		1	
60111	キシロカインゼリー	30g	本	M		1	
21500	生理食塩液	100ml	V	補4		2	
21517	セルシン	10mg 2ml	A	C		1	
22012	ドルミカム	2ml 10mg	A	B		1	
22833	ブドウ糖液50%	20ml	A	E		2	
23403	メイロン8.4%	20ml	A	G		2	

引出段数	品目コード	品 名	規 格	引出単位	棚No.	定数	補充数
4	33021112	ディスポ手袋(未滅菌)	M	箱		1	
4	33021113	ディスポ手袋(未滅菌)	L	箱		1	
4		レサシテータバック	リザーバー付	個		1	
4		リザーバーマスク		個		1	
4	12030805	ディスポマスク	大	個	AR-22	1	
4	12030804	ディスポマスク	中	個	AR-22	1	
4	12030803	ディスポマスク	小	個	AR-22	1	
4	5160404	サクシジョンカテーテル	12FR	本	AR-05	2	
4		サクシジョンカテーテル	14FR	本	AR-05	2	
4		ジャクソンリリース		個		1	

担当者

救急カート定数表

確認日

成人用・部署() No.

年 月 日

引出段数	品目コード	品名	規格	払出単位	棚No.	定数	補充数
2		エアーウェイ	大	個	X6-04	1	
2		エアーウェイ	中	個	X6-04	1	
2	12010201	経鼻 エアーウェイ 6.0	121-60	本	AL-31	1	
2		経鼻 エアーウェイ 8.0	121-80	本	AL-31	1	
2		バイトブロック	大	個	X6-00	1	
2		バイトブロック	中	個	X6-00	1	
2		開口器	エスマルヒ	個		1	
2	5150142	気管内チューブ 6.0	100/166/070.	本	AL-36	1	
2	5150144	気管内チューブ 7.0	100/166/070.	本	AL-36	1	
2	5150146	気管内チューブ 8.0	100/166/080	本	AL-36	1	
2		喉頭鏡ブレード	特大	個		1	
2		喉頭鏡ブレード	大	個		1	
2		喉頭鏡ブレード	中	個		1	
2		喉頭鏡ハンドル		個		1	
2		スタイレット	大	本		1	
2	31031004	エコノミーテックス	特小A(2.5cm)	個	FR-15	1	
2	31031005	エコノミーテックス	特小B(1.25cm)	個	FR-15	1	
2	61021501	舌圧子		個	FR-14	2	
2		マギール鉗子		個		1	

引出段数	品目コード	品名	規格	払出単位	棚No.	定数	補充数
3	7020101	注射針	18G	本	EL-33	5	
3	7010111	注射器 針付き	2.5ml	本	DL-11	10	
3	7010112	注射器 針付き	5ml	本	DL-10	5	
3	7010113	注射器 針付き	10ml	本	DL-10	5	
3	7010101	注射器	20ml	本	DL-00	5	
3	7010103	注射器	50ml	本	DL-00	2	
3	8020504	サーフロー留置針	20G	本	EL-34	5	
3	8020505	サーフロー留置針	22G	本	EL-34	5	
3	8020506	サーフロー留置針	24G	本	EL-34	5	
3	10050313	輸液セット(末梢/成人用)	PラインA	セット		1	
3	10050317	輸液セット(末梢/小児用)	PラインC	セット		2	
3	10050318	輸液セット(側注/小児用)	SラインC	セット		2	
3	10050316	プラネクタ			EL-13	2	
3	10050320	プラネクタ専用コネクタ			EL-02	2	
3	10990902	インジェクションサイト			EL-05	2	
3	10990901	ニードルレスカニューラ	ネジ式ロック	本	EL-04	2	
3	10990901	ニードルレスカニューラ	鈍針	本	FR-23	2	
3	10041103	エクステンションチューブ	細50cmFL-1050	本	EL-03	3	
3	10041105	エクステンションチューブ	太50cmFL-2050	本	EL-03	1	
3	10041102	エクステンションチューブ	シリジポンプ用	本	EL-04	1	
3	16013901	三方活栓	黄	個	EL-13	2	
3	31032201	テガターム6cmX7cm	1625WJ	枚	FR-23	2	
3	31030412	トランスポア	25mm	セット	FR-12	1	

輸血療法のここが知りたい

入院時

- ①医師から血液型採血の指示を実施する。(入院時の検査に入っていることが多い)

手術前日まで

- ① 血型採血の結果が出ているか確認する。
- ② 輸血オーダーを確認し交差用採血をとる。⇒輸血部に提出する。
単位数が決まっているとき1単位=1cc
T&S→5cc とる
- ③ 医師より説明の上、同意書が渡され、患者に署名・捺印をしてもらう。患者から受け取った同意書は忘れずカルテにはさむこと

手術当日

- ① 手術部に患者を送りにいくときに、手術部の看護婦にオーダーされている輸血の数を伝える。

手術が終わったら

- ① 申し送りの際、使用した輸血の単位数を確認する。→事前に病棟に戻ったら輸血するかどうか医師に確認する。

輸血をする場合

手術部から必要量だけの輸血を受け取り病棟に戻ってからいつ輸血するか確認する。⇔術後採血の前に入れるか、採血後のデーターをみて判断するか。

輸血をしない場合

手術部に置いておく。
輸血する場合は翌日9時まで
手術部にとりに行く。(1本電話を入れましょう。)9時以降は輸血部に返却されている。

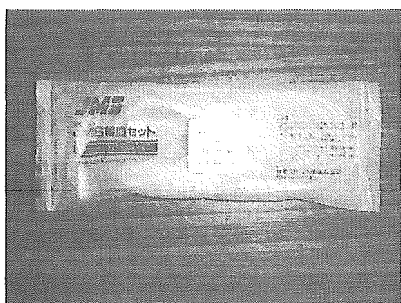
T&S の申し込みのオーダーは術後使用するとき、
オーダーを再度入力してもらうこと。

輸血の準備をする

- ①氏名・患者番号・血液型・ロット番号・有効期限を2人で確認する。
- ② MAP は常温で温度を上げる。その際、何時から常温に出したかを表示すること。
FFP は 30 度から 37 度のぬるま湯で融解する。

③輸血ラインのセットは専用のセットを！

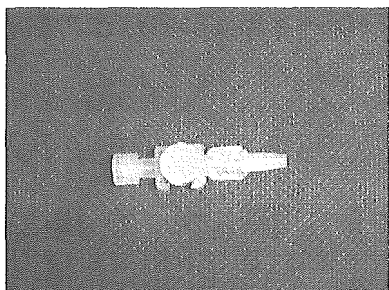
自己血 *JMS 輸血セット



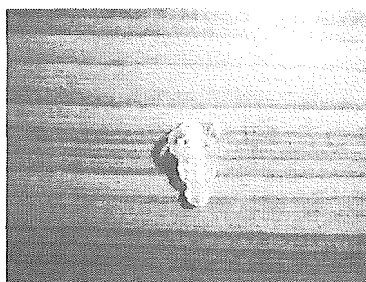
他己血・戻し輸血 *セパセル



クローズドシステムでの接続も可能



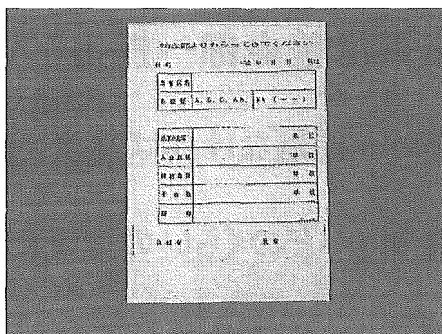
+



手術時以外に輸血をする時

- ①単位数の指示を確認し、交叉用採血をとる。→輸血部に提出。
- ②輸血の用意ができたなら、輸血部から連絡が来るのでとりにいく。

- ② 助手さんに輸血部にとりに行ってもらう時→専門の用紙が必要。
自分で直接とりに行く時→発泡スチロールの容器を持参



輸血用血液の種類と特徴

①MAP 加赤血球濃厚液(RC-MAP)

- 貯法 4～6℃
- 有効期限 常温に戻してから3時間以内
→病棟では処置室の引き戸の冷蔵庫に保存

②新鮮凍結血漿(FFP)

- 貯法 -20℃以下
- 融解法
使用時は30℃～37℃のぬるま湯で急速に融かす。(ビニール袋のまま)
- 有効期限 常温に戻してから3時間以内
→病棟では処置室の冷凍庫に保存

③血小板濃厚液(PC)

- 貯法 20℃から24℃で振とう
→PCは病棟で保存できない。

使用する直前にもらってくる

輸血をする

- ① 術後などで、メインの点滴が流れている場合はメインのラインを止める。(基本的に血液と補液は混ぜない)
- ② 輸血直後の患者の VS 測定・状態観察
→輸血し始めの速度は 15～20 滴/分で。
- ③ 輸血する前後はライン内を生理食塩水で流す。
- ④ ロット番号のシールは看護記録と輸血部行き伝票に貼る。

→伝票の 1 枚はカルテに閉じ、一方の伝票は輸血部へ提出

輸血開始 5 分後→再度患者の状態を観察!→問題なければ速度をやや早めにする。(残りの血液と、使用期限の時間で、どのくらいの速度で落とせばよいか計算する。あまり早く落とすと血管痛や気分不快などが出てくる恐れがある。)

輸血開始 15 分後→再度確認



輸血後

- 伝票に副作用の有無を記載。

副作用が起きたら

- ① 輸血を直ちに中止し、針を残したまま接続部で輸液セットを新しいセットに交換する。
乳酸リンゲル液(ラクテック)をつなぎ、最速で点滴をする。
- ② Dr コールをする。

異型輸血をもしってしまったら……

- ① 副作用が起きたときの①②
- ② フォーレ挿入
- ③ 輸血部(内線7471)に連絡し、血型提出→10ml 採血する。
- ④ 腎不全の治療・DIC の処置を行う。

自己血輸血について

当日まで

⇨提出先は成分採血室

病棟に自己血採血の予定表とパンフレットが届くので、看護師が説明を加え患者に渡す。
→事前に造血剤の注射や鉄剤の内服がある場合もあるので、医師に指示をもらう。



自己血採血当日

朝に全血に採血を行う。

エスポーの皮下注射・エポジンの静脈注射などが予定されている場合は、採血前に注射をする。→成分採血室に行き採血を行う。

帰宅後

気分不快の症状がないか観察を行う。

採血後にリハビリが予定されている場合は、その患者に自己血採血をしたということを PT に話すよう説明する。



手術前日

輸血部に交叉用採血を提出→ラベルは手書きで O.K.

手術当日

手術部に自己血採血があることを送りで伝える。

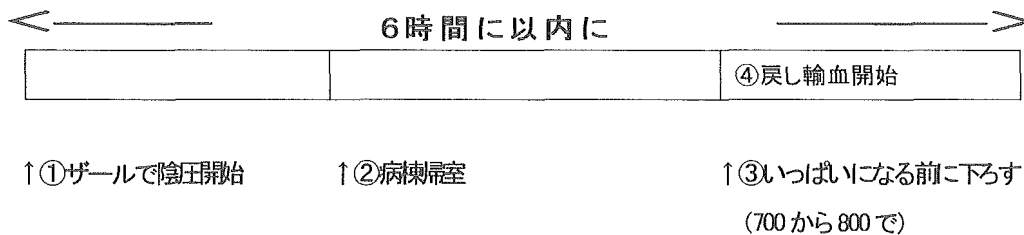
→終了後、病棟で使用するか医師に確認をとることが必要だが、原則的に残った血液は病棟に引き上げる。

●手術が延期になったら・・・

採血された血液は3ヶ月が使用期限なので、使用できなくなることがある。

オーソパスの戻し輸血

セパセルの輸血セット→骨片が入っていることがあるため。有効期限はオーソパスで引き始めてから、6時間。手術経過表などで確認して速度を計算する。



→医師に下ろしてもらおう・清潔操作で行う

医師に入れ方(量と速さ・制限時間)を確認すること

開発の概要

(3) 物品・薬品管理—③輸血管理—B病院
「輸血手順、ABO型不適合輸血時の処置方法」

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		
		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	●	他施設での事故報道
		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				
⑦その他				
作成組織	管理組織	①安全委員会主導	●	医師部門MRM委員会
		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	ME	検査
	●	●		事務
		薬剤師		その他
作成方法	①問題の把握	①業務フロー分析	●	① 輸血の確認：医師・看護師双方 ② 輸血実施者：看護師
		②発生因子分析	●	① 輸血実施手順 ② 輸血ミスの発生時点 ③ ミスの防止策 ④ 医師が行うか看護師が行うか
		③文献検討・学習	●	輸血の実施者は看護師でよいか
		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	●	① 患者の了解、副作用説明 ② 輸血オーダー時 ③ 交差検査時 ④ 輸血の確認方法 ⑤ 輸血後の患者観察事項 ⑥ 記録項目
		②確認原則行動	●	いつ、誰が、どのように行うか
		③リスクアセスメントツール		
		④標準計画	●	ABO不適合輸血発生時の処置
		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	●	①輸血手順、②不適合輸血の処置	
	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	●	輸血確認手順、
		②アセスメントツール		
		③標準計画	●	不適合輸血の処置
	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	●	発生事例はない
		②行動巡視		
		③アンケート（自己評価）	○	2ヶ月後に評価
		④その他		

マニュアル説明 (3) 物品・薬品管理—③輸血管理—B病院

1 マニュアル名	「事故対策マニュアル」 (輸血に関する事項：輸血手順、A B O型不適合輸血時の処置方法)	要素
2 達成目標	①輸血療法を安全に実施する(手順・基準)	①輸血の安全性 ②実施手順
3 作成経緯	事例 他病院で輸血ミスがあり、当院での基準を明確にすることになった 当院の現状 ① 輸血用血液の確認は、医師と看護師で実施している。 ② 患者への施行は、看護師が行っている 検討事項 ① 静脈注射は看護師が実施してよいとの厚生労働省の見解がある ② 当院では「輸血を臓器移植と同様の認識で実施する必要がある」というMRM委員会での話し合いがなされ、方向性が示された。 方向性 ① 輸血実施基準を作成する。 ② アクシデント事例集を基に、輸血のアクシデント対応策としてマニュアル化が必要 ③ 血液型不適合輸血が起こった時の対応策の検討も必要	①他施設での事故 現状調査 ②自施設の現状調査 ③看護師・医師の業務範囲 検討事項 ④看護師の業務範囲 ⑤輸血療法に対する認識 方向性 ⑥実施基準作成 ⑦事故発生時の対応マニュアル
4 作成組織	① MRM委員会(医師部門) ② 上記メンバー ③ MRM委員長の権限(院長に権限委譲されている)	
5 作成方法	① 輸血ミスが、一連の手順のどの時点で起こりうるか ② そのミスは、どのように対処すれば防止出来るか ③ 医師が行うべき事項か、看護師が行ってもよい事項かの検討 ④ 実際の業務の面から、実行可能で確実な方法はどれか という順序で話し合い基準を作成した。	①手順に従って発生事故想定 ②想定事故の回避方法 ③業務範囲と権限 ④実施可能な基準作成
6 開発したツール	事故対策マニュアル	
7 運用	① MRM委員会で決定 ② 医局会議等会議で周知 ③ 事故対策マニュアルに追加 ④ 2～3ヶ月後、14年度内に実施し、実行上に問題発生がなかったかを評価し、再度話し合う予定である	①事故対策マニュアル ②関係部署周知 ③実行上の問題点の把握 ④評価・確認
8 評価	評価はまだでない	