

## 輸血に関する事項

### 1) 輸血手順

#### ◆ 原則として輸血を指示した医師の責任の元に行う

- (1) 輸血の必要性及び副作用について、患者及び家族に説明書を用いて医師が説明し同意を得る
- (2) 医師は、指示を指示簿に記載し、伝票を作成、血液型が不明の場合は血液型の検査も忘れずに出す
- (3) 看護師は、指示を確認し検査科へ連絡を入れ、交叉用のスピッツ等を準備し、採血後、伝票と一緒に検査科に届ける
- (4) 検査技師は、伝票を確認し、血液の準備を行い、クロスマッチは二人以上で伝票とスピッツの名前、輸血パックの血液を確認し開始する
- (5) 血液型検査伝票を医師または看護師ふたりで確認し、血液型のリストバンドにカタカナで名前、生年月日、年齢、Rh（+・-）を記載、患者本人と記載したリストバンドを、声を出し読み合わせ確認し装着する
- (6) 検査科は血液の準備ができたなら、その旨をオーダーした部署に連絡を入れる
- (7) 血液の受け渡し時に、手術室及び検査室で、検査技師と看護師で、血液の間違いないか声を出し確認を行い、受け渡し表にサインをする  
(氏名、年齢、ID、血液型、輸血の種類、交叉番号、単位数、有効期限)
- (8) 医師と看護師が再度、確認後、伝票にサインをし、看護師がセットをつくる。  
医師が患者に輸血実施の説明を行い、患者名及び血液型を患者、リストバンド、血液を確認しながら声を出し読み上げ、確認後に実施する  
(交差伝票、トレイに血液、消毒綿、駆血帯、固定用絆創膏、生食等を必要物品を準備し、患者サイドに持参する)  
実施後5分間程度は患者サイドで観察を十分行う
- (9) 輸血の追加がある場合は、更新毎に検査科に連絡を入れ、1パック目と同様に確認し実施するが、連続で使用の場合は、医師の確認が済んでいる血液は看護師同士で確認し実施してもよい。  
また、輸血の種類が違う場合は、1パック目と判断し上記方法で実施する

(10) 医師はカルテに輸血の必要性和実施状況を記載し、看護師も実施状況を記録に残す

<注意事項>

- ① 規定の輸血用記録用紙は決められた手順で使用し保管する
- ② 医師は輸血の必要性、患者及び家族への説明事項とそれにたいする返答、輸血の種類と単位数をカルテに記載する。輸血後の患者状況も適時記録する
- ③ 看護師は輸血開始及び終了時のバイタルサイン等詳細に記録に残す
- ④ 確認及び実施のサインを忘れないこと
- ⑤ なお、詳細な看護師の輸血についての手順は、看護手順に準ずる
- ⑥ 手順を遵守できない場合は、輸血を実施してはならない
- ⑦ 輸血行為は、移植と同様の注意をはらい実施する

## 2) ABO型不適合輸血時の処置方法

- (1) 直ちに輸血を中止する
- (2) 輸血セットを交換して、乳酸リンゲル液（ポタコール、ソルラクト）を2～3リットル（50～60ml/kg）急速に輸液する
- (3) バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸数）を15分毎にチェックし記録する
- (4) 畜尿し、時間尿を測定する
- (5) 尿量が不十分（時間尿1ml/kg/hr以下）な場合、ラシックス1アンプル静注する。できれば2ml/kg/hrならOK。（3リットル以上の尿が出れば良好）
- (6) 患者と輸血した血液パックのABO型を確認する
- (7) 輸液療法、利尿剤投与に反応せず、無尿あるいは乏尿となった場合は、血液透析の適応となるので、直にICUに収容する
- (8) 続発する利尿期と併せて、集中治療や腎疾患の専門医による治療が必要

開発の概要

(3) 物品薬品管理—③輸血管理—D病院

「輸血による事故を防止するために」

—患者さまに間違いのない血液製剤を提供するために—

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	●	① 手術時の緊急輸血の血液型誤記 ② 血液製剤の記入違い ③ 発注伝票への転記ミス			
		②報告内容分析					
		③重大事故の発生					
		④その他			●	従来のマニュアルでは不十分	
	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							
⑦その他							
作成組織	管理組織	①安全委員会主導	●	輸血委員会			
		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	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	●	輸血の発注からのフロー			
		②発生因子分析	●	① 確認方法 ② 伝票の問題点			
		③文献検討・学習					
		④現場聞き取り	●	薬剤部で各部署に現行制度の問題を聞き取り			
		⑤アンケートなど					
	②標準化	①業務フロー過程	●	①輸血指示記入 ②血液型 ③伝票確認 ④発注時 ⑤注文時 ⑥輸血納品 ⑦受け渡し ⑧実施時			
		②確認原則行動	●	重要なポイントでのダブルチェック ①書字, ②読合せ, ②複数者で確認			
		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	●	マニュアル解説書				
	②図式化	●	フローを写真で説明				
開発 ツール	①業務マニュアル	①業務マニュアル	●	輸血による事故防止のために			
		②アセスメントツール					
		③標準計画		伝票の改善			
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	●	作成メンバーによる観察			
		③アンケート(自己評価)					
		④その他	●	輸血の返品の減少, 在庫管理の効率化			
課題							

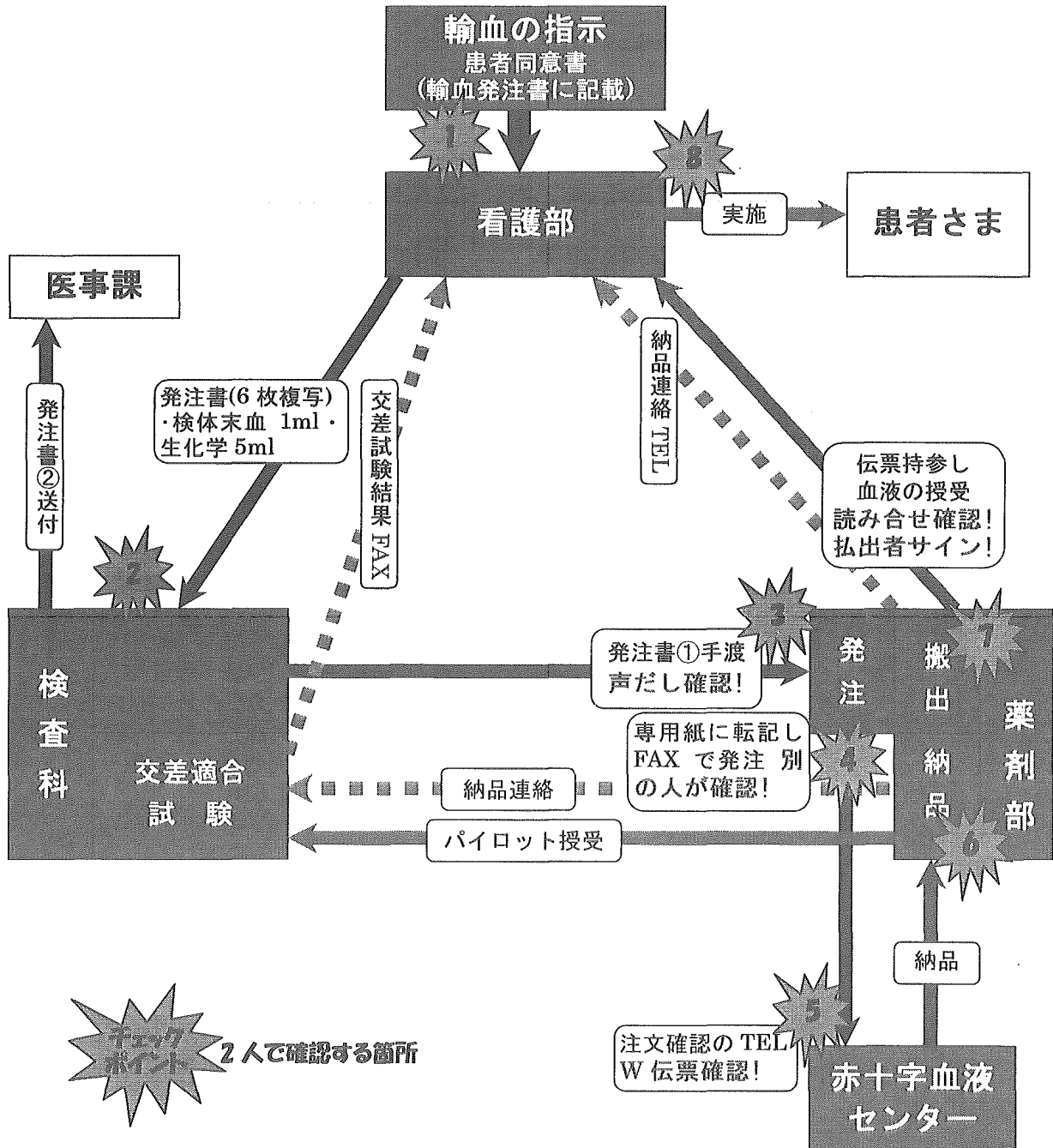
マニュアル説明：(3) 物品薬品管理—③輸血管理—D 病院

1. マニュアル名称	輸血による事故を防止するために ——患者さまに間違いのない血液製剤を提供するために	要素
2. マニュアルの達成目標	輸血に関するミスは、患者さまの生命を大きく直接的に脅かすものであり、決して起こしてはならない。 達成目標 ① 輸血業務全体の中で、準備段階までの安全性を高める。 ② 具体的には、薬剤部で行っている血液製剤の発注および搬出までの過程での、血液型違いや製剤違いをなくす。	①輸血の安全 ②発注—搬出—準備の安全 ③血液型違い ④血液製剤違い
3. マニュアル作成経緯	状況分析 当院の輸血業務は、薬剤部が中心となって発注・管理等を行ってきた。 ① 1998 年に輸血委員会を設置し、輸血業務の見直しとマニュアルの作成を行なった。 ② 2000 年に緊急手術時における検査科での血液型誤記入のヒヤリハットが起きた。 ③ 2002 年 7 月、医師による血液製剤の記入違いと薬剤部での発注伝票への転記違いが続けて発生した。  マニュアル作成 ④ 上記事例は、いずれも事前に気づき事故には至っていないが、輸血委員会では、今までのマニュアルだけでは不十分と判断。 ◆ 血液製剤発注業務の流れを再検討 ◆ 伝票の改善 ◆ 新しいマニュアルを作成 ◆ 新マニュアルは複数者によるチェック体制を強化した	経緯 ① 輸血マニュアル ② ヒヤリハット事例 ① 緊急手術時の血液型誤記入 ② 医師の製剤誤記入 ③ 発注伝票転記間違い  マニュアル作成 ④ 業務の流れ ⑤ 伝票の改善 ⑥ マニュアル ⑦ 複数者チェック体制
4. マニュアル作成の組織(参加メンバー)	輸血委員会委員 11 名 (医師 3 名、看護師 4 名、薬剤師・検査技師・医事課・事務部各 1 名)	
5. マニュアル作成方法(開発の実際)	① 薬剤部で各部署からの意見を聴取、現行制度の問題点を明らかにした。 ② 重要なポイントを明示し、ダブルチェックをする。 ③ 全体の流れが簡単に理解できるように、図案化したマニュアルを作成する。 ④ 薬剤部で原案を作成し、輸血委員会で検討する。 ⑤ 改善しやすい様式とし、差替えが簡単にできる形式にする。	現行問題点分析 ① 重要ポイント ② ダブルチェック ③ 業務フロー ④ 図案化
6. 開発したツール	①「輸血による事故防止のために」 ② 同解説書	
7. 運用段階	①マニュアル採用決定機関 薬剤部で原案作成し、輸血委員会で決定し、医療安全管理委員会に報告する。 ②院内周知方法 ◆ 輸血委員会委員から各部署に伝達 ◆ 看護師長会に報告し、各師長からスタッフに周知徹底 ③実施評価(チェック機構)	マニュアル採用 ① 薬剤部原案 ② 輸血委員会 ③ 医療安全管理委員会採択 院内周知 評価機構

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 輸血委員会および薬剤部で習慣化するまで声かけを行う。</li> <li>◆ 一定期間経過後に輸血委員会で評価する。</li> </ul> <p>④マニュアル評価修正方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 半年毎にヒヤリハットの分析、集計を行い、リスクマネージャー会議で評価する。</li> <li>◆ 上記に合わせ、輸血委員会で、指示から提供までの流れの中で不都合な箇所はないかの調査を行い、マニュアル改訂の必要性の検討を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 行動習慣化</li> <li>② 報告事例の検討</li> <li>③ マニュアル改訂</li> </ul>
8.評価	<p>① 従来マニュアルの評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 個人の確認行為を呼びかける内容であった。</li> <li>◆ 輸血発注書変更等を行って使いやすくしているものの、発注伝票の流れが看護師全体に浸透していない状況だった。</li> </ul> <p>② 今回のマニュアル作成の特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 一見して全体の流れとチェックポイントが理解できるよう図案化した</li> <li>◆ 当院で実際に起こった事例を分析し、8ヶ所の重要なチェックポイントを明確にした。</li> <li>◆ 各ポイントで、複数人によるチェックが行われるように業務の流れを変更した。</li> <li>◆ 具体的には、情報を伝える側と受取る側、物品を渡す側と受取る側の双方で、一緒に「声だし確認」を行うことにした。</li> </ul> <p>③評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 全体の流れが見えることにより、「どこのポイントは何のために確認するのか。」が理解でき、確認作業が業務として定着しつつある。</li> <li>◆ 当院で発生したヒヤリハットを防止できる内容を検討したことにより、職員の中に「輸血のリスクを十分に理解し慎重すぎるほどのチェックが必要である。」との意識が高まった。</li> <li>◆ 「医事課との連絡がスムーズになり、請求違いがなくなった。」「検査科とのコミュニケーションが良くなり、返品利用や在庫管理なども効率的になった」等の副次的な効果も現れている。</li> </ul>	<p>従来の問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①個人確認行為</li> <li>②全体への浸透</li> </ul> <p>今回の特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>③全体の業務流れの明確化</li> <li>④チェックポイントの明確化</li> <li>⑤複数者の声だし確認</li> </ul> <p>評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑥確認ポイント</li> <li>⑦確認の業務化</li> <li>⑧ヒヤリハット報告を生かした効果</li> <li>⑨各部署間連携</li> <li>⑩輸血有効利用</li> <li>⑪効率的な在庫管理</li> </ul>

輸血による事故防止のために

輸血用血液製剤 発注・搬出フロー図



[経 緯] 1998年の輸血委員会設置以降、薬剤部が全般的な輸血の管理業務を行ってきたが、  
 ① 検査技師による血液型誤記入(2000年)、②医師による血液製剤の誤記入(2002年)、  
 ③薬剤師による発注伝票の転記違い(2002年)が発生した。このため業務フローを見直した。  
 [改善点] 指示・検査・発注・納品の各段階で複数の人が確認することとし、血液センターからの確認の  
 電話は転記前の伝票も使った二重チェックを行うことにした。(2002.8 実施)  
 [効 果] 新フローで業務を開始してから現在までヒヤリハットは発生していない。(2002.11 現在)

## 解説 [輸血による事故防止のために]

### I 発注前

#### (1) 輸血の指示

「輸血発注書」は 6 枚複写なので**筆圧注意!**

指示を受けた看護師は、氏名、血液型、血液製剤の種類を再度確認する。**【第 1 ポイント】**

#### (2) 検査科での血液型チェック

看護師(助手)が「輸血発注書①～⑥」一式と検体末血 1ml と生化学用試験管 5ml を検査室に提出する。(Ir-MAP 以外は「伝票④⑤⑥」を看護師に戻す)

検査科では、発注書の血液型と患者検査データの血液型が一致するかどうか確認する。データがない場合は患者の血液型を検査し、伝票入力時は 2 人で確認する。**【第 2 ポイント】**

#### (3) 薬剤部へ

検査技師が「伝票①」を薬剤部に持参し手渡す。その時、薬剤師と 2 人で患者名、血液型、血液製剤の種類、輸血予定日を声に出し確認する。**【第 3 ポイント】** 「伝票②」を検査科内の医事課用ボックスに入れる。

### II 発注時

#### (4) 血液センターへの注文

薬剤師が「伝票①」から宮城県赤十字血液センターの専用紙「輸血用血液製剤・分画製剤発注票」に転記し、別の薬剤師の確認を得た後、注文の FAX を送信する。**【第 4 ポイント】**

輸血用血液製剤・分画製剤発注票」と「輸血発注書①」は一緒にして保管しておく。

#### (5) 注文の確認

血液センターからの確認電話は、二つの伝票を見ながら確認する。**【第 5 ポイント】**

### III 納品時

#### (6) 納品の確認

納品時、薬剤師は二つの伝票を見ながら納品された物を確認し保管する。**【第 6 ポイント】**  
その後「伝票①」は保冷庫に貼付ける。

薬剤部より検査科に納品があった旨の連絡をする。(Ir-MAP 以外は看護部に連絡し薬剤部より搬出)

### IV 交差適合試験

#### (7) パイロットの受渡し

検査技師は薬剤部よりパイロットを受取り、薬剤師と一緒に製造番号ラベルの貼付を確認する。

#### (8) 交差適合試験

検査科で交差適合試験を実施し、試験結果は看護部に FAX で送信する。

### IV 搬出と実施

#### (9) 血液製剤の受渡し

看護師が検査科から「伝票④⑤⑥」を受取り、それを薬剤部に持参し、当日分の血液製剤を受取る。その時、薬剤師と看護師間で患者氏名、血液型、製造番号、使用量を読み合せ確認する。その後、薬剤師が輸血予定日欄の横にサインする。翌日以降も同じ。**【第 7 ポイント】**

#### (10) 輸血の実施

実施前に、氏名、型(ABO・Rh)、種類、単位、製造番号の 5 点を確認し、実施する。**【第 8 ポイント】**

※輸血が完了したら伝票の④はカルテに貼付、⑤は医事課に、⑥は薬剤部に送付される。

開発の概要

(3) 物品・薬品管理—④特殊薬品実施—B病院  
「小型シリンジポンプ 使用マニュアル」

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			●	① 機器の故障が多くMEが対応 ② 設定量が注入されないことがある			
			②報告内容分析							
			③重大事故の発生							
			④その他		●					月2台が故障修理していた
	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										
⑦その他										
作成組織	管理組織		①安全委員会主導			●	看護部からMEに依頼			
			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			●	MEの対応事例から、故障のほとんどが 看護師の機器使用の知識不足と判断			
			②発生因子分析							
			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			●	ME 機器使用マニュアルのポイントを 確認し使用する			
			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							
			⑤患者説明内容							
③マニュアル表示		①文章説明			●	機器の使用方法的図式化				
		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			●	小型注入器の使用マニュアル			
			②アセスメントツール							
			③標準計画							
			④患者説明パンフ							
			⑤教育資料							
②患者説明 ③職員教育			①インシデント報告			●	トラブルによるME呼出は減少 事故の発生なし			
			②行動巡視							
			③アンケート(自己評価)							
			④その他		●					故障による修理代20万/月が無くなった



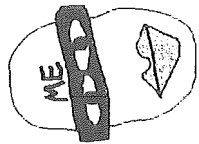
マニュアル説明 (3) 物品・薬品管理—④特殊薬品実施—B病院

1 マニュアル名	小型シリンジポンプ STC-531 使用マニュアル	要素
2 達成目標	①患者に効果的な疼痛コントロールを実施する ②機械の使用に習熟し、トラブルを防止する	①機械使用のトラブル ②确实の疼痛管理
3 作成経緯	問題点 ① 機器のトラブル頻度が高く、その度にME科が呼ばれ対応した。 ② トラブルのほとんどが、看護師の使用法ミスであった。 ③ 器械の故障が多く、設定量が注入されていないことがあった。	①トラブル発生数 ②専門職の対応 ③使用者のミス ④器械の故障 ⑤設定量が注入されていない
4 作成組織	① ME科 ② ME機器担当主任とME科の職員 ③ 権限は特になし	
5 作成方法	①トラブルの原因分析 ◆故障が多いのは、看護師の器械の使用方法に問題がある。 ②MRM委員会の対策 ◆ME科に使用方法のマニュアル作成を依頼した。	①使用マニュアル
6 開発したツール	小型シリンジポンプ使用マニュアル 使用手順	
7 運用	① MRM委員会（医師部門、コメディカル部門） ② 事故対策マニュアルの付録として配布	
8 評価	① 故障が2台/月だったのが周知後はゼロとなった ② 修理代金：20万円/月がなくなった ③ トラブルでMEが呼ばれることがなくなった ④ アクシデント報告はゼロである	① 故障の減少 ② ME呼出減少 ③ 修理代減少

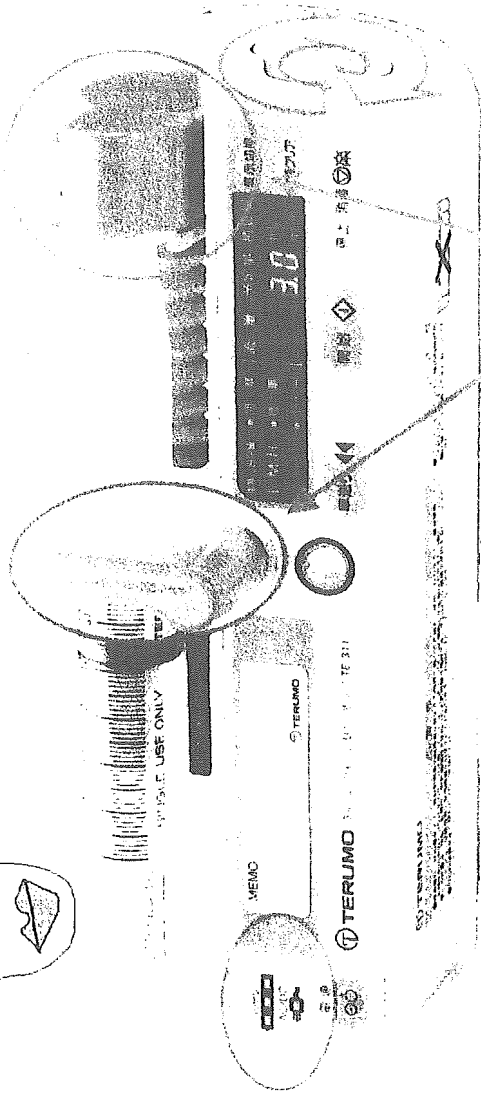
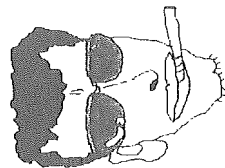
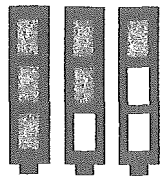
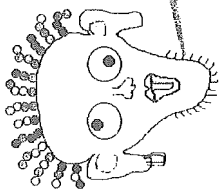
# インテリジェント

注入精度は±3%以内です

シリンジ・輸液ポンプは 1 に使用します

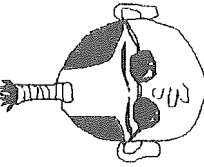


ハッチリーアームが鳴っちゃった!

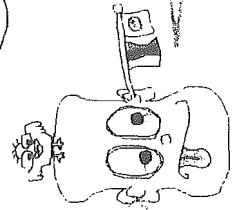
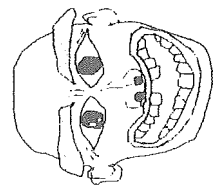


シリンジの固定は、このように

MM科では毎月1回、お薬を



MM科では輸液・シリンジポンプの  
配置を確認しています。無い時は  
MM科・ICUにあります!!



9/28~アクアサームです。

# 輸液ポンプ

## ①輸液ライン(MRM NOTICE No.12)

院内では、テルモ「テルフコージョン輸液セット」で統一されています。



## ②輸液ポンプの管理

ME科では、毎朝輸液ポンプの配置を点検しています。配置は使用頻度に応じたものとなっています。どうしても無い場合にはME科、ICUにあります。取りに行ってください。

ME科では6ヶ月に1度は機能点検をしています。最終点検日は器械の裏に書いてあります。

トラブル時は点検日を確認し、もう一度使用方法を見直してください。

H14.7.5

## ③使用上の注意と豆知識

・バッテリー充電されていれば、約1時間程度もちます。充電には24時間かかります。

(注)

ポンプトラブルの多くは回路を正しくセットすることで回避出来ます。注意してセットして下さい。

(例)コントロールアラームなど

輸液ポンプの流量誤差は10%以内です。しかし、使用する薬剤の濃度によって異なります。50%ブドウ糖液を使用した場合に10%と変わっています。

## 呼吸器器械検査予定

New Port	8月15日
SERVO 900	9月19日
EVITA 4. dura	10月17日
Bird 8400	11月14日
EVITA 2	12月19日

次回はSERVO

# 小型シリンジポンプ STC-531 使用マニュアル

ブザー停止

残量・過負荷・電池で警報を発生します！

流量設定

0.05刻みでセットできます！

開始／早送り

長押しで早送ります。

電源

長押しでON/OFFできます！

の動きを確認！

▲が動く：運転

▲が止まってる：停止

▲が早く動く：早送り

1.5時間の充電で約24時間使用できます

ここで

シリンジを読み取ります。しっかりはめ込むこと！

\*使用中は本体を専用カバーに入れてロックシリンジを使用すること！

手順

①解除レバーを押す

②外筒をシリンジサイズに合わせた位置にセットする

③セットレバーを押す

シリンジセットの時は無理にスライダを動かさずに手順に従うこと！

# 使用手順

- ①小型シリンジポンプを充電器に接続し、充電器のランプが緑に点灯することを確認する。
- ②電源を入れる。
- ③シリンジを確実にセットする。(セットの仕方は1ページ目を参照)
- ④「開始・早送り」スイッチを使い、回路内を薬液で満たす。
- ⑤患者に接続し、流量をセットする。
- ⑥「開始」スイッチを押し注入開始する。
- ⑦開始したら 印が動いていることを確認し、本体を専用カバーに入れる。

## 貸出・返却方法

- ・温熱治療室にて、「小型シリンジポンプ貸出依頼書」に記入してください。
- ・一人の患者への使用が終了したら、他の患者への使用や他病棟への又貸しはせず、全ての物品をそろえて返却してください。

## 使用上の注意

- ・シリンジは必ずロック式を使用してください。(液漏れによる故障を防ぐためです)
- ・ベッドサイドで使う際は専用カバーに入れ、充電器は接続したままの状態で使用してください。

機器に関する問い合わせは温熱治療室(内線700)まで！

開発の概要

(3) 物品薬品管理—⑥与薬事故防止—A 病院

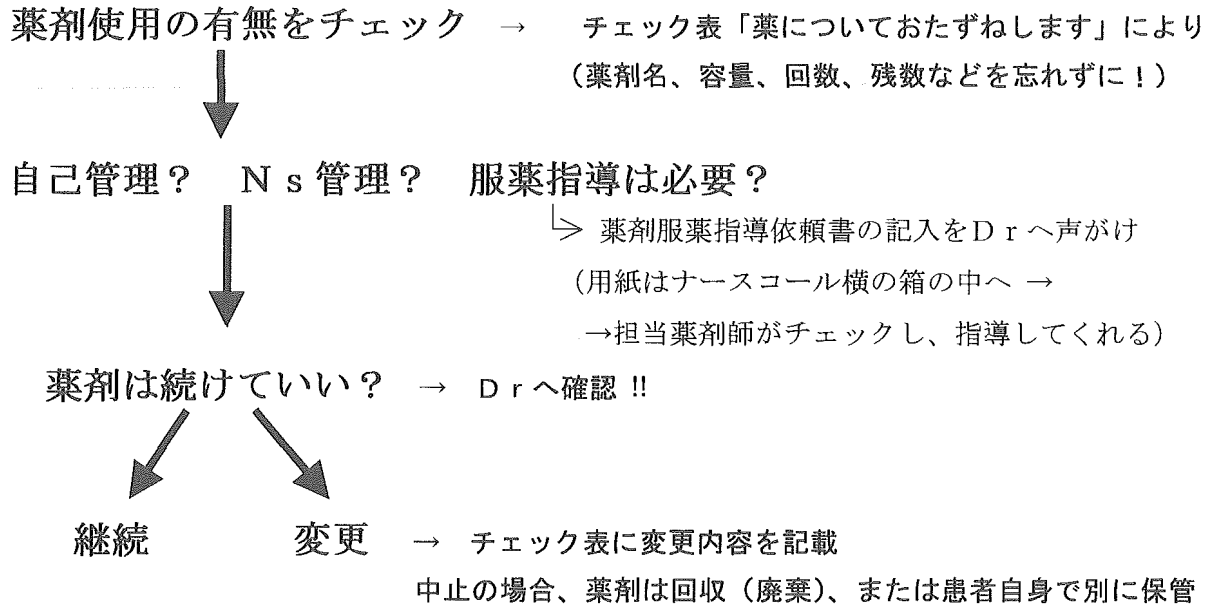
「与薬マニュアル」

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	●	インシデント報告
		②報告内容分析	●	①与薬忘れ ②与薬量の間違い
		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			
作成組織	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	●	病棟
	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	●	現行ルール
		②発生因子分析	●	① 与薬忘れ行動 ② 看護師管理：患者管理の区別 ③ 役割分担の確認不足④与薬時間 ⑤ 薬札が無い⑥薬袋の表示理解 ⑥ 入院患者の薬の把握 ⑦ 手術による中止薬を内服させた
		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	●	入院から退院までの薬の扱いフロー ① 入院時確認 ② 入院中の自己管理・看護師管理 ③ 処方（定時・臨時・時間外・麻薬） ④ 指示受けから薬の処理 ⑤ 中止・変更、開始時、返却方法 ⑥ 退院時の処理
		②確認原則行動	●	確認や処理ルールの明確化と理解
		③リスクアセスメントツール		
		④標準計画	●	配薬箱（カラー）と薬札の設置
		⑤患者説明内容	●	各薬の扱い時
③マニュアル表示	①文章説明	●	実施時の判断と実施手順	
	②図式化	●	業務フローと写真説明	
開発 ツール	①業務マニュアル	①業務マニュアル	●	与薬マニュアル
		②アセスメントツール		
		③標準計画		
	②患者説明 ③職員教育	④患者説明パンフ ⑤教育資料	●	確認すべき5R
	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. マニュアル名称	「与薬マニュアル」	要素
2. 達成目標	①与薬に関するマニュアルが、スタッフ全体で周知、徹底される。 ②与薬に関するインシデント、アクシデントがなくなる。	①与薬の事故防止
3. 作成経緯	リスク報告事例分析の結果 ①与薬忘れ ◆ 薬を入れた袋をポケットに入れてしまい、与薬し忘れた。 ◆ 看護師管理になっているのを知らず、与薬しなかった。 ◆ リーダーが与薬するはずと思い、他スタッフも確認や声かけをせず、与薬を忘れた。 ◆ 与薬するべき時間を過ぎてしまった。 ③与薬量の間違い ◆ 配薬箱に薬札がなく、一回量を間違って与薬した。 ◆ 薬袋の表の表示が分かりにくく、間違った。 ◆ 入院中の患者の内服薬把握が出来ておらず、現在何を内服しているか分からない、 ◆ 手術前、中止すべき薬を内服していることがあった。	リスク報告分析 ①与薬忘れ ②看護師管理 ③患者管理 ④与薬責任者 ⑤与薬時間 ⑥量の間違い ⑦薬袋表示 ⑧患者内服薬の把握 ⑨手術による一時中止
4. 作成組織	① 中心となった組織・構成メンバー 当科師長から他のマニュアル作成も含め依頼を受けた看護師6名(看護経験6年目1名、4年目1名、1年目4名)のうち、与薬マニュアル作成を希望した3名。他アドバイザーとして副師長1名 ② 院内の位置付け 特になし	
5. 作成方法	① 現在行っている与薬に関するルールの見直し ② 使いにくかった「入院時の薬チェック用紙」の作り変え ③ 入院時から退院までの与薬に関する一連の動きやルールを文章化 ◆ きちんと出来ていることは継続しやすいように ◆ 間違いが起きやすかったり曖昧だった所は、きちんとおこなえるように強調。見やすくアレンジ。 ◆ 適宜写真の挿入 ④ メンバー全員で最初から見直し、完成。	① 現行ルールの見直し ② 現行使用用紙の評価 ③ 一連の流れを見直し ④ 曖昧の排除 ⑤ 注意の強調 ⑥ 写真使用
6. 開発したツール	① 今まで使用していた入院時に薬の使用をチェックする、「内服薬についておたずねします」を改訂した。 ◆ 名称を「薬についておたずねします」に変更 ◆ 薬名記入欄を多く、中止、開始などや日付を記入できる欄を新たに設定した	
7. 運用段階	① 採用決定機関…当科師長 ② 院内周知方法…特になし ③ 実施評価…インシデント・アクシデントレポートの提出有無および実施していく中でそれぞれ看護師が評価・判断する。 ④ 評価・修正方法…実施していく中でおかしいこと、出来ないことなど問題点や変更点が出たときに、その都度修正する。	①評価・修正
8. 評価	① 直接効果…インシデント・アクシデントの減少 ② 波及効果… ③ 今後の課題…インシデント・アクシデントの有無だけでなく、患者が内服している薬の把握を徹底するように心がけていく必要がある。(医師、看護師ともに)	①事故の減少 ②患者と内服薬の関連性把握の向上

## 与薬マニュアル

入院時



\* 麻薬を使用している場合：持ちこみ禁止のため、入院分として新たに処方し直しが必要！！

薬 → 当院外来処方の場合：患者自身に持ってもらうか、返却する。

他院処方の場合       ：患者自身に持ってもらうか、薬剤部で処方してもらう。



# 入院中

**自己管理** 薬は完全になくなる前の、午前中のうちに申し出るように説明する。

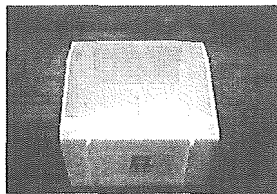
**N s 管理** 薬の残数が合わない時は、少ないもので合わせてから使用する。

- ・ 薬はグループ毎にN s 管理薬箱へ（看護室内の本棚下）
- ・ 配薬箱と薬札の準備

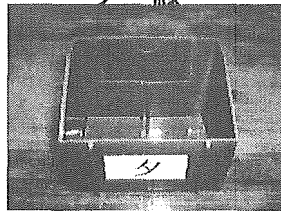
↳ 紙に薬名、量を書いて配薬箱の中に入れる。与薬時の

最終チェック！

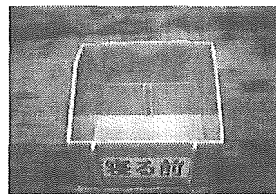
昼—白



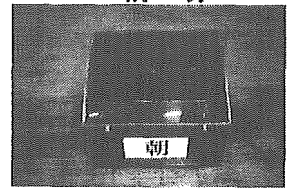
夕—緑



寝る前—黄色



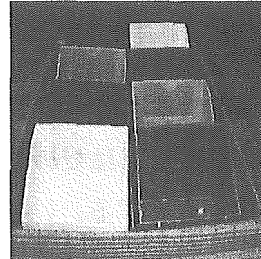
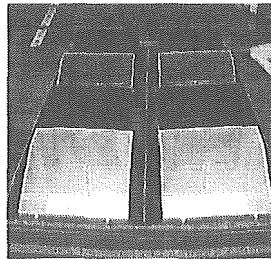
朝—赤



- ・ 日勤のうちに、1日分の薬を、**2人で確認しながら** 配薬箱へ配薬。

ダブルチェック！

- ・ 日勤で配るのは基本的に **リーダー**、フリーのN s も声掛け合って配薬を！！
- ・ 配薬箱は手前から、昼、夕、寝る前、朝の順番に置く。



- ・ 与薬後の空の配薬箱は、一番後に置く。つまり、次の配薬箱が一番前に。

与薬忘れがあると、配薬箱の色がバラバラになる

与薬忘れ防止！

**薬はただ渡すだけで大丈夫？**

きちんと内服できる人か、内服確認が必要か、  
介助が必要か、判断して与薬しましょう！

屯用の薬を与薬する時：指示簿と薬を合わせて2人でチェック。

ダブルチェック！！

## <処方について>

定期薬（7日分の処方） →金曜日の朝からの使用分。

- ・基本的に月曜日に処方。水曜日までは入力可。
- ・処方控えはグループ毎の定期処方ファイルに保管。薬がきても1週間は控えを取っておく。次週分の入力時Drが見るので。
- ・薬は木曜日の夕方に届く。
- ・処方控えと薬の名前、量を合わせる。薬袋の前に名前、量を書くのを忘れずに！  
→各グループ協力し合って。

臨時処方（7日分まで処方可）

- ・平日の8:30~17:00までの入力分。
- ・薬は適宜届くため、その都度処方控えとチェック。
- ・急ぎで薬が欲しい時には、薬剤部へ連絡を。
- ・薬袋を患者に渡す時は、余白に「渡したNs」のサインを。→責任の所在を明らかにするため。

時間外処方（3日分だけ処方可）

- ・平日の17:00~8:30、土、日、祝日の入力分。
- ・薬は平日の21:00までは夜間助手さんが届けてくれるが、それ以外は自分で取りに行く。

麻薬処方（7日分まで処方可 今後入力可）

- ・手書処方の場合、日付、薬剤量など書き間違った場合は訂正印が必要。提出する前にチェック！  
→間違った場合でも、破棄してはだめ！（通し番号あり。）「書損」として薬剤部へ返却。
- ・薬剤はNs管理とし、金庫に保管する。（施用票があり、与薬時間、量、サインを記入）  
→金庫に保管する場合 ①あめが突っさている引き出しのカギで  
⇒②右端の引出し（ここに処方箋も入っている。）を開け、オレンジ  
の麻薬と書いてあるカギを取り  
⇒③金庫を開ける。（ナンバーは固定）
- ・再処方する場合は、新しい処方箋+施用票必要。



一番下に主治医と師長印をわすれずに！！

残薬は1回与薬量より多いとだめ。

但し、外泊のためにほしい時「外泊のため」と記入。

退院時処方（14日分まで処方可）

- ・患者の退院が決定したら、必要の有無を確認して早めにDrに処方してもらう。
- ・退院当日まで入力は可。（入院処方箋はいらない。）
- ・状況に応じて、退院当日に渡すか、もしくはご家族に渡す。

## <指示受けについて>

- ① Dr から内服薬の指示が出たら、指示簿で内容を確認。
  - この時、指示簿に指示棒と処方（オーダー）控えがはさんである。ない場合は出力。
  - 指示簿の内容と処方（オーダー）控えの内容があっているか確認。
  - 指示簿の難解文字はDr に確認。（読みやすい字で書いてもらう。）
- ②内容を確認したら、指示簿の“受者”欄にサイン。
- ③指示簿にはさんであった処方（オーダー）控えは、プリンター横の木箱に入れておく。

## <薬が届いたら>

- ① 処方（オーダー）控えと薬の内容・量が合っているか確認。薬袋に薬名と量を記入。
- ② 確認した処方（オーダー）控えは、処方控えの引き出しに入れておく。
- ③ 確認・記入したら患者に渡す。
  - 薬袋に「渡したNs」のサインをする。（責任の所在を明らかにするため）
  - 指示簿の施行者欄にサインする。

## <中止・変更・開始・再開薬に関して>

Dr から指示が出された場合

- ① チェック表「薬についておたずねします」の備考欄に、中止、変更、開始、再開のどれなのか、いつからなのか日付を記入。（ちょっとした薬でも記入する。）
- ② 処置・ケアワークシートの“与薬”欄にも内容を記入。
- ③ 患者が間違わないように説明。場合によっては紙にかいてあげることも必要。



- ・中止、変更の場合、状況に応じて患者から薬を回収。
- ・中止や変更となり、再開の見通しが無い薬剤は、早めに返却しましょう。
- ・他科からの処方の場合は、どこから処方されたものかも記入しておく。



指示を受けたNs が責任を持って！

## <内服薬の返却方法について>

～一般的な薬の場合～

- ①調剤薬品返還書（3枚綴り）の記入。 → Ns
  - IDカードをエンボスし、薬名・量と残数を記入。返還理由をチェック。



- ②看護師長・医局長印を3枚とも捺印。（忘れずに！！）



③上2枚の伝票を返却する薬と一緒にメッセンジャーBOXに入れておく。

3枚目は、薬剤返還伝票控えという引き出し（電話の下）に入れる。

～麻薬の場合～

① 麻薬返還理由書（2枚綴り）の記入。 → Dr



② 1枚目に返還麻薬と施用票を付け、薬剤部麻薬管理室へ。2枚目は入院掛へ。

\* 施用票は残数、主治医印、師長印を忘れずに！

\* 薬はメッセンジャーではなく、直接助手さんへ渡し、返却してもらうこと。

**退院時**

…… 基本的に受け持ちNs

退院時処方必要の有無のチェック



有



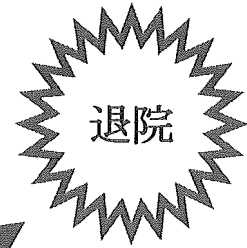
Drに、次回再来まで間に合うよう入力してもらう



薬が届いたら患者または状況に応じてご家族に渡す

**\*冷所にある坐薬などの確認・本人への返却忘れずに！！**

無



最後に、与薬する場合は与薬理由を考えましょう！！

なぜこの患者にはこの薬を使うのだろうか？投薬理由も分からずに使用してはいけません。

また、薬剤の知識（作用機序、薬効、副作用）を習得しましょう！！  
数多い医薬品全てを記憶することは限界がありますが、日頃から最新版の薬品集や薬物についてくる『添付文書』を見て調べるなど、  
薬剤部からの情報などに耳を傾けましょう！！