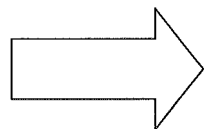


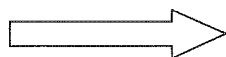
<参考資料> ~実際に与薬する~



ここで大切 “確認すべき5つのR”

<服薬現場でのチェック>

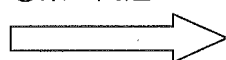
①患者が“本人”かどうか、確認する。



Right Patient (正しい患者)

- ・ 病室番号、ベッド番号は？
- ・ フルネームで確認！！同姓者や同姓同名者はいませんか？
- ・ ベッドネームで確認！！（ベッドネームは頭側についているはずです。）
- ・ リストバンドで確認！！（入院時に装着しています。）

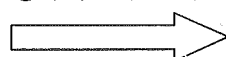
②薬に間違いがないか再度確かめる。



Right Drug (正しい薬剤)

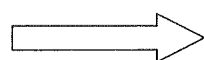
- ・ 指示薬の名前は合っていますか？
- ・ 主作用、適用疾患、適用症状は？
- ・ 吸収経路や排泄経路は？
- ・ 副作用にはどのようなものがあるか？
- ・ 禁忌は？
- ・ 剤型は？散剤、顆粒、錠剤、水薬、坐薬などのいずれか？
- ・ 使用期限、有効期限は大丈夫か？
- ・ 変質したり、包装等が傷んだりしてないか？

③服薬量、服薬方法、服薬時間は正しいか、確認する。



Right Dose (正しい量)

- ・ 投与量の単位は合っていますか？〇錠、〇カプセル、〇滴、〇mg、〇ml、〇個
- ・ 投与量は（1回分、1日分）合っていますか？
- ・ 病状や年齢、体格等の条件に適した量ですか？
- ・ これまでの投与量や残薬の量は正確ですか？



Right Route (正しい方法)

<服薬方法> ~内用薬なのか外用薬なのか~

- * 内用薬・・・内服、舌下、滴剤など。
- * 外用薬・・・咳嗽、吸入、点眼、点耳、点鼻、塗布など。



Right Time (正しい時間)

- ・ いつからいつまでの投与指示か？
- ・ 自分が投与するのはいつの勤務帯か？
- ・ 食前、食後、食中、屯用なのか？

開発の概要

(3) 物品・薬品管理—⑥与薬事故防止—B病院

「与薬に関する事項」

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		各事例の原因分析 ① 禁忌薬品の投与 ② 他科の処方薬を中止 ③ 持参薬が切れていたのに処方せず血圧上昇した ④ 肝障害患者が劇症肝炎になった
		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			
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	●	医師部門MRM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	●	患者の与薬管理 各事例の原因 ① 薬に対する知識不足 ② 他科薬の中止時の認識 ③ 持参薬の処理, 看護師の認識 ④ 副作用を防止する検査
		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	●	事例発生防止に必要な知識 ①アレルギー②中止時 ③持参薬④退院指導⑤副作用管理
		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 ⑥行動評価表		
③マニュアル表示	①文章説明 ②図式化	●	事故防止マニュアル	
開発 ツール	①業務マニュアル	①業務マニュアル	●	① 持参薬の処理方法 ② 自己管理の判断 ③ 薬剤師による退院指導
		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		
		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	「事故対策マニュアル」 (与薬に関する事項)	要素
2 達成目標	1. 患者情報を的確に入手し、薬の確実な投与を徹底する。 2. 不適切な薬の処方をなくし、患者に害を与えない。 ① アレルギーの有無 ② 薬剤の継続や中止してよいかなどの確認	①処方継続・中止指示の徹底 ②禁忌処方をなくす情報収集
3 作成経緯	<p>事例1：アスピリン禁の患者にPL顆粒は禁忌 当直時間帯で風邪症状の患者が来院しPL顆粒が処方されたが、患者はアスピリン禁であった。 ①診察時、患者からは「自分はアスピリン禁」であることを医師に話していたが、当直医師はPL顆粒にアスピリンが入っていることを知らなかった。 ②その後、患者は薬疹が出現し、再度、受診して判明した。</p> <p>事例2：他科の処方を中止する場合の規約 ①人工弁置換術後で、心臓血管外科外来でワーファリンにて抗凝固療法中の患者が内科外来受診時、検査のため内服を全て中止されてしまった。 ②心臓外科受診時に判明。内科医師は、一回ぐらい止めても良いと考えて処方した医師には相談していなかった。</p> <p>事例3：持参薬の管理方法 ① 外来で降圧剤を内服中の患者が肺炎で入院した。降圧剤と肺炎の薬が処方され、患者は自己管理で内服していた。追加処方時、肺炎の薬だけが処方され降圧剤は処方されなかったため、3日間降圧剤を服用せず、血圧が上昇した。 ② 医師は、入院時に持参薬の降圧剤が2週間分ぐらいあったため、患者はそれを飲むだろうと考えた。 ③ 患者にも説明したと言うが、患者も看護師も医師の考えを知らなかったのが遅れた。 ④ 患者は、自己管理できると入院時判断されたが、自己管理できるレベルではないことがこのあと判明した</p> <p>事例4：内服治療中患者の血液検査の実施 ① 喘息患者に薬が増量となり、その後、薬剤性の劇症肝炎になった。 ② 肝機能がもともと高めの患者であり、処方されている薬もジェネリック薬品であり肝機能障害は起こりうる可能性があった。 ③ 薬の増量時に血液検査をしていなかった。 ④ その後の治療で患者は軽快した。</p>	①事故報告事例の分析 禁忌薬 ②患者の提供情報が生かされない ③医療者の薬剤に対する知識不足 他科処方薬 ④他科で処方された薬への認識不足 ⑤医療者間の確認不足 患者持参薬 ⑥持参薬使用時の追加処方ルール ⑦自己管理薬の確認方法 ⑧患者の服薬管理能力の判断基準 ⑨患者説明時の理解の確認 薬剤性障害の発生 ⑩併存症がある場合の使用注意 ⑪検査による機能確認と使用判断 ⑫発生時の対応
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 事実関係を調べ、対応策を検討 ② 当院の事故対策マニュアルに随時追加した	
6 開発したツール	当院の事故対策マニュアル	
7 運用	①医師たちが検討し、周知徹底している	
8 評価	①現在は同様のアクシデントレポートは提出されていない。 ②今後、薬剤関係のインシデントが発生するかは不明だが、事例提供したものは、周知徹底できている。	

与薬に関する事項

- (1) アスピリン禁の患者に、PL顆粒は禁忌
 - ・ 問診を充分に行いアレルギー等の禁忌事項に注意する
- (2) 他科の処方中止する場合
 - ・ 治療上、他科から出されている処方薬を中止する必要がある場合は、必ず、その処方医師に相談しどうするか決定すること
- (3) 持参薬の管理方法
 - ・ コスト面の患者負担から安易に持参薬を中止できないので、入院3日間は看護師管理とし継続する薬は配薬する
 - ・ 入院3日間で自己管理できるか判断し決定する（患者の個別に合わせて管理方法は検討）
 - ・ 薬の数が合わない場合は医師に依頼し処方し、残薬の数を合わせる
 - ・ 持参薬品名が不明な場合は、薬剤科に分析を依頼し、返答はカルテに保存する
 - ・ 退院時、持参薬不必要となり、残っていた場合は医師に薬の必要性を確認後、医師が患者に必要なことを説明し処理する
- (4) 退院時服薬指導時の注意事項
 - ・ 退院が決定したら、担当薬剤師に連絡をいれる
 - ・ 担当薬剤師は、看護師と自己管理できるか等を話し合い、患者及び家族に指導を行う
 - ・ 指導後は指導内容をカルテに残す
- (5) 内服薬治療中患者の血液検査の実施
 - ・ 薬を増量する場合、または、肝・腎機能障害が予測できる場合、薬を処方する時は、血液検査を実施し判断する

(4)事故防止ガイドライン

開発の概要

(1) 患者の安全管理—①事故防止ガイドライン—B病院
「インシデント・アクシデント・レポート事例集」

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 ④行政指導 ⑤研究的取り組み ⑥患者の声・投書 ⑦その他			●	インシデント報告に職種の差が大きい		
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	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					
		②発生因子分析					
		③文献検討・学習					
		④現場聞き取り	●	自署で起こりうる事例を提出			
		⑤アンケートなど	●				
	②標準化	①業務フロー過程					
		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		●					
⑥行動評価表							
③マニュアル表示	①文章説明	●					
	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 ③職員教育	④患者説明パンフ ⑤教育資料	●	レポート提出基準の参考			
	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			●				
課題							

マニュアル説明 (5) 事故防止ガイドライン②その他—B 病院

1 マニュアル名	「インシデント・アクシデント・レポート事例集」	要素
2 達成目標	①院内職員から、インシデント・アクシデント報告が提出される ②院内職員の医療事故に対する認識を深める	①事実を把握 ②報告行動 ③事故防止意識の高揚
3 作成経緯	問題点 ① 看護部からはインシデント報告書は提出されている。 ② 医師やコメディカル部門、事務部門からの報告書は出されない。 ③ 報告内容からは、医師に関連したインシデントもあるが、直接医師に出すよう促しても認識の違いから提出されない。 ④ 弁護士の講義を実施しても、医師の参加は少ない。 方向性 以上の状況から、アクシデント・インシデントの認識を高める必要があると判断。 起こりうる事故対策マニュアル作成にも関連して考える	①職種によって行動に差がある ②他職種からの働きかけには応じない ③学習会参加行動の差 ④関連ある全ての職種の意識を高める必要性
4 マニュアル作成組織	① MRM委員会（コメディカル部門、医師部門） ② 上記MRMメンバー ③ MRM委員長の権限（院長より権限委譲されている）	
5 作成方法	① MRMメンバーは各部門および各診療科の代表となっているので、自部署で発生する可能性のあるアクシデントをそれぞれ提出。 ② 提出された、想定されるアクシデントを項目別・部門別に分け、活用しやすいように箇条書きにし編集した	①発生例では無く危険性の高い想定事故を抽出 ②事例集として、活用性を高める
6 開発したツール	「アクシデントレポート事例集」	
7 運用	平成14年12月に完成。 平成15年1月から院内に周知予定である。	
8 評価	①看護部からのインシデント報告と照合し、ずれがないかを評価する ②部門ごとの、報告書の提出枚数の推移によって評価する。	①実際の発生例と照合評価 ②効果を報告件数で評価

目次

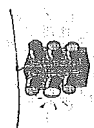
<項目別>

1. 手技の問題
1) ライン確保時
2) ドレーン等に関わるアクシデント

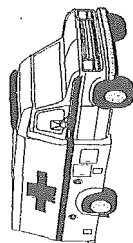
- 3) 手術
4) 麻酔
2. 誤投薬
3. 患者の誤認
4. 指示ミス
5. 輸血ミス

<部署別>

1. 外科系
2. 小児科
3. 手術部
4. 放射線科
5. 検査科
6. 内視鏡部門
7. 薬剤科
8. 医事科
9. ME科
10. リハビリテーション科
11. 看護科



アクシデントレポート事例集



この事例集は、職員の皆さんが「アクシデント・レポート」を提出する際の、参考資料となります。この事例集に記載されていない事例であっても、患者及び家族、職員に対し、なんらかのアクシデントにつながった出来事は全て報告してください。



【手技の問題】

- 1). ライン確保時
末梢ラインが1度で入らなかった(血腫形成)
動脈ラインが " (血腫形成)
IVH 挿入の際気胸を合併した
IVH 挿入の際動脈に穿刺してしまった(血腫形成)
IVH 挿入の際動脈にカテーテル留置してしまった
血管損傷の合併
神経損傷の合併
動静脈瘻の合併
偽性動脈瘤の合併
動脈解離の合併
- 2). ドレーン等に関わるアソシエイト
胸腔ドレーン挿入の際心臓を損傷した
" 肺を損傷した
血管損傷による血胸の合併
ドレーンが抜去できなくなり、このための不要な手術等の処置を要した
- 3). 手術
出血による再開胸、再開腹等
手術部位の取り違い
火傷、消毒薬による皮膚障害
手術体位による発赤

高カリウム輸液を末梢より投与した
do 処方のもりが日数が違っていた
胃管が気管支に挿入されたことを気づかず、経腸栄養剤を注入

【患者の誤認】

別の患者の名前で呼ぶ
別の患者のデータ(レントゲン等)を見せてしまった
データを別の患者のカルテに貼ってしまった
他人の保険証を間違えて渡してしまった

【指示ミス】

口答指示で点滴速度を変更したが、オーダー簿を直し忘れ、翌日には元の
滴数で点滴が施行されていた
術前、検査前の食止めの指示を忘れた
食止めの指示が出ていたが、食止めにすることを忘れた
術前抗凝固剤の中止指示を忘れた
中止薬の指示があったが、内服させてしまった
術中エコーのオーダーを忘れた
指示簿と処方箋、オーダーリングの内容が違っていた
mg と ml を間違えた
ペースメーカー、リハビリ等検査禁忌患者に MR をオーダーした
中止になった検査を削除しなかった
アレルギーマーカーの確認をせずオーダーした
注射薬と内服薬が両方でしていた

【輸血ミス】

血液型違い輸血
血液型の間違え

【クレーム】

患者に不快を与えてしまった
各部署とのトラブル
他部門との連携ミス

- 4). 麻酔
気管チューブが食道挿管になった
挿管の際歯を折ってしまった
硬膜外麻酔予定が腰椎麻酔となった
- 間違った処方箋を渡してしまった
間違った処方薬を渡してしまった
薬剤の投与量違い(抗凝固剤等)
禁忌薬剤の処方および投与
静注、筋注、皮下注等の投与方法違い
高濃度カテコラミンを末梢より投与した(その後の組織壊死の合併)
高濃度カリウム液を末梢より投与

部署別

[外科系]

ガーゼ、ドレーン等の異物の置き忘れ

[小児科]

兄弟で通院患者の誤認

[手術室]

同意書の不備(説明不足、同意書を取っていない等)
間違った患者を手術室へ搬入
間違った手術室へカルテ、フィルム等のデータを届けてしまった
機械類の滅菌の期限切れ
使用器具の準備不足
手術部位の誤認
麻酔法の誤認(全麻→硬膜外等)
ガーゼおよび機械カウントが合わない

[放射線科]

造影剤、放射性物質使用等、検査につき説明不足
放射線治療時の用量等の間違え
患者の取り違え
撮影部位の間違え
ベースメーカー、クリッピング等検査禁忌患者にMRを施行
血管造影検査の際の血管損傷
血中の止血不十分による血腫形成
レントゲンフィルムの名前間違え
フィルム枚数とX-P袋の記載間違え
撮影・検査時における転倒・転落

[検査科]

- 1). 採血業務
患者の取り違え
試体の取り間違い・取り忘れ
- 2). 輸血業務
血液型の記入ミス
輸血管理表の記入間違い・記入漏れ
輸血パックの破損
- 3). 検体検査業務
検体の取り違え
データの報告間違え
オートリソク[®]の拾い忘れ
検査機器不良によるデータミス
- 4). 生理検査業務
予約検査の取り間違い
検査機器整備不良による検査ミス (ホルター-E C G 等)
試薬を誤って投与

[内視鏡]

胃および腸管穿孔およびび損傷
抗凝固剤内服患者に生検等を施行
禁忌薬の使用

[薬剤科]

製剤(調剤)間違え
ラベルの貼り違え
払い出しミス
入力ミス
錠剤分包機の他の薬剤を充填した
冷所保存と知らずに薬品を室温に置いた
指示量のミスに気づかず払い出した
針刺しをした

血液製剤のロット管理の間違え
入庫伝票と違う薬品を入庫した
発注ミスで使用予定日より入庫が遅れた

【医事課】

カルテおよびコンピュータへの登録ミス
コストミス

【ME科】

- 1). 透析室
装置の作動忘れ
の設定入力ミス
回路の設定ミス
透析終了時の薬剤投与忘れおよび間違え
透析内容の誤認 (ECUM ⇄ HD)
採血取り忘れ
空気を混入させてしまった

2). 温熱療法室

- 部位違い
- 電極間違え
- 抗癌剤投与ミス
- 患者間違え
- 観察不足による火傷

3). 中央管理室

- 人工呼吸器トラブル
- 人工心肺操作ミス

【リハビリテーション科】

- 患者間違え
- 患者監視不足による転倒・転落
- 過度の徒手抵抗による骨折・損傷
- 指示確認不足で禁忌事項を実施してしまった

【看護部】

- 指示通りに実施しなかった
- 患者及び部位の間違え
- 伝達ミス
- 体位交換、移動時にライオンが抜けた
- ライオンが閉塞していた
- 医療機器の設定等の取り扱いミス
- 転倒・転落
- 針刺しした
- 食止めの患者にインスリンを打ってしまった
- ストッパーがかかかっておらず、患者に害が生じた
- 薬剤の使用方法の間違え
- 水分バランス等の計算の間違え

目 次

第1章 医療の安全について	1
1 医療の安全に対する基本理念	1
2 用語の定義	1
3 事故防止策の基本的な考え方	2
4 本マニュアルの作成目的	5
5 医療事故の発生要因	5
6 発生要因からみた医療安全対策の基本	6
7 医療安全組織	12
8 安全な医療のための教育と啓蒙	13
9 医療安全のための分析、提言、調査と評価	15
第2章 インシデント・アクシデント発生時における報告と分析	16
1 インシデント・アクシデントレポートについて	16
2 インシデントおよびアクシデントレポートの提出方法と流れ	16
3 患者の苦情や相談の窓口	17
第3章 事故対策	18
1 一般的事故事例に対する対策	18
1) 患者誤認	18
2) 転倒・転落	18
3) 誤薬	20
4) 注射薬及び輸液関連事故	21
5) 針刺し事故	22
6) 離床、離院	22
7) 自殺・自傷行為	23
8) 拘束(抑制)による事故	25
9) 誤嚥・窒息(異食)	26
10) 暴力	27
11) 放火	28
2 重要事項に対するチェックリスト	30
3 各部署における医療事故防止対策	31
1) 医局	31
2) 看護部	41
3) 検査科	45

病院

医療安全管理委員会

平成14年9月

2) 看護部

(1) 看護部における事故の傾向

看護部におけるインシデント・アクシデントの全報告の内訳は、転倒・転落 30% (痴呆老人病棟群 61.4%、その他 38.6%)、診療の補助業務 21.0% (与薬ミス、注射・点滴ミス等)、療養上の世話 19.2% (暴力行為、患者間トラブル、自殺企図、自傷行為、その他)、患者管理 4.9% (異食、危険物管理、放火、その他) という結果です。

なお、事故対策については、第3章1 (p18) を参照して下さい。

(2) 看護の特殊性

看護業務は人の生命・身体に対して何らかの危険性を生じさせる恐れがあり、よって看護業務は「保健師・助産師・看護師法」(昭和23年7月30日公布)によって規定され、かつ看護倫理に基づいて実施されます。

看護行為については、看護師は直接患者に接する機会が多く、また医療における最終行為者となる事が多い為、当然のこととして医療事故の直接当事者となる機会も多いことを十分に自覚し、常に自らの看護行為に誤りがないかを意識しつつ、責任を持って業務を行うことが大切です。

(3) 看護業務と法的責任

看護業務の過程で生じる事故は、相対的医療行為における診療の補助業務において事故が重大な結果に至ることが多くなります。

A... 絶対的医行為

医師自身が行なう行為であり、「診療の補助」として行なうことはありえない。

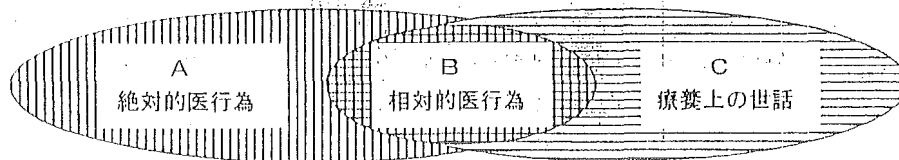
- ①診断、処方、治療方針の決定などの医学的行為
- ②高度の知識、技術を要する医行為

B... 相対的行為

医師の指示により看護者の知識、技術で行なうことができる医行為

C... 療養上の世話

看護職者の知識、技術で主体的に行う看護行為



AB...医師の業務

CB...看護職者の業務

(カ) 診察が終わり患者さんを送り出す時には、聞き漏らしたことがないかを確認して、「お大事に」といたわりの言葉を言い忘れないように心がける。

ウ) 急患・救急患者さんへの対応

(ア) 救急で訪れる患者さんや家族は、病気の痛みや不安を持ち、看護師の言葉や態度に敏感になっているので、気持ちを察し十分に心を配り、思いやりのある態度で接する。

(イ) 患者さんの状態を速やかに把握し、重症度や緊急度に応じて適切な処置が行えように対処する。

(ウ) 患者さんの状態により、順番を変更しなければならない場合には、他の患者に事情を説明して理解を得る。

(エ) 処置などで、家族に席をはずしてもらう場合には、その理由を説明して理解を得る。

(オ) 患者さんや家族は、苦痛や不安から気持ちが動転しているため、医師の説明が正確に伝わっていないことがある。その場合には、よく様子を見て、看護師から説明して補足する。

エ) 入院患者さんへの対応

(ア) 入院患者さんは、病気や入院生活に対して不安を持ち、緊張しているものである。看護師は、患者さんが安心して入院生活を送れるように、自己紹介をして温かい気持ちで接する。

(イ) 患者さんに対するオリエンテーションは、「病棟案内」などを示しながら患者さんが理解しやすいように説明する。

(ウ) ナースコールが鳴った場合には、どんなに忙しくてもすぐ受け、すばやく対応するよう心がける。

(エ) 家族も、入院に対して動揺している場合がある。これからともに患者さんの回復に向けて協力し合えるような関係づくりに配慮すべきである。

(オ) 検査・処置などについては、看護師の立場からも分かりやすく説明する。

(カ) 療養上の生活援助や処置は、患者さんのプライバシーに配慮して、羞恥心や不快感を感じさせないように気配りする。

(キ) 患者さんの容態が急変した場合は、患者さんや家族に対して、落ち着いた思いやりのある態度で対応する。

(ク) 患者さんが注意事項を守らない時には、毅然としながらも、優しい態度で接する。

(ケ) 患者さんへの退院指導は、退院後の生活や通院について、医師と相談のうえ、分かりやすく説明する。退院時には、薬の服用方法や次回の外来受診日なども説明する。

(コ) 患者さんの急変、退院などの際は、周囲の患者さんの気持ちも考

(4) 事故防止対策

看護職者として、患者の安全と守秘義務の認識を高め、かつ人間尊重の理念に基づいて行動します。

ア) 注意義務を怠らない。

(ア) 安全確認の徹底 ⇒ ひとりの注意力には限界があることを認識して、複数の目で確認する

↓

ダブルチェック、3回確認
指差し、声出し確認
手順を忠実に実行
頻回な巡視

(イ) 患者確認の徹底 ⇒ 患者取り違い防止

↓

特徴を知る
患者名を声を出して呼ぶ
患者名の自己申告
患者名の復唱

*特に同姓同名、似た名前に注意

(ウ) 経過観察を怠らない⇒ 観察力、判断力、注意力を育成しつつ、患者の状況変化を早期に発見し、医師への速やかな情報提供と適切な対応の要請をする

引継ぎの徹底、訴えの傾聴

(エ) 行為の確認の励行(心に呼びかける)

イ) 知識、技術のレベル向上に努める。

ウ) よりよい人間関係、コミュニケーションに努める。

エ) 記録を確実にする。正しい情報管理

オ) 倫理に基づいて行動する：専門職としての基本姿勢の遵守

カ) ヒューマンエラー防止に対するシステムの構築。

キ) 安全確保のできる医療材料の工夫と作成の提言を行う。

ク) マニュアルの遵守

(5) 接遇の心構え

医療紛争を予防する為には、日頃から患者や家族との信頼関係を築いておくことが大切です。その為には接遇の良し悪しが重要な要素となります。そこで、接遇の基本について見直すことにします。

ア) 接遇の基本について

患者さんの立場に立った親切で適切な対応が接遇の基本である。

良い接遇の為の「接遇の3S」

- Sincerity (シンセリテイ) = 誠実；相手の立場に立ち、応対する心構え
- Smile (スマイル) = 笑顔；親切なサービス精神
- Speed (スピード) = 迅速；テキパキとした公平で正確な処理
タイムリーな対応

(ア) 日頃から自分の職務についての様々な事柄を知っておくこと。

患者さんから何を聞かれても、適切に答えられるようにしておくこと。わからないことや疑問なことについては「お待ち下さい」と伝え、必ず確認のうえお答えする。また、病院の特徴、システム、病院内配置などもよく把握しておく。

(イ) 患者さんと接する時は、言葉遣いに注意すること。

(ウ) 患者さんと話をする時は、患者さんの方を向いて話をすること。

(エ) 患者さんから苦情を受けた時は、まず相手の話をよく聞くよう心掛けること。

苦情は大きく2つに分けられ、その1つは患者さん側の思い込みや、一方的な言い分によるものがあり、他の1つは病院側に改善すべき点があることによるものである。いずれの場合も、まず相手の話を十分聞くことが大切で、その上で患者さんの苦情の内容を判断し、病院側の事情を解りやすく説明し、理解を求めるように努力すること。この場合、自分1人で判断できない時は、上司などに相談し対応することが必要である。

イ) 外来患者さんへの対応

(ア) 待合室では患者さんは、不安なイライラした気持ちで待っていることが多く、患者さんの身になって常に待合室の観察を怠らないようにする。

(イ) 呼び出しの際は「姓・名」で呼び、患者さんからの順番の問い合わせやクレームには、その内容を十分聞いて、出来るだけ分かりやすく誠意をもって適切に対応する。

(ウ) 診察室での患者さんは、不安感や緊張感などを持っていることが多いので、このような気持ちを理解して緊張をほぐすように、親切で思いやりのある態度で接して患者さんが安心して受診できるようにする。

(エ) 診察室では患者さんとの会話が漏れないように配慮し、患者さんがはずかしい思いをしないようにプライバシー保護に努める。

(オ) 検査や処置の介助時には、患者さんが安心して検査や処置が受けられるよう、その内容を分かりやすく説明し、納得しているかを確認する。

第3章 事故対策

1 一般的事故事例に対する対策

以下に、一般的に起こりやすい可能性のある事故事例とその防止対策について述べます。

1) 患者誤認

患者誤認の要因は、言葉の聞き違い、文字、表示、データ入力を読み違い、採血、検査、移送、内服薬、注射薬など患者の勘違いがあり、原因の多くは注意不足、思い込み、同姓同名、不明瞭な名前の記載などがあげられます。

(1) 看護の要点

ア) 薬剤は三度の確認の原則を守る

- ①薬剤を保管場所から取り出す時
- ②薬剤を注射器などに準備する時
- ③空のアンプルやバイアルを捨てる時

イ) ID番号と氏名はフルネームで記入し確認する(同姓同名の場合は、住所、年齢、性別等を記入する)

ウ) 入院時、転棟時は申し送る側と受ける側の双方で名前を復唱する

エ) 実施、サイン、報告を徹底する

オ) 指示簿を点検確認し、準備から実施までできるだけ一人の看護師が行う

カ) 自分の行動特性を知り、心理状態を洞察し、コントロールする。

キ) 採血時には、検体の氏名と伝票の氏名が合っているかを確認する

(2) 対策

ア) 患者の移送・同姓同名患者が検査を受ける場合、用紙に患者の特徴を書く

- ・移送の際は、患者の状態により適切な人数で行う

イ) 患者の識別・名前は呼びかけでなく、患者本人に応答してもらう(可能な場合)

- ・検査は同時に数人が重ならないように業務を調整する
- ・職員同士で患者の氏名を復唱したり、複数の人で確認する
- ・医師の指示を単に機械的に行うのではなく、意味や目的を知り、疑問があれば確認する。

2) 転倒・転落

転倒・転落は薬剤の副作用、視聴覚障害、脳神経疾患による歩行状態などの内的要因と、住環境、衣服、はきものなどによる外的要因から起こります。

車椅子やベッド、机や高い所へ登って転落したり、廊下、トイレ、病室での転倒があります。

(1) 看護の要点

ア) 薬物服用（鎮痛剤、睡眠剤、利尿剤）などの有無と影響を知り入眠状況を把握する
イ) ADLの評価、長谷川式スケール、自立度を把握する

ウ) 転倒・転落の既往を把握しておく

エ) 全身状態（発熱、下痢、脱水の把握

オ) ナースコールには素早く対応する

カ) 30分～1時間毎の巡視

キ) 安全ベルトなどの確認の徹底

ク) ナースコール、ポータブルトイレ使用時の適切な位置の確認

ケ) 個々の患者にあったベッドの高さ、ストッパーの固定、ベッド周囲の障害物の整理と確認

(2) 対策

ア) 患者把握と対応

- ・ 高齢者に対しては、特に全体像を把握し、転倒を予測した計画立案する
- ・ 入院当初は、環境変化や薬物による転倒の危険性が高いため、十分に観察する
- ・ 危険度の高い患者を共通認識し、誰でもわかるような工夫をする
- ・ 個々の排泄パターンを把握し、排泄誘導を行い、ベッドに入るまで付添う
- ・ 車椅子から落ちない工夫をし、補助具を活用する
- ・ 後から声をかけない
- ・ 個々にあった履物や衣服を着用する

イ) 環境の整備と調整

- ・ 注意、マークなどでの他のメンバーへの関心を引く工夫をする
- ・ 転倒予防などの危険性に応じて看護師が観察しやすい病室に転室する
- ・ ベッド周辺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
- ・ 洗面所やトイレの水滴、清掃直後の床のすべり具合の確認、配膳後の床、異所性排尿後の床掃除を確認する
- ・ 必要時オーバーテーブルや点滴スタンドは可動性の無いものを使用する
- ・ ベッド柵やエクスマットを利用する
- ・ 照明の工夫をする
- ・ 床に障害となるものを置かない

厚生労働科学研究研究費補助金

医療技術評価研究事業

医療安全に資する標準化に関する研究

「分担研究報告書」

分担研究員 小西敏郎

平成 15 (2003) 年 3 月

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）

医療安全に資する標準化に関する研究

分担研究報告書

分担研究： 多職種間のリスク管理システムの標準化

分担研究者 小西敏郎

NTT東日本関東病院副院長

【研究要旨】本研究では、「業務システム標準化」のうち、多職種間のリスク管理システムに関わる「多職種間業務の標準化ツール」について、分析を行った。

【結果】7件の資料がデータとして収集された。資料の分析については、標準化ツール作成の発端は、リスク分析4件、研究的取り組み1件、その他の状況1件であった。作成組織は、リスク管理担当者会議ワーキンググループ7件、電子カルテシステム委員会が1件であった。作成方法は、事例（インシデント）分析およびその応用7件、プロセスアナリシス4件であった。標準化ツールの種別は、評価表・チェックリスト4件、運用マニュアル3件であった。採用決定機関は部長会議6件、リスク管理担当者会議1件であった。院内周知方法は、ほとんどの例で、部長会議、婦長会議、院内週報、電子カルテ掲示板、リスク管理担当者会議、部署リスクマネージャーであった。全例について、チェック機構は、リスク管理担当者会議・部長会議・婦長会議、修正機関・修正期間は、リスク管理担当者会議・1年間であった。評価については、リスク管理担当者会議が職員からのフィードバックを受けているが、公式の評価は未実施であった。

【考察】多職種間業務の標準化ツールは作成手順が複雑であり、完成に長い期間を要するので、時間的な余裕が持てる発端で標準化ツール作成に着手することが望ましい。作成組織については、包括的な権限を有する中央機関が作成組織になることが望ましい。作成方法については、「有効な標準化ツールを作成するためのポイント」が発表されることが望ましい。種別については、患者様用パンフレットなどの説明資料が作成されれば、リスク管理としてより有効に機能すると考えられる。採用決定機関は、病院全体の運営を討議、決定する機関が適切である。院内周知方法、チェック機構については、さらに検討を要する。修正機関・期間については、標準化ツールの見直しを行う機関や時期をあらかじめ定めておくべきである。評価については、今後、簡便で妥当な評価方法を確立する必要がある。

【今後の課題】多職種間のリスク管理システムを改善するには、「ツールからシステムへ」という発展が必要であり、「院内周知を阻害している要因」「標準化ツールの評価方法」「多重課題・平行課題の管理」について、研究、検討する必要がある。