

とつても医療者にとつてもあまり好ましい状況とは言えないだろう。米国では政府の医療研究品質局や安全薬品処方研究所などのグループが多数の出版物を出し、どうすれば医療消費者が医療ミスが減らし、望まぬ結果を防止することができるのかを説いている。また National Patient Safety Foundation (NPSF) では、消費者を患者安全運動の積極的な参加者とするため、彼らの知識武装を助ける教材を開発し、配布している。例えば、「院内感染を防ぐには～患者のあなたに何ができるか」、「病院から家までの安全管理」などと題した患者とその家族向けに安全に関する出版物が作成されている。またNPOグループである PULSE America²⁾は、患者や社会を教育し、安全な医療システムを広く社会に主張することで医療ミスの発生率を抑えようと活動している²¹⁾。わが国でも、医療安全に関することに加え、症状の伝え方、医療者との付き合い方、受診の仕方、医療機関の選び方なども含めた国民への医療教育を検討しなくてはならない。

E. 結論

本研究から、医療事故につながるインシデントの発見者及び、報告者として患者の役割の可能性を示唆することができた。今後は発見者としての役割をより有効に果たしてもらうために、患者に事前に情報提供すべき内容、また非安全と感じたことをどうすれば医療者に遠慮することなく伝えることができるのかの手法の開発、もし病態ごとに異なった配慮が必要であればその内容など、患者心理に配慮した研究が求められる。また輸液ポンプに関する患者の不安が大きかったことから患者向けの情報提

²⁾ Persons United Limiting Substandards and Errors in Health Care の略

供プログラムの開発は早急になされるべきである。また医療安全への患者参加を促進する上で、受診前から国民への情報提供や教育についても検討課題であると思われる。

F. 健康危険情報
特になし

G. 研究発表
なし

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)
なし

3. 翻訳書
編著 パトリス L スパス、監訳 長谷川友紀、
翻訳 平原憲道、和田ちひろ: 患者と減らそう
医療ミス、患者は安全パートナー、225p、エル
ゼビア・ジャパン、東京、2005 (文献 17 の日
本語訳)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
特になし

文献

- 1) 人は誰でも間違える、米国医療の質委員会 医学研究所、232-233、日本評論社、2003
- 2) 文献 1(212-213 ページ)
- 3) 文献 1(233 ページ)
- 4) <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>
- 5) <http://www.ahrq.gov/consumer/20tipkid.htm>
- 6)

<http://www.jcaho.org/general+public/gp+speak+up/>

7) 鮎澤純子、公立病院と患者が参加する事故防・安全管理、NIRA 研究報告書、44、2004

8) 医療安全推進総合対策、厚生労働省医療安全対策検討会議報告書、じほう、11、2002

9) 安全な医療を提供するための 10 の要点、厚生労働省医政局医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会、2004 年版。

10) 厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/torikumi/naiyou/daijin/appeal.html>)

11) 「かくにんくん」という小型バーコードリーダーでの照合機能を用いることにより、患者自身が点滴、投与薬などの間違いを確認することができる。

(<http://www.safetynet.jp/safety/kakuninkun/>)

12) 桜井雅彦、患者参画による取り違え防止システム—「かくにんくん」の活用、医療安全、1(2)、24-25、2004

13) 落合滋之、“患者参加型”医療安全のす

すめ、医療安全、1(1)、37-39、2004

14) 和田ちひろ、患者の視点からの医療安全に関する研究、平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)、医療安全の評価指標の開発と情報利用に関する研究総括・分担報告書、53-81、2004

15) 文献 14(74 ページ)

16) 久保鈴子、患者・国民向け医薬品情報提供～患者向け説明文書を中心に～、日本製薬工業協会政策セミナー(2005 年 3 月 10 日)での配布資料(2 ページ)より引用

17) Patrice L. Spath、Partnering with patients to reduce medical errors、AHA press、25-34、2004

18) 文献 17(42-43 ページ)

19) DiGiovanni CW、Kang L、and Manual J、Patient Compliance in Avoiding Wrong Site Surgery、The Journal of Bone and Joint Surgery、85、2003

20) 文献 17(88 ページ)

21) <http://www.pulseamerica.org/>

患者参加を促進するための情報提供について

長谷川友紀

(東邦大学医学部公衆衛生学講座助教授)

研究要旨

米国、豪、英国等では医療安全確保のための患者参加を実効性あるものとするために、患者が行うべき事柄について簡明にまとめ、リーフレット、インターネット等を用いて公開している。今後、日本でも患者参加の手法を検討する場合に、患者に提供すべき情報について、その内容、方法を、状況・病態に応じて明らかにする必要がある。本研究では、そのような事例があるかについて文献調査を実施し、内容について概観した。

A. 研究目的

米国、豪、英国等では医療安全確保のための患者参加を実効性あるものとするために、患者が行うべき事柄について簡明にまとめ、リーフレット、インターネット等を用いて公開している。今後、日本でも患者参加の手法を検討する場合に、患者に提供すべき情報について、その内容、方法を、状況・病態に応じて明らかにする必要がある。本研究では、そのような事例があるかについて文献調査を実施し、内容について概観した。

B. 研究方法

インターネットを用いた文献検索を行った。

C. 結果

英語での文献調査では、patient safety tip、patient safety brochure は、行政、学会、官庁団体など種々の組織から公表されており、すでに確立した概念となっていることが伺われた。

以下では、和田分担研究でも紹介した PULSE による「患者安全のヒント」を示す¹⁾。このほかにも代表的なものを示す。

1. Patient Safety Tips (患者安全のヒント)

もし、患者安全に少しでも関わったことがあるならば、医療事故、薬剤事故、感染を避けるために患者や家族が従うべきヒントが何百もあることをご存知でしょうか。でもこれらのうち果たして何が重要でしょうか？PULSE では医療スタッフに尋ねて、患者や家族が知り、また守るべき最も重要なものを明らかにしました。これが PULSE Patient Safety Tips (Pulse の患者安全のヒント)です。

・手洗い、手の衛生管理は感染を防ぎ、患者安全で重要です。あなたに触れる医療スタッフには手を洗ったかどうか確認しましょう。

・治療計画を理解し、どのような結果が期待されるかを、もし複数の状況が考えられるならば、それぞれについて確認しましょう。

・医療スタッフに繰り返して聞いたり、説明を求めることをためらう必要はありません。

・あなたを治療している医師の全員が、あなたが服用している薬(処方された薬、市販の薬、ビタミンや薬草などのサプリメントを含めて)を知っていることを確認しましょう。

・薬局を出る前に、薬袋を開けて自分の名前、薬の名前を確認しましょう。薬の注意書きを確認するとともに、自分の飲んで他の薬と相

相互作用がないかを質問しましょう。

・ 病院や診療所に行く前に、医師への質問をメモに書いておきましょう。

・ 病院や診療所に行くときには、友人や家族に「擁護者」になってもらうように頼みましょう。擁護者は、医療スタッフと話すときに、あなたの目や耳となってくれます。また質問の答えを得ることを助けてくれたり、頼りになってくれます。

・ もし検査を受けた場合には「便りのないことはよい頼り」と判断してはいけません。医師に結果について尋ねましょう。

・ あなたの治療に関わるすべての医療スタッフが、書面や、必要な場合には口頭で、あなたの重要な健康情報を得ていることを確認しましょう。

・ 治療中、あるいは治療後に容態が悪くなっていると感じたら、すぐに医師に連絡を取りましょう。何時、誰が応じたかをノートに記録してください。医師、看護師、薬剤師から折り返し連絡がなければなりません。

2. その他の組織による患者安全のヒント

(1) AHRQ (www.ahrq.gov)

・ Five Steps to Safer Health Care (より安全な医療のための5つのステップ)

・ 20 Tips to Help Prevent Medical Errors (医療事故を防ぐための20のヒント)

・ 20 Tips to Help Prevent Medical Errors in Children (小児の医療事故を防ぐための20のヒント)

・ Improving Health Care Quality: A Guide for Patients and Families (医療の質の向上:患者と家族のためのガイド)

・ Quick Tips: When Getting Medical Tests (検査を受ける場合の早分かりヒント)

・ Quick Tips: When Talking with Your Doctor (医師と話す場合の早分かりヒント)

・ Your Guide to Choosing Quality Health Care: Summary (良質な医療を受けるためのガイド、要約)

・ Ways You Can Help Your Family Prevent Medical Errors! (あなたの家族が医療事故を避けるための方法)

(2) National Patient Safety Foundation (www.npsf.org)

・ Preventing Infections in the Hospital: What you as a patient can do (院内感染を防ぐために:患者としてあなたにできること)

・ What You Can Do To Make Health Care Safer (医療をより安全にするためにあなたにできること)

・ Safety As You Go From Hospital To Home (病院から自宅に安全に帰るために)

・ Pharmacy Safety and Service - What You Should Expect (薬剤サービスと安全のために確認すべきこと)

・ Role of the Patient Advocate (患者擁護者の役割)

D. 結果 と E. 結論

厚生労働省は、2001年5月に医療安全対策検討会議を設置し、2002年4月には「医療安全推進総合対策」が取りまとめられた。医療安全を推進するために、人、物、組織等の各要素、およびこれらを運用するシステムに着目し、患者安全を最優先に考える「安全文化」の醸成が重要であること、特に「誤り」に対して責任追及ではなく、原因の究明と再発防止を重視すべきである、とされた。これは医療者側の視点から「医療事故」という事象に立ち向かってきたものであり、医療の中心的存在であるはずの「患者」の参加の視点は必ずしも十分で

はなかった。厚生労働省がまとめた、「安全な医療を提供するための10の要点」でも、患者参加の重要性が指摘されているものの、この要点がそもそも医療従事者を対象に作成されており、内容についても、「患者との対話」、「医療内容についての説明」、「質問しやすい雰囲気作り」が挙げられるのみであり、患者が、何を期待し、どのように振舞うべきか、またその際に受けることができる支援等についての具体的に記載はされていない²⁾。現在、厚生労働省では、前述の対策の強化と新たな課題への対応として、医療安全対策ワーキンググループで検討を進めており、医療安全に重要な3つの柱のひとつとして、「患者への情報提供・共有と患者参加の促進」(今後の医療安全対策について報告書、平成17年5月)が挙げられている。

本研究は、予備的調査の域を出ないが、すでに諸外国では患者参加の仕組み作り、教育ツールの開発について相当の知見を有していることが示唆された。状況・病態ごとの内容、支

援策、効果等について、文献レビュー、事例調査をさらに進める必要がある。

医療安全確保において患者参加の促進を実効性のあるものとするためには、日本において利用可能な形で、(1)診療の現場で患者、家族がどのような振る舞いを期待されているか、またすべきであるかについて具体的に明らかにすること、(2)前記を促進するための医療機関内外の仕組み作り、(3)前記の効果の検証、(4)将来的に教育などを通じて一般の人が知っておくべき、医療サービスを受けるにあたっての基本的事項、が明らかにされる必要がある。

参考

- 1) <http://www.pulseamerica.org/Education.htm>
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/human/dl/panf2.p>

患者の視点からの医療安全管理に関する研究

長谷川幸子

(日本医科大学附属病院医療安全管理部副部長)

研究要旨

日本医科大学附属病院の医療安全に関する問題を明らかにしシステム改善のために患者・家族から「入院した患者がミスかなど不安に感じる事象について」を自由記載によりアンケート調査を行った。配布は1160枚、回収数713枚うち事例記載は70件9.8%であった。事例の内容を、インシデント・医療事故・苦情・対象外事象に区分し事象数で記述統計分析を行った。結果事象の62.5%がインシデントを含む医療事故（非安全事象）に関するもので、そのうち医療安全管理部に報告されている事象は15.6%で報告システムに報告されている以上にインシデント・医療事故が起きていることが分かった。

種類別で報告がなされない上位は、医療事故では合併症（検査・麻酔・病気）薬剤副作用、インシデントでは病気の説明、インフォームドコンセントの不備、輸液・輸血管理、医療者の点滴・注射・採血技術の未熟などがあり、それぞれに対し改善を行った。これらから、患者・家族が医療に参加しミス・不安の意見を述べることは、医療の質改善に繋がることが示唆された。

A. 研究目的

日本医科大学附属病院は「病院の安全は病院の医療の質を表す」として、平成15年1月医療安全管理部を設置した。医療は患者と医療従事者との信頼関係に基づき成立しているもので、医療の質を向上させるため、医療従事者が、社会の人々によって教育されているという事実を常に認識することと、患者・医療従事者の信頼関係をお互いが育む努力そして患者・家族も医療チームのメンバーとして、医療に参加することが重要である。そのため医療安全管理部は患者・家族が医療参加を図るために（1）インフォームドコンセント（I・C）の推進（カイドラインの策定とI・C用紙の整備）、（2）患者満足度調査と改善（第三者機関での調査・分析・その結果をうけ、病院として改善策立案・実施）、（3）苦情対応システムの整備（事例収集・分析・対

応・患者・医療者へのフィードバック）、（4）患者・家族に医療参加の呼びかけのシート（図1）を入院時配布するなどを行ってきた。今回「患者の視点からの医療安全に関する研究」に参加して、当院の医療の安全に関する問題を明らかにし、システム改善をするため調査を行った。

B. 方法

1. 調査の方法

（1）調査予定病棟25病棟に調査票を各50枚配布した。

（2）和田小研究で用いた調査票の3.『「今回の入院で病院の安全に疑問を感じたことや、治療を受けた際にミスかなど不安を感じたことがあった」と回答した方にお聞きします。具体的にどのようなこと

が起きたのか詳しくお書きください。』の欄に記載した内容を調査した。

(3) 記載の内容に基づいて、1) インシデント、2) 医療事故、3) 苦情、4) 対象外記載に区分した。用語の定義は以下の通りである。

インシデント：日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に障害を及ぼすに至らなかったもの。

医療事故(アクシデント)：医療を受ける過程において医療行為により健康障害が生じたもの

苦情：入院生活の期待の落差や期待に反する結果が生じたもの

対象外記載：今回の調査に関係のない内容

(4) 記載内容の信憑性等の判断については、リスクマネジメントの観点から、患者・家族の事象の解釈内容を重視した。

(5) 記載内容に、苦情やインシデント等、区分の違う内容が含まれている場合、それぞれを1事象とし総事象数を算出した。

(6) それぞれの事象が医療安全管理部に報告されているかを追跡調査した。

(7) 区分したインシデント・医療事故・苦情の事象を、ミスや問題の項目でさらに区分した。その際ミス・問題の種類それぞれを1項目としミス・問題の総数を算出した。

(8) ミス・問題が医療安全管理部に報告されているかを追跡調査した。

(9) 以上を記述統計し分析を行った。

(10) 以上の結果より、改善策を立案し実施した。

2. 期間

平成16年11月～平成17年2月末日まで

3. 倫理的配慮

調査に使用するための調査票には、研究の目的・方法を記載し、回答は、無記名であり個人が特定できないことを記載した。研究への参加は、個人の自由意思をもって成立し、今後の診療などに影響がないことを十分に説明し調査票を渡した。また、調査票の回収は、郵送法で行い回答者が特定できないように配慮した。

C. 結果

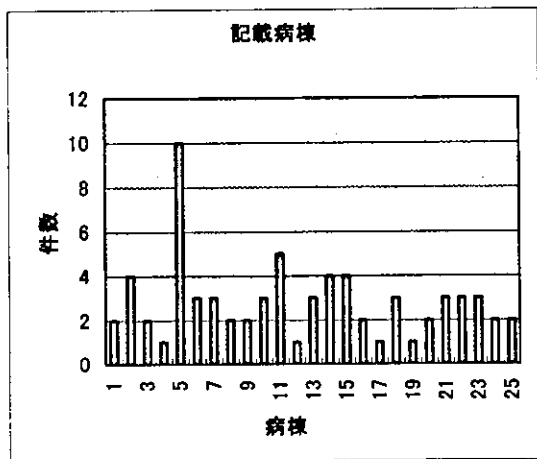
1. 配布数 1160 回収数 713

2. 調査票3に記載された調査票の枚数と記載率

記載70枚、記載率9.8%であり、事象数では81事象が得られた。

3. 病棟別の事例数

配布病棟25病棟の全病棟から事例記載を得た。



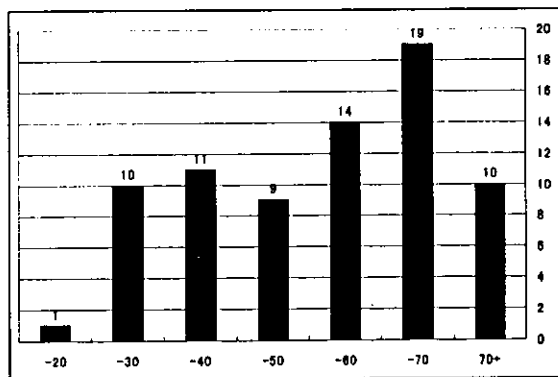
81 事象を内容に応じて区分した結果は以下の通りである。

- 1) インシデント 37 事象 45.7%
- 2) 医療事故 14 事象 17.3%
- 3) 苦情 23 事象 28.4%
- 4) 対象外記載 7 事象 8.6%

これらのうち医療安全管理部に報告されていたものは以下の通りである。

4. 回答者の属性

(1) 年齢



回答者の年齢分布は上図の通りであり、平均年齢 52.4 歳、中央値 56.0 歳であった。

(2) 性別

性別は、男 36 人、女 34 人であった。

(3) 記載者

記載者は、患者 61 人、家族 9 人であった。

5. 事象の内容

(1) 内容別区分

- 1) インシデント 3/37 8.1%
- 2) 医療事故 5/14 35.7%
- 3) 苦情 0/23 0.0%

6. インシデント 37 事象の検討

インシデントの内容別の件数と、うち医療安全管理部に報告された件数を示す。

	件数	報告件数
医師の病気説明やI・Cの不備	8	0
点滴・輸血管理ミス	7	0
医師の点滴挿入・注射技術未熟	7	0
医師の処置対応不備	3	0
誤薬	3	3
患者誤認	2	0
チームコミュニケーション不備	2	0
看護師の採血技術未熟	2	0
簡易血糖測定時採血消毒ミス	1	0
モニター監視に関するミス	1	0
医師の IVH 挿入技術未熟	1	0

9. 医療事故 14 事象の検討

医療事故の内容別の件数と、うち医療安全管理部に報告された件数を示す。

	件数	報告件数
検査の合併症	3	1
薬の副作用	2	0
麻酔の合併症(咽頭痛)	1	0
手術の合併症	1	1
病気の合併症	1	0
誤薬	1	1
アルコール過敏症	1	0
採血後の内出血	1	0
24 時間以内の再手術	1	1
個人情報管理不備	1	1
点滴終了後観察不備	1	0

10. 苦情の種類と件数

苦情 23 事象の内容は以下の通りである。このうち医療安全管理部へ報告されたものはなかった。

内容	件数
病棟の構造・設備	3
他患者に関すること(咳・マナーなど)	3
患者を不安にさせる医療従事者の態度(注射を打つときの手の振るえ、点滴時の「あっ」という医師・看護師の言葉、看護師より処置を教えられているぐらぐらするヒール姿の女性医師)	3
医療従事者の院内マナー(廊下をはしりぶつかりそうになる)	2
エラー後本人からの謝罪がない	1
看護管理者としての接遇態度	1

医師の社会人としてのマナー(約束を守らない・時間にルーズ)	1
守衛の接遇態度	1
他患者とケアに差別があるのではない	1
少し待たせる	1
夜間点滴中不安感がでる	1
採血を何度もしていると、血管がにげる	1
脳梗塞なのに発熱時頭部を冷やした(ミスではないのにミスと思っている)	1

11. 対象外記載

以下は記載内容から対象外記載に区分された。

- ・トイレに行きたい
- ・感謝の気持ち
- ・他病院に対する批判
- ・医療システム(入院期間が決められ病院から出される、当院ではないが、と記載されていた)

D. 考察

抽出された問題

1. 調査票の記載は神経科病棟を除き、集中治療室・高度救命救急治療室含む全病棟から出されており、記載件数が多い病棟は 10 件、少ない病棟は 1 件であった。病棟の記載件数の違いは、調査法が入院患者でランダム調査であること、調査に協力を承諾した患者の自由意志である為分析が出来なかった。

2. 回答者は、年齢からは 40 歳代から 70 歳が多くを占めた。性別では男性 52%、女性 48%と男性にやや多かった。

3. 記載者は 87%が患者で、実体験に基づい

て事象を記載したものが多かった。

4. 記載内容をインシデント、医療事故、苦情、対象外に区分したところ、インシデント 45.2%、医療事故 17.3%、苦情 28.4%、対象外記載が 8.6%で、インシデントを含む非安全事象に関するものが 62.5%を占めていた。

5. インシデント 37 事象、医療事故 14 事象、苦情 23 事象の情報が医療安全管理部に報告されているか追跡調査した結果、インシデント 8.1%、医療事故 35.7%とインシデントより医療事故がより多く報告されていた。インシデント・医療事故合計では、医療安全管理部に 15.6%しか報告されていなかった。医療スタッフによる院内報告システムの限界を示すとともに、患者・家族が重要な情報提供者となりうることを示すものである。

6. 苦情は毎月 20 件から 25 件が医療安全管理部に報告されるが、今回調査で得られた事象について報告例はなかった。これは今回の調査が、患者・家族にとっては、病院に対して苦情を呈することに近いため、同じものが報告されなかったとも考えられるが、詳細についてはさらに検討する必要があると思われる。

7. インシデントの種類は、医師の治療の説明や I・C の不備、点滴・輸血管理ミス、医師の点滴挿入・注射技術の未熟、誤薬、医師の処置対応不備、誤認（受付でのカルテの書き間違い・呼ばれた名前が隣の患者）、採血技術の未熟、チームコミュニケーションの不備、血糖測定時の消毒ミス、モニター監視の電極はずれ、IVH 挿入未熟等であった。そのうち医療安全管理部に報告されていた事象は誤薬のみでその他は無かった。特にインシデントとして一番多い「医師の病気、治療の説明、

I・C の不備」については非常に重大なことで、患者・医師間の信頼に基づく医療の根幹を揺るがしかねない。医療専門職者は患者・医師の間の診療関係において、通常 4 つの説明義務について常に考えておかなければならない。1 つ目は、手術や検査などの治療医行為の際、患者の承諾を得るための説明義務を果たせたか。2 つ目は、療養方法の指導のための説明義務を果たせたか。3 つ目は、専門診療科やより高度な医療機関への転医に関する指示・勧告としての説明義務を果たせたか。4 つ目は、治療行為後の説明義務は果たせたかである。今回の記載事例の内容では、4 つのどの説明義務が不備なのかは、結論付けられなかったが、この説明や I・C に不備があるという事実を把握したことにおいて意味があった。今後、どの段階に不備が生じやすいかについて更に研究を進める必要がある。また医師は医療専門職者として相手の理解に応じたコミュニケーションの実施が必要であるが、その能力の開発のためのプログラムの検討を示唆するものであった。

これらを踏まえ、医療安全管理部としては、I・C の取得忘れ、不十分な説明もしくは患者の理解不足に対し、影響と有効性に関するエビデンスが最も強いといわれる「患者に、I・C の過程で何を言われたかを思い出して繰り返し述べてもらう」について、当面院内で制度化を促す予定である。

8. 点滴管理に関する内容は、点滴漏れや、点滴ライン内の血液逆流に関するものであった。これは医療現場において日常的によく見られるインシデントであるが、患者にとって、非常に不安でこの様な事象が起こると、医療者がミスを起こっていると解釈していることが分かった。点滴ラインへの血液逆流があり閉塞された場合、点滴の再挿入となり、患者が再度「痛み」を伴う行為を受けなければな

らないという事実があり、医療専門職に対して「漏れないように行ってくれば」とか「ちゃんと観察してくれば」という心情が生まれるのは当然である。医療従事者は、点滴漏れを防ぐためには患者と医療従事者との協同が必要であるとの情報を提供する必要がある。また医師・看護師のなかには、点滴ラインの閉塞の際、ヘパリン生食でフラッシュを試みる可能性も考えられる。この行為は、点滴ライン内に血餅が生じていた場合には非常に危険であるため、患者に分かる「点滴管理」のパンフレットを開発し、出来るだけ患者に余分な痛みや不安を与えない状況を整えていく必要がある。

9. 輸血管理に関しては、看護師のMAP輸血速度の知識に関して問題があり、そこから発生している事象と考えられた。輸血療法も日常的に行われる医療行為であるため、看護師が輸血療法に対する正しい知識がないと、重大な医療事故に繋がる可能性がある。今回の事象だけの問題であるのか否かを看護部の連携を図り早急に調査する必要がある。また当院の輸血療法のガイドラインやマニュアルが、このような事象を引き起こす内容になっていないか調査した。その結果、1単位のMAP輸血速度については、分かり難い記載内容であったため、マニュアルの再検討が必要であることが判明した。

10. 医師の点滴挿入未熟や看護師の採血技術の未熟なことに関しては、当院が教育病院であり、点滴技術や注射の未熟な医療従事者がいる事実がある。昨年度から研修医の点滴・採血技術の教育を、各科に配属する前の中央オリエンテーション時、医師・看護師がマンツーマンでデモンストレーションの指導を行ってきた。昨年の指導で分かったことは、一般に研修医は、点滴ラインの準備の仕方、

点滴ラインの清潔な取り扱い技術などについて知識を有していないことである。また、新人看護師の2/3しか採血技術が基礎教育で行なわれていなかった。平成17年度は、看護カリキュラムの改善により看護師の採血技術が基礎教育で行なわれてくる可能性が高いと考えられるが、研修医の場合は、病院に就職してから点滴や注射の技術教育が始まる。日本医科大学病院として、外来・入院玄関・病院パンフレットにそのことについて情報公開しているが、外来採血場所や病棟などにも掲示などを用いて患者の理解を得る必要がある。

また研修医の点滴技術を向上させる為の教育ツールの検討を行うこと、医療従事者の技術は患者がいたからこそ向上できたのだという事実を常に医療従事者に認識させることが、併せて重要視しなければならない。医師の中には、その事実を忘れ、点滴挿入困難なとき、患者に「この血管、点滴なかなか入らないので」と言い、患者が傷ついたという事例もある。確かに、中には点滴挿入困難な患者もいるが、それは今まで治療を受けてきた結果であることを踏まえ、医療従事者は、なかなか挿入することが出来なかった場合、患者は「痛み」に耐えていることを思い、真摯に謝罪しながら医療行為を行うべきであろう。

11. 医療事故で報告されていないものは、検査の合併症（重症障害が発生している場合は報告していたが）、薬剤副作用、麻酔合併症（咽頭部の痛み）、病気の合併症（肺炎）、薬剤の副作用、アルコール過敏症、採血後の内出血、24時間以内の再手術、点滴終了後確認忘れであった。とくに合併症については、医療の質を表すものとして、臨床指標の視点から検討が必要である。病院として臨床指標についてどのように考えるかの検討を早急に行なう必要がある。

12. 薬剤の副作用について報告がないことについては、平成16年度特定共同指導において報告数が少ないとの指摘を受けている。また当院では平成16年10月から後発薬品を使用しており、その副作用を調査することも重要な課題である。

薬剤による副作用は、様々あるが副作用によって重篤化する人は年間300人程度いると言われ、障害を持ちながら生活を余儀なくされる人、また最悪の場合死に至ることもあるため、特定機能病院として院内薬剤副作用の実態の把握が必要と考える。

13. アルコール過敏症の患者が抗がん剤の点滴の際、アルコール過敏の反応が出た事象について調査した。抗がん剤の中で、アルコールが使用されているのは、商品名としてタキソール（添付溶解液に13%エタノールで6mlか1.5ml）とタキソール（無水アルコール）の2種類であった。タキソールの溶解液は生理食塩止水では溶解できない事、患者の病気治療にはその薬剤は変えられないものである。アルコールが体内に入った量は、お猪口一杯程度と考えられるため、患者は、医師より何も説明も無かったことなども含めこの事象が起きたと考えられる。また医師・看護師も薬剤にアルコールが使用されているということの知識が行き渡っていない可能性があるため、薬剤部と連携し改善を図る必要がある。

14. 問題のある対応をした職員については、医師・病棟責任者・守衛のそれぞれの部署長と患者からの苦情の内容について話し合うことが大切である。

対策

1. 医師が病気・治療説明やI・Cに不備が

あるという事実から医療安全管理部としては、I・Cの取得忘れ、不十分な説明もしくは患者の理解不足に対し、影響と有効性に関するエビデンスが最も強いといわれる「患者に、I・Cの過程で何を言われたかを思い出して繰り返し述べてもらう」ことの制度化を、平成17年度4月の医療安全管理委員会で決議する予定である。

2. 看護部と連携を図り輸血療法に関するアンケート調査票（図3）を開発し調査を行った。その結果は4月第2週にフィードバックする予定である。

3. 輸血マニュアルの再検討が必要であったため、看護部と連携し図4のように改正し、平成17年度新人職員の配布マニュアル・輸血療法マニュアルに記載した。

4. 教育病院として医師・看護師の教育道具の検討・外来採血室、病棟や病院パンフレットの文面の変更、採血・注射エラー時の謝罪について、4月の医療安全委員会で決議する予定である。

5. 第60回（平成17年3月28日）医療安全管理委員会において臨床指標について検討がなされた。4月の委員会でさらに臨床指標について論議される予定である。

6. 特定機能病院として院内の薬剤副作用の実態の把握が必要と考え、平成17年3月22日、高度救命救急医師、薬剤部、看護部、医療安全管理部を含めた薬剤副作用調査検討会を設立し、薬剤副作用報告システム運用について発表し、現在使用している出来事報告システム（図5）の中に加え、薬剤副作用情報の把握を4月から行なうことにした。

7. 薬剤部と連携し、抗がん剤のタキソールとタキソールが、注射処方された場合図6の説明書を薬剤に添付することを取り決めた。また、オーダリングの基本情報にアルコール過敏症の情報が載せられるか検討中である。

E. 結論

病院の医療の質を改善するためには、患者・家族からの不安・ミスではないかなどの情報は有用である。今回は、患者から寄せられた情報を基にした医療安全対策の推進について事例検討を行った。

参考文献

- 1) 鮎沢純子 山内桂子 塚崎恵子: 患者参加の事故防止 どう考えるか、そしてどう取り組むかー第4回 看護 Vol.57(1): 82-85、2005
- 2) 鮎沢純子 山内桂子 塚崎恵子: 患者参加の事故防止 どう考えるか、そしてどう取り組むかー第5回 看護 Vol.57(2): 86-89、2005
- 3) 鮎沢純子 山内桂子 塚崎恵子: 患者参加の事故防止 どう考えるか、そしてどう取り組むかー最終回 看護 Vol.57(3): 88-89、2005
- 4) 飯塚和之: 解説 治療行為後の説明と患者の権利について、ニューズレター 患者の権利オンブズマン東京 第7、2004年5月20日発行
- 5) 長谷川敏彦: 苦情は黄金ー安全、良質、満足、そして信頼の鍵、病院 9月、2003
- 6) 長谷川敏彦: 医療事故用語の定義、病院 62(7)、2003
- 7) 監訳長谷川敏彦編: より安全な医療を求めてー医療安全に関するエビデンス・レポートーVI、米国医療研究品質局、2003
- 8) 長谷川友紀: 臨床指標ベンチマーキング、J. Natl. Inst. Public Health、51(4):251-256、2002
- 9) 福留はるみ: 医療安全対策の見直しを図るポイント 現状の課題と今後の対策、看護管理 Vol 13 (10): 790-796、2003

患者様・ご家族様へ

当院は患者様・ご家族様とともに、医療の安全を守り、医療の質が向上するよう日々努力する病院です。

その為、患者様ご家族様にも、事故防止対策のご協力をお願い致しております。

例

1. 点滴を実施する際、点滴に間違いがないか、看護師とともに患者様にご確認をして頂いております。
2. 看護師は点滴中、残量の確認のために巡視を行いますが、点滴がなくなりそうになりましたら、お知らせください。
3. 手術を受ける患者様の腕にリスト・バンドをつけていただきますが、そのリスト・バンドのご確認を医師・看護師と一緒にっております。
4. 医師からの病気説明の際、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお尋ねください。
5. 病院の中で、心配なことや、不安なこと、嫌な思いをしたことなどがございましたら、病院職員にお話してください。

また、ご意見箱もごございますのでご利用ください。

日本医科大学付属病院
医療安全管理部

図1 患者への配布資料

点滴治療を受ける患者様へ

私達は、点滴を受ける患者様に最善の注意を払っておりますが、様々な原因

(血管が弱い・同じ部位への頻回の注射・高齢・動いたときや寝返りをしたときなどの針のずれ・関節に近い場所への注射・刺入部以外の血管壁への損傷など)により血管外に薬液が漏れることがあり、痛み・発赤・腫れを生じる危険があります。また、薬の中には潰瘍、壊死を引き起こすものもあり、適切な処置が必要となる場合もあります。

私達は薬液が血管外に漏れることを防ぐため、以下のことを実施しております。

- 1、継続的に、点滴の針が入っている周囲を観察します。
- 2、もし異常が生じたら、以下の手順で対処します。
 - ① すぐに点滴を止めて、医師に連絡をとります。
 - ② 薬の種類や症状により、適切な処置を行います。
(処置方法：冷却・保温・薬液吸引・抗炎症薬の投与など)

また、患者様も以下のことをお願いいたします。

1. 病棟から離れるときは、看護師に声をかけてください。
(薬の種類によっては行動を制限することがあります。)
2. 腕を激しく動かしたり、力を加えたりしないで下さい。
3. 看護師が刺入部を観察するときは、ご協力をお願いいたします。

以下の症状が現れたら、我慢せずに直ぐにお知らせ下さい。

- ① 針が入っている周囲が腫れてきたとき
- ② 針が入っている周囲が痛むとき
- ③ 針が入っている周囲が赤くなってきたとき
- ④ 点滴の落ち方が悪いとき

不明な点などは、お気軽に主治医・看護師にご相談ください。

日本医科大学付属病院

図2 患者への配布資料

輸血取り扱いに関するアンケート

病棟 _____ 外来 _____ 名をお書きください

該当する () に○をつけてください

() スタッフ () リーダー () 主任・係長・師長

1. 以下の内容で該当する () に○をつけてください。

1) 輸血開始時に終了予定時間を患者さまに伝えていますか。

- () いつも伝えている
- () 時々伝えている
- () 伝えていない
- () 医師が伝えるので自分では伝えない

2) 輸血開始時に輸血実施量（パック数）を伝えていますか。

- () いつも伝えている
- () 時々伝えている
- () 伝えていない
- () 医師が伝えるので自分では伝えない

2. 以下の内容にお答えください。

1) MAP200ml 由来を輸血する場合、一般的に何時間で終了するようにしていますか。

2) FFPを融解する時のお湯の温度は、何度で実施していますか。

3) FFPは融解後、一般的に何時間で終了するようにしていますか。

医療安全管理部

図3 輸血についてのアンケート調査票

輸血マニュアルの変更

2. 輸血実施時の手順

輸血実施は係長・主任の指示を受けた看護師が施行する。

1) 準備時のダブルチェック

担当看護師は輸血申込書／輸血指示書・実施書を持ち血液保存庫より血液を取り出す。確認をするもう一人の看護師に輸血申込書／輸血指示書・実施書を渡し血液バックに明記されている患者氏名、血液型、ml由来、血液種類、血液番号、有効年月日、交叉の有無を声を出し、読み上げ、確認者は読み上げられた項目を輸血申込書／輸血指示書・実施書と照合する。

血小板の場合は単位数を確認する。

2) ベッドサイドにおける実施時のダブルチェック

(1) 看護師は、主任看護師またはリーダー看護師と必ず二人で行う。

担当看護師は輸血申込書／輸血指示書・実施書、血液を持って、確認者と共にベッドサイドに行き患者氏名、血液型、血液種類、ml由来、血液番号、有効年月日、交叉適合書を声を出し読み上げ、更に患者と確認する。

★意識のある患者、判断力のある患者においては必ず患者本人に氏名と血液型を確認した後、後に輸血を開始する。

(2) 担当看護師は、輸血開始後は滴下数、不適合輸血、アレルギー症状の観察を行い異常のない事を5分間ベッドサイドで確認する。(重篤なものほど発現時間が早く、特にアナフィラキシーの反応は輸血開始5分までに多く発現する)

★ ショック、アナフィラキシー(様)反応: ショック、チアノーゼ、皮膚潮紅、血管浮腫など(初期症状は全身違和感、皮膚潮紅、腹痛、頻脈等)

★ 副作用(血管痛、不快感、胸痛、腹痛など)が出現した時は直ちに輸血を中止し、医師に報告する。

血液は破棄せず輸血検査室に届ける。

★ 副作用出現時は、「出来事報告書」に記入し医療安全管理部に提出する。

(3) 輸血開始後15分程度経過した時点で再度患者の状態を観察する。

(4) 輸血の交換時にも2)の(1)(2)(3)を繰り返し遂行する。

(5) 輸血終了までのライン管理はライン管理手順に準ずる。

3. 記録

1) 看護記録に血液開始したことを記入する。血液開始後5分、15分の患者の状態を観察し記録する。

2) 輸血申込書／輸血指示書・実施書

ダブルチェック印	準備時間	係	確認者
	施行時間	係	確認者
	終了時間		抜針者

☆ 準備時の係と実施時の係は必ず同一人物であること(係とは担当看護師)

- 3) 輸血用紙申し込み用紙に、準備時、実施時のサインと使用日が記入されているか確認し、終了後カルテに綴じる。

4. 凍結血漿取り扱い時の注意

凍結血漿の特性としてフィブリンが折出しやすい。

- 1) 保存温度： -20°C 以下が望ましい。(温度が高いと活性が失われる。)
- 2) 融解温度： $30\sim 37^{\circ}\text{C}$ で短時間(10分～15分)でビニール袋(輸血用器具との接触部が汚染しないように)に入れた状態で恒温槽等にて融解し3時間以内に輸血する。
 - ※ 室温での長時間の放置や高温(37°C 以上)での急激な融解はフィブリンが折出しやすいので絶対に行ってはならない。・・・水温計を用い温度確認する
 - ※ 融解後、再凍結しての使用はしない。
 - ※ 小児等への輸血で全量を使用しなかった場合、本剤の残りを再度保存して使用しない

5. MAP輸血取り扱い時の注意

- 1) 保保存温度は $2\sim 6^{\circ}\text{C}$ とし、使用時は急速大量輸血などの場合をのぞいては過熱事故を防ぐため加温器は使用しない。
- 2) 保冷庫から取り出してから成人の場合は、通常最初の10～15分間は、1分間に1ml程度で行い、その後は1分間に5mlで行う。つまり1パック1時間前後で終了する。うっ血性心不全など病状によってはゆっくり輸血することがある。しかし4時間以内に輸血を終了することが望ましい。
小児は分割し6時間以内に使用する。
- 3) 輸血方法(輸血セットの使い方)
血液バックの排出口の付け根をもみほぐし、バッグを静かに左右または上下に振って内容を十分に混和する。その後3～5分程度横にして静置する。・・・横にして動かす事によって上澄みマクログリゲート(かたまり)を混和する。

図4 輸血マニュアルの変更点(下線部)

図5 出来事報告票

	○内服薬	○皮内注射	○静脈注射	○点滴	○座薬	○インシュリン	○その他						
	○外用薬	○皮下注射	○筋肉注射	○点眼	○麻薬	○経口糖尿薬	○点滴漏れ						
薬	患者 間違	薬剤 間違	過剰 間違	過小 間違	回数 間違	投与日 間違	投与 時間	与薬 方法	重複 間違	未実 施	実施 忘れ	速度 間違	
	治療 計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	患者へ 説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指示書・処方箋の 記入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指示書・処方箋の 変更	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指示受け・確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	伝 達	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	調 剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	薬剤の 受領	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	薬剤の 保管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	実施 計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	準 備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指差し、声だし 確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ミキシング(輸液時)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	指示書 持参	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	W チェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	実 施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	実施の 確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	配 録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	後 始	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
転倒転落	○転倒 ○転落 危険度 () / 26 □I 0~6 □II 7~17 □III 18点以上												
	年 齢	□60歳以上 □7歳以上		2	認 識 力	□痴呆・アルツハイマー □記憶力・記憶力の低下		□混乱・興奮状態 □不穏行動		4			
	既 往	□転倒転落したことがある		2		□判断力・理解力の低下							
	機能障害	□麻痺 □しびれ		3	薬 剤	□睡眠剤 □抗不安剤 □鎮痛剤		□利尿剤 □緩化剤 □化学療法		3			
	活動領域	□移動時に介助を必要とする □車椅子、歩行器、杖を使用している □ふらつきがある □筋力の低下		4		□頻尿 □排便誘導を必要とする		□トイレ介助を必要とする □失禁がある		3			
	科学的 所見	□CVA □パーキンソン □TIA □めまい □てんかん		2	排 泄	□膀胱留置カテーテル □夜間のトイレ		□尿意が持続している		3			
	感 覚	□視力障害 □失精症がある □聴力障害		1		全身状態	□発熱 □貧血		2				
ドレ ー ン	○胸部ドレ ー ン ○肝胆膵ドレ ー ン ○脳室ドレ ー ン ○その他 () ○上腹部ドレ ー ン ○皮下・筋層下・硬膜外ドレ ー ン ○脳脊髄ドレ ー ン ○下腹部ドレ ー ン ○硬膜下腔ドレ ー ン ○血腔性・膿瘍腔ドレ ー ン										エラ ー 要因		
血管内ルート	○末梢ルート ○Aライン ○大動脈バルーンカテーテル ○その他 () ○CVライン ○スワンガンツカテーテル ○ブラッドアクセスカテーテル										○事故抜去 ○閉塞		
チューブ類	○挿管チューブ ○イレウスチューブ ○留置カテーテル ○気切カニューレ ○その他 () ○S-Bチューブ ○ウロストミー ○ネーザルエアウェイ ○ストマックチューブ										○部位漏れ ○はずれ		
輸血・薬剤 (副作用)	輸 血		患者 間違	血液型 間違	数量 間違	ルート 間違	投与日 間違	投与 時間	投与 方法	実施 忘れ	速度 間違	依頼書の 記載漏れ	
	OMAP OFFP ○血小板 ○自己血 ○その他	血液型の 明示	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		血液型と輸血申込書の 確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		指示受け 確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		輸血部への 提出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		血液の受領時 確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		輸血開始時Wチェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		開始 15 分間 確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		輸血終了時 確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		記 録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		血液の保存・使用方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	輸血用血液の不具合	○凝集塊 ○閉塞 ○その他 ()											
	除去フィルター使用	○無 ○有											
	副作用発生時間	輸血開始後 時間 分											
	副作用	全 身 症 状	○倦怠感 ○不安感 ○頭痛 ○腰痛 ○発熱 反応 ○熱感 ○悪寒戦慄 ○発熱(前℃後℃)										
皮 膚 症 状		○掻痒感 ○蕁麻疹 ○発疹 ○出血斑											
循 環 不 全		○顔面蒼白 ○心悸亢進 ○血圧低下 ○尿量低下 ○ショック ○心不全											
呼 吸 不 全		○呼吸困難 ○喘鳴 ○咳 ○肺水腫											
消 化 器 症 状		○悪心嘔吐 ○腹痛 ○下痢											
溶 血 反 応		○血管痛 ○血尿 ○腹部圧迫感											
そ の 他													

図6 薬剤部と連携して作成したアルコール過敏症のある患者さんへの喚起のシート

これを、薬品とともに病棟に配布する

注意

タキソール注を投与する際は、

- ・ 点滴セット：JMS ニトログリセリン用輸液セット
フィルター付(品番:JY-NF232RL-01)
- ・ 輸液：日局 生理食塩液(大塚ラボトル)または、
5%大塚糖液(大塚ラボトル)
- ・ 留置針：サーフロー留置針(テルモ)
- ・ ニトログリセリン用延長チューブ

を使用してください。

(ポリ塩化ビニル製のものを使用すると可塑剤が溶出し人体に害を及ぼす恐れがあります)

★ タキソールには、アルコール(無水エタノール)が含まれています。お酒など、アルコールに過敏な方への投与はご注意ください。