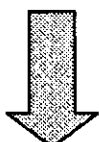


患者誤認対策4. 輸血検査

輸血検査依頼書
の提出



受付
輸血検査

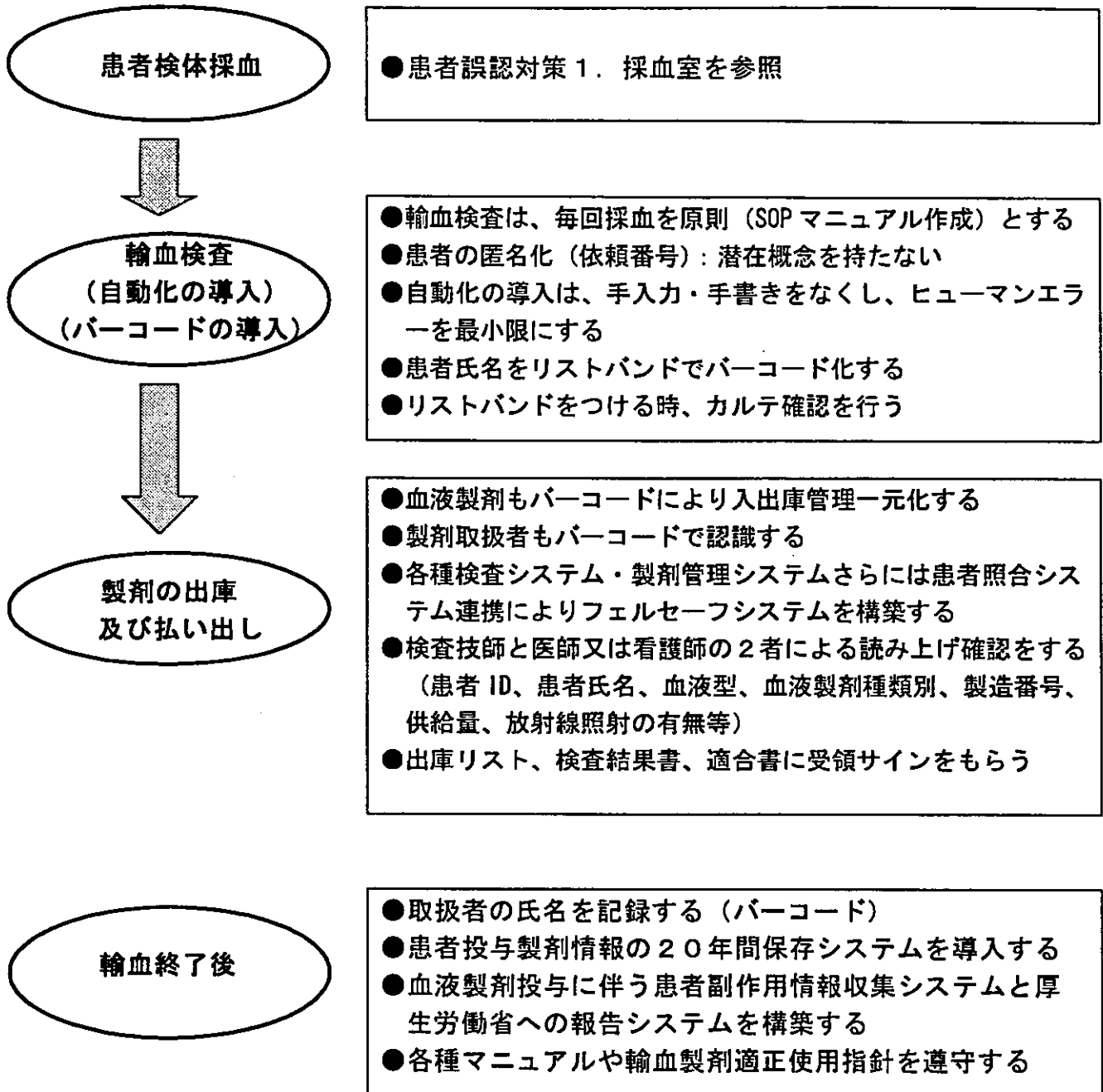
輸血終了

- 患者属性を確認する
- 依頼書の血液型を検査システムで照合する
- 血液製剤の種類・量を確認する

- 依頼書と患者検体の名前・血液型が一致しているか確認する
- 輸血用血液製剤に適合・使用確認書を添付する
(適合書の製剤番号と血液製剤の製剤番号が一致)
- 検査結果書を診療科に返却する

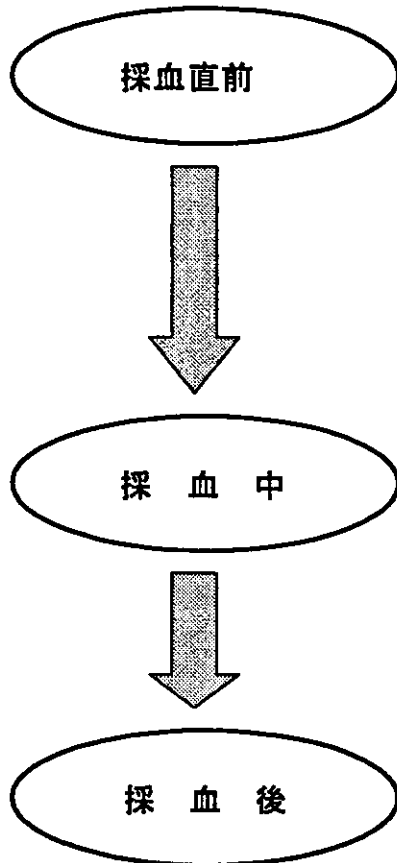
- 受領・確認・実施にサインのある使用確認書が診療科より返却され保存する

輸血検査安全対策



採血トラブル防止対策

※ブルーコールの構築

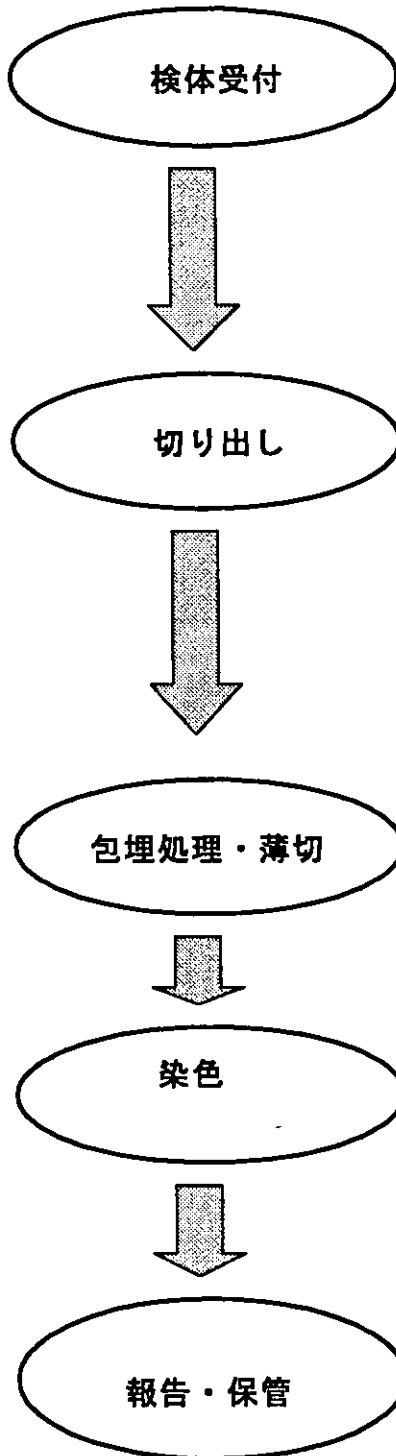


- 患者の急変に備え、連絡方法（医師、看護師）を徹底しておく
- 患者と採血管の名前を確認する
- 採血管数、検査について説明をする
- 採血部位（血管）の観察、血管が確認できない場合は患者からも情報収集をする

- 患者の状態を観察しながら採血する
- 強い痛みや痺れがないか確認する
- 強い痛みや痺れなどの急変があれば採血を直ちに中止する（他の職員と協力してベッドに休ませ担当医担当医に通報する）

- 患者に採血が終わったことを伝え、体の具合を尋ねる
- 止血をし、5分以上押さえておく意味を説明する
- 血液が漏れていないことを確認して席を離れる
（しばらく椅子などに休んで貰い様子を観察することが望ましい）

病理検査安全対策



- 受付時には受付番号の書き間違いを注意し、患者氏名と検体を照合する（バーコードの導入）
- コンピュータの導入により検体台帳を管理する
- 目的に応じた固定液を選び、容器・伸展方法を確認する
- 電顕・凍結・捺印標本など検索目的別処理を実施する

- 病変部位、その他関連部位から正しく欠落の無いように切り出しをする。（病理医が実施）
- 原型が失われるので、再構築できるように基準線を設ける。
- 肉眼所見と組織所見の総合的再構築を可能とする。
- マクロ写真（所見）撮影（デジタル保存も可）を行う
- 臓器の種類・部位と標本枚数を確認する（極小検体処理は特に注意する）
- 写真撮影、切り出しノート、スケッチ等の記録を取る

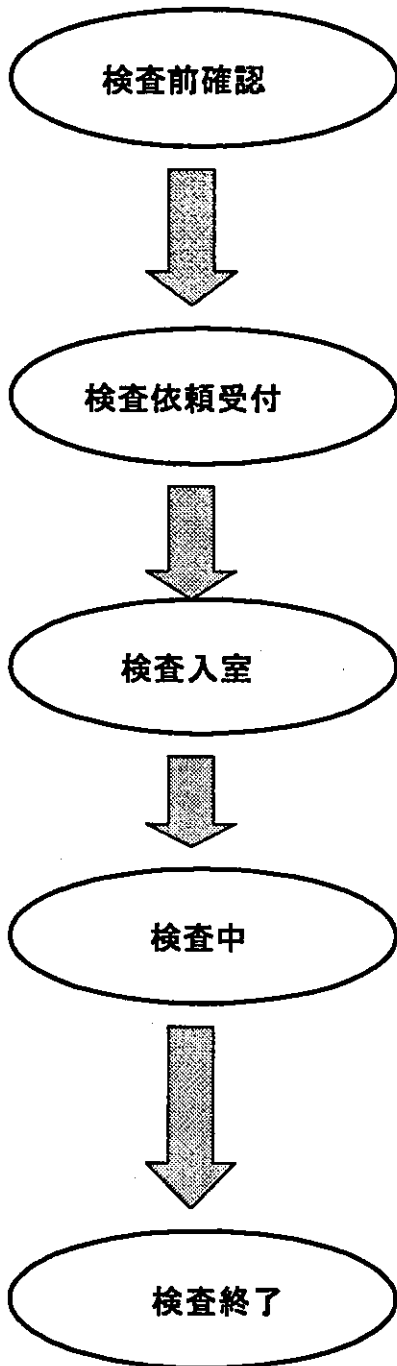
- 自動包埋装置の始業点検・薬液の劣化を確認する
- 標本の乾燥・生検など極小検体の紛失防止を心掛ける
- カセット番号と染色スライドの貼り付け間違いに気をつける

- 染色系列の試薬を管理する
- 脱水・透徹・封入での褪色防止を心掛ける
- 依頼指示と切り出し図・染色標本の一致を確認する

- 病理診断書・マクロ写真・ブロック・染色標本の適切な保管（デジタル保管5年以上）をする
- パラフィン・廃液等は適切な処理を行う
- 毒劇物試薬は保管庫に保管施錠し、鍵は責任者が管理する。出納は使用数量、使用者を記録する

生理機能検査安全対策

※ブルーコールの構築



- 救急カートを常備しておく
- 患者の急変に備え、連絡場所（医師）、連絡方法を
確認する
- 伝表上に正しく記入してもらうなど、施設に即応した
緊急連絡系統手順書を作成する

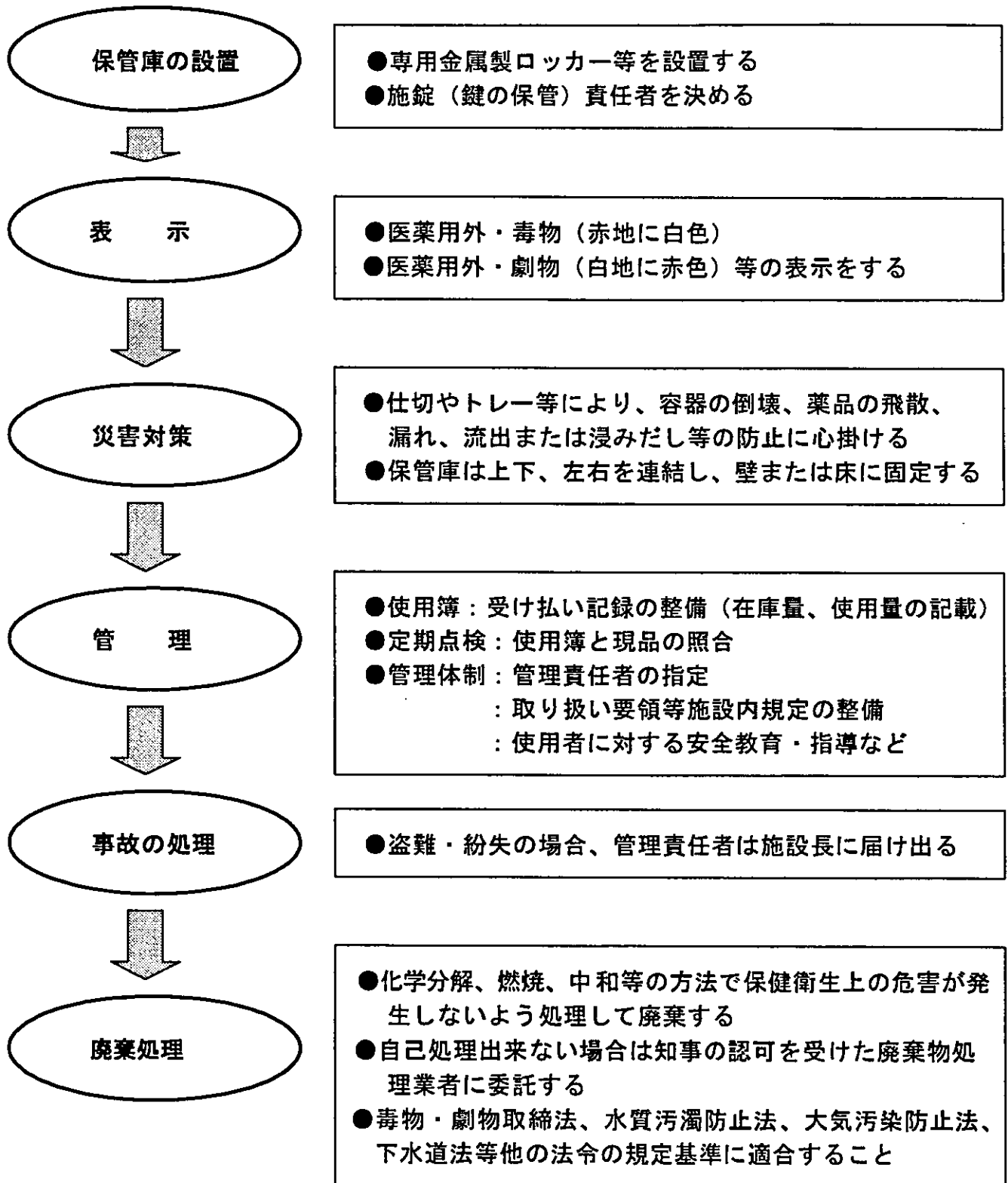
- 待ち合い患者が急変したら手順書に基づき対応する
- 臨床から患者の状態を把握する（術前・心筋梗塞・
感染症の有無・難聴・意識等）

- 名前の確認を行う
- わかりやすく検査内容、検査時間等を説明する

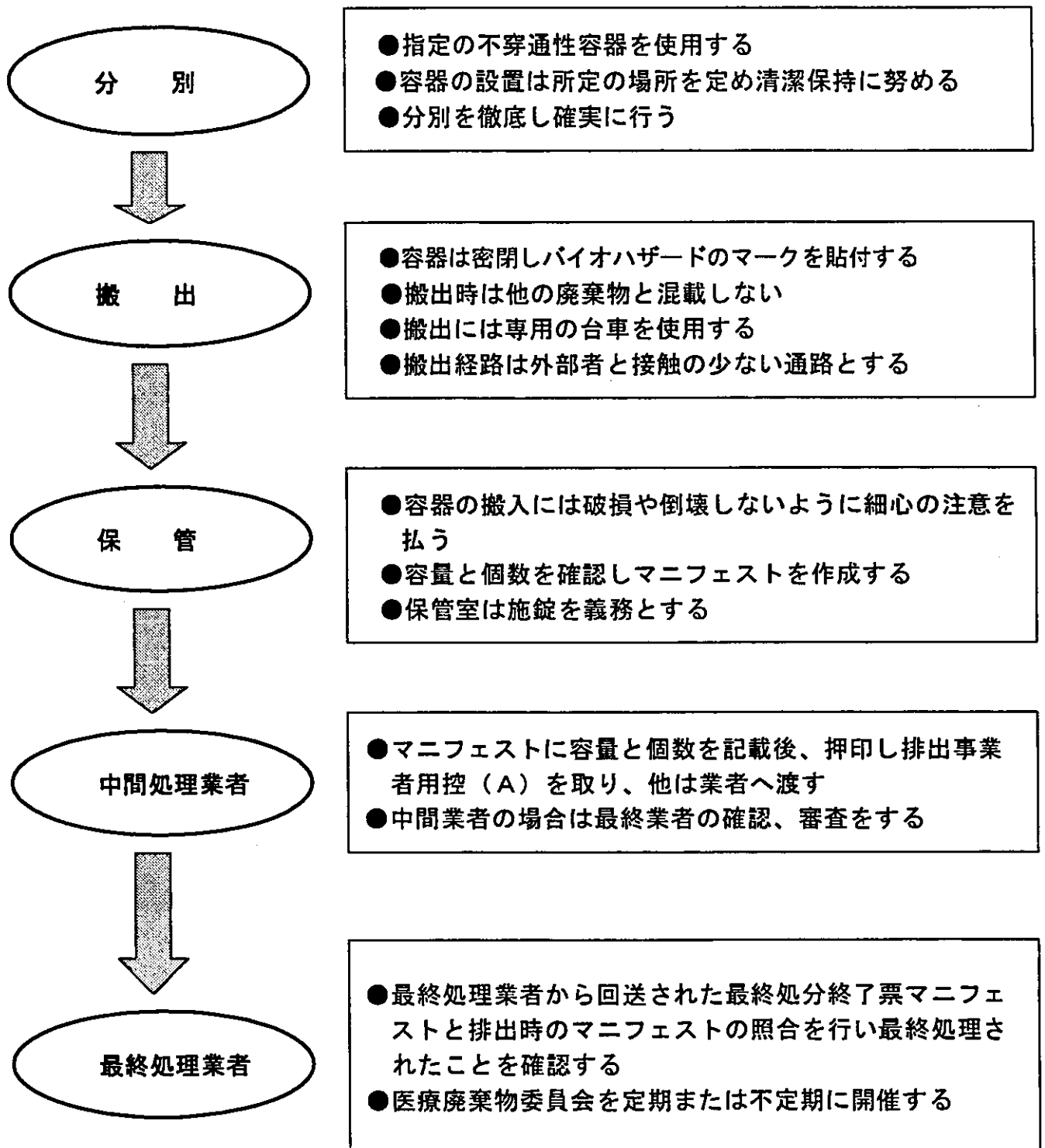
- 患者の緊張感を和らげる、検査中に急変がみられれば
直ちに医師、看護師に通報する
- 負荷をかける時は医師に立会いを求める
- 車椅子若しくは歩行不自由な患者の転倒に注意を払う
- 肺機能検査は必ずフィルター付きのディスポを使用する
- 薬剤などは患者本人のものか確かめる
- 生命維持装置、モニター等を装着している場合、脱落
に注意する

- 患者に検査の終了を伝え、体の具合を尋ねる

毒劇物取扱い安全対策



感染性廃棄物安全対策 1



感染性廃棄物安全対策 2

※事故が起きた時

感染性廃棄物取扱い
中に怪我をした

- 針刺し事故・切創対策マニュアルを参照（17頁）

感染性廃棄物を一般廃棄物
に混入させた

- 混入させた一般ゴミも感染性廃棄物として取扱う
- すべてを感染性廃棄物容器に入れる

感染性廃棄物が流出
あるいは飛散した

- 速やかに立ち入りを制限すると同時に汚染場所の消毒と洗浄を行う
- 技師長、感染対策委員会、医療廃棄物委員会に連絡する

感染性廃棄物を違法
投棄した

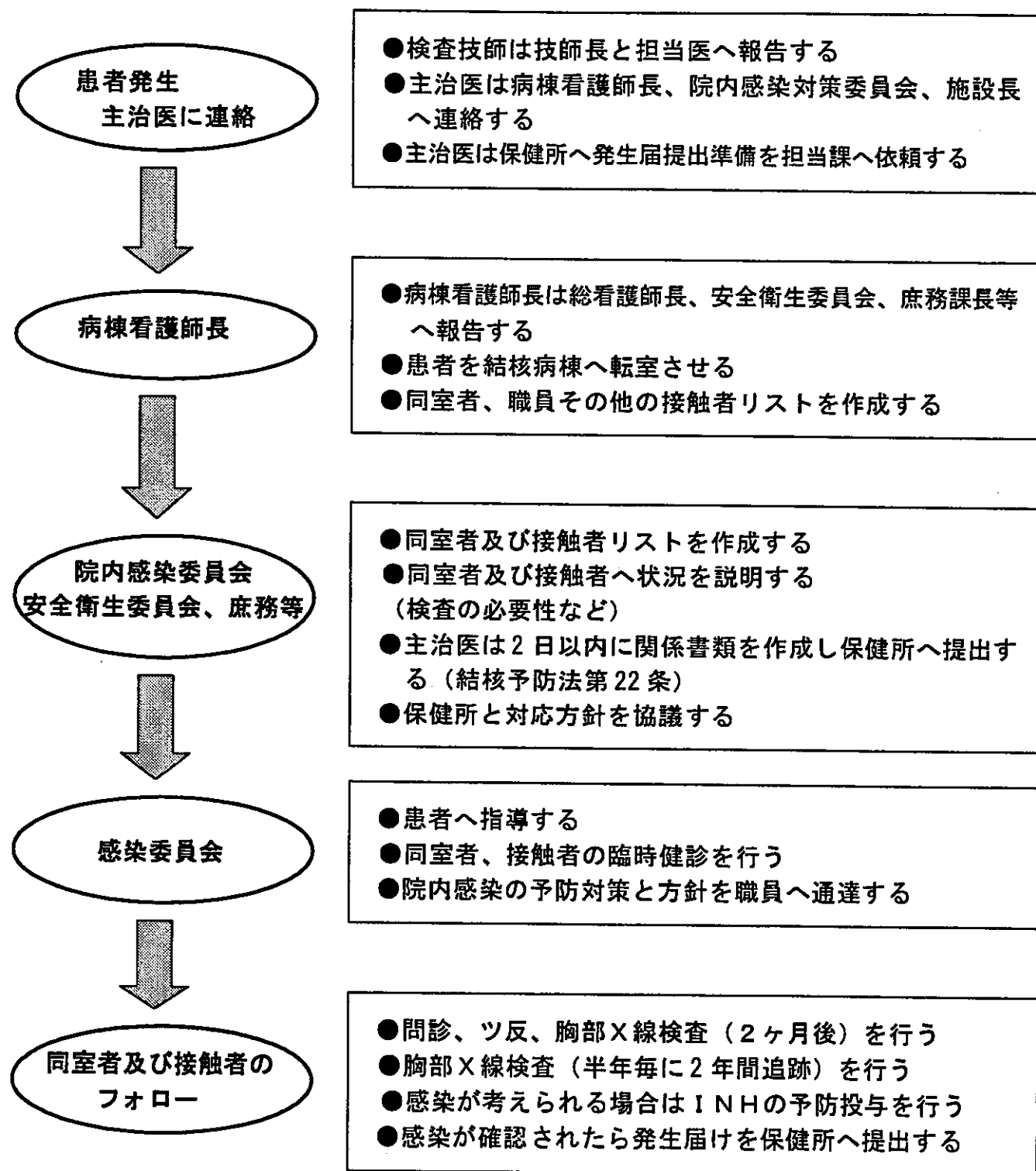
- 現場・物品の確認、状況記録、回収、追跡調査などを行う（自施設からの廃棄物かどうか確認する）
- 上司に連絡し速やかに医療廃棄物委員会を招集する
- 関係機関（保健所など）に報告する
- 原因の究明と予防策を構築する
- 法的対応をとる

委託業者が
違法投棄した

- 関係機関（警察、保健所）等からの通報がある
- 現場・物品の確認、状況記録、追跡調査などを行う（自施設からの廃棄物かどうか確認する）
- 医療廃棄物委員会等に連絡、招集する
- 原因を究明し、予防策を構ずる
- 業者を再選定する
- 法的対応をとる

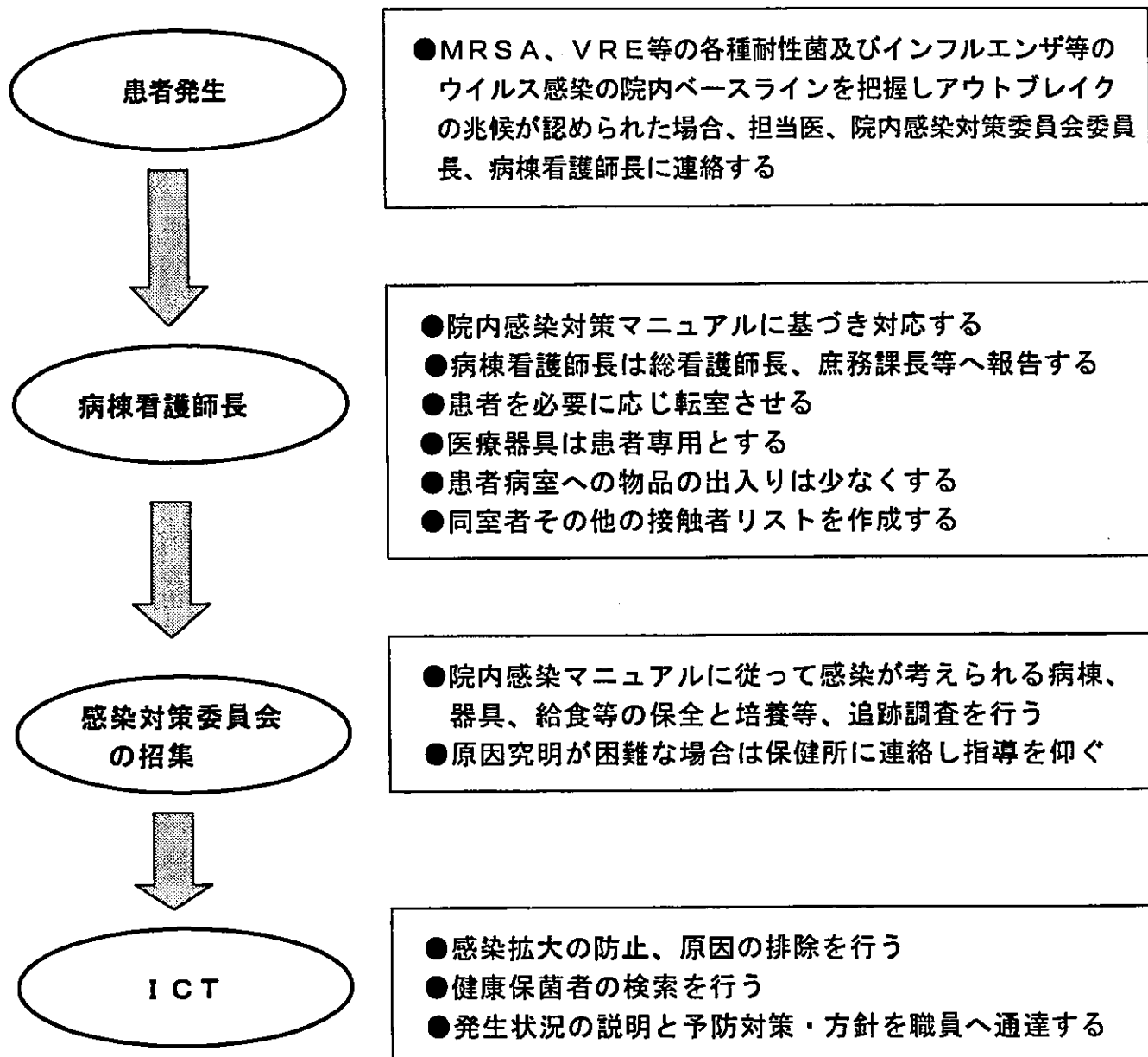
院内感染対策 1

1) 患者、職員から結核菌を検出した場合



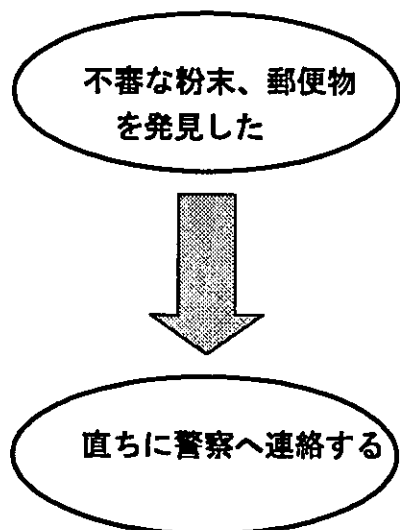
院内感染対策 2

2) その他の院内感染が発生したら



バイオテロ対策

1) 不審物を発見、開封しなかった場合

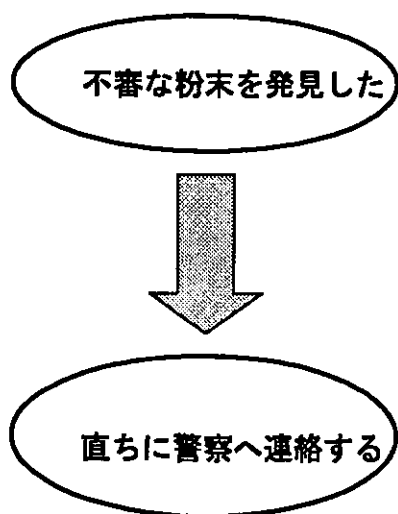


- 触れたりにおいを嗅いだりせずビニール袋に入れる
- 容器がない場合はその場にある物で覆う
- 現場の扇風機や空調機などを止める
- 現場を離れドアを閉め立ち入り禁止とする
- 石鹼と水で手洗いをする（次亜塩素酸系は禁忌）

※化学物質によるテロが否定されない限り、禁忌とする

- 上司、事務長、施設長に連絡する
- 院内感染対策委員会、医療安全委員会等に連絡し招集する
- 警察の指示待ちと、対策本部を設置する
- 院内、外への対応を行う
- 警察、保健所の指示を待つ
(現場では警察や保健所が対応する)
- 検査は警察の依頼で指定衛生研究所などで行われる

2) 不審物を発見、開封した場合



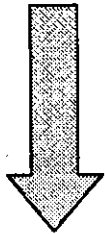
- 粉末を掃除せず何かで覆う
- 現場の扇風機や空調機等を止める
- 現場を離れドアを閉め立ち入り禁止とする
- 汚染された衣服はビニール袋等に入れ密封する
- 石鹼と湯水でシャワーを浴びる（次亜塩素酸系は禁忌）

※化学物質によるテロが否定されない限り、禁忌とする

- 上司、事務長、施設長に連絡する
- 院内感染対策委員会、医療安全委員会等に連絡招集する
- 警察、保健所の指示を待つ
(現場では警察や保健所が対応する)
- 検査は警察の依頼で指定衛生研究所等で行われる

3) 被害者または可能性のある方の来院への対応

電話にて
診察依頼があった



患者来院

事前連絡なしの来院

- 直ちに警察、保健所に連絡をする
- 保健所などでの検査結果が出るまで現場近くで待機して頂くように伝え来院を控えてもらう
- 検鏡等で事前に判明している場合は来院してもらう

注意 検鏡等とはグラム染色、ギムザ染色、荚膜染色による鏡検とPCRによる確認検査まで含み、原則的に地方または近隣の衛生研究所で実施されます。

- 医療従事者や待合室、病室等が汚染されないよう到来前に準備をする
- 患者に接する医療従事者はマスク、手袋を着用する
- 患者は感染症法※に基づく病棟、病室へ誘導する
- 患者は石鹸と水で手を洗ってもらい脱衣の上、衣類は密閉容器に保管する

※感染予防法→感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

- 直ちに医療従事者や待合室、病室等の汚染防止対策をとる
- 検査結果が出るまでは動き回らないように指示する
- 粉末などに遭遇した状況を聞く
- 警察や保健所への連絡状況を聞く
- 検察の鏡検の結果と支持について聞く
- 粉末等を持参、あるいは衣服に付着している場合は直ちに鏡検を行う（鼻腔内スワブなども必要）
- 自施設で検査不能の場合は警察や保健所と協議する

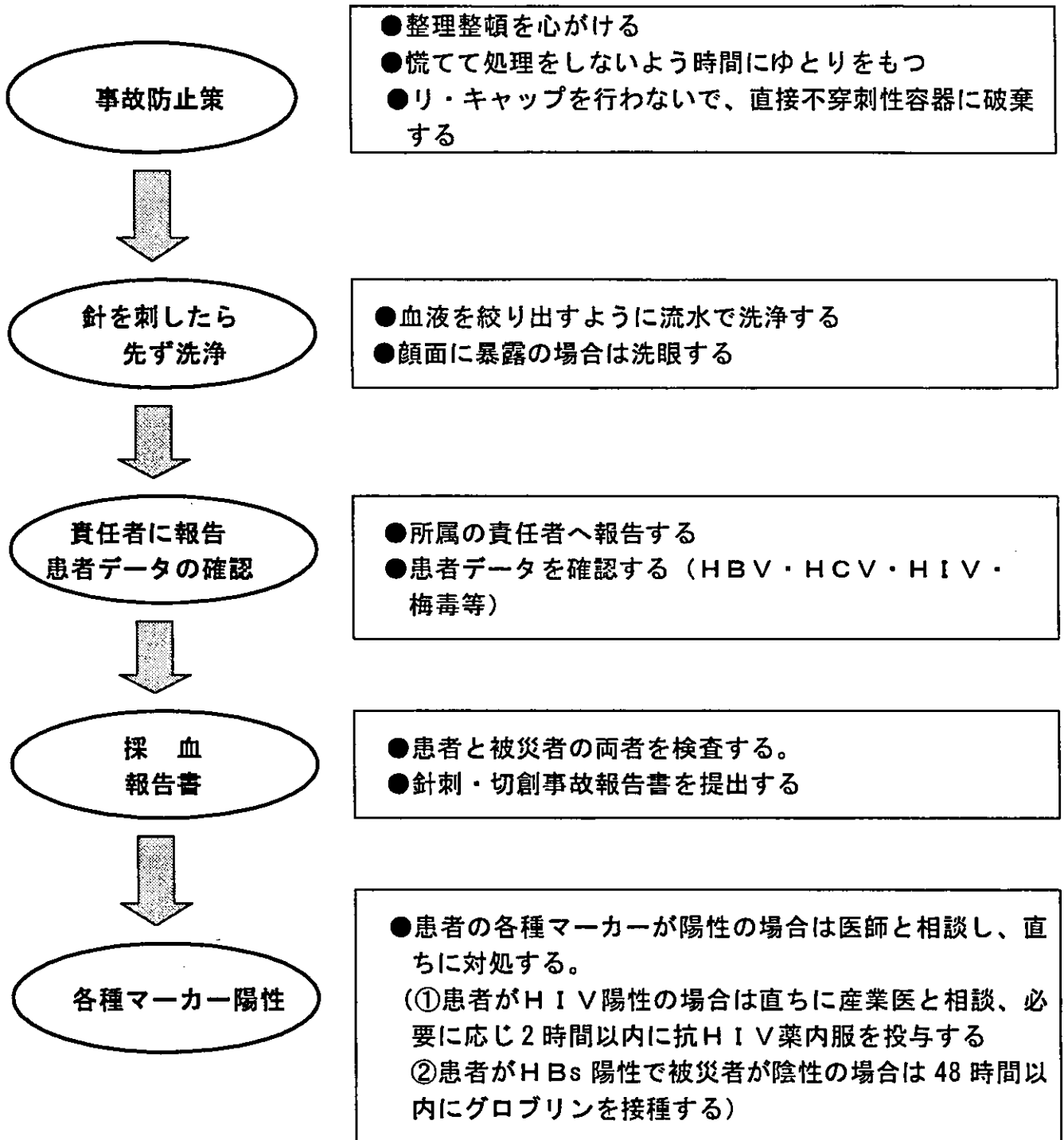
4) 主な生物兵器

- 炭疽菌** : 潜伏期1～6日 熱や咳の後呼吸困難 ワクチンあり
肺炭疽で死亡率80～100%
- コレラ菌** : 潜伏期2～3日 死亡率50% 発熱、嘔吐、下痢、脱水状態、
ショック死あり、ワクチンあり
- 天然痘ウイルス** : 潜伏期平均12日 人から人に感染 体のだるさ、発熱から顔な
どに特徴的な皮膚疹、死亡率高い、ワクチンあり
- ペスト菌** : 潜伏期2～3日 高熱から悪寒呼吸不全、人から人へうつる、
死亡率は肺感染で100%
- 出血熱ウイルス** : エボラ出血熱、黄熱病、ラッサ熱。人から人へうつる
死亡率はエボラで50～90% 他は5～20%以上
- ボツリヌス毒素** : 細菌毒素、潜伏期1～5日、死亡率は未治療の場合60%

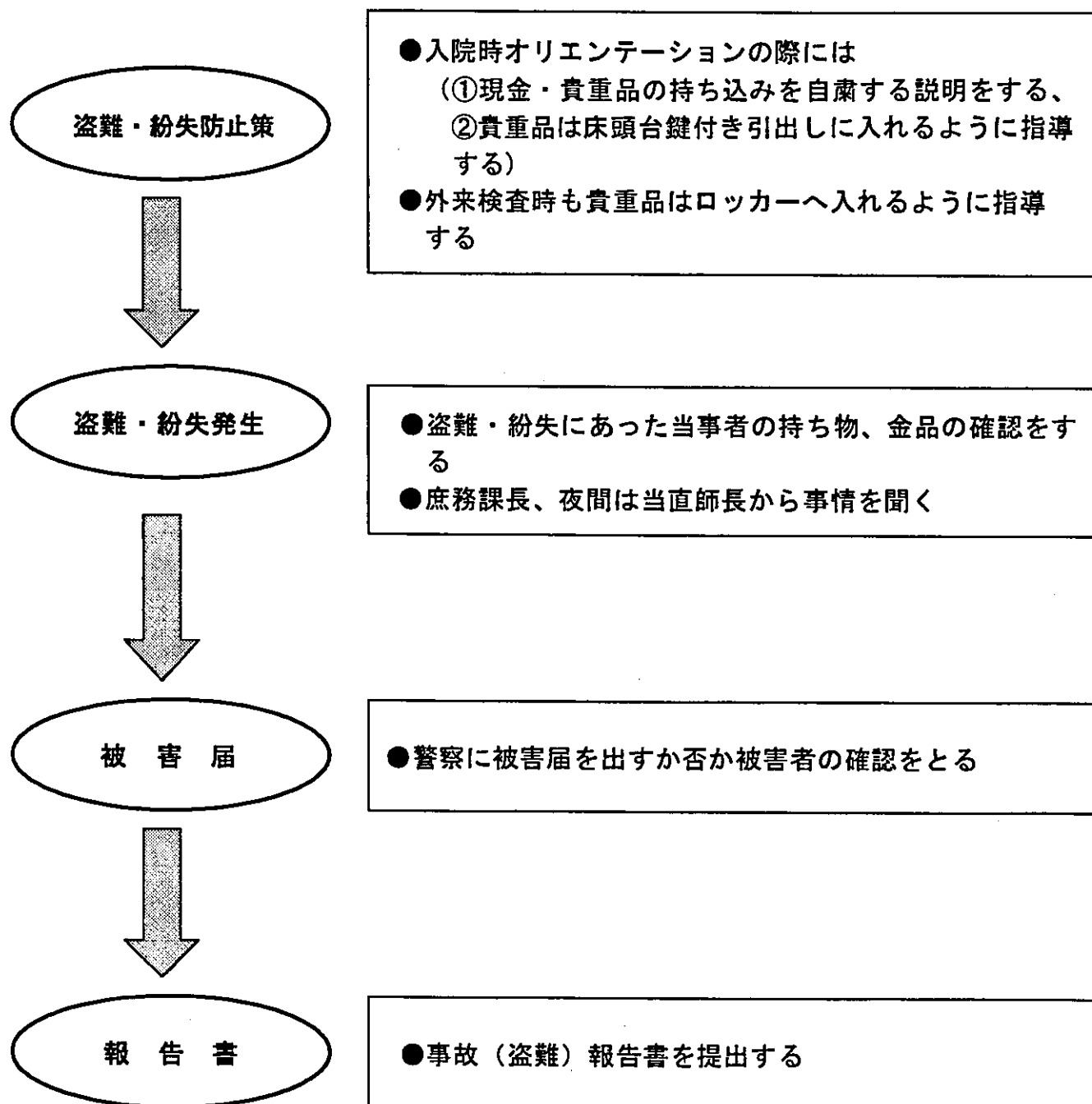
5) 主な化学兵器

- サリン** : 有機リン化合物で神経ガスの一種、殺傷能力が非常に強く、経口
からだけでなく皮膚からも吸収され直ちに神経に障害を起こす。
空気より重い。化学的には不安定で、水と接しただけで容易に分
解してしまい、効力が薄まる。
- VX** : 猛毒の化学物質で神経剤(V型)の一種である。
- イペリット** : マスタードガスともいい、化学兵器として使われる硫化ジクロル
エチルという化合物である。びらん剤(皮膚をただれさせる薬品)
に分類されるが、皮膚以外にも消化管や、造血器に障害を起こす。

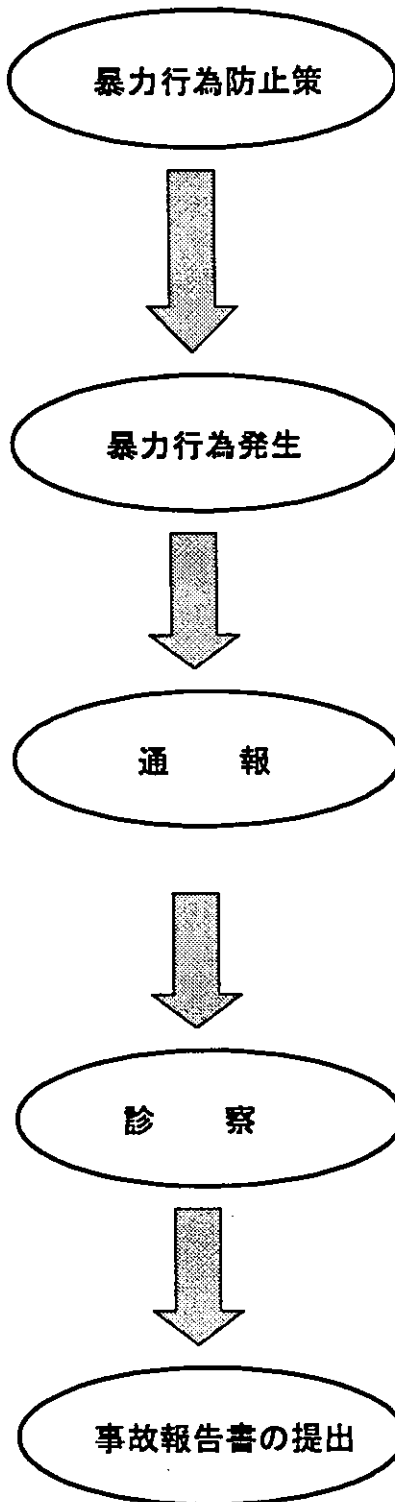
針刺し・血液付着・切創対策



盗難・紛失対策



患者トラブル（暴力など）対策



- インフォームドコンセントを充分にとる
- ホスピタリティーを重視した対応をとる
- 事が発生したら毅然とした態度で対応する
- 危険を感じる時には複数で対応しながら警察に連絡する

- 患者、職員が患者あるいは家族、部外者などから暴力を受けたら

- 直ちに警備員（大きな暴力は直ちに警察）に通報する
- 主治医、看護師長（夜間は当直医、当直師長）に連絡する

- 医師の診察を受ける
- 傷害が認められたら警察に通報する

- 所定の事故報告用紙を以って報告を行う

II 医療事故の処理対策

1. 事故報告経路

事故報告経路については各施設でマニュアルを作成し、日頃より迅速な対応がとれるよう備えておかなければならない。

(例)

事故発生（当事者）→直属の上司 →部署の責任者
→事務局長
→診療部（主治医を含む）→担当副院長 →病院長（医療事故対策委員会）
→総看護局長

2. 事故対応（事故が起きたそのときにあなたが取るべき行動は）

- ①患者の安全、救命を最優先とし、応急処置をする
- ②必要な応援を頼む
- ③速やかに報告をする
- ④患者および家族へ説明をしない（担当管理者から患者・家族へ説明する）
- ⑤記録を執り・物品を保存する（証拠の保全と現場の確認を行う）
- ⑥事故報告書を提出する
- ⑦患者及び家族へサポートする
- ⑧医療者（当事者）へメンタルヘルスケアする

3. 医療事故直後の対応

- ①事故を起こした当事者は、患者の治療にあたりつつ主治医、部署の責任者への連絡を依頼する。
- ②部署の責任者は患者の治療、記録、必要器材の調達など役割分担を即座に決定する。
- ③部署の責任者は診療部長および部署の長に口頭で連絡をする。
- ④当該事故に関係したと考えられる医療用具や薬剤等はできるだけ現状維持をする。
- ⑤事故発生後出来るだけ早い段階で、患者や家族への説明を行う。説明には当事者、主治医、部署の責任者が立ち会う。
説明は何が起こったか、現在どのように治療しているかのみ説明し、患者や家族の心情への思いやりを述べる。危険性を強調したり、原因や予後に安易な推測を述べない。
- ⑥カルテ記載（何が起きて、どの容易に対処したかを時間を追って正確に記載する。事実のみを記載し推測や責任に関しては述べない。誤記には訂正箇所を二重線を引き訂正をし、署名と訂正日を記入する。消しゴムは使用しない。）
- ⑦当事者、主治医は当該患者の継続治療に従事する。治療に必要な意見を他科や専門へコンサルテーションを行う。

4. 緊急連絡電話

病院長室並びに診療部長室等、必要な部署の電話番号は別紙一覧にしておく。

Ⅲ 臨床検査に関わる苦情処理対策

1. 苦情処理の重要性

- ①インシデント、アクシデントを起こさないために自ら努力することは当然のことであるが、臨床検査部門として患者や他部門に対する満足度の情報収集を怠らないことも重要である。
- ②外部から受ける苦情は、業務改善のきっかけとなり、情報収集をするまでもなく患者満足度の向上につながる場合が多い。
- ③苦情は、個人として受け止めるものではなく、組織として対応し、インシデント、アクシデントと同じ理念に基づいて行動し、役立てる。

2. 分類

苦情の上手な利用法は検査工程ごとに分類して解析し、原因を組織として考えることである。次の分類が一例として考えられる。

- ①検査案内に関するもの
- ②受付時間、方法に関するもの
- ③結果報告に関するもの（報告時間、報告方法）
- ④システムに関するもの

3. 記録

如何なる苦情でも、分類に従って記録し、後の業務改善に役立たせるよう事例を記録する。記録方法（用紙内容）の一例を以下に記載する。

- ①分類（2-①～④）
- ②日時、場所、対応者
- ③内容
- ④対応時状況
- ⑤対応者意見
- ⑥組織としての対応（改善の必要性の有無）
- ⑦管理者意見
- ⑧対策結果

4. 対策

緊急を要するか、院内全体に関係するのかを念頭に、常に組織として対策を講じることが重要である。

5. 改善

必要に応じて、臨床検査運営委員会等に諮り、積極的に業務の見直しを行う。

- ①マニュアルの修正や変更
- ②広報（患者・職員への周知徹底）

IV 安全管理のための作業条件と職場環境

1. リスクの高い部門、リスクの高い時間帯に必要な人員配置
2. 検査技師の能力の把握
3. 配置移動及び新人検査技師に対する、指導・監督
4. 健康を害さない勤務表の割り振り
5. 定期健康診断の完全実施
6. 職場環境の整備

V ヒヤリ・ハット報告書《臨床検査科用》

2004/7/1

医療安全対策室

順天堂浦安病院におけるインシデント等報告書の提出等改訂について

医療安全に関する報告書

- ・医療安全に関する報告書(全ての報告に提出必須)
- ・合併症報告
- ・医療クオリティ審議依頼書(従来の医療問題発生報告書)
- ・事件事故報告書(医療行為に関わらないもの)

* 全国医学部病院長会「大学病院の医療事故防止対策に関する研究会」案を基本として作成。

1 報告書の提出を必要とする状況

- ① 患者様に障害が発生する可能性があった事態
- ② 患者様に障害が発生した事態
 - (①②に含まれるもの)
 - 1 与薬に関するインシデント・アクシデント
 - 2 医療機器・用具の不具合
 - 3 転倒、転落
 - 4 自殺、自殺企図
 - 5 無断離院
 - 6 発見、対処(処置)の遅れ
 - 7 患者自身の自己管理薬の服用ミス
 - 8 患者自身の針刺し
 - 9 処置・手術・検査実施後、緊急入院から24時間以内に死亡された場合
 - 10 予期しない合併症 →合併症報告書
 - 11 予期出来る合併症であるが、ICが不十分であった事態 →合併症報告書
 - 12 エラーは無いが、結果的に事故となった場合で、報告が必要と考えられる事例
- ③ 患者・家族からの苦情(医療行為に関する)
- ④ 室料など「減免」を必要とする事態(経済的・感染の理由以外のもの)
- ⑤ 患者影響は無いが検討を必要とする状況
 - (以下の事項を除く)
 - ▽ 院内感染(病院の部署等で発現した場合) →感染制御室・総務課扱い
 - ▽ 食中毒 →感染制御室・総務課扱い
 - ▽ 職員の針刺し事故 →健康管理室、感染制御室扱い
 - ▽ 暴行傷害・窃盗盗難(事件) →総務課へ「事件・事故報告書」を提出
 - ▽ 患者・家族からの苦情(医療行為に関わらないもの) →患者相談室扱い
 - ▽ 薬剤の副作用(疑いを含む) →医薬品情報室扱い

2 影響レベル(報告時点)

	レベル	被害の継続性	傷害の程度	内容	分類
①	レベル0			エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。	医療クオリティ審議依頼書若しくは合併症報告も併せて提出必須
②	レベル1	なし		患者へは実害がなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)	
③	レベル2		軽度	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査等を必要性は生じた。)	
④	レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒、シップ、皮膚の縫合、鎮痛剤投与等)	
⑤	レベル3b		高度	濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)	
⑥	レベル4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症は残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない。	
⑦	レベル4b		中等度～高度	永続的な障害や後遺症は残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う。	
⑧	レベル5	死亡		死亡(現疾患の自然経過によるものを除く)	
⑨	その他			原疾患の経過中の死亡(他疾患の併発)等、上記以外の場合	