

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

資料 3

輸血マニュアルの変更 : 波線部が変更部分

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、m l 由来、血液種類、血液番号、有効年月日、交叉の有無を声に出し、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、m l 由来、血液番号、有効年月日、交叉適合書を声に出し読み上げ、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℃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：30～37℃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℃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) 保存温度は2～6℃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。

資料 4

	○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	○経口糖尿病薬	○点滴漏れ	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	投与 方法	重複 間違	未実 施	実施 忘れ	速度 間違			
薬 劑	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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	指示簿・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"/>	<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"/>	
	指示簿・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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	
後始末	<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"/>	<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	□混乱・興奮状態													
	既往	□転倒転落したことがある			2	薬剤		□記憶力・記憶力の低下	□不穏行動													
	機能障害	□麻痺 □しびれ			3	排泄		□判断力・理解力の低下	4													
	活動領域	□関節の拘縮・変形 □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	薬剤		□睡眠剤 □抗不安剤 □鎮痛剤 □利尿剤 □緩化剤 □化学療法 □麻薬 □アルコールおよび薬物依存	3													
	科学的所見	□CVA □パーキンソン □TIA □めまい □てんかん			2	薬剤		□頻尿 □排尿誘導を必要とする □トイレ介助を必要とする □失禁がある □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 □失語症がある □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 ()							エラー要因														
	○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 ○血腫腔・膿瘍腔ドレーン							○自然抜去 ○自己抜去 ○事故抜去 ○閉塞														
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							○部位違い ○はずれ														
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																					
輸血・薬剤 (副作用)	輸血		患者 間違い	血液型 間違い	数量 間違い	ルート 間違い	投与日 間違い	投与 時間	投与 方法	実施 忘れ	速度 間違い	依録書の 記述違い										
	○MAP ○FFP ○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"/>									
		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"/>									
		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"/>									
		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"/>									
		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"/>									
		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"/>									
		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"/>									
		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"/>									
	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"/>										
	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"/>										
	輸血用血液の不良		○疑集塊 ○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																						

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、薬品に添付し病棟に払います。

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。

医療機関における医療安全管理と患者参加の状況

研究要旨

医療安全管理、患者参加の状況を明らかにするために、1052 病院を対象にアンケート調査を実施し 325 病院 (30.8%) より回答が得られた。病院の医療安全は指針の整備、委員会の設置および活動、院内報告制度、教育研修などについてはおおむね整備されているものの、医療安全担当部署の設置については教育病院とその他病院に大きな差異の認められること、院内報告で得られた事例の活用については改善の余地のあること、職員を対象にした教育研修についてはいまだ十分な教育資源が確保されていないことが示唆された。また、患者参加については、そのあり方、具体的な役割、参加を促進するための具体的方策が明らかにされていない状況にありながら、患者同定、説明、診療情報へのアクセスなど、半数以上の病院で何らかの取り組みがなされていることが判明した。今後は、患者参加のあり方について議論を進めるとともに、併行して医療現場での活動実態を明らかにしていく必要があると思われる。

A. 目的

本研究では、東京都病院協会の協力の下、病院における医療安全、および患者参加の状況を明らかにした。

した。質問項目は、診療情報管理、医療安全管理、および患者参加の状況等である。質問票は東京都病院協会が 1998 年より毎年実施している質問票を基に、患者参加の項目を追加して作成した。

B. 方法

対象は、東京都内の全病院、および国内の全教育病院の合計 1052 病院である。2005 年 11 月に無記名自記式アンケート調査票を病院代表者あてに郵送により送付・回収

C. 結果

325 病院 (30.8%) より回答が得られた。全例を解析の対象とした。表 1 に調査票回収の状況と病院の区分を示す。

表 1 調査票回収の状況

区分	送付先	送付部数	受取数	回収率
A	会員病院（教育病院）	39	22	56.4%
B	非会員病院（教育病院）	22	4	18.2%
C	上記以外の会員病院	314	100	31.8%
D	上記以外の東京都内非会員病院	291	44	15.1%
E	都外教育病院	388	155	39.9%
総数		1,054	325	30.8%

(1) 病院の属性

表 2 に回答病院の属性を示す。病床数は平均 398 床であり、これは教育病院（A、B、E）の占める割合が多いためと思われる。病床稼働率（複数の病床種別を有する

場合には一般病床のみ）は 86%、平均在院日数（同）は 69 日、日本医療機能評価機構の認定を受けているものが 56.6%、年間退院患者数 6813 人、死亡退院率 4.1%であった。

表 2 回答病院の属性

	病床数	病床稼働率 (%)	平均在院日数 (一般病床のみ)	認定あり	年間退院患者数	うち死亡退院患者数	死亡退院率
A	571	87	21	77.3%	9,898	427	4.3%
B	682	90	16	50.0%	26,940	629	2.3%
C	167	85	91	40.0%	1,494	88	5.9%
D	191	84	160	13.6%	1,747	78	4.4%
E	577	87	39	76.8%	10,316	405	3.9%
総計	398	86	69	56.6%	6,813	277	4.1%

(2) 医療安全管理の状況

病院の医療安全管理についての指針は 315 病院 (96.9%) が定めていた。指針に含まれる内容について表 3 に示す。各部門

ごとのマニュアル整備がやや低率であるが、その他の事項についてはほぼ指針に含まれていた。指針を職員に周知させるための工夫については、全職員へ配布 80 病院、部門ごとに配布 238 病院等が多く挙げられ、特

に何もしていないは 22 病院のみであった。医療安全を目的とした委員会は 323 病院 (99.4%) が有しており、開催頻度は、月 2 回以上が 42 病院 (12.9%)、月 1 回以上が 273 病院 (84.0%) であった。

医療安全担当部署は 188 病院 (57.8%) で設置され、実務担当者は 262 病院 (80.6%) で配置されていたが、教育病院とその他の病院では大きな差異が認められた。

院内におけるインシデント・アクシデント報告システムは 319 病院 (98.2%) が有しており、収集された事例の解析は 306 病院 (94.2%) が実施していた。しかしながら、収集された事例を基に職員の教育研修を実施しているのは 249 病院 (76.6%)、対

応マニュアルを作成しているのは 194 病院 (59.7%)、分析に外部専門家の支援が得られるのは 45 病院 (13.8%) に留まった (表 5)。

医療安全管理についての職員の教育研修は 315 病院 (96.9%) で実施しており、開催頻度は年 2 回以上が 286 病院 (88.0%)、年 1 回以上が 29 病院 (8.9%) であった。教育研修のための資源の確保の状況としては、担当者は 256 病院 (78.8%) で配置されているものの、「教育プログラムがある」「予算が確保されている」「教育・研修の教材が作成されている」はいずれも 40% 未満であり、十分に資源が確保されていない状況がうかがえた (表 6)。

表 3 医療安全指針の内容

	(1) 医療 安全管理 に関する 基本的な 考え方	(2) 医療 安全管理 の体制確 保のため の委員会 規約	(3) 医 療事故発 生時の対 応方法	(4) 医 療事故・ インシデ ントに関 する報告 の様式	(5) 各 部門ごと の安全管 理のため のマニユ アル整備	(6) 事 故防止の 責任者
A N=22	22 100.0%	22 100.0%	22 100.0%	22 100.0%	18 81.8%	20 90.9%
B N=4	4 100.0%	4 100.0%	4 100.0%	4 100.0%	3 75.0%	4 100.0%
C N=96	96 100.0%	96 100.0%	96 100.0%	96 100.0%	89 92.7%	94 97.9%
D N=41	41 100.0%	40 97.6%	40 97.6%	41 100.0%	35 85.4%	41 100.0%
E N=152	152 100.0%	151 99.3%	152 100.0%	151 99.3%	132 86.8%	147 96.7%
総数 N=315	315 100.0%	313 99.4%	314 99.7%	314 99.7%	277 87.9%	306 97.1%

表4 医療安全担当部署、および実務担当者の配置

	医療安全 担当部署 の設置	実務担当 者の配置
A	17 77.3%	21 95.5%
B	3 75.0%	4 100.0%
C	28 28.0%	65 65.0%
D	15 34.1%	28 63.6%
E	125 80.6%	144 92.9%
総数	188 57.8%	262 80.6%

表5 収集事例の解析

	(1) 内容について院内で組織的に検討	(2) 定期的に頻度・パターンなどについて集計	(3) 事例を基に職員の教育・研修	(4) 事例を基にマニュアル・事例集を作成	(5) 外部機関・専門家と共同して分析
A	21 95.5%	20 90.9%	20 90.9%	19 86.4%	8 36.4%
B	4 100.0%	2 50.0%	3 75.0%	1 25.0%	1 25.0%
C	86 86.0%	76 76.0%	66 66.0%	48 48.0%	14 14.0%
D	37 84.1%	37 84.1%	32 72.7%	20 45.5%	2 4.5%
E	143 92.3%	140 90.3%	128 82.6%	106 68.4%	20 12.9%
総計	291 89.5%	275 84.6%	249 76.6%	194 59.7%	45 13.8%

表6 医療安全の教育研修のための資源

	(1) 担当者が設置されている	(2) 教育プログラムがある	(3) 予算が確保されている	(4) 教育・研修の教材が作成されている
A	19 86.4%	12 54.5%	8 36.4%	9 40.9%
B	3 75.0%	0.0%	2 50.0%	0.0%
C	77 77.0%	34 34.0%	36 36.0%	33 33.0%
D	32 72.7%	16 36.4%	14 31.8%	13 29.5%
E	125 80.6%	58 37.4%	71 45.8%	36 23.2%
総計	256 78.8%	120 36.9%	131 40.3%	91 28.0%

(3) 患者参加の状況

医療安全に関して患者参加を促進するための活動を行っているのは180病院(56.4%)であった。具体的な取り組み内

容を表7に示す。また、その他の取り組みとしては、表8にあるように、患者相談窓口の設置、リストバンド・ネームバンドなどによる本人確認、リーフレットの作成、患者教育などが挙げられた。

表7 患者参加の具体的な取り組み

	(1) 氏名 などを患者に名乗 ってもら う	(2) 治療 方針、内容 を、生じう る異常・事 故を含め て丁寧に 説明して いる	(3) 不 安・異常の 場合に、す ぐに申し出 てもらふよ うに説明し ている	(4) 不 安・異常の 場合に、す ぐに申し 出てもう らうよう 説明書を 配布して いる	(5) 診療 記録に患 者が容易 にアクセ スできる ようにし ている	(6) 医療 情報に患 者が容易 にアクセ スできる よう、図書 室、インタ ーネット などを整 備してい る
A	17 77.3%	17 77.3%	15 68.2%	9 40.9%	3 13.6%	5 22.7%
B	3 75.0%	3 75.0%	3 75.0%	2 50.0%	0.0%	0.0%
C	27 27.0%	26 26.0%	27 27.0%	14 14.0%	3 3.0%	3 3.0%
D	15 34.1%	13 29.5%	15 34.1%	3 6.8%	0.0%	0.0%
E	109 70.3%	98 63.2%	97 62.6%	46 29.7%	11 7.1%	23 14.8%
	171 52.6%	157 48.3%	157 48.3%	74 22.8%	17 5.2%	31 9.5%

表 8 患者参加を促進するためのその他の取り組み

-
- ・ ①患者誤認防止ネームホルダーの着用 ②「患者の権利章典」を掲示。ホームページ等で広報し、「患者のみなさまへのお願い」では医療への積極的な参加を呼びかけている。
 - ・ ③投書箱を設置し、患者からの意見を取り入れている。
 - ・ クリニカルパスを導入し、治療経過がわかるようにしている。
 - ・ ネームバンド
 - ・ ポスター掲示
 - ・ リストバンドの装着
 - ・ 安全週間の期間、患者さんに標語募集
 - ・ 医療なんでも相談室の設置
 - ・ 患者の声の窓口を設置している
 - ・ 患者誤認防止に協力してもらうことも、患者とのパートナーシップの構築に資するものと考えている。
 - ・ 患者参加の教室を開催
 - ・ 患者参加型の安静度表示
 - ・ 患者参画のためのリーフレットを作成し、外来に置いている
 - ・ 患者相談窓口
 - ・ 広報の冊子に載せている
 - ・ 写真を入れた薬事情報を患者の処方ごとに配布している
 - ・ 専用病状説明書に医師の説明内容を記載し、更に患者・家族に直接署名していただいている。その内容を診療用に一部保管。一部はご本人・家族にもお渡ししている。
 - ・ 注射等の時患者に医師の指示されたものを見せ、一緒に確認をしている。
 - ・ 点滴注射施行時に患者氏名ラベルをご本人に確認していただいている。確認していただいたら医療者は氏名ラベルにマークする
-

D. 考察 および E. 結論

本研究では、病院の医療安全は指針の整備、委員会の設置および活動、院内報告制度、教育研修などについてはおおむね整備されているものの、医療安全担当部署の設置については教育病院とその他病院に大きな差異の認められること、院内報告で得ら

れた事例の活用については改善の余地のあること、職員を対象にした教育研修についてはいまだ十分な教育資源が確保されていないことが示唆された。また、患者参加については、そのあり方、具体的な役割、参加を促進するための具体的方策が明らかにされていない状況にありながら、半数以上の病院で何らかの取り組みがなされている

ことが判明した。本研究は、主任研究者が協力して進める東京都病院協会のアンケート調査との共同により得られた知見である。本調査では、患者参加に関わる事項を追加したが、その他の項目については、経年比較が可能である。今年度は単純集計を中心としたが、来年度は経年比較およびクロス集計により病床規模、病院種別ごとの比較を実施する予定である。今後、患者参加のあり方について議論が進むにつれて、臨床現場での普及状況が併行して明らかにされる必要があり、この一連のアンケート調査により、基本的な情報を得ることが可能であると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

長谷川友紀：診療情報管理についてのアンケート調査報告. 東京都病院協会会報 96. 2-4、2005

2. 学会発表

吉岡恵美子、飯田修平、河北博文、長谷川友紀：診療情報管理に関するアンケート調査報告—診療記録開示の現状を中心に—、第43回日本病院管理学会、東京、2005、10

卷末資料編

①

あなたご自身のことをお聞かせください。



問1 このアンケートに解答してくださっているあなたに当てはまるのはどれですか(数字に○をつけてください)。

- | | |
|----------------------|----------|
| 1. 患者本人 | 2. 患者の家族 |
| 3. その他(具体的に: _____) | |

問2 あなたの年齢をお聞かせください。

		才
--	--	---

問3 あなたの性別をお聞かせください。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問4 あなた(回答者がご家族の場合には患者さん)はいつからこの病院に入院していますか。

	月		日		から入院している
--	---	--	---	--	----------

②

入院した日から今日までを振り返り、次の問いにお答えください。

問5 今回の入院に際して、医療ミスが起こるのではないかと不安はありましたか。

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 全く不安はなかった | 2. どちらかといえば不安はなかった |
| 3. どちらかといえば不安があった | 4. 非常に不安があった |

問6 現在、あなたはこの病院と職員を信頼していますか。

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 非常に信頼している | 2. どちらかといえば信頼している |
| 3. どちらかといえば信頼していない | 4. 全く信頼していない |

問7 この入院中、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に感じたことはありましたか。

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1. なかった(☞下へ) | 2. あった(☞裏面に進んでください) |
|--------------|---------------------|

以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。アンケートが入れてあった封筒に入れ、密封した後、院内の回収ボックスもしくは、郵便ポストにそのまま投函してください。

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に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こったのか詳しくお書きください。

問8 このことはいつ起こりましたか。

月	日	(いずれかに○) 午前・午後 時頃
---	---	-------------------

問9 このことが起こったとき、あなたは次の項目に対し、それぞれどのように感じましたか。(当てはまるものに○)

(1) 身体的苦痛	1. 強く感じた	2. やや感じた	3. あまり感じなかった	4. 全く感じなかった
(2) 怒り	1. 強く感じた	2. やや感じた	3. あまり感じなかった	4. 全く感じなかった
(3) 不安	1. 強く感じた	2. やや感じた	3. あまり感じなかった	4. 全く感じなかった

問10 このことが起こった結果、あなたの身体や健康に何らかの影響はありましたか。

「2. 影響があった」と答えた方は、アからウのうち当てはまるものにすべて○をつけてください。

1. 影響はなかった 2. 影響があった→	ア) このミスのために特別な治療を必要とした イ) 後遺症が残った ウ) 生命にかかわった
-------------------------	--------	---

問11 あなたはこの事実を医療者に伝えましたか。

1. 伝えた
2. 伝えなかった(その理由: _____)

以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。アンケートが入れてあった封筒に入れ、密封した後、院内の回収ボックスもしくは、郵便ポストにそのまま投函してください。

アンケート調査ご協力のお願い

医療を提供する者、そして治療を受ける患者さんにとって、「適切な情報の提供」と「安全」は真剣に取り組んでいかななくてはならない重要なテーマです。

医療者も日々、適切な情報を提供し、患者さんが自ら積極的に治療に参加していただき、また安全で良質な治療を実現するために最大限の努力をしながら皆様と向き合っております。と同時に、より良質で安全な医療を実現するためには、治療を受ける患者さんにも、より安全で質の高い治療を受けるために参加、協力していただけることがあるのではないかと考えております。

その手始めとして、患者会にご協力を賜り、会員の方を対象にアンケート調査を実施し、治療において「十分な情報を入手することが出来たか」、「医療機関での安全に疑問を感じたこと」、「治療を受けた際にミスかなど不安を感じたこと」を教えていただきたいと考えております。どのような点に患者さんやご家族は不安や疑問を抱いているのかを幅広く把握し、分析することによって、より安全かつ信頼のおける医療の実現が可能となるのではないかと考えております。

調査は無記名で実施いたします。また、分析等で個人のプライバシーは厳守され、この調査で回答された内容によって治療に支障が出たりするようなことは一切ございません。

調査の趣旨をご理解の上、同封のアンケートにご記入いただき、郵便ポストにそのまま投函いただきますようお願い申し上げます。

末筆ながら、一日も早い回復をお祈り申し上げます。

ご回答の注意

- ・ ご本人またはご家族の方に回答をお願いします。
- ・ 4月末日までに、同封の返信用封筒をお使いいただき、返送をお願いします
- ・ 調査についてのお問い合わせは下記までお願いします。

電話 03-3762-4151 内線 2415

平成 17 年度厚生労働科学研究

「診療ガイドラインの適用と評価に関する研究」

「患者参加に基づく医療安全・質評価指標の開発に関する研究」

主任研究者 長谷川友紀 (東邦大学医学部社会医学講座)

