

医療事故を防ぐために

看護職 あなたのための
リスクマネジメント
第 5 版



Yamaguchi Nursing Association

公益社団法人

山口県看護協会

山口県看護協会基本理念

I 使 命

人々の人間としての尊厳を維持し、健康で幸福でありたいという普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に寄与する

- 教育と研鑽に根ざした専門性に基づき看護の質の向上を図る
- 看護職が生涯を通して安心して働き続けられる環境づくりを推進する
- 人々のニーズに応える看護領域の開発・展開を図る

II 基 本 戦 略

看護の質の向上、看護職が働き続けられる環境づくり、看護領域の開発・展開といった3つの使命に基づく事業領域において、経営、自主規制、社会貢献、支援事業、政策提言、広報等の実現手法を用いて、人々の健康な生活の実現を図る。

ねらい

昨今の医療の進歩により、医療現場は高度化かつ複雑化しており、多くのリスクにさらされています。看護職は人々に安全で質の高い看護サービスを提供するため、日々努力していますが、時として偶発的な事故や不可抗力による事故に遭遇することがあります。

“人間はミスを犯すものである”という事を前提に、看護職の方の事故防止に役立てるため、マニュアルを作成しました。日々の看護実践に活用して下さい。

目次

1	感染防止	01
2	患者誤認防止	05
3	誤薬(与薬)防止	07
4	誤薬防止(注射)	09
5	輸血事故防止	11
6	輸液ポンプ・シリンジポンプの誤操作防止	13
7	心電図モニタの安全使用	15
8	身体拘束(抑制)の管理と事故防止	17
9	チューブ管理の事故防止	19
10	針刺し事故防止	21
11	転倒・転落事故防止	23
12	コミュニケーションエラー防止	25
13	個人情報漏えい防止	26
	看護者の倫理綱領	27

1 感染防止

ポイント



1 標準予防策(スタンダード・プリコーション)

標準予防策は、患者・医療従事者を感染から守るための基本的な感染予防策をいう。感染症の有無や病態に関わらず、すべての患者に適用される感染対策で、「血液、すべての体液、分泌物(汗は除く)、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は感染の可能性がある」とみなして対応する方法である。

①手指衛生

- ・手に目で見える汚れがある時は、流水と石けんで手指洗浄を行う。
- ・手に目で見える汚染がない時は、擦式消毒用アルコールで手指消毒を行う。

②防護具の適切な使用

- ・血液や体液に接触する可能性がある場合は、手袋、ガウン・エプロン(プラスチック)マスク、ゴーグル等を必要に応じて着用する。

③呼吸器衛生／咳エチケット

- ・咳、くしゃみ時の飛沫の飛散を防止する。(症状のある人がマスク着用する)
- ・汚染されたティッシュや手指を介した拡散を防止する。(手指衛生、ゴミ箱など)

※2007年CDC標準予防策より一部抜粋

2 感染経路別予防策

感染性または感染症の疑いがある場合、標準予防策に感染経路別予防策を追加する。

①空気感染予防策

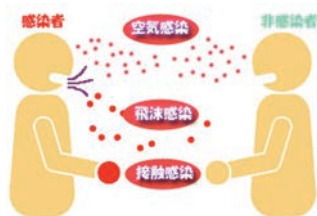
- ・結核、麻疹、水痘など

②飛沫感染予防策

- ・季節型インフルエンザなど

③接触感染予防策

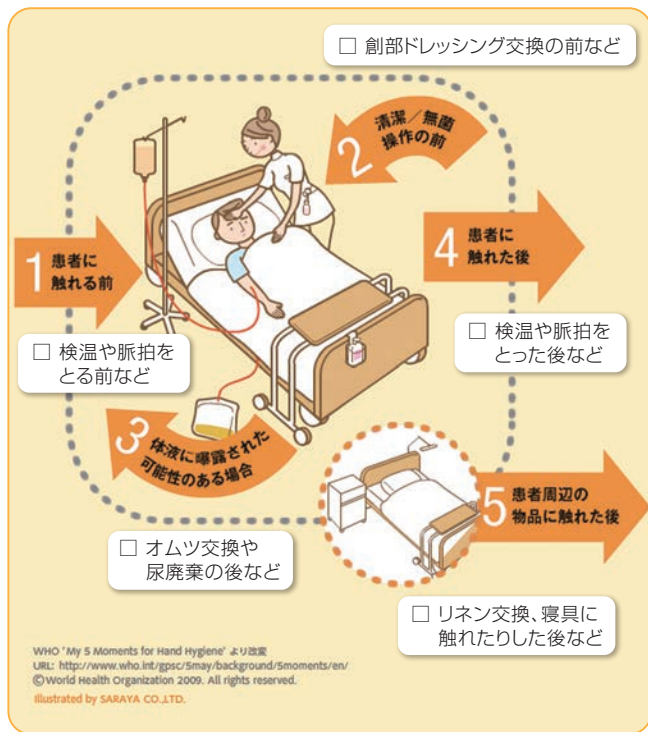
- ・疥癬、感染性胃腸炎など



内 容 チェ ッ ク

手指衛生の5つのタイミング

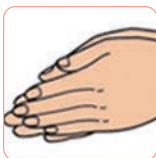
感染対策において、単に手洗いや手指消毒を行うだけではなく、以下の必要なタイミングで確実な手指衛生を実践することが大切である。



アルコール製剤手指消毒薬の使用手順



1 噴射する速乾性アルコール製剤を指を曲げながら適量手に受ける



2 手の平と手の平を擦り合わせる



3 指先、指の背をもう片方の手の平で擦る(両手)



4 手の甲をもう片方の手の平で擦る(両手)



5 指を組んで両手の指の間を擦る



6 親指をもう片方の手で包みねじり擦る(両手)

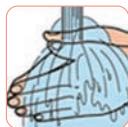


7 両手首までていねいに擦る



8 乾くまで擦り込む

流水下における石けんによる手洗いの手順



1 まず手指を流水でぬらす



2 石けん液を適量手の平に受け取る



3 手の平と手の平を擦り合わせよく泡立てる



4 手の甲をもう片方の手の平でもみ洗う(両手)



5 指を組んで両手の指の間をもみ洗う



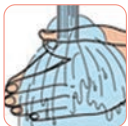
6 親指をもう片方の手で包みもみ洗う(両手)



7 指先をもう片方の手の平でもみ洗う(両手)



8 両手首までていねいにもみ洗う



9 流水でよくすすぐ

※ 手洗い後は、ペーパータオルで水分をしっかりと拭き取る

MEMO

A series of 20 horizontal dotted lines for writing a memo.

2 患者誤認防止

ポイント

すべての医療・看護行為を行う時に、患者本人であることを確認する。

患者確認は、少なくとも2つの方法(識別子)を用いて行う。

内容チェック

①患者確認方法

- 患者確認は、患者氏名をフルネームで確認することを基本とする。
- 患者自身あるいは家族にフルネーム、生年月日を言ってもらい、リストバンド・診察券等で確認する。
- 名乗れない患者の場合は、患者氏名と生年月日をリストバンド・診察券等で確認する。

②指示と患者の照合

- 指示簿や注射ラベル、検査用紙、検体容器に記載されている氏名が名乗ってもらった氏名と一致していることを確認する。
- 確認は目視だけでなく指差し呼称確認、ダブルチェックなどでも行う。

③同姓同名、名前の酷似した患者がいる場合

- ID、生年月日を確認する。
- 職員間で情報共有し、注意喚起する。
- 同姓同名の患者が入院中の場合は、そのことを患者自身に伝え、注意を促す。

④電話連絡の場合

- 患者のフルネームをメモし、復唱確認する。

安全な医療を提供する為に「本人確認」をしましょう。
 — 名前の確認は全ての基本です —

- 患者確認方法のルールを病院全体で明文化しましょう。
- 全ての職員が患者確認ルールを周知し、遵守しましょう。
- 患者さんの協力を得るようにしましょう。
- 医療安全への取り組みを院内掲示で周知しましょう。



患者確認をすべき場面は、
 医療現場のあらゆる場面で発生します。



外来診察室

ご本人から「氏名」「生年月日」を
 名乗っていただく

※院内掲示をし、患者誤認防止に患者さんの
 協力をしてもらいます。

例) 外来における患者誤認防止法として、
 患者さん自身でお名前をフルネームで言っ
 ていただくのが一番確かです。診察室に入り
 ましたら「姓名」をおっしゃってください。
 ご本人確認にご協力ください。

病院長

お名前と生年月日
 をお願いします。

知つてる性にも
 確認あり!



yuzo



Kikko

何度も聞いて
 ごめんなさい

薬・書類・診察券の受け渡し

患者さんと共に確認する

患者自身に名前を名乗ってもらったり、点滴
 ラベルや診察券等の名前を見せて一緒に確
 認してもらいます。**ダブルチェック!**

採血・検査・処置・注射

患者さんと共に確認する
 リストバンドで呼称確認する

例) リストバンドと点滴ラベル
 の氏名を照合する。



では○○さん、点滴
 ボトルの氏名を一緒
 に確認して下さい

手術室

入室時

リストバンド、カルテで患者
 さんと共に確認します。

タイムアウトの実践

麻酔導入前に担当
 医・麻酔医・看護師
 が一斉に手を止めて、
**患者氏名・術式
 ・手術部位の確認**
 を行います。



タイムアウト!
 全員手を止めて確認します!

3 誤薬（与薬）防止

ポイント



- ①正しい患者 (Right Patient)
- ②正しい薬剤 (Right Drug)
- ③正しい目的 (Right Purpose)
- ④正しい用量 (Right Dose)
- ⑤正しい用法 (Right Route)
- ⑥正しい時間 (Right Time)

内容チェック

①指示受け

- 患者氏名、指示内容、薬剤は一致しているか確認をする。
- 主治医または薬剤師から薬の効能・効果・副作用・投与方法等の説明を聞いているか患者に確認する。
- 看護師は処方箋の意図や変更理由を知る。

②与薬前

- 処方箋と処方薬と6つのR(上記参照)で確認する。

③与薬時

- 患者氏名、薬品名、服薬方法を再度確認する。

④与薬後

- 患者が正しく服用したことを確認する。
- 服薬後の患者の状態を観察する。

MEMO

A series of 25 horizontal dotted lines for taking notes.

4 誤薬防止（注射）

ポイント

注射指示から読み取る7つの情報

- ① 誰に（患者氏名の確認）
- ② 何を（薬剤名の確認）
- ③ どのくらい（投与量の確認）
- ④ いつ（投与日と時刻）
- ⑤ どのような方法で（点滴・注射・筋肉注射・皮下注射）
- ⑥ どのくらいの速さで（投与速度）
- ⑦ どの経路から（中心静脈ライン・末梢静脈ライン）

3度の確認（薬剤名と規格量と単位数）

- ① 薬剤を取り出すとき
- ② 薬剤を注射器に吸い上げるとき
- ③ 薬剤を吸い上げた後（空アンプル・バイアルの確認）

内 容 チ ェ ッ ク

① 指示受け

- 患者氏名、指示内容、薬剤は一致しているか確認する。
- 主治医または薬剤師から薬の効能・効果・副作用・投与方法等の説明を聞いているか患者に確認する。
- 看護師は処方箋の意図や変更理由を知る。

② 点滴・注射薬の準備

- 注射処方箋の患者氏名、薬剤名、用量、用法、時間を確認する。
- 1患者1トレイで準備する。

③ 点滴・注射実施時

- 患者氏名、薬品名、実施方法を再度確認する。

④ 点滴・注射実施中

- 注射部位・ルート(三方活栓まで)を点検し、異常のないことを確認する。

⑤ 点滴・注射実施後

- 注射後の患者の状態を観察する。
- 使用済みの針は医療廃棄物容器で処理する。

5 輸血事故防止

ポイント

- ① 輸血に関する説明と同意 同意書に署名を得る
- ② 輸血オーダー(指示)と検査オーダー(指示)
- ③ 血液製剤伝票と交差試験結果報告書の確認(ダブルチェック)
- ④ 受領時、準備時、施行時の3回確認
- ⑤ 原則として輸血実施者が確認・準備
- ⑥ 一患者ごと、一バックずつの準備と実施、指差し確認
- ⑦ 血液製剤の種類と取り扱いの理解(必要物品、輸血セットの種類)
- ⑧ 保存、融解などの基本的な知識の習得
- ⑨ 血液製剤の副作用に関する知識の習得

輸血副作用の症状

- ① 発熱 …………… 輸血開始後、38℃以上に上昇した場合、輸血前から発熱している場合は、輸血開始後1℃以上の上昇が認められた場合
- ② 悪寒・戦りつ
- ③ 熱感・ほてり
- ④ そうよう感・かゆみ
- ⑤ 発赤・顔面紅潮 …………… 膨隆を伴わない皮膚の赤い皮疹、顔面が赤くなった場合
- ⑥ 発疹・じんましん …………… 膨隆を伴った場合
- * ⑦ 呼吸困難 …………… 努力性呼吸などの呼吸困難、チアノーゼ、喘鳴などの症状、SpO₂の低下
- ⑧ 嘔気・嘔吐
- ⑨ 胸痛・腹痛・腰背部痛
- ⑩ 頭痛・頭重感
- * ⑪ 血圧低下 …………… 輸血開始後、収縮期血圧が30mmHg以上の低下を認めた場合
- * ⑫ 血圧上昇 …………… 輸血開始後、正常血圧より収縮期血圧が30mmHg以上の上昇を認めた場合
- ⑬ 動悸・頻脈 …………… ドキドキとした感じ、成人の場合は脈拍数が100回/分以上に上昇した場合
小児に関しては、対象年齢による脈拍の定義に従う
- * ⑭ 血管痛
- * ⑮ 意識障害 …………… 意識低下、意識消失などの場合
- * ⑯ 赤褐色尿(血色素尿)

* 項目は重症副作用の可能性が高いため詳細を確認する

内 容 チ ェ ッ ク

① 輸血の準備

- 患者と家族に「輸血に関する同意書」で輸血の同意を得る。
- 血液製剤と交差試験結果報告書で患者名、血液型、日時、血液製剤名、血液製剤製造番号、指示単位、放射線照射の有無、有効期限を声に出して2人で確認する。
- 輸血製剤の種類に応じた輸血セットを準備する。
- 輸血製剤の外観を確認し、静かに振って混和させる。
- 輸血バックは輸血セットをつないでから点滴スタンドに吊り下げる。

② 輸血実施時

- リストバンド等で患者確認し、患者にフルネームで名乗ってもらう。
- 血液型をリストバンド等で再確認する。
- 安全な部位に刺入し、異常がないことを確認する。
- 輸血前のバイタル測定(体温・脈拍・血圧・SpO₂)
- 輸血速度の調整をする。
- 輸血開始後5分間はベッドサイドに付き添い、患者の状態を観察する。
- 輸血開始後15分経過した時点で再度観察する。
- 輸血終了時、6時間後の時点で観察する。
- 副作用出現時は、直ちに医師に報告し対処する。
- 遅発性溶血性輸血副作用(DHTR)に注意する。
- 血液製剤交差試験結果報告書に施行日、施行者の記入を行い、交差試験結果報告書またはカルテ等に製剤番号シールを貼付する。
- 使用済みの針およびセットは医療廃棄物容器で処理する。
- 必要事項を記録する。
- 輸血実施2、3か月後、感染症検査を実施する。

6

輸液ポンプ・シリンジポンプの誤操作防止

ポイント

- ① 機器への過信に要注意
- ② 輸液ポンプ・シリンジポンプを使用する危険薬の正しい知識の習得
- ③ 輸液ポンプ・シリンジポンプの操作技術や知識の習得
- ④ ルート類の正確なセット・設定・設定後の確認
- ⑤ アラーム鳴動時の基本的対処行動の習得
- ⑥ 機器類の定期的な保守点検

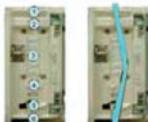
医療機器の点検

チェックポイント①

ポンプ内部は、輸液セットがたるまないようにセットします。ねじれていると流量異常の原因になります。

チューブセットの仕方

上から順番にはめていく。軽く引っ張る。



ねじれていると

流量異常

チェックポイント②

クレンメは輸液ポンプの下になるようにセットします。上にあると、クレンメを開け忘れた際閉塞アラームが鳴らないことがあります。

輸液セットクレンメの位置

クレンメはポンプより
〈下流〉にセットする

- ・閉塞発生時の処置が行いやすい
- ・上流では閉塞感知できない機種が多い
- ・気泡発生時の処置が行いやすい

チェックポイント③

1つのディスプレイで「流量」と「予定量」をボタンで切り替えるタイプは逆に誤入力される危険性があります。



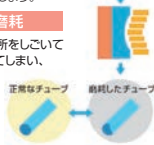
チェックポイント④

長時間、チューブの同じ場所をこしているるとチューブが磨耗して流量誤差が生じます。24時間毎に10cm以上ずらしましょう。

輸液ラインの磨耗

長時間、チューブの同じ場所をこしているると、チューブが磨耗してしまい、流量誤差が生じる。

24時間ごとに
10cm以上ずらす。



一番大切なことは器械に頼らず自分の目で確認することです!



① 点滴筒内の滴下OK!



② 流量・積算量と薬液の減り具合OK!



③ 点滴ルート接続部、穿刺部OK!

内 容 チェ ッ ク

① 輸液ポンプ

- 輸液ポンプ用セットを使用する。
- 輸液ポンプを点滴台に固定する時は、画面表示が見えやすい位置でバランスに注意し、確実に固定する。
- クレンメはポンプ下流部にセットする。
- 指示量を確認し、注入速度・予定注入量をセットする。
- ルートの屈曲やねじれがないか、輸液セットが正しくポンプに装着されているかボトルから刺入部まで手でたどり確認する。
- 輸液ポンプのフィンガー部にあたるルートは、同一部位が長時間セットされないように、1日1回以上位置をずらす。
- 滴下を目視で確認する。

② シリンジポンプ

- シリンジポンプは患者のベッドの高さと同じ位置で固定し、シリンジの内筒・外筒は正しく固定する。(サイフォニング現象注意)
- 画面と使用シリンジのサイズ的一致を確認する。
- プライミングは、流量設定後、「早送り」スイッチでルート先端まで薬液を満たす。

③ 共通事項

- クレンメ、三方活栓の開け忘れがないか確認する。
- 輸液を開始し開始状態になっているか確認する。(開始点灯確認)
- アラーム音が鳴ったら、必ずアラーム表示を確認してから患者を観察し、原因を確認し正しく対処する。
- 輸液漏れはアラーム音が鳴らないので、適時、針先刺入部の漏れ、腫脹の有無を確認する。
- 閉塞アラームが鳴った時は、クレンメを止め、操作をする。
- ポンプ設定変更時に設定エラーがおきやすいので、指示表を確認しながら、注入速度・予定注入量を設定する。
- 機器を過信せず、輸液残量を目視し作動状況を確認する。

7 心電図モニタの 安全使用

ポイント

- ①職員間の情報共有
(モニタ使用目的、アラーム設定、対応の指示)
- ②モニタ管理患者のチャンネル設定の確認
- ③モニタの時刻の確認
- ④患者毎のアラーム設定
(アラーム設定の不適切・設定範囲間違い・設定忘れ)
- ⑤アラーム音の「消音」「切」禁止
- ⑥アラーム鳴動時の基本的対処行動の習得
- ⑦テクニカルアラーム(電極確認・電波切れ・電池切れ・プリンタ用紙切れ等)の頻発防止
- ⑧モニタ使用に関する教育・トレーニング
- ⑨モニタ機器の日常・定期点検

電極の確実な装着

- 電極を貼る前に装着部位をアルコール綿で拭く。
- しわの多いところや凹凸のある場所への装着は避ける。
- 動きの少ない部位、筋肉の少ない部位を選択する。
- 接着状態が悪ければ新しい電極に貼りかえる。

内 容 チ ェ ッ ク

① モニタ装着の必要性

- チーム内で、患者のモニタ装着の情報を共有する。
- チーム内で、モニタ除去・継続使用の評価をする。
- 患者や家族にモニタ装着の理由を説明する。
- 電極は正確な位置に、確実に装着する。

② アラームの基本設定の確認

- モニタに表示される患者氏名の入力に間違いはないか確認する。
- モニタの時間が正確か確認する。
- 送信機のチャンネル番号とモニタ(受信機)に表示されるチャンネル番号が合っているか確認する。
- 患者生体情報が、送信機からモニタ(受信機)に届いているか確認する。
- アラーム音は「消音」「切」になっていないか確認する。
- アラーム音は、スタッフに聞こえる音量か確認する。
- アラーム設定の範囲は、患者にあった条件になっているか確認し、チーム内で共有する。

③ モニタ装着中の管理

- モニタ開始時や勤務開始時は、正しくモニタリング出来ているかを確認する。
- アラーム音が鳴ったら、必ずベッドサイドに行き、患者に異常がないか観察する。原因を確認し、対処する。
- 1日1回は電極を貼りかえる。
- モニタは常時監視できる状況があり、緊急対応が必要な重要アラームや波形を発見した時に対処できる。
- 送信機の電池残量やアラームには迅速に対応する。

8

身体拘束（抑制）の 管理と事故防止

ポイント

- ①「拘束を行うときの3つの原則」に基づいている
- ②自施設のマニュアルに基づいた拘束
- ③医師の指示に基づいた抑制
- ④インフォームド・コンセント
- ⑤拘束中の経時的な観察と記録
- ⑥患者アセスメントと最小限の拘束

*身体拘束予防ガイドライン参照（日本看護倫理学会2015）

拘束を行うときの3つの原則

緊急やむを得ない状態

一時的に発生する突発事態

- ①切迫性
生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。
- ②非代替性
身体拘束などの行動制限を行う以外の方法が見つからない。
- ③一時性
身体拘束その他の行動制限が一時的である。

出典：2001 身体拘束0への手引き

内 容 チェ ッ ク

①実施前

- 拘束は、アセスメントを行い、自施設のマニュアルに従い施行する。
- 患者、家族に拘束の内容・目的・時間・期間・注意事項について十分説明する。
- 同意書があることを確認する。
- 拘束部分に見合った拘束用具を選択する。
- 看護計画を立案し、記録する。

②実施中

- 患者の精神状態、体動状況、拘束部位の状態（関節の動き、拘束部の状態、末梢神経障害の有無）を観察する。
- 深部静脈血栓症・肺動脈塞栓症の予防をする。
- 拘束の部位や期間は最小限にとどめるよう、心身の観察とアセスメントを行う。
- 必要に応じ、精神科などの専門医に相談する。
- 誤嚥や窒息などの不慮の事態に備えておく。
- ナースコールを手元に設置する。
- 拘束の必要性を繰り返しアセスメントし、可能な限り一時的でも解除する。

③身体拘束の解除基準

- 身体拘束期間を超える。
- 身体拘束3原則を満たさない。

9

チューブ管理の 事故防止

ポイント

- ①チューブ先端の適正な位置の確認
- ②チューブ全線の開通確認(閉塞、折れ曲がり、はずれ)
- ③チューブ内で排泄物の逆流が起こらないことの確認
- ④体位変換や移乗時のチューブトラブルの確認
- ⑤チューブ挿入部や接続部からの感染防止
(チューブやボトル・バッグ交換時の確認)
- ⑥十分な固定確認
- ⑦固定テープをはさみで切る際はチューブ切断に要注意

内容チェック

- ①輸液ライン
- 点滴の滴下の不良がないか確認する。
 - 三方活栓の方向間違いはないか確認する。
 - 輸液ポンプの開始ボタンを押してあるか確認する。
 - 閉塞の要因となる薬剤の配合変化の有無を確認する。
 - 接続部の緩みの有無を確認する。
 - 体動を考慮したルート長さの調節する。
 - 定期的に刺入部、挿入部、接続部、固定部を確認し、観察を行う。

② 経鼻栄養チューブ

- 胃管挿入時の位置確認は、X線やPH測定を含めた複数の方法で行う。
- 栄養剤・内服薬注入前に、毎回、胃液（胃内容物）と気泡音の確認をする。
- 栄養剤・内服薬注入開始前に鼻孔から注入口まで指でたどりながら接続に間違いがないか確認をする。

③ 気管・気管切開チューブ

- 気管・気管切開チューブの固定時は、必ず1名がチューブを把持・固定する。
- 気管・気管切開チューブと人工呼吸器の蛇管との接続部のはずれはないか。また、回路に緩みをもたせるために支えるアームの調節と観察をする。
- 口腔ケアの際には気管チューブが固定不良で抜けないよう注意する。

④ 胸腔ドレーン

- 胸腔ドレーンの陰圧を確認する。
- 気泡の有無を確認し、エアリークの有無をチェックする。
- 突然の呼吸性移動の消失はドレーンの閉塞が考えられるので注意する。
- 排液バッグは挿入部位より低くする。
- エアリークのある患者の移動時、排液バッグの交換時は、必ずチューブ鉗子（ペアン）で、ドレーンを2ヶ所クランプする。クランプ後は必ず開放を確認する。

10 針刺し事故防止

ポイント

- ① 針刺し事故防止対策マニュアル(自施設)の遵守
- ② 安全衛生意識の向上
- ③ 注射や採血、点滴抜針の業務に集中
- ④ リキャップは原則禁止
- ⑤ 血液・体液の暴露の防止
- ⑥ 1患者、1トレイとする。
- ⑦ 事故発生時の上司への報告

内容チェック

- 針を使用しているときは、その処置に集中する。
- 安全な手技で行えるように、明るさ、作業スペースを確保する。
- ディスポーザブルの手袋はしっかりとフィットするサイズを選ぶ。
- すぐに捨てられるように、処置前に廃棄容器(携帯用メスキュードボックス等)を準備する。
- 針を扱う処置を行っている医師・看護師には近づかない、近づくときは必ず声をかける。
- 採血、注射の際は、患者に処置が終了したことを告げるまで動かないよう、説明し協力を求める。
- 協力の得られない患者の場合は、他の看護師に協力を求める。
- 針を持ったままの状態での他の動作を行わない。
- 使用後の針は、リキャップしない。
- 使用後の針は使用者がすぐに廃棄容器に入れる。

- 針は一時的であっても、他のゴミと一緒に置かない。
- 針捨て容器は八分目で交換する。
- 安全装置付き器材（翼状針・静脈留置針等）の正しい使用方法を学び、実施する。
- 血液・体液等が付着した針等で、皮膚損傷または粘膜曝露の危険性がある場合は、上司に報告し、自施設のマニュアルに沿って対応する。

11 転倒・転落事故防止

ポイント

- ① 患者の病状やADLの理解
- ② 病床周囲の整理整頓
- ③ 定期的な物品、設備の点検と整備
- ④ 転倒・転落に関する危険因子の予測
- ⑤ アセスメントに合わせた看護計画を立案する
- ⑥ 状況に合わせて適宜カンファレンスを行いアセスメントする

内容チェック

- 患者のリスクを正確に把握する。
転倒・転落アセスメント・スコアシート参照
- 病室、ベッドの種類、位置、補助具(サイドレール、杖、歩行器、車椅子等)の設定を行う。
- ベッドや補助具の正しい使用方法を説明する。
- 病棟内の段差を示し注意を喚起する。
- 動きやすい履物、病衣のサイズを選択する。
- 定期的に物品、設備を点検し整備する。
- ベッド周囲を整理、整頓(物品、コード類、水こぼれ放置等)する。

出典：医療安全推進のための標準テキスト、

公益社団法人日本看護協会2013年p.21-22

一部抜粋

(例) 転倒・転落アセスメント・スコアシート

※自施設の状況にあわせて変更されることが望ましい

※査定日は入院時、2～3日目(生活に慣れたころ)1週間後(患者の性格なども把握できるころ)、その後1週間ごと、事故発生時、その他症状変化時術後2日目に行う
ただし、意識レベルJCSⅢ200～300、四肢麻痺(MMT1以下)の患者には実施しなくてよい
※各分野で1つ以上チェックがあれば評価スコアの得点となる

分類	特徴	評価スコア	患者評価			
			入院時	2-3日目	1週間後	
年齢	65歳以上、9歳以下	2	/	/	/	/
認識力	認知症様症状がある 不穏行動がある 判断力、理解力、記憶力の低下がある 見当識障害、意識混濁、混乱がある	4				
薬物	以下の薬剤のうち1つ以上使用している 睡眠安定薬・鎮痛剤・麻薬・下剤・ 降圧利尿剤・抗凝固薬	4				
患者特徴	ナースコールを押さないで行動しがちである ナースコールを認識できない・使えない	4				
	目立った行動を起こしている(落ち着きがないなど) 何事も自分でやろうとする	2				
	環境の変化(入院生活・転入)に慣れていない	1				
病状	38℃以上の熱がある 貧血がある 立ちくらみ(起立性低血圧)を起しやすい	3				
	手術後3日以内またはドレーン類が挿入されている	2				
	リハビリ開始時期・訓練中である 病状・ADLが急に回復・悪化している時期である	1				
既往歴	転倒・転落したことがある	2				
感覚	平衡感覚障害がある	2				
	聴力障害がある 視力・視野障害がある	1				
運動機能障害	足腰の弱り、筋力の低下がある	3				
	麻痺・しびれがある 骨・関節異常がある(拘縮、変形)	1				
活動領域	ふらつきがある	3				
	車椅子・杖・歩行器を使用している	2				
	自由に動ける	2				
排泄	移動に介助が必要である 寝たぎりの状態であるが、手足は動かせる	1				
	尿、便秘禁がある 頻尿がある(昼8回以上、夜2回以上) トイレまで距離がある 夜間トイレに行くことが多い(夜2回以上)	3				
	ポータブルトイレを使用している 車椅子トイレを使用している 膀胱内留置カテーテルを使用している 排泄には介助が必要である	1				
危険度Ⅲ：20～45点 転倒・転落をよく起こす		合計				
危険度Ⅱ：10～19点 転倒・転落を起こしやすい		危険度				
危険度Ⅰ：1～9点 転倒・転落を起こす可能性もある		看護計画	有	有	有	有
※危険度Ⅲ以上または、薬物・認識力・病状にチェックされた患者は、看護計画を立案する		修正・変更				
※危険度Ⅲ以上または、薬物・認識力・病状にチェックされた患者は、看護計画を立案する		サイン欄				
注)「看護白書」に掲載されたものを2003年11月に一部、さらに2009年3月に改訂した(一部改定)						

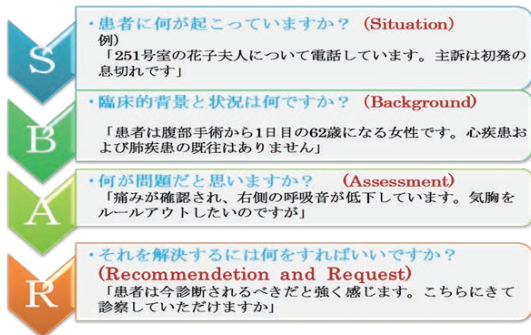
12 コミュニケーションエラー防止

ポイント

- ① 明確な言葉
- ② 最初の意見が無視されたとき、確実に聞こえるように2回は気になることをはっきり述べる(ツーチャレンジルール)
- ③ 患者の状態に関して、簡潔・明瞭に、即座の対応と重要な情報を伝達するツール(SBAR)
- ④ 緊急事態に対してすべてのメンバー同時に情報共有ができる声だし確認(コールアウト)
- ⑤ 伝えたいことが正確に伝わったか再確認(復唱・チェックバック)
- ⑥ 申し送り項目を共通化することでエラーの発生を防止する方法(引き継ぎ・ハンドオフ)
- ⑦ 話し手は明確な情報を送り、受け手は情報を認識して繰り返す。話し手は、情報が伝わったことを再確認する。

内容チェック

SBAR



効果的なコミュニケーションでチーム全体のパフォーマンス向上を目指しましょう!

13 個人情報漏えい防止

ポイント

- ① アクセス権限の明確化
- ② 業務上不必要な情報へのアクセス禁止
- ③ 個人所有のパソコン、記録メディアの使用禁止
- ④ 持ち出す際の暗号化
- ⑤ 業務用のパソコンへのソフトウェアのインストール禁止
- ⑥ カメラ付携帯の持込注意
- ⑦ 監視カメラ・入退室管理システム
- ⑧ 離席時等は確実にログオフする

内容チェック

- ① 個人情報は院外に持ち出さない
 - 患者情報、保管場所のドアの施錠
 - パソコンをチェーンなど持ち運べないように固定する
 - USBの取扱いを決める
 - LINE・Twitterでつぶやかない!
- ② 電子カルテからの情報漏えいをなくす
 - 使用後は確実にログオフする
 - 他人のパスワードを使用しない
 - パスワードは定期的に変更する
 - 廊下・病室での取扱いを決める
- ③ 個人情報の管理
 - 人が出入りする場所にカルテ、検査データなど放置しない
 - 不必要なコピーはしない
 - 患者情報を書いたメモ用紙は、シュレッターにかける
- ④ FAX送信



医療機関等における個人情報

特定の個人が識別できる情報のこと

基本情報	氏名・生年月日・年齢・性別・住所 電話番号・本籍・メールアドレス・血型 写真(ビデオの映像・音声)
家庭情報	家族構成・家族氏名・親族・婚姻
その他	勤務先(学校名)・勤務形態・ 在籍期間・給与額・健康診断の結果 人物評価成績・職歴・学歴・資格・賞罰 保険証番号・年金番号・納税状況 保険加入状況・金融口座番号

安全管理責任は、自己責任です。施設のルールを確認し、守りましょう!

看護師の倫理綱領

2003年
日本看護協会

*日本看護協会は1988年に作成・公表した「看護師の倫理規定」を2003年、「看護師の倫理綱領」と改訂・改題した。

前 文

人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。

看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている。

看護師は、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。

日本看護協会の「看護師の倫理綱領」は、病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護師を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基盤を提供するものである。また、看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を、社会に対して明示するものである。

条 文

- 1 看護師は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
- 2 看護師は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
- 3 看護師は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。

- 4 看護者は、
人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。

- 5 看護者は、
守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。

- 6 看護者は、
対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。

- 7 看護者は、
自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。

- 8 看護者は、
常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。

- 9 看護者は、
他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。

- 10 看護者は、
より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。

- 11 看護者は、
研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。

- 12 看護者は、
より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。

- 13 看護者は、
社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。

- 14 看護者は、
人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。

- 15 看護者は、
専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。



〒747-0062 防府市大字上右田2686
TEL(0835)24-5790 FAX(0835)24-1230

URL <http://www.y-kango.or.jp/>
E-mail yamakan1@chive.ocn.ne.jp

発行日：平成31年3月31日 発行人：会長 西生敏代 編集：医療安全推進委員会