

第Ⅲ部

日常業務における安全確保

1 当院におけるインフォームド・コンセント (Informed Consent, IC)

1. ICとは

『威嚇または不適切な誘導なしに、患者が理解できる方法及び言語により、医師が下記に示す情報を患者に説明した後に、患者が自らの意思で同意すること』を指す（国連総会決議、1991）。当院では侵襲的検査・処置にあたり、具体的に説明すべき内容として下記を含む必要があると考えている。

○特に ICが重要な場面：

診断がついたとき、病状が変化したとき、侵襲的処置・検査を行うとき

○説明に含むべき内容：

- 1) 現状の病状、検査所見など
- 2) 医療行為の目的・内容・必要性・有効性
- 3) 治療や検査に伴う危険性・確率
- 4) 代替となる治療法とその危険性
- 5) 治療をしない場合の危険性
- 6) セカンドオピニオンについて
- 7) 拒否する権利など

2. ICの重要性

正しい病名や症状を正直に患者に知らせることは倫理的に重要なだけでなく、治療をスムーズに進めていくために不可欠である。もし同意を欠いて侵襲的医療行為を行うと、傷害罪等に該当する可能性が生じる。

3. ICの前提と例外

同意は患者本人から得ることが原則で、患者が同意する能力（同意能力）を備えていることが必要である。しかし、患者が同意能力を欠いている場合があり、下記を参考に対応を決めること。

★説明に対して同意できる人

		同意能力	
		あり	ない場合
年齢	成年	本人	本人の意思を代弁しうる第3者 (成年後見人、配偶者、成年の子、親、兄弟姉妹)
	未成年	本人	親権者・未成年後見人

4. 説明の原則

1) 説明する人

医師が行う。特別の理由がない場合を除き、単独で行わないこと、第三者（看護師等）が立ち会うことを原則とする。

2) 説明を受ける人・同意をするかどうか判断する人

患者。円滑な説明の妨げとなる場合を除き、患者が同席を希望すれば原則として立会いを認める。その際、患者との関係・連絡先などを確認する。

3) 説明方法

- ・患者が理解しやすいように医学用語は避け、できるだけ平易な言葉を使用する。
- ・患者が質問する時間を取る、理解が得られにくいときは数回に分けて説明するなど、十分に時間をかけて理解が得られるようにする。
- ・理解を深めていただくため、説明は絵、図、などを含めた方法も有効である。

4) 説明した後で

- ・医師は、『診療に関する説明用紙』や『汎用説明書』に説明内容を記載する。
- ・『同意書・説明書使用マニュアル』の手順にそって、一部を患者ファイルに綴じこみ、一部を患者に控えとしてお渡しする。
- ・医師は、診療録にも説明内容等（日時、説明した人、内容）を記録する。
- ・同席した第三者（看護師等）は、医師が説明した内容について患者および立会人が理解されているか、質問内容や説明に対して示した反応などを診療録に記録する。
- ・看護師およびコメディカルスタッフの同席が困難な場合、医師は説明した内容と同時に患者の反応などについても診療録に記載し、その旨看護師に伝え情報を共有する。
- ・電話で説明した場合は、その時刻を診療録に記録する。

5. 同意能力がないと考えられる患者の場合

1) 未成年の場合

- ・未成年であっても、年齢や処置の内容によっては同意能力があると考えられる場合がある。判断能力が十分でない場合や、侵襲性の高い処置が必要となる場合などについては、親権者または未成年後見人が、未成年に代わって同意することができる。

2) 成年の場合

- ・患者の同意能力が治療等を『理解して同意する』ため必要な水準に達していないと考えられる場合には、『患者本人の意思をもっとも適切に代弁できると考えられる第三者』から同意を得るように努め、その旨を診療録に記載する。
- ・説明の際は、氏名、住所と共に、患者といかなる関係があるか、患者の意思を良く知りえるといえるか等を記載する。
- ・患者に代わる適切な第三者がいない場合は、その旨を診療録に明記して、前頁1)～7)も診療録に残し治療等の妥当性が証明できるように留意すること。

6. ICに係る責任者の配置

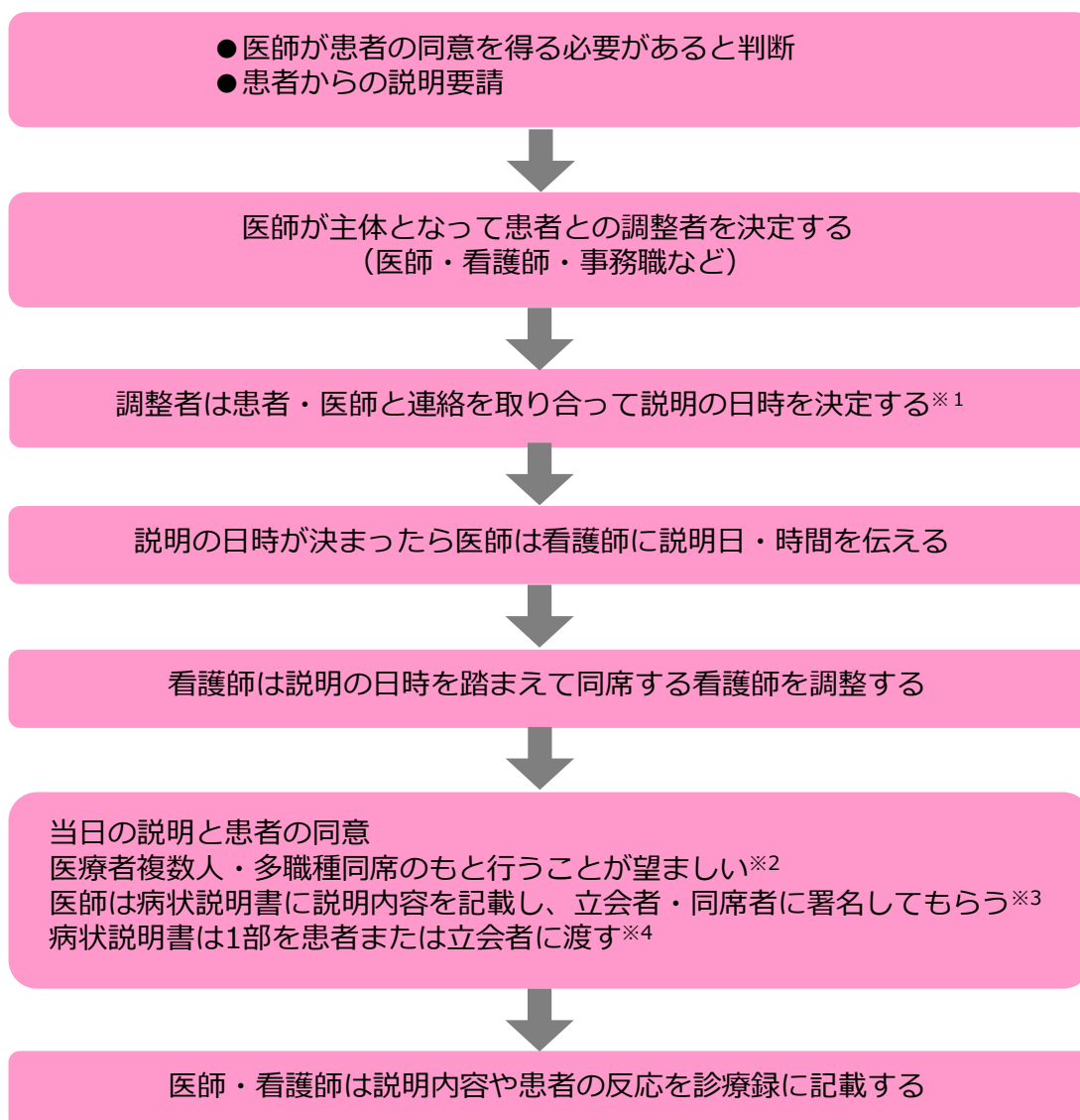
- ・ICの適切な実施の確認等に係る責任者を配置する。
- ・診療担当副院長が責任者、診療情報管理室長が副責任者となる。
- ・当該責任者は、定期的に診療録等の記載内容の確認を行うなどして実施状況を確認し、不十分な場合は実施が適切になされるよう研修・指導等を行う。

7. 職員やその家族に対する IC

- ・職員やその家族が対象の場合は、通常の患者及びその家族に対する場合と同様の方法（日時や場所の設定）で行うことは勿論、いつも以上に丁寧に時間をかけて説明し、考える時間を十分に与えた上で同意を得る様心掛けること。

2016年9月2日作成
2019年11月1日改正
2021年6月1日改正
2023年7月1日改正

インフォームド・コンセント (IC) のフローチャート



※1 生命の危機が迫っている状態でなければ、患者が説明内容から同意・不同意を決めるための十分な期間を確保すること

※2 同席者について

- ・ 医師単独または、初期／後期臨床研修医のみの立ち合いで行うことは可能な限り避けること。
- ・ 看護師が同席できなかった場合、医師は患者への説明内容や患者の反応などについて看護師に伝えること。
- ・ 患者の指名する立会者を名乗る者がある場合には、患者との関係（続柄）および患者の氏名、患者の許可する者であることを確認すること。

※3 臨床研究・治験においては、研究責任者／治験責任医師・分担研究者／治験分担医師が説明文書（倫理委員会で承認を受けた最新版）を用いて（被験者に渡して）説明する。文書を用いない説明（口頭のみ）は認められない。同意の取得の際には同意書（倫理委員会で承認された最新版）を用いる。同意書（臨床研究では手順に従って）あるいは説明同意文書の写し（治験）を被験者に渡して保管してもらう。

※4 臨床研究・治験においては、同意書の原本は研究者側で適切に（手順に従って決められた期間）保管をする。電子カルテへの取り込みには原本は使用しない。取り込みの際はコピーを使用し、それを電子カルテに保存する（臨床研究）、あるいは同意書の「病院（カルテ）保管用」のコピー（治験）を電子カルテに保存する。

2 侵襲的検査・処置

2-1 定義・同意書の取得について

1. 侵襲的検査・処置の定義

体内に器具を挿入する検査・処置および検査によって体に影響が出る可能性がある検査・処置

2. 同意書を取得しなければならない検査・処置

- 1) 皮下を越えて臓器に達する穿刺、麻酔を用いて切開する検査・処置
- 2) 循環動態に影響を及ぼす可能性のある検査・処置
- 3) すでに院内で同意書の取得が必須である検査・処置
- 4) その他

3. 侵襲的検査・処置の位置づけ



※ 東京医科大学病院 医療安全ハンドブック（第7版）より引用

同意書を必要とする主な侵襲的検査・処置一覧表

1) 皮下を越えて臓器に達する穿刺、 麻酔を用いて切開する検査・処置	2) 循環動態に影響を及ぼす可能性のある 検査・処置
各種神経ブロック、硬膜外ブロック（麻酔）、神経根ブロック	負荷脳血流シンチ
生検（甲状腺・肺・肝・腎・皮膚・筋・神経・経直腸的前立腺・子宮頸部コルポスコピー・ダクタリカ・直腸粘膜等）	負荷心筋血流シンチ
穿刺（骨髄・心嚢・腰椎・胸腔・腹腔・膿瘍・顎関節等）	副腎静脈サンプリング検査
術前CTガイド下マーキング	血液浄化療法(CHDF,PMX-DHP)
ドレーン挿入・留置（脊髄・胸腔・腹腔・口腔内外等）	人工腎臓（血液透析,血液濾過透析）
切開排膿ドレナージ	血漿交換
羊水検査	ECMO
硝子体内注射	瀉血
針筋電図	低体温療法
	静脈内鎮静
	除細動（待機的）
	膀胱内圧・直腸内圧測定
	ガリオルスト
	下垂体機能検査
	副腎機能検査
	グルカゴン試験
	選択的動脈内カルシウム注入試験
3) すでに院内で同意書の取得が必須である 検査・処置	4) その他
手術療法（医科コード/歯科コードのある手術・処置）	経尿道的止血術・異物除去（外来）
気管切開術	尿道・尿管ステント留置（初回）
胃瘻造設術	半永久的尿道カテーテル（初回）
腎瘻・膀胱瘻造設（交換や再挿入除く）	イレウス管挿入
体外衝撃波結石破壊術	気管挿管（待機的）
心カテ（検査・治療すべて）	経食道心エコー検査
造影検査(MRI,US,CT)	腹水濾過濃縮再静注法
血管造影検査（検査・治療すべて）	
蛍光眼底造影検査	
TV室でヨード造影剤を使用するすべての検査・治療	
CVC（透析用フラットカテーテル、PICC含む）挿入	
中心静脈ポート造設・抜去術	
内視鏡検査	
内視鏡を用いた処置・検査	
肛門鏡、膀胱鏡（初回）	

2021年6月3日現在

2-2 侵襲的検査・処置時の鎮静指針

- ・侵襲的検査・処置を鎮静下に行う場合、以下の点に注意して施行のこと
- ・特に、内視鏡診療における鎮静についてはこの指針に則り施行のこと
(内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン(第2版)を参考のこと。)

【注意事項】

- ① 侵襲的検査・処置を行う際の、鎮静の必要性を十分に説明
- ② 鎮静することへの同意を得ること
- ③ 緊急を要する事例以外は時間内に実施
- ④ 時間内は、原則として2名以上の医師と介助する看護師1名以上で行う
- ⑤ 医師の内少なくとも1名は経験症例数が十分にあって、鎮静薬に関する知識を取得していること
- ⑥ 鎮静薬に関する知識は講義により取得し、知識を取得した医師が説明し同意を得る
- ⑦ 介助する看護師は、Nursing Skills「内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)」を学習している者
- ⑧ 鎮静施行現場には、補助換気器具および救急カートを必ず準備
- ⑨ 鎮静中のモニタリングは心電図・血圧・酸素飽和度・呼吸数で、その記録が原則
- ⑩ 異常を察知した場合は、手技を中断し患者の呼吸循環状態を複数人で観察
- ⑪ 患者の状態悪化が見られた場合、迷わずコード99
- ⑫ 検査処置終了後、意識回復基準に準じて対応し、必要があれば観察期間を延長する
尚、⑥については、今年度はコロナ禍であり配布資料による自己学習とする

★意識回復基準：麻酔回復スコアを用いて判断する

外来：合計スコアが10点になるまで繰り返す

入院：『カテゴリー3-7 深呼吸や咳が自由にできる』と『カテゴリー5-13 酸素無し状態で SpO₂>92%をみたしている』がクリアできれば、他のカテゴリーが1点で合計7点以上であれば帰棟を考慮しても良い

最終的には検査施行医が判断、帰棟後も病棟で十分な観察をし、鎮静からの回復を確認すること

表3. 麻酔回復スコア(10点満点で完全回復と判断)
拮抗剤を使用した場合2時間のRest観察が必要

分類	観察項目	スコア(点)
カテゴリー1 意識レベルの回復	1. 呼びかけに対して、はっきり答えることができる。	2
	2. 呼びかけに応じて目覚めるが、覚醒が維持できない。	1
	3. 呼びかけに対しても、いずれの反応もみられない。	0
カテゴリー2 運動機能の回復	4. 手足を自由に動かせ、ふらつきなく歩ける。	2
	5. 手足を動かせるが、範囲に制限がある。	1
	6. 手足を自由に動かすことができない。	0
カテゴリー3 呼吸状態の安定	7. 深呼吸や咳が自由にできる。	2
	8. 呼吸困難や頻呼吸がみられる。	1
	9. 無呼吸状態がみられる。	0
カテゴリー4 循環動態の安定	10. 収縮期血圧>100mmHg以上 or 麻酔前値まで回復	2
	11. 収縮期血圧：麻酔前値より<50%以内の減少	1
	12. 収縮期血圧：麻酔前値より>50%以上の減少	0
カテゴリー5 酸素飽和度の安定	13. 酸素なし状態で、SpO ₂ >92%を満たしている。	2
	14. SpO ₂ >90%を維持するために、酸素投与が必要。	1
	15. 酸素投与しても、SpO ₂ <92%までしか回復しない。	0

※ 鎮静後の回復評価チェックリストは、掲示板内—安全管理—フォーマット【94】より出力する

3 診療情報開示規程

(目的)

第1条

患者に対する診療情報の提供は医療提供者の重要な責務であり、診療情報を積極的に患者に提供し、医療提供者と患者が診療情報を共有することによって両者の良好な関係を築き、より質の高い開かれた医療が可能となる。東京医科大学茨城医療センターにおいても、誠意をつくして診療情報を十分に説明し、インフォームド・コンセントに基づいた医療を実践すべく日夜努力を続けているが、さらに「より良い開かれた医療関係」をめざし診療情報の開示を実施する。診療情報提供の一般原則として、医師は患者に対して懇切に診療情報を説明・提供するよう努める。

診療情報は口頭による説明、説明文書の交付等、具体的状況に即した適切な方法により提供することとするが、診療記録自体やその複写物等の提供を希望される場合は、その範囲、方法、等を以下のように定める

(開示する診療情報の範囲)

第2条

開示の対象は、東京医科大学茨城医療センターで管理している診療録（電子カルテの内容及び外来・入院患者ファイル）に含まれるもの（処方箋、検査記録、検査結果報告書等）、各種医療画像等とする。

(開示の方法)

第3条

開示の方法は、原則として本人が請求した方法によって開示する、但し、その方法による開示に多額の費用を要するなど、本人が指定した方法による開示が困難であるような場合は、本人の請求した方法に関わらず「複写」とする。

(開示請求対象者)

第4条

開示請求は、次の各号に定める者が行うことができる。

- (1) 患者本人
- (2) 法定代理人
- (3) 任意代理人

2. 前項各号以外の者からの開示請求に対しては、その都度、部門個人情報保護委員会が開示の是非を判断する。

(開示に対する説明)

第5条

開示請求に関する相談があった場合、職員は総務課に連絡し、総務課担当者が『診療記録等の開示を希望される患者様・ご家族様へ』（別紙5）をもとに説明を行う。

(開示請求の方法)

第6条

『診療記録等開示申請書』（別紙1）を総務課または患者相談窓口に提出する。

（受付時間と受付場所）

第7条

受付時間は、平日（月曜日から金曜日）は8時30分から16時30分まで、（第1、第3、第5土曜日）は、8時30分から12時30分まで。受付場所は、総務課または総合相談支援センター。

（開示請求に対する院内対応）

第8条

総務課担当者は『診療記録等開示申請書』が提出された場合、『診療記録等開示請求報告書』（別紙2）を作成し、主治医ならびに安全管理室に連絡する。安全管理室は、危機管理部会にてこれを供覧する。総務課担当者は、『外部への診療情報（診療録自体やその複写物）提供時のチェックリスト』（別紙3）を利用して、開示請求に対して速やかに対応することとする。開示資料の準備は安全管理室と総務課担当者が行うが、開示資料は2部作成し1部は安全管理室で保管する。総務課担当者は開示資料台帳を作成する。

尚、電子カルテの印刷方法に関しては別途定める（別紙6）。

（診療情報の提供に必要な費用）

第9条

開示に伴う費用については、実費を申請者に請求する（別紙5）。

（退職者等の閲覧・データ抽出）

第10条

茨城医療センターに在籍していない者の診療情報の閲覧については、診療録管理規程【第9 閲覧・貸出】に、データ抽出については、診療録管理規程【第10 データ抽出】3非職員に別途定める。

（開示実施開始日）

第11条

平成12年6月1日から実施する

（改廃）

第12条

本規程の改廃は、部門個人情報保護委員会の議を経て病院長が行う。

平成15年4月1日 改正

平成27年8月24日 改正

（部門個人情報保護委員会にてこの規程を新規承認）

令和元年11月1日 改正

令和5年7月1日 改正

【別紙1】

診療記録等開示申請書

年 月 日

東京医科大学茨城医療センター 院 長 殿

〒
申 請 者 住 所
(ふりがな)
氏 名
電 話 番 号

年

次のとおり診療記録等の開示を申請いたします。

開示を受けたい内容	(1) 外来診療録 (年 月 日～ 年 月 日) (2) 入院診療録 (年 月 日～ 年 月 日) (3) フィルム等 (年 月 日～ 年 月 日) (4) その他 (年 月 日～ 年 月 日)
患者名	診療科 患者番号
※本人の状況	未成年者 10歳未満 10歳以上
法定代理人が開示を請求する場合	同意の有・無 被検知人
本人の氏名	
本人の住所	
電話番号	
※希望する開示の方法	(1) 複 写 (2) 資料等の交付 (3) その他

注1： 薬の欄は、該当するものをすべて記入してください。
注2： 申請の際には、申請者本人であることを確認するために必要な書類（運転免許証、健康保険の被保険者証など）を提出し、又は提示してください。
注3： 法定代理人が申請する場合に、注2の書類のほかに、その資格を確認するために必要な書類（「養育簿」など）も提出してください。

本人等の確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
提出した記録番号	担当課
番 号	

枚数区分	
受理日	年 月 日 時 分
受理者	印
受理窓口	①総務課 ②その他 ()

【別紙2】

診療記録等開示請求報告書

年 月 日

年 月 日付で診療記録等の開示請求がありましたので、報告致します。

病院長	副院長	安全推進部長	事務部長	各科部長 (科)	総 務 課	主・管
病 監						

請求者	患者自身 氏名
代理人	氏名 患者 氏名
委任状	
官公署	患者 氏名

診療科

開示書類

請求資料 別紙のとおり

数 値 者
氏 名 印

診療記録等交付日に記載

交付月日 (送付日)	年 月 日
交付書類 (送付書類)	○外来診療録 枚 ○入院診療録 枚 ○フィルム等 枚 ○その他 枚 合計 枚 (コピー代～ 外来・入院診療録 (白黒) 1枚 20円 (カラー) 1枚60円 CD-R (フィルム等) 1枚 1100円)
交付者 (送付者)	担当課 氏名

【別紙3】

外部への診療情報 (診療録自体やその複写物) 提供時のチェックリスト

患者・利用者等の自由な意思を尊重しないために、開示等を求める産出の記録を要求すること、及び開示を求めるとは不適切である（医療・介護関係事業者における個人情報保護の適切な取扱いのためのガイドライン（平成22年9月17日改訂））とりましたので注意してください。

【チェック項目】 ※該当するものに○をつけてください (複数可)。また、() 内には必要を記載して下さい。

1. カルテ開示の申請があった場合

- 患者相談窓口 () から担当医 () に相談を要求
- 総務課 (患者相談窓口担当者) に連絡
- 総務課担当者 () が開示申請書を受領
- 必要項目記載後申請書の複写を申請者に渡す
- 総務課担当者 () は担当医および安全管理室に連絡
- 総務課担当者 () は診療記録等開示請求報告書を作成し、安全管理室へ届ける
- 危機管理委員会にて診療記録等開示請求報告書を確認する
- 総務課担当者 () が開示申請者に予定を連絡
- 安全管理室と総務課担当者で開示資料の準備
- 開示資料は2部以上作成
- 安全管理室 () と総務課担当者 () にて確認
- 総務課担当者が開示申請者に開示日を連絡
- 安全管理室 () 年 月 日 時 分
- 開示資料の1部は安全管理室で保管
- 開示資料台帳に記入 ()

2. 関係書類の文章により診療録情報等の複写を要求された場合

- 総務課担当者 () が複写等を2部準備
- 総務課担当者 () は、主治医 () および安全管理室に連絡
- 総務課または安全管理室より危機管理委員会で報告し承認を仰る
- 送付資料は2部以上作成
- 総務課担当者が資料を送付し、1部を安全管理室で保管

3. 司法・行政裁判の場合

- 診療録等原本を提出することになるため診療録等のコピーが必要。
- 開示内容は安全管理室 (時間外は事務担当) が複写し、安全管理室で保管

4. 賠償請求の場合

- 賠償請求が行われた時点での診療録等のコピーが必要。
- 時間内は安全管理室 (時間外は事務担当) が複写し、安全管理室で保管

【別紙5】

診療記録等の開示を希望される患者様・ご家族様へ

(診療記録等開示について)

東京医科大学茨城医療センターにおいて、診療記録自体やその複写物等を患者様より提供のご希望がある場合には下記の手続きにてご相談ください。尚、開示等を求められる理由をお知らせいただく必要はありません。

但し、診療録に記載された情報は、患者様個人の情報ですので原則的に患者様ご本人以外への情報開示は行っておりません。

また、病状や治療方針等について、お聞きになりたい事や詳しい説明を希望される場合は、診療録開示によらず、診療時間外にてお時間を取らせて頂きますので、担当医師、看護師、または、総務課へお気軽にご相談ください。

(診療記録等開示のお申込先)

- 担当医師、看護師、総務課、患者相談窓口へお気軽にお申し出ください。

(受付時間：総務課、患者相談窓口)

平日(月曜日～金曜日)	8時30分～16時30分まで
第1,3,5土曜日	8時30分～12時30分まで

(開示に必要な資格と書類)

基本的に患者様ご本人による申請となります。ただし、代理人による申請が可能です。その際は、下記の証明証が必要となりますので、開示請求の際にご用意ください。

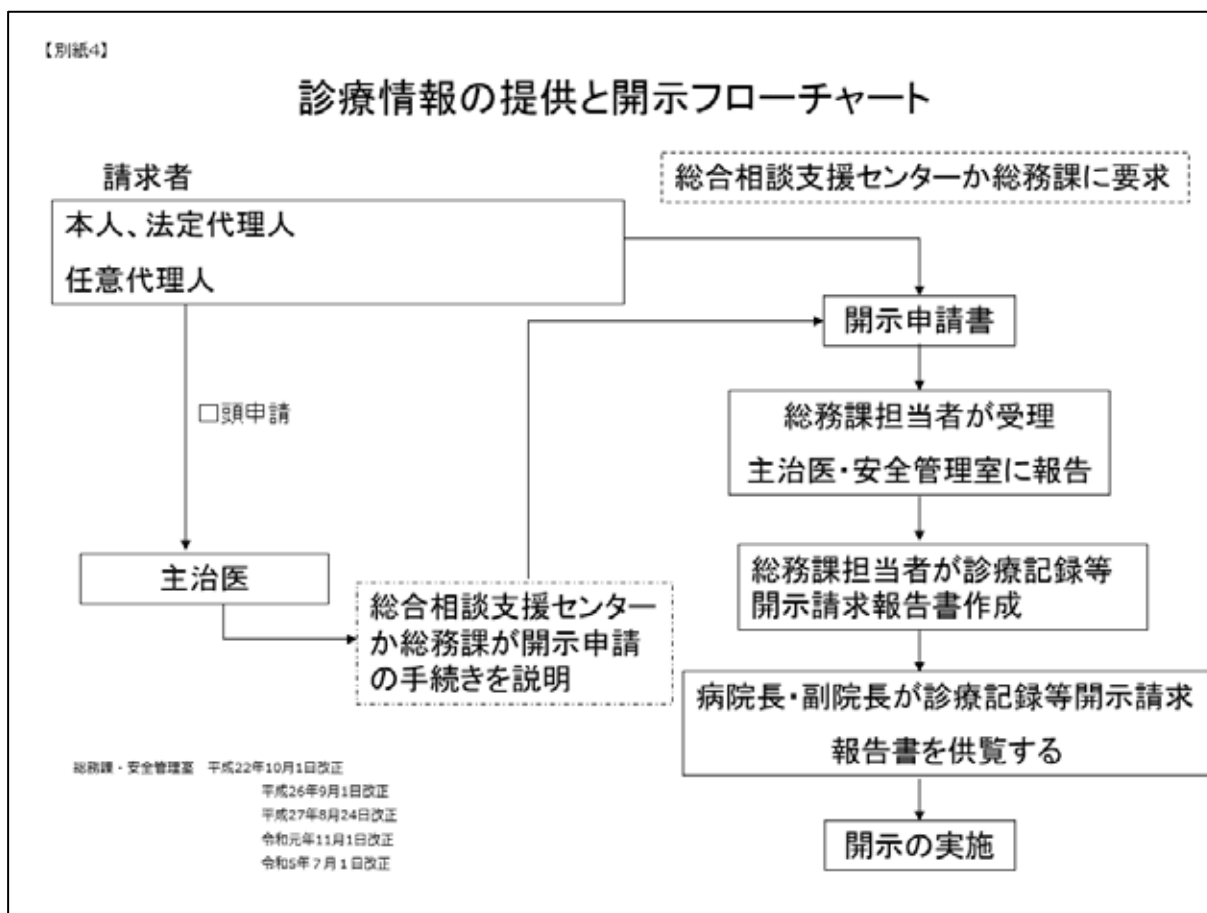
申請者(本人)の場合	①運転免許証、②健康保険の被保険者証のいずれか
法定代理人の場合	①運転免許証、②健康保険の被保険者証のいずれか 戸籍謄本 ※患者様ご本人より委任状が必要な場合があります。

(開示に必要な費用)

開示に伴う費用については、請求者の実費ご負担となりますご了承ください。費用については、下記をご参照ください。

診療録等	1枚(白黒) 20円 (カラー) 60円	送付の場合は、 返付となります。
CD-R (フィルム)	1枚 1,100円	
複写関係事項照会書等	開示者に請求	

【別紙4】



【別紙6】

診療記録等開示 印刷内容

【照会書等】【司法・行政解剖】【証拠保全】に関する印刷内容は次の通りとなる。

○基本、カルテ開示請求者が申請した内容の診療記録等をコピー、印刷する。

外来…電子カルテ：1 号用紙・診察記事・検査結果・画像（読影結果を含む）・病理診断結果
 ※画像はCD-R 使用

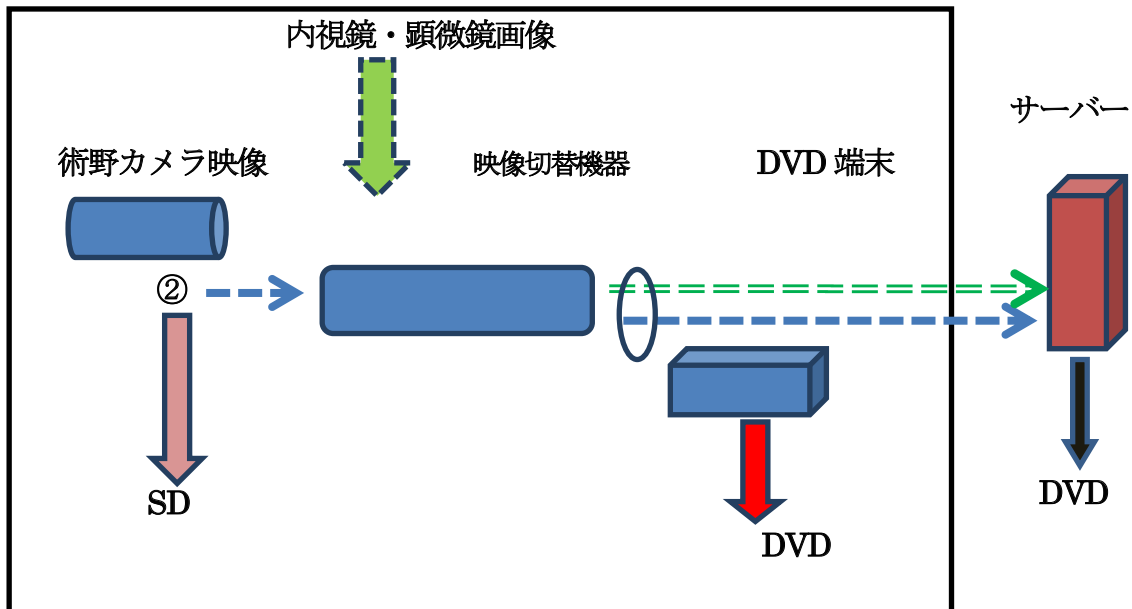
入院…電子カルテ：1 号用紙・診療記事・検査報告書・画像（読影結果を含む）・病理診断結果
 ※画像はCD-R 使用
 看護支援システム（プロフィール・フローシート・看護計画）
 入院患者ファイル

※必要であれば、電子カルテ内をデータにて提出
 入院患者ファイル

4 中央手術室の画像保存・抽出手順

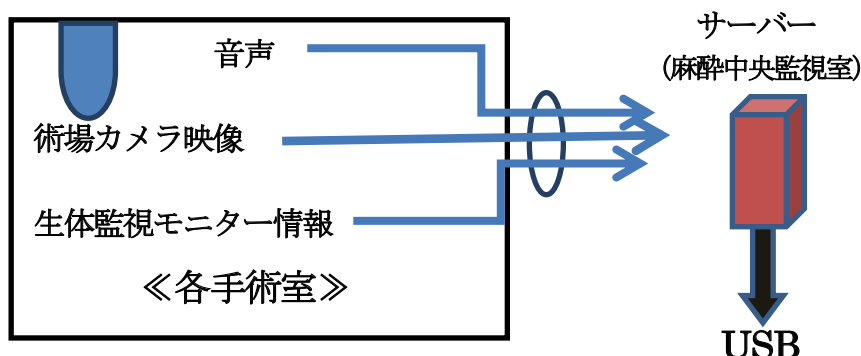
1. 術野カメラ

- 1) 映像を各診療科が個別に保存媒体に保存することができる
 - ① 内視鏡・顕微鏡画像含む術野の映像：各手術室内の DVD 端末により DVD に録画可能
(各部屋において常時この設定で録画可能です。但しハイビジョン映像ではない)
ハイビジョン映像以上の高画質を希望の場合は、3の『サーバーに保存されている画像が必要な場合』に従って依頼する。
 - ② 天吊りカメラのみの映像：各手術室内で SD カード or DVD に保存可能。
- 2) サーバーは南地下サーバー室に設置、画像は最低3か月間保存される。それ以降は、順次古いものから自動削除される。サーバー保存の画像が必要な場合は、3に従って依頼する。
- 3) DVD は手術室で準備し、各診療科宛に請求を回す。



2. 術場カメラ：各手術室内を24時間連続撮影

画像と音声が生体情報と同時に記録される。サーバーは南地下サーバー室にあり約1か月間保存される。それ以降は、順次古いものから自動削除される。サーバーに保存されている画像が必要な場合は、3に従って依頼する。



3. サーバーに保存されている画像が必要な場合

サーバーに保存されている画像は2通りある。

- 1) 術野（顕微鏡・内視鏡含む）のハイビジョン・フルハイビジョン画像
- 2) 術場の生体情報入の画像

保存期間：約1か月

申込方法：『手術室画像抽出申込書』を手術室経由で安全管理室に提出する。

但し、データはWindows Media Video形式での取出しで、画質によっては切り出し映像時間の約3倍の出力時間が必要となる。

別紙様式 12	
中央手術部 受付日 ()	
安全管理室 受付日 ()	
写真室 受付日 ()	
手術室画像抽出申込書	
年 月 日	
東京医科大学茨城医療センター 安全管理室長 殿	
申請科： ()	科
氏名： ()	印
以下の理由により、手術画像記録サーバーからのデータ取出しをお願いしたく申請致します。尚、画像データの紛失等がないよう責任も持って保管致します。	
手術室・手術名	号室： ()
手術日時・開始時間 患者ID	年 月 日 () 時 分 開始 ID： ()
利用目的	<input type="checkbox"/> 安全管理上の保存 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 学会 <input type="checkbox"/> その他 ()
画像の種類	<input type="checkbox"/> 術野映像（内視鏡・顕微鏡含む） <input type="checkbox"/> 内視鏡・顕微鏡映像のみ <input type="checkbox"/> 映像指定 () <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 術場映像（生体情報含む）
画質	<input type="checkbox"/> スタンダード（アナログ放送の画像） <input type="checkbox"/> ハイビジョン（地デジ放送よりやや悪い画像） <input type="checkbox"/> フルハイビジョン（1時間で約3GB）
保存媒体	<input type="checkbox"/> Blu-ray <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> USB *SD・USBの場合は依頼者が準備し申し込み時に持参のこと
保管場所・責任者	場所： () 責任者： () 印
料金区分	<input type="checkbox"/> 開示請求者 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 研究費 <input type="checkbox"/> その他 ()
受領日・受領者	年 月 日 () 氏名： () 印
尚、データはMP4形式での取出しで、画質によっては切り出し映像時間の約3倍の出力時間が必要となります。従いまして、データの引渡しまでには十分な時間が必要となりますので予めご了承ください。	
2014年7月22日改正 2016年7月15日一部改正 2019年11月1日一部改正 2022年9月1日一部改正	

※ 手術室画像抽出申込書は、掲示板内「安全管理」フォーマット【100】より出力する

2011年6月6日から実施
(6月10日病院運営会議で承認)

2014年7月22日改正

2016年7月15日一部追加

2019年11月1日一部改正

2022年9月1日改正

2023年7月1日一部改正

5 放射線画像のインポート・エクスポート手順

東京医科大学茨城医療センターにおける放射線画像のインポート・エクスポートに関して、以下の様に定める。

I. 放射線画像のインポート

放射線画像のインポートとは、診療に利用する事を目的とし他施設で検査したX線フィルムや可搬媒体（CD-R、DVD等）に保存された放射線画像を、当センターのPACS（Picture Archiving and Communication System）に画像情報の取り込みを行うこと。診療以外の目的での画像のインポートは原則禁止する。

1. 可搬媒体（CD-R、DVD等）からのインポート

1) 業務時間内の場合

(1) インポート依頼方法

依頼方法 : インポートする可搬媒体を医事課初診受付に提出する。

(入外どちらも診察カードを添えて提出のこと)

問い合わせ先：医事課 初診受付（1465）

(2) 放射線画像インポートについての注意点

外来患者でインポートがあった場合は、“インポート有”の札が受付票に添付される。

① 可搬媒体がウィルス感染していた場合、インポートは行わない。

(医療連携室は、可搬媒体を作成した施設にウィルス感染があった旨の連絡を入れる)

② 規格の相違などによりインポートが出来ない場合やインポートに時間を要する場合は、速やかに受診科及び放射線部に連絡し対応する。

(医療連携室は、可搬媒体を作成した施設にインポート出来ない旨の連絡を入れる)

③ 診察終了後にインポートを依頼する場合は、患者より可搬媒体を預かり医事課初診受付にインポート依頼する。預かった可搬媒体は再来時患者に返却する。

2) 業務時間外の場合

(1) インポート依頼方法

依頼方法 : 放射線部当直者（7648）へ電話する。

インポートする可搬媒体に患者情報の登録に使用する診察カードを添えて放射線部へ提出する。

問い合わせ先：放射線部当直者（7648）

(2) 放射線画像インポートについての注意点

① 可搬媒体がウィルス感染していた場合、インポートは行わない。

(医療連携室は、可搬媒体を作成した施設にウィルス感染があった旨の連絡を翌診療日に行う)

② 規格の相違などによりインポートが出来ない場合やインポートに時間を要する場合は、速やかに受診科に連絡し対応する。

(医療連携室は、可搬媒体を作成した施設にインポート出来ない旨の連絡を翌診療日に行う)

3) インポート画像の参照について

- (1) インポートされた画像は、電子カルテ統合ビューア（CITA Clinical Finder）の生体検査内、検査種ラベル『他院画像』に分類し、撮影日の時系列で表示される。画像ボタンを押し参照する。
- (2) 医師は画像を参照する際には、必ず患者情報を確認する。もし、インポート画像の患者情報や画像に誤りがあった場合速やかに連絡すること（業務時間内は医事課初診受付（1465）、業務時間外は放射線部当直者（7648））。
- (3) 読影所見は、必ず電子カルテに入力する。
（特に、写真診断料、コンピュータ断層診断料を算定する場合は必須）

4) 可搬媒体の取扱い

インポート目的、参照目的で患者より預かった可搬媒体は、責任を持って各診療科が患者に返却する。当センターでの預かりは原則行わない。

2.X線フィルムからのインポート

1) インポート受付場所及び受付時間

依頼方法 : インポートするX線フィルムに患者情報の登録に使用する診察カードを添えて放射線部へ提出する。

受付時間 : 業務時間内

問い合わせ先 : 放射線部 受付（1249）

2) インポート画像の参照について

- (1) インポートされた画像は、電子カルテ統合ビューア（CITA Clinical Finder）の生体検査内、検査種ラベル『他院画像』に分類し、撮影日の時系列で表示される。画像ボタンを押し参照する。
- (2) 医師は画像を参照する際には、必ず患者情報を確認する。もし、インポート画像の患者情報や画像に誤りがあった場合速やかに放射線部受付に連絡する。
- (3) 読影所見は、必ず電子カルテに入力する。
（特に、写真診断料、コンピュータ断層診断料を算定する場合は必須）

3) X線フィルムの取扱い

インポート目的、参照目的で患者より預かったX線フィルムは、責任を持って各診療科が患者に返却する。当センターでの預かりは原則行わない。

3.インポート画像の放射線科読影依頼

依頼方法 : 『対診依頼用紙』に、読影依頼する患者の基本情報とインポートした画像の撮影モダリティ名、撮影日を記入し放射線部受付に提出する。

受付時間 : 業務時間内

問い合わせ先 : 放射線部 受付（1249）

II. 放射線画像のエクスポート

放射線画像のエクスポートとは、他院紹介や研究目的等で、当センターの PACS から可搬媒

体（CD-R,DVD 等）に記録すること。

1. エクスポート依頼方法と受付時間

1) 業務時間内

依頼方法 : 『放射線画像情報の保存媒体記録に関する申請書』に必要項目を記載し放射線部受付に提出する。

問い合わせ先 : 放射線部 受付 (1249)

※原則、通常勤務時間外については、翌診療日

2) 業務時間外で、緊急で患者紹介をする場合

依頼方法 : 放射線部当直者 (7648) へ電話し『放射線画像情報の保存媒体記録に関する申請書』に必要項目を記載し放射線部受付に提出する。

問い合わせ先 : 放射線部当直者 (7648)

2. 放射線画像の記録について

- 1) 医師は、紹介施設に負担にならない様、抽出する画像を必要最低限にする様に努める。
- 2) 依頼科は、翌診療日に申請用紙の①を診療情報管理室、②を医事課に届ける。
- 3) 診療情報提供書を記載した場合、看護師はコスト表の『診療情報提供料 (I)』にチェックを入れる。

3. 記録された媒体の取扱い

記録した可搬媒体には、個人情報が含まれるため取扱い及び保管には十分注意する。

2014年3月14日
2023年7月1日一部改正

放射線画像情報の保存媒体記録に関する申請書

3枚複写で1枚目診療情報管理室控、2枚目医事課控、3枚目放射線部控で保存は医療連携室

放射線画像情報の保存媒体記録に関する申請書

診情報承認番号 診情-20210127-申請書008
①診療情報管理室控
(診察券をプリントしてください)

患者氏名
生年月日
患者ID

【申請者記入欄】 無地の欄に必要事項を記入してください。

申請日：20 年 月 日

申請者：(所属) 科 (PHS) (氏名)

利用目的		担当(会計請求先)	
<input type="checkbox"/> 他院紹介・転院等	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	医事課(患者負担)	
病院名()			
<input type="checkbox"/> 保険会社提出		医事課(保険会社負担)	
<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 研究・学会発表	医事課(病院負担・研究費)	
<input type="checkbox"/> 警察提出	<input type="checkbox"/> 開示請求 <input type="checkbox"/> 証拠保全	総務課(警察負担・個人負担・弁護士)	
<input type="checkbox"/> その他()		()	
記録媒体	<input type="checkbox"/> CD、DVDコピー <input type="checkbox"/> フィルムインポート <input type="checkbox"/> CDインポート		
希望期限	20 年 月 日 時 まで		
抽出内容	<input type="checkbox"/> 一部抽出して保存する場合は、以下に記入をお願いします		
	<input type="checkbox"/> 20 年 月から 20 年 月まで過去画像全て		
	<input type="checkbox"/> 過去画像全て		
検査日	検査モダリティ名 (X-P, CT, MRI, US, Angio, RIなど)	検査日	検査モダリティ名 (X-P, CT, MRI, US, Angio, RIなど)
2000年00月00日	例：胸部X-P	年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	

【放射線部、医事課・総務課、診療情報管理室記入欄】

	放射線部	医事課・総務課	診療情報管理室
<input type="checkbox"/> CD、DVDコピー (枚)			
.....			

【受領確認欄】 上記内容のデータ抽出結果を受領致しました。

20 年 月 日 時 分

連絡先・PHS 氏名： _____

(FBS 507)

6 DNAR に関する院内ガイドライン

1. 終末期医療に関する意思決定

終末期医療に関する意思決定の在り方については、厚生労働省の『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（2018年3月改定）』を参照のこと。

他にも、日本緩和医療学会や日本集中治療医学会など、多くの関連団体が、より具体的な指針を策定している。

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）については、やはり厚生労働省から普及・啓発のための施作が紹介されている。

下記に述べる DNAR は、終末期医療に関する意思決定のうちの一つである。

DNAR をもって、終末期医療に関する意思決定全体を完了するものではない。

2. DNAR（Do Not Attempt Resuscitate Order）に関する院内ガイドライン

① DNAR とは

「すべての蘇生手技を行わない」ことを指す

② 本ガイドラインの目的

- DNAR の決定までのプロセスを、患者と患者の重要他者、患者に関わる職員全てが共有すること
- DNAR によって蘇生以外の治療が不用意に手控えられることを防ぐこと
- 患者の死が避けがたく目前に迫る状況で、心肺蘇生を行うか否かの判断について現場が混乱することを防ぐこと

③ 本ガイドラインの対象外となる事例

- 生命を短縮させる意図をもつ、積極的・消極的安楽死
- 本人のリビング・ウィル（Living Will 生前意思表示）が存在する場合
- DNAR 未決にあって急変した場合

DNAR を検討する際の留意事項

本用紙の使用目的に沿えば、可能な限り多職種で話し合い確認することが重要であり、大前提である。そこで、「主治医以外の複数の医師を含む、多職種の医療チームにより行うこと」について、以下を留意したい。

- ① 医師は DNAR の申し入れがされた場合、関係する多職種と事前に情報交換をし、話し合う日時を調整する努力を行うこと。
- ② 看護職および他の職種についても、医師と話し合う日時を調整する努力を行うこと。
- ③ 医師以外の職種が DNAR の決定に参加できないやむを得ない事情があるときは、主治医は必ず複数の医師（独立し判断できる医師）立ち合いのもとで確認と説明を行い、その結果について、責任ある職位（または立場）の者に報告し、情報共有に努めること。
- ④ 診療科独自の用紙がある場合であっても、本用紙が最優先される。但し、本用紙を基本とし、さらに診療科独自の内容で詳細に評価することを止めるものではない。本用紙での決定確認は、病院として最低限行うべきルールである。

電子カルテにおける情報の共有（“注意情報”への入力）

① 「医療チームによる DNAR 決定確認書」同意後、スキャンする。

※電子カルテ→文書作成→共通→説明・同意書→【説・同】医療チームによる DNAR 決定確認書

②医師が「注意情報」に DNAR 決定確認書スキャン日を記載する。

1. 重要度レベルは注意（重大）とし、スキャン日付・保存箇所を記載する。
2. 詳細内容は「注意情報」には記載せず、統合ビューアから確認する。

*注意事項：「注意情報」への記載は ①虐待情報 ②DNAR 決定確認情報のみ

【 医療チームによる DNAR 決定確認書 】

The image shows two versions of a form titled "医療チームによる DNAR 決定確認書" (Medical Team DNAR Decision Confirmation Form). The left version is a red-bordered template, and the right version is a scanned document with handwritten entries.

Form Content:

Header: 診療記録番号: 安全-2020008-003 病歴性 (患者様をプリントしてください)

Section 1: 医療チームによる DNAR 決定確認書

DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)とは、心停止、呼吸停止に対しては生命維持のための処置をしないことである。
 ①治療を中止した状態に同意をもちうるものではない。
 ②患者も同意する状態を指す。治療内容または同意していない。

Section 2: 判断基準

①原疾患の影響による死が差し迫っている。	Yes	No
②原疾患に対する標準的治療が全て実施されている。	Yes	No
③現在の医学水準から原疾患に対する有効な治療法が存在しない。	Yes	No
④延命治療により一定期間の生命効果が期待できない。	Yes	No
⑤病態が原疾患の増悪によるもので、合併症の増悪状態ではない。	Yes	No
⑥治療による合併症（抗がん剤治療や手術等）が存在しない。	Yes	No
⑦術後1ヶ月以上を経過している。	Yes	No
⑧患者本人の意思を確認した。	Yes	No

上記項目で「No」があってもDNARを決定できるが、その場合は医療ケアチームによりその医学的妥当性と適切性を審議し、その内容を下面に記載する。（書ききれない場合は別紙に）

Section 3: 患者情報

本患者さんは DNAR の対象となります。但し、この決定はいつでも見直すことができます。

記載日時 西暦 20 年 月 日 時 分

診療科 _____

2名の医師者(自署) (印捺及び併用紙以外) (職種:) (職種:)

西暦 20 年 月 日 患者氏名(自署) _____

西暦 20 年 月 日 家族等の重要依頼者(自署) (続柄) _____

※本確認書の内容を見直しした場合は、本紙を破棄せず、大きく断線をし、署名と日時を記載して下さい。
 東京医科大学茨城医療センター
 076-076

【「医療チームによる DNAR 決定確認書」の保管】

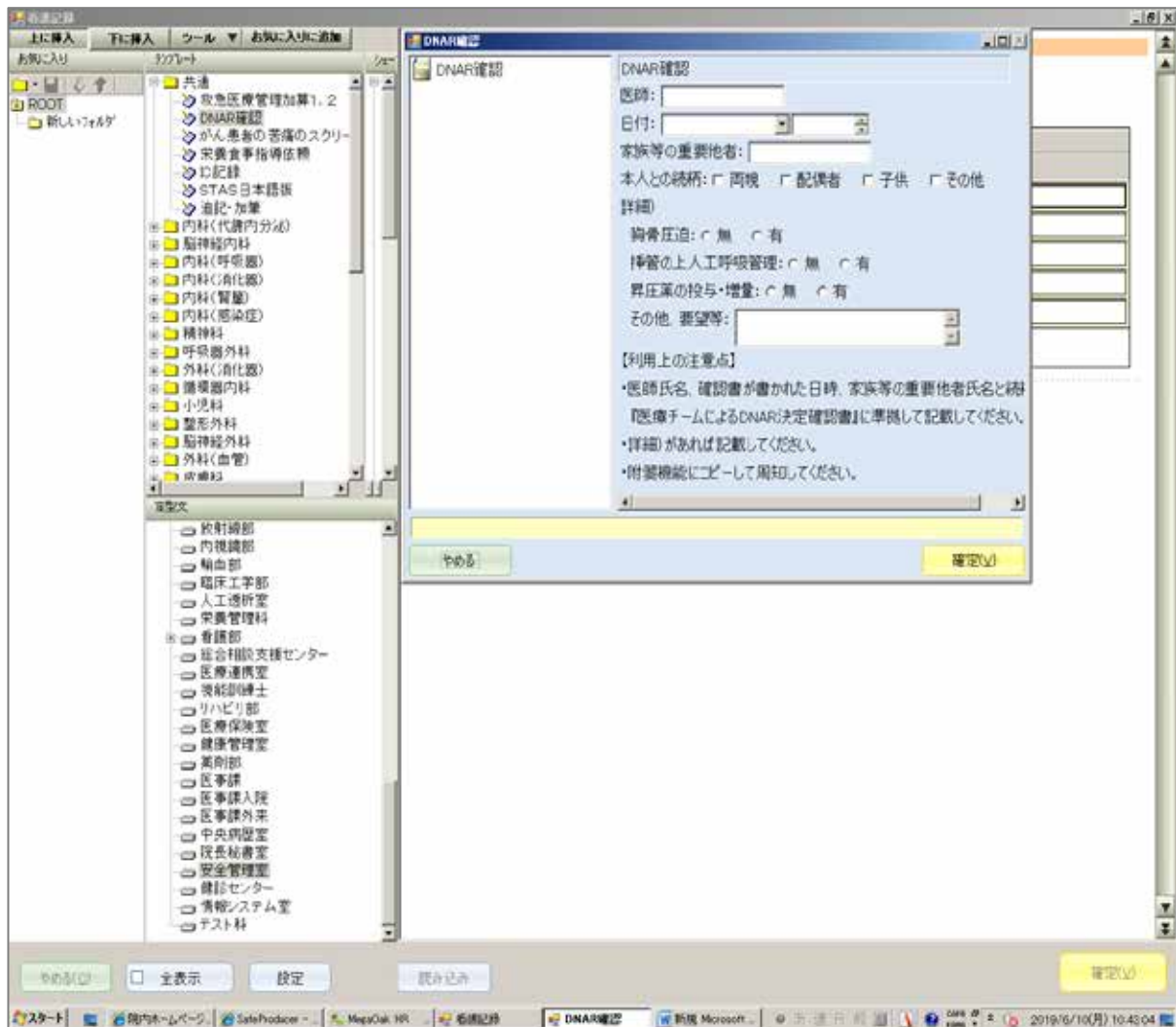
- ・1 枚目（赤枠）病院控：電子カルテスキャン後、安全管理室で保管する
- 2 枚目 患者様控

【記録】

- ・記事入力 — テンプレート — 共通 — 「DNAR 確認」を使用し入力する

<利用上の注意点>

- ・ 医師氏名、確認書が書かれた日時、家族等の重要他者氏名と続柄を『医療チームによる DNAR 決定確認書』に準拠して記載する。
- ・ 詳細) があれば記載する。
- ・ 付箋機能にコピーして周知する。



7

輸血の同意書が取れない（宗教的輸血拒否を含む）

患者に関する対応

【基本方針】

- ・想定外の事態等により救命救急的に輸血が必要な場合は、その必要性を複数の医師で判断した上で、救命を優先して輸血を行う。

【詳細】 輸血が必要な（or 必要になることが予想される）状況で、輸血の同意書が取れない場合の対応

- ・転院が可能な場合、医療側は当事者に転院を勧告する。
- ・転院が状況的に不可能な場合、医療側は無輸血の確約をすることなく、なるべく無輸血治療を行うが、最終的に複数の医師の判断により医学的に輸血が必要である場合は輸血を行うことが病院の方針であることを本人 or 家族に説明し、救命を優先して輸血を実施する。
- ・特に、手術に関しては、輸血の同意書が取れない患者で、出血量 200ml 以上が想定される手術は当院では原則的に行わない。（言い換えると、出血量が 200ml を超えた時点で、手術を中止することが可能な手術でなければ手術はできないことになります。）

8 院内における具体的な安全対策

* 基本的な対策 * ダブルチェック・指さし呼称での 確認の徹底

0. ダブルチェックとは（添付資料：ダブルチェックの項参照）

- 1) 2人同時双方向型
1人目（A）が指示を読み上げ、2人目（B）が読み上げられた指示を聞いて復唱し、対象物と照合する。
- 2) 2人2回同方向型
2人が同じ方向で、1回ずつ独立に確認する。
- 3) 1人2回双方向型
1人が2回確認する。1回目は指示書から対象物を照合し、2回目は、対象物から指示書を照合する。

1. 患者誤認を防止する

※ 2つ以上のもので確認する

- 1) ① 患者にフルネームで名乗っていただき、かつ生年月日を言ってもらい確認する。
診察開始時、処置、検査、薬剤投与、手術等を行う場合は、患者にフルネームで名乗っていただき、かつ生年月日を言ってもらう。照合は、電子カルテまたは指示書等の患者氏名と生年月日を確認する。（外来では患者が持っている『受付票』『基本カード』を活用して確認する）
- ② バーコードリーダーを使用している部署では、患者にフルネームで名乗っていただき、バーコードリーダーでIDを確認する。
バーコードリーダーを使用していない部署では、患者にフルネームで名乗っていただき、IDを指さし呼称で確認する。

2) リストバンドの着用（※ リストバンド印刷機の運用マニュアルを参照）

【入院】

医事課（入退院係）が、翌日に入院決定されている患者、転入予定の患者、外出・外泊より帰院される患者のリストバンドを、前日16時まで印刷し準備する。

リストバンド（白）には、ID・氏名（漢字とふりがな）・生年月日・年齢・性別・病棟名が記入されているため、必ず入院患者ファイルと照合する。

【外来】

- ・救急外来来院患者は、すべての患者に外来用リストバンド（日帰り君）を受付時に事務が作成し、
外来基本カードとともに青ファイルに入れて救外看護師へ渡す。点滴が必要な場合や、緊急入院の場合はそのリストバンドを救外看護師が患者に装着する。
- ・診察終了後、不要な場合は廃棄、装着した患者が帰宅する場合は、看護師または本人または家族

が除去し廃棄する。

- ・侵襲的検査（内視鏡・造影検査・経食道心エコー）や化学療法患者に加え、外来手術患者にもリストバンド装着（外来用日帰り君）の装着をする。

【手術室】

- ・外来手術患者も当日各科外来で、リストバンド（日帰り君）を装着してから手術室に入室する。
- ・手術室で何らかの理由でリストバンドを切断した場合、患者帰室時に病棟／外来へ持ち帰ってもらい、病棟では平日時間内に再発行をお願いする。

2. 部位間違い防止について

- 1) 手術・検査にて部位を指示する場合は「R」・「L」にて記載をする。
- 2) 患者にも、手術部位・検査部位を確認し指示伝票類と照合する。
- 3) 手書きの伝票・指示の場合はわかりやすい文字で記載する。
☆わかりづらい文字の場合は、指示を受けずに書き直してもらう。
- 4) 皮膚ペン（マジック）を用いて、部位を明示する。その際、患者自身とも同時に確認する。

3. 検体取り違い防止について

- 1) 中央手術部、内視鏡センター、一部外来（泌尿器科、産婦人科、形成外科、皮膚科）では検体用ラベルシールを発行する。
- 2) どこかの部位の、何の検体かを実施者に確認し、検体用ラベルに検体名（RL 含）を記載し、検体容器へ入れる。検体用ラベルシールは検体容器本体に貼付する（蓋には貼付しない）。
- 3) 原則、実施した医師と検体をダブルチェックし、検体提出時は伝票とダブルチェックし提出する。
- 4) 迅速で検査を必要とする場合は、特に注意を払い確認を徹底する。

（※ 検査・手術途中であることが多いため）

4. 情報伝達エラーを防止する

- 1) オーダーミスの防止
 - ・患者ごとに画面を直してオーダーする
 - ・画面がオーダーする患者の画面になっていることを確認する
 - ・オーダー後、必ず患者氏名、オーダー内容を再確認する。
 - ・Do オーダーに注意する
- 2) 手書き内服処方記載方法
 - ・『1 日量全量を記載し、それを何回かに分けて服用するのかその指示を記載』する
 - ・3回に分けて服用の指示…「3×」を用いる
 - ※ 朝・昼・夕や食後 30 分等を必ず記載する
 - ※ 「×3」の表現は禁止！…注射の場合も使用禁止とする
- 3) 指示の出し方、受け方について
 - ・誰が見てもわかる指示内容にすること
 - 例) 朝・夕の指示は、9時・21時のように時間を記載する
 - 24時間の持続点滴の場合は、0時～12時・12時～0時と時間を記載する
 - ・患者氏名を確認し指示内容を理解し指示受けを行う。指示内容が理解できない場合は、医師に確認する。明らかに「おかしい」と思う指示に関しては、医師に戻す。
 - ・指示内容と患者氏名を確認し、医師は指示医の欄にサインをする。

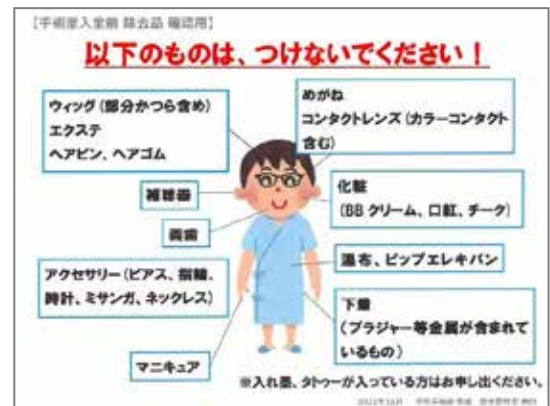
- ・指示を受ける場合は、内容を理解した上で指示受け欄にサインをし、指示を受ける。
- ・原則、口頭指示は受けない。

やむを得ず口頭で指示を受ける際は、電話口頭指示受け用紙を使用し、指示内容を必ず復唱する。

- ※ 指示等の詳細については、掲示板内—診療情報管理室— 規程 —【77】診療録記載マニュアル—「II-9. 指示等の記載」参照
- ※ 口頭指示については、安全管理マニュアル「III-18 口頭指示の取り扱いについて」の項参照

5. 検査・手術時の確認

- 1) 金属のチェックを忘れない
- 2) 義歯の確認（取り忘れが無いように！）
 - ※ 術前は、患者用確認用カードを使用し、確認する（令和4年1月発行）
- 3) MRI 検査時は、医療者側の金属チェックを怠らないこと
 - （安全管理マニュアル 40.放射線関連（1）の項参照）
- 4) ヨード系造影検査時のビグアナイド系糖尿病薬服用の確認



- ※ 安全管理マニュアル 「III-14.ヨード造影術前後で休薬が必要な薬剤について」または、院内掲示板—医療情報—術前休薬一覧表参照

6. 院内時計あわせ

HIS 端末の時計で時刻を合わせる（医療部門は各勤務帯または、最低1日1回合わせる）

7. ライン・チューブトラブル防止

- 1) 目的的理解
 - (1) 患者が現状認知できる場合
 - 治療に協力していただくため、わかりやすく説明し協力を得る。
 - (2) 患者が現状認知できない（困難）な場合
 - 生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合は、身体拘束の基準にて対応する人工呼吸器、気管(切開)チューブ、中心静脈ライン、動脈ライン、術後各種ドレーン・治療目的のドレーンの抜去を予防する為に状況が回避するまで身体拘束の必要性を充分説明し、同意のもと実施する。
- 2) ラインの整理と点検
 - (1) 周囲の環境を整える
 - ①ライン・チューブの長さ、固定方法を工夫する
 - ②重要な(生命に関与する)ライン・チューブ類の固定は医師と共に行う
 - (2) ライン・チューブの点検
 - ①ラインは、元から元までを点検
 - 複数類のラインが留置されている場合は、時間をかけて十分に確認すること

②接続部・固定の長さを点検

開放式三方活栓は必ず OFF にする

処置用（血管外）の三方活栓は赤コックの三方活栓を使用する

- (3) 麻痺側には、点滴ラインを留置しない
- 3) ライン・チューブ類の知識を高める
- 4) ライン・チューブ管理の必要性（治療方針や状態に応じた抜去可能な有無）について、常に医師と検討する
- 5) **尿道カテーテル留置について**
 - (1) 男性の尿道カテーテル留置は、原則的に医師が行う
 - (2) 導尿に関して、疾患や病状・病態など状況に応じ医師に相談すること
- 6) **胃管挿入および経管栄養について（経管栄養管理ガイドライン参照）**
 - (1) 挿入後は必ずレントゲン撮影で確認する
 - (2) 位置確認後は、挿入部位（口腔、左右鼻腔）と固定の長さ、レントゲン撮影結果（医師）、挿入した医師名を記録する
 - (3) 管理中は、挿入の長さ、固定状況を確認する。口腔内の観察による管の停留、注入物の逆流、抜けかきや口腔内ループの確認を行う

8. 挿管チューブの固定

- 1) 挿管時のチューブ固定は、原則医師が行う
- 2) 挿管後、チューブの口角移動に関しても原則医師が行う（但し、緊急時など看護師が行なった場合には、必ず早い時間に医師に確認をしてもらうこと）

9. 隔壁未開通防止の対策

- 1) 隔壁開通行為を必ず行なう
- 2) 隔壁開通後、必ず攪拌し、外観を確認する

10. ベッドサイドモニター（移動用モニター）の時刻合わせ

- 1) ベッドサイドモニターの時刻は、使用中、未使用中に関わらず、最低月1回、必ず時刻合わせをする（合わせる時計はHIS端末とする）。点検の際は、ベッドサイドモニター（移動用モニター）点検チェックシートを活用する。

11. ME 機器の電源

- ・一般電源で、ME 機器の電源を確保しない
生命に直結する ME 機器は、必ず非常電源を使用

【電源について】

- 赤の差込口 ⇒ 無停電
- 緑の差込口 ⇒ 自家発電
- 白の差込口 ⇒ 一般



12. 酸素ポンベの残量確認

- ・酸素ポンベ使用時は、必ず酸素残量が確認できるカードを携帯すること

		酸素流量(L/min)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
充填圧 (MPa)	1	35	17	11	8	7	5	5	4	3	3
	2	71	35	23	17	14	11	10	8	7	7
	3	107	53	35	26	21	17	15	13	11	10
	4	35	17	11	8	7	5	5	4	3	3
	5	71	35	23	17	14	11	10	8	7	7
	6	107	53	35	26	21	17	15	13	11	10
	7	142	71	47	35	28	23	20	17	15	14
	8	178	89	59	44	35	29	25	22	19	17
	9	214	107	71	53	42	35	30	26	23	21
	10	249	124	83	62	49	41	35	31	27	24
	11	285	142	95	71	57	47	40	35	31	28
	12	321	160	107	80	64	53	45	40	35	32
	13	357	178	119	89	71	59	51	44	39	35
	14	392	196	130	98	78	65	56	49	43	39
	15	428	214	142	107	85	71	61	53	47	42

単位(分)

- ・通常は、4MPa以上の数値を参考にして下さい。
- ・3MPa以下の数値は、緊急時のみ使用して下さい。
- ・バルブは一度全開の後半周ほど戻して使用して下さい。
- ・使用後は、バルブを閉めて下さい。

13. 職場安全会議

1) 月1回行う

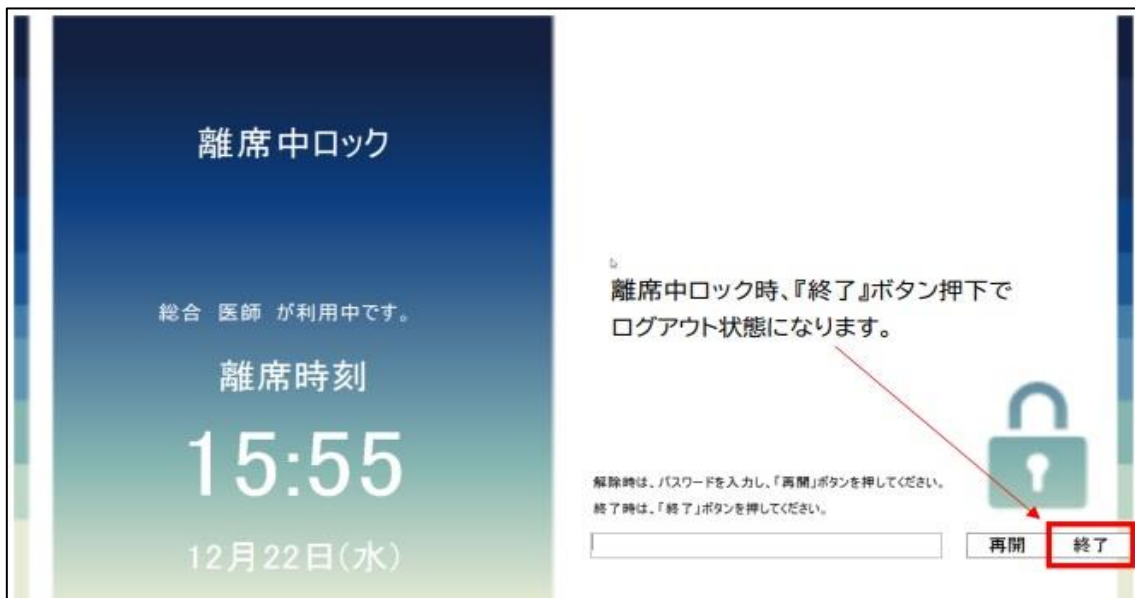
- ・現場での安全対策の構築
- ・安全管理室からの提言・お知らせ等の周知徹底・病院への提言
- ・職員は組織横断的に参加してもよい

※ 職場安全会議(月例)報告書は、院内掲示板 → 安全管理 → フォーマット【71】から出力し、使用する。

令和元年11月1日改正

令和4年8月15日改正

令和5年7月1日改正



コラム：当院の重要な様々な情報の入手先の紹介 1.

- 院内掲示板
 - ・ 当院のHP 左下端の院内専用ページ
 - ・ HISのexplorer をクリック
- Yahgee 文章
 - ・ HIS から
- HIS の患者個人の画面では・・・
 - ・ 人型アイコンが赤い場合は注意！！

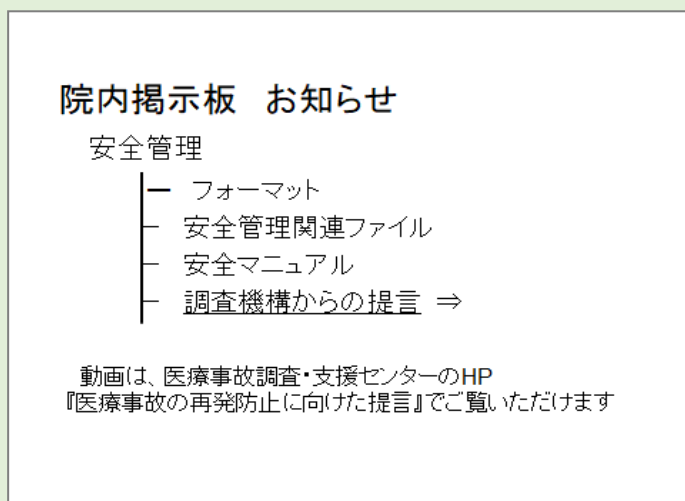
人型アイコンにカーソルを合わせると医療安全確保情報がでます。

アレルギーや個人情報保護希望の履歴がわかります！！

The screenshot displays a patient record list in a medical system. A blue arrow points to a red human icon in the list, with the text '人型アイコンにカーソルを合わせる' (Move cursor to human icon). Two yellow callout boxes provide details: one labeled '【アレルギー】の欄' (Allergy column) points to a red box around a patient's record, and another labeled '【同意・承諾書】の欄 個人情報保護別途希望の履歴有' (Consent/Agreement column, history of separate personal information protection request) points to a red box around a patient's record.

コラム：当院の重要な様々な情報の入手先の紹介 2.

- 医療事故調査・支援センターが作成した再発防止策



- 第18号 股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析
- 第17号 中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析—第2報—
- 第16号 頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析
- 第15号 薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析
- 第14号 カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析
- 第13号 胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析
- 第12号 腹腔穿刺に係る死亡事例の分析
- 第11号 肝生検に係る死亡事例の分析
- 第10号 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
- 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
- 第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
- 第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気（NPPV）及び気管切開下陽圧換気（TPPV）に係る死亡事例の分析
- 第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
- 第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
- 第4号 気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
- 第3号 注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
- 第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
- 第1号 中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析—第1報—

9 リストバンド装着による患者確認

1. 目的

医療従事者が患者と係わる場合、患者の確認を行なうことは当然のことである。しかし、状況により確認できない、あるいは確認しても不確実な場合もあるため、患者に「リストバンド」を装着して頂き、患者誤認による医療過誤を防止する。

2. 確認方法

1) 患者本人あるいはご家族に氏名をフルネームで名乗っていただき、さらに医療者が氏名をフルネームで復唱する。(患者にフルネームで名乗っていただく前に、医療者は始めに自分の氏名をフルネームで名乗る)

2) リストバンドによる確認

(1) バンド装着対象患者

入院患者全員、外来における処置・検査・手術の患者

(2) バンド装着期間

入院患者：入院時から退院まで

外来患者：外来（救急外来含む）受診時の点滴・処置・検査・手術前から帰宅まで

(3) バンドの印字内容

【リストバンド（白）】

<入院> ①ID ②氏名（漢字とふりがな）③生年月日 ④年齢 ⑤性別 ⑥血型
⑦病棟名 ⑧QRコード

<一般外来・救急外来> ①ID ②氏名（漢字とふりがな）③生年月日 ④年齢
⑤性別 ⑥血型 ⑦QRコード（⑧検査名 ⑨検査予定日 ⑩診療科名）

注) 救急外来

すべての患者に外来用リストバンド（日帰り君）を受付時に事務が作成し、外来基本カードとともに青ファイルに入れて救外看護師へ渡す。点滴が必要な場合や、緊急入院の場合はそのリストバンドを救外看護師が2-1)の手順で患者に装着する。診療終了後、不要な場合は廃棄、装着した患者が帰宅する場合は看護師または本人 or 家族が除去し廃棄する。

緊急入院した病棟は、直近の通常勤務帯に入院患者用リストバンドの作成を医事課に依頼する。

(※ 運用の詳細については、次項「リストバンド印刷機の運用マニュアル」参照)

(4) バンド装着部位

手首または足首。支障のある場合は他の部位。(原則的には右手首)

(5) バンドの活用方法

①患者様・ご家族に「リストバンド装着のお願い」の用紙を用いて説明する。

②手術・検査・処置時には患者に氏名を名乗っていただき、リストバンドにて確認し、再度患者の氏名を声に出して確認する。

③部署外で行なわれる手術・検査・処置は、部署から送り出す前に②を行い、受け手は受けた直後に②を行なう。

④中央採血室受付、放射線科受付、手術室では、バーコードリーダーでQRコードを認証し、患者確認を行う（外来患者は外来基本カードのバーコードと合わせて認証し確認する）。

(6) 注意事項

- ①外出・外泊にて外した場合は(帰院時装着用のバンドを作成しておき、帰院後は必ず装着する。
- ②バンド装着部位が手術・検査・処置時に支障がある場合は一旦切り、新しいバンドを支障の無い部位へ再装着する。
- ③退院時は病棟で切り、除去する。
- ④輸血オーダー時に新たに血液型の検査が必要であった場合、結果が判明した段階で看護師がリストバンドに油性ペンで血液型を記載する。
入院中の場合は、直近の通常勤務帯に医事課にリストバンドの再発行を依頼し装着し直す。
- ⑤防水性のため、装着したままでの入浴・洗面にさしつかえはない。湿疹・かぶれを起こす危険性も少ないとされているが、患者の皮膚の状態観察を行なう。
- ⑥手術室等で何らかの理由でリストバンドを切断した場合、患者帰室時に病棟/外来へ持ち帰ってもらい、病棟では直近の通常時間帯に医事課に再発行を依頼し装着する。

平成 16 年 4 月 2 日から実施
平成 19 年 7 月 1 日 改正
令和元年 11 月 1 日 改正
令和 4 年 8 月 15 日改正

◆ ◆ 医療事故情報収集等事業 ◆ ◆

医療安全情報 No.25 2008年12月 ◆ ◆

〔診察時の患者取り違え〕

事 例

外来での診察の際、医師が患者Aを診察室に呼び入れ、フルネームで確認したところ、患者Bが「はい」と答えた。診察終了後、看護師は、次の診察患者Bを呼び入れたところ、患者Aとして診察した患者が再び入ってきたため、患者を取り違えたことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

口頭で患者を確認する際は、2つ以上の方法で行う。

(例)・診察券の提示や患者の家族により、本人であることを同定する
・患者に名乗ってもらう

リストバンド印刷機の運用手順

【外来】

○基本運用

1. 外来用リストバンド印刷機を消化器外来（診察室 5）に設置する。
2. 外科（消化器）外来配置の看護師、医事課クラークが協働し、翌日検査（内視鏡・造影・経食道心エコー）、化学療法を予約されている患者のリストバンドを、前日 16 時まで印刷する。（金曜日に翌週の月曜日の検査予約患者のリストバンドを印刷する）
3. 印刷したリストバンドは、消化器外来（診察室 5）内にあるレターケースに入れる。
（金曜日に翌週の月曜日の検査予約患者のリストバンドもレターケースに入れる）
4. 各診療科外来配置の看護師、医事課クラークが 16 時以降に、消化器外来（診察室 5）内にあるレターケースにリストバンドを取りに行く。
5. 救急外来来院患者は、すべての患者に外来用リストバンド（日帰り君）を受付時に事務が作成し、外来基本カードとともに青ファイルに入れて救外看護師へ渡す。

ID : 99999999	未検査	2000(R00)/00/00 生 00 歳 男
	テスト カジヤ	
	テスト 患者 様	南 1
		

○リストバンド印刷機のオフライン（停電又は機器のトラブル）時の運用

1. 機器のトラブルが発生した際は、医事課（入退院係）は、外来担当師長は各診療科外来へリストバンドが印刷できないことを連絡し手書きでの作成になることを伝える。
2. 各診療科外来配置の看護師、医事課クラークは、従来通りピンク色のリストバンドに手書きで作成する。《ID・生年月日・漢字氏名、カナ氏名・年齢》

手書きで記載する際には、インシデント防止の為、必ず医療スタッフ 2 名での確認を行う

【入院】

○基本運用

1. 医事課（入退院係）が、翌日に入院決定されている患者、転入予定の患者、外出・外泊より帰院される患者のリストバンドを、前日 16 時まで印刷する。
前日の 15 時まで入院、転入、外泊・外出が決定されている患者のリストバンドの印刷が基本。
15 時以降に決定された患者に関しては、病棟から医事課（入退院係）に連絡しリストバンドの印刷を依頼する。（時間外入院患者様の運用とは異なる）
（金曜日に翌週の月曜日・月曜日の入院患者様のリストバンドを印刷する）
2. 医事課（入退院係）は、印刷したリストバンドを医事課（1 階受付奥）内にある各病棟のレターケースに入れる。
（金曜日に翌週の月曜日・月曜日の入院患者のリストバンドもレターケースに入れる）
3. 病棟スタッフが 16 時以降に、医事課（1 階受付奥）内にあるレターケースに取りに行く。
（病棟スタッフは、病棟医事課担当者に入院予定患者の人数を確認し、リストバンドを取りに行

き、レターケース内のリストバンドの数を確認する。確認後、チェック表に確認した数と受領印を押す)

4. 印刷されたリストバンドに記載されている患者情報《ID・生年月日・漢字氏名、カナ氏名・年齢・病棟・血液型（検査が未実施の場合は「未検査」と表示される）》を必ず病棟で確認をする。

ID : 99999999		未検査	2000(R00)/00/00 生 00 歳 男	
	テスト	カヅヤ		
	テスト	患者	様	南 1
				

* 記載間違いがあった場合は、医事課（入退院係）に連絡する。

5. 入院後、血液型の検査結果が確認された場合は、病棟スタッフが医事課（入退院係）に連絡し、新たにリストバンドの印刷を依頼する。

○時間内緊急入院時の運用

1. 患者・家族が入退院窓口にて入院受付をされた際に、医事課（入退院係）がリストバンドを印刷する。
2. 印刷したリストバンドは、患者のお迎えに来た病棟看護師もしくは患者・家族に渡す。（医事課（入退院係）から患者・家族にリストバンドを渡す際に、必ず担当看護師に渡すように説明する）
3. 印刷されたリストバンドに記載されている患者情報《ID・生年月日・漢字氏名、カナ氏名・年齢・病棟・血液型（検査が未実施の場合は「未検査」と表示される）》を必ず病棟で確認をする。

* 患者・家族にリストバンドを渡す場合…医事課（入退院係）が患者情報《ID・生年月日・漢字氏名、カナ氏名・年齢・病棟・血液型（検査が未実施の場合は「未検査」と表示される）》を患者・家族と一緒に必ず確認し渡す。

患者・家族よりリストバンドを受け取った担当看護師は、患者情報《ID・生年月日・漢字氏名、カナ氏名・年齢・病棟・血液型（検査が未実施の場合は「未検査」と表示される）》を必ず確認し、病棟看護師に渡す。

○時間外入院の運用

1. 時間外入院患者のリストバンドは、救急外来受付で外来用リストバンド（日帰り君）を事務が作成し、患者基本カードとともに青ファイルに入れて救急外来看護師へ渡す。渡されたリストバンド（日帰り君）を看護師が装着する。
2. 最初の平日に、医事課（入退院係）が時間外入院患者（診療科、病棟が決定されている場合）のリストバンドを 10 時までに印刷し、医事課（1 階受付奥）内にある各病棟のレターケースに入れる。
3. 病棟スタッフが 10 時以降に、医事課カルテ室（1 階受付奥）内にあるレターケースに取りに行く。（病棟スタッフは、病棟医事課担当者に時間外入院患者の氏名を確認し、リストバンドを取りに行き、レターケース内のリストバンドの患者氏名を確認する。確認後、チェック表に受領印を押す）
4. 印刷されたリストバンドに記載されている患者情報《ID・生年月日・漢字氏名、カナ氏名・年齢・病棟・血液型（検査が未実施の場合は「未検査」と表示される）》を必ず病棟で確認をする。

○マルチラベル使用時の運用

1. マルチラベル使用患者の情報が判明してから、最初の平日 13 時以降に、医事課（入退院係）はリストバンドを印刷し病棟に連絡し、医事課（1 階受付奥）内にある各病棟のレターケースに入れる。
2. 病棟担当者は、医事課（入退院係）からの連絡後に医事課カルテ室（1 階受付奥）内にある各病棟のレターケースに取りに行く。
（病棟スタッフは、病棟医事課担当者にマルチラベル患者の氏名を確認し、リストバンドを取りに行き、レターケース内のリストバンドの患者氏名を確認する。確認後、チェック表に受領印を押す）

○リストバンド印刷機のオフライン（停電又は機器のトラブル）時の運用

1. 機器のトラブルが発生した際は、医事課（入退院係）は、病棟師長又は病棟主任へリストバンドが印刷できないことを連絡し手書きでの作成になることを伝える。
2. 病棟では看護師が入院患者様のリストバンドを、従来通りピンク色のリストバンドに手書きで作成する。
《ID・生年月日・漢字氏名、カナ氏名・年齢・病棟・血液型（検査が未実施の場合は「未検査」と記載する）》
3. 機器のトラブル、システムの復日後、最初の平日 13 時以降に、最初の平日 13 時以降に、医事課（入退院係）はリストバンドを印刷し病棟に連絡し、医事課カルテ室（1 階受付奥）内にある各病棟のレターケースに入れる。
4. 病棟担当者は、医事課（入退院係）からの連絡後に医事課（1 階受付奥）内にある各病棟のレターケースに取りに行く。
（病棟スタッフは、病棟医事課担当者にマルチラベル患者の氏名を確認し、リストバンドを取りに行き、レターケース内のリストバンドの患者氏名を確認する。確認後、チェック表に受領印を押す）

ID : 99999999		未検査	2000(R00)/00/00 生 00 歳 男	
	テスト	カジャ		
	テスト	患者	様	南 1
				

手書きで記載する際には、インシデント防止の為、必ず医療スタッフ 2 名での確認を行う

情報システム委員会

安全管理室

平成 25 年 7 月 2 日から実施

平成 27 年 9 月 18 日一部改正

平成 29 年 10 月 20 日一部改正

令和 3 年 6 月 1 日一部改正

令和 4 年 8 月 15 日一部改正

10 「同姓同名」患者への対応について

1. 診療録への「同姓同名」表示について

- 1) HIS 上への注意喚起
 - (1) 医療安全確保情報の【留意事項】
 - (2) 患者注意メモの注意（重大）
 - (3) 附箋
- ※ 医事課職員が上記（1）～（3）へ「同姓同名あり」と入力する

2. 入院時の対応

- 1) 原則、同じ病棟には入院を控える
- 2) 同じ病棟になった場合は、同室を避ける

【注意】

- * 漢字等文字が異なっても読みが同じ場合は同姓同名と捉えること。
Ex 山田太郎 と 山田田老
- * 同姓で氏名が似ている場合も、間違いやすいので「同姓同名」と同じ注意をはらう必要がある。
Ex 松林健（たけし） と 松林けん
- * 必ずフルネームで確認し、患者様にもフルネームで名乗っていただくことを徹底していくことが事故防止の基本である。

令和 元年 11月1日 改正

11 手術部のマーキング

当院では、手術室で手術を受けるすべての患者にマーキングを実施する。

医師・看護師は、流れ作業にならないように、その意義を十分理解し、慎重かつ丁寧にを行う。

1. マーキングの意義

- 1) 手術患者の部位間違い・左右間違いを防止する。
- 2) どの部位に侵襲を加えるか、患者と医療者の間で情報を共有し、共同して手術に臨むことを確認し信頼関係を結ぶ。

2. マーキングの原則

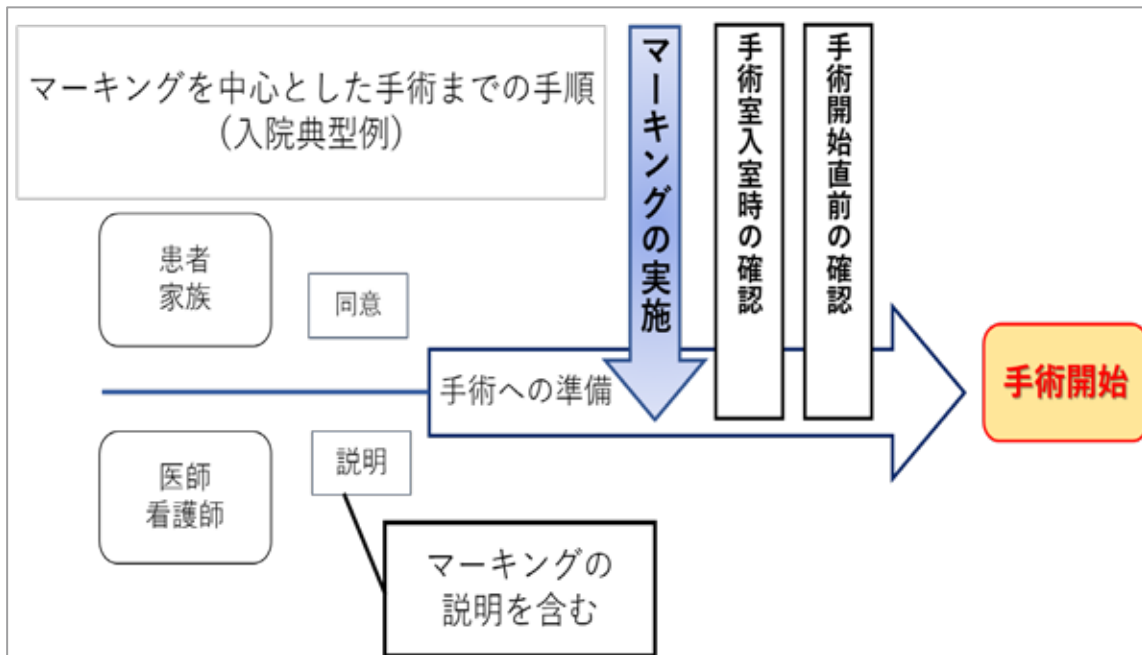
- 1) マーキングの前に、医師から患者・家族に意味や方法について説明する。
- 2) 医師・看護師は、患者のリストバンドのQRコードを読み取り電子カルテを開く。『参照』の『手術症例一覧』を開くと、手術申し込み内容が表示される。
- 3) 医師・看護師・患者または家族がそれぞれ手術申し込み内容と手術同意書を確認し手術部位を確認する。
- 4) マーキングは患者・家族の了解のもと、主治医 or 患者が行い、看護師が立ち会う。
 - (1) 患者の意識がない場合は、家族などの立ち会いの下に行う。
 - (2) 印のつけ方は、患者の美観を損ねないように極力配慮する。
 - (3) スキンマーカー(皮膚用マジック)を使用する。外来患者の場合：リストバンド装着後に外来処置室または手術室で行う。
入院患者の場合：手術当日、手術室移動前に病棟で行う。
- 5) マーキング終了後、周術期指示確認表の除毛・マーキング記入欄の「人体図」にその部位を「マ」で記載し、マーキング記入欄の、実施日・実施者サイン医師・病棟看護師・責任者の項目にサインをする。

3. 手術室入室時の確認

- 1) 前室でリストバンドのQRコードを読み取り電子カルテの氏名と、手術部で印刷した手術申込書の患者名、周術期指示確認表の氏名に相違がないことを確認する。
- 2) 患者の意識が清明の場合は、患者に手術部位を尋ね確認する。患者の意識がない場合は、病棟看護師と手術部看護師で確認する。
- 3) 手術申込書の病名と、周術期指示確認表のマーキング部位を確認する。
- 4) マーキングがない状態での入室はさせない。
- 5) マーキングの手順逸脱が発生した場合は、当事者・発見者を問わずインシデント報告をする。

4. 手術室内での直前の確認

タイムアウト時、術者は患者氏名と手術部位、左右、術式について声を出して述べ、麻酔医・看護師は、手術申込書・麻酔記録・画像をもとに間違いがないことを再確認し手術を開始する。



令和4年8月15日改正

12 タイムアウトについて

当院では、中央手術部で平成 23 年からタイムアウトを実施してきたが、平成 31 年 1 月より、内視鏡治療や IVR、令和 3 年 1 月より小線源治療、5 月より口腔外科外来等、侵襲の大きい検査や治療、処置についても、チェックリストを用いたタイムアウトを導入した。

これは、処置・術前のリスクを正しく評価した上で、医療者間でその情報を共有し、患者観察（モニタリングの実施）を忘れずに行い、急変時対応がスムーズに進むように準備するためのものである。今後は、検査後の処置についても、患者の覚醒度や安静度についての情報を共有するとともに、生検実施時の検体確認（検体ラベルの氏名、臓器・部位、個数、検体の保存方法等）を徹底するための体制づくりを進めていく予定である。

資料

- ・手術室安全チェックリスト
- ・カテ室安全チェックリスト
- ・内視鏡センター安全チェックリスト
- ・小線源治療室安全チェックリスト
- ・口腔外科外来安全チェックリスト

医療安全情報 No.8 2007年7月

手術部位の左右の取り違え

事例 1

両側の変形性膝関節症に対して、症状の強い左膝の手術が予定された。手術前日に、患者に対して左膝の手術を行うことを説明した際、マニュアル通りにマーキングを行わなかった。翌日、手術室入室直後に、看護師、麻酔医、執刀医は、患者と共に左膝の手術を行うことを確認したが、その際にもマーキングは確認しなかった。全身麻酔後に、執刀医は予定とは逆の右膝に術前準備を行ったが、そのことに誰も気付かないまま手術が開始された。手術開始後30分が経過した時点で左右の取り違えに気付いた。

事例 2

左眼硝子体手術のため、病棟にて手術側である左側手掌にマーキングを行った。手術室入室後、術前準備を介助した医師が、誤って反対側の右眼に麻酔等の術前準備を行い、そのまま手術が開始された。手術開始直後、顕微鏡画面をモニターで見ていた医師が、手術眼の左右の取り違えに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み
手術部位のマーキングについてルールを決め、徹底する。

(小線源治療室 安全チェックリスト)

診療承認番号 安全-20210526-013
(診察カードをプリントしてください)

小線源治療室 安全チェックリスト
東京医科大学放射線治療センター version
2021/5/12 作成

患者氏名
生年月日
患者ID

1. サインイン・・・小線源治療室に入室後に行う(主治医、放射線科医、放射線技師のいずれで行う)

1) 準備確認チェック

- 機内の金チェックが済んでいる
- 気道管理困難のリスク：(低い、高い) (⇒ DAMシートの準備を！)
- 呼吸・循環のリスク：(低い、高い) (⇒ 人員確保、吸引管2本の準備を！)
- 呼吸器の故障(酸素吸引、その他)
- 患者に装着されたパルスオキシメーターが適切な位置(5%) を示している
- アブテナーケーブルの接続・固定が確実である
- 呼吸器の接続、本機確認
- 小線源の作業ならびに機器の確認
- スロー・リリースの確認
- 医療従事者安全チェック
- 放射線計測 50分以内で終了している

2) 再確認の確認表の再チェック

2. タイムアウト・・・患者が小線源治療室に入室(主治医、放射線科医、放射線技師、声出し確認する)

- 氏名・年齢の確認を行う
- リスクファクターの確認・・・ 無 ・ 有
- 気道確保 ・ 心電図貼付 ・ 手固定 ・ 呼吸器管理 ・ 機材等 ・ その他 ()
- 予立入室確認表ならびに放射線科医の確認

3. サインアウト①・・・小線源治療室から退室(主治医、放射線科医、放射線技師で確認する)

1) 退室時の確認ポイント(主治医が確認ください)

- 機内に発生した異常な合併症(心停止や窒息)した時：
(無、有(重症なら事前承認、重症なら事前承認、重症なら事前承認、その他))
- 気道への確保状態：(安定、低血圧、高血圧、心拍変動、高血圧、低血圧、不整脈、ショック)
- 呼吸の確保状態
- 気道への確保状態：(安定、低血圧、低血圧、気道確保、舌後低下、遠心性呼吸抑制の可能性、人工呼吸機)
→ 呼吸器医 ()
- 呼吸器の接続
- その他の問題点(無・有) ()

3. サインアウト②・・・患者が小線源治療室退室後に進行(主治医、放射線科医、放射線技師で確認する)

1) 退室後の確認

- 本機用機器の確認
- 既読確認の確認

放射線科 Dr	放射線科 Ns	放射線科 技師

確認日 20 / /

*WTO 手術安全チェックリストに準拠：
[Safe Surgery Saves Lives. (安全な手術は患者の命を救う)] 実行プログラム編

(口腔外科外来 安全チェックリスト)

診療承認番号 安全-20210526-013
(診察カードをプリントしてください)

口腔外科外来 安全チェックリスト
東京医科大学放射線治療センター version
2021/5/12 作成

患者氏名
生年月日
患者ID

1. サインイン・・・口腔外科外来診察室入室後に進行(主治医/看護師/衛生士で行う)

- 患者氏名・生年月日を念書してもらい、基本カードと照合(本人確認)
- 禁忌薬用・アレルギーの確認(無・有) ()
- 処置・手術内容確認
- 医療従事者確認(口モニタリングカートリッジ)口モニタリング口モニタリング口その他 ()

2. タイムアウト・・・処置・手術開始前に進行(主治医・歯科医師/看護師/衛生士で行う)

①主治医は同意書・紹介状・画像・口内写真を照合しながら確認 開始時間(:)

- 処置・手術部位(上下、左右)
- 患者氏名・生年月日
- 同意書確認・紹介状で依頼内容・部位確認
- 画像
- 予定所要時間()
- 麻酔剤投与(無・有：)モニターは作動していますか

②注意点はありますか？
 なし アレルギー 禁忌薬用 既往疾患 口内出血 呼吸器疾患

3. サインアウト・・・処置・手術後に進行(主治医・歯科医師/看護師/衛生士で行う)

終了時間(:)

- 治療中に発生した異常な合併症(無・有) ()
- 治療中の呼吸・循環状態(安定・高血圧・低血圧、その他) ()
- 治療中、他の患者状態(清明・麻酔剤良好・手固定・意識状態、その他) ()
- 術後管理 (口拭きあり) (口拭きなし)
- 医療従事者の名前・機材番号および機材名、患者氏名/口内写真と身体が一致しているか確認
- その他の問題点(無・有) ()

主治医	スタッフ	患者

確認日 20 / /

※ 確認が済んだら、該当しない場合は欄を空けてください。

13 静脈血栓塞栓症予防

1. 目的

静脈血栓塞栓症（venous thromboembolism : VTE）は、特に手術後や出産後、あるいは急性内科疾患での入院中などに多く発症し、肺塞栓を伴うと、とくに生命危機に陥ることがある。予防の重要性が高く、わが国では日本血栓止血学会を中心とする 10 の学会・研究会が協力し、平成 13 年より、VTE 予防に関するガイドラインの検討が進められ、平成 16 年 2 月にガイドラインが発行された。

2. 対象となる患者及び病態

18 歳以上のすべての入院患者を対象に手術や長期臥床に起因する VTE の予防を行う。

3. 実施方法

1) インフォームド・コンセント

主治医は、手術に関する説明と同時または別の機会に当該患者における発症のリスク、予防方法、予防に伴う合併症についても説明する。この説明には、「静脈血栓塞栓症の予防に関する補助説明書（安全 004）」を用いる。説明に対して患者が同意をする場合には、同意書の「静脈血栓塞栓症の予防に関して」のチェックボックス（医療者側、患者側）へチェックをし、同意した日時の記事、署名をもらう。

2) VTE 予防管理料算定のための手順

(1) 手術患者

医師は、術中深部静脈血栓予防に対するリスク評価を行う（リスク評価：低、中、高、最高）。ES のサイズ、種類、IPC のサイズ、低用量見分画ヘパリン、その他について評価し、指示を出す。指示受けした看護師は、指示内容を確認し、指示受けまたはコスト表に記入し、病棟担当医事課スタッフが医事会計システムへ入力する。

(2) 手術患者以外

VTE 予防が必要と判断した場合は、医師が指示を出す（オフライン用指示書使用可）。指示受けした看護師は、指示内容を確認し、指示受けまたはコスト表に記入し、病棟担当医事課スタッフが医事会計システムへ入力する。

4. リスクの高い症例は D ダイマーを測定

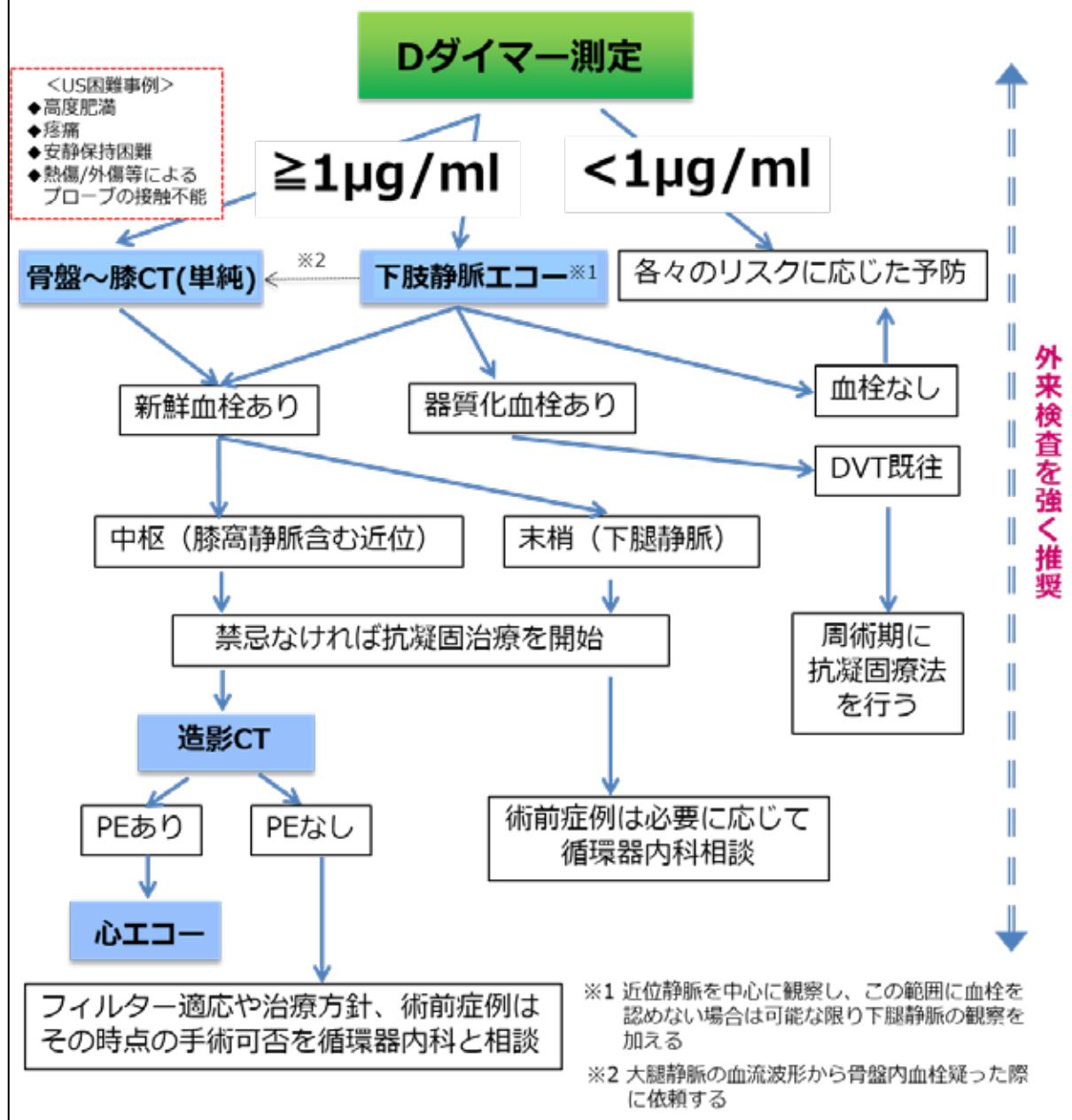
1) 静脈血栓症を強く疑う症例（術前、非術前ともに）

DVT・PE の既往、血液凝固疾患、長期臥床、高度肥満、麻痺、悪性腫瘍、中心静脈ライン留置、他院からの転院、ステロイド内服、DVT が疑われる症状、主治医の判断

2) 高リスク以上の手術の症例

長時間手術、高齢者手術、癌手術、下肢手術、脊椎手術、外傷など

肺塞栓予防フロー図



14 ヨード造影剤投与前後で休薬が必要な薬剤について

ビグアナイド系糖尿病薬一覧
 ヨード造影剤使用の検査時に中止
 検査日前後2日間 (検査日を含めて5日間) 服用中止

ビグアナイド系糖尿病薬一覧 ヨード造影剤使用の検査時に中止 検査前後2日間 (検査日を含めて5日間) 服用中止			
メトグルコ錠 250mg 500mg 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT 三和 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT トーフ 	
メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT 日医工 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT ニプロ 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT ファイザー 	
メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT DSEP 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT JG 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT TCK 	
メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT TE 	グリコラン錠 250mg メトホルミン塩酸塩錠 250mg SN 	メトホルミン塩酸塩錠 250mg トーフ イニシンク配合錠 	
メタクト配合錠 LD HD 	エクメット配合錠 LD HD 	メトアナ配合錠 LD HD 	
ジベトス錠 50mg 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT DSPB 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT 明治 	
ブホルミン塩酸塩錠 50mg KQ 	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT 500mgMT 		

2023.5改定

15

15-1 手術前休薬一覧 (あいうえお順)

本一覧表における休薬期間はあくまでも「目安」です。
 本一覧表に記載される薬剤投与中における緊急的な手術の実施に際しては、手術を担当する診療科と麻酔科で協議のうえ、手術実施の可否を判断すること。
 あらかじめ患者に休薬を指示する際は、手術を担当する診療科が、対象薬の処方医、もしくは関連する診療科等とともに「休薬によるリスク」を十分に検討すること。

ランクAのみ掲載。ランクA以外は別表1
 ランクA: 術前に休薬する薬剤(血液凝固に大きく影響する薬剤) **赤太字は院内採用薬** **青太字は院外採用薬**

あ	商品名	休薬について	ランク
	アスピリン腸溶錠	7日前	A
	アスファネート配合錠A81	7日前	A
	アンジュ21、28錠	術前4週間術後2週間	A
	アンブラーグ	1~2日前	A
	イグザレルト	1日前	A
	イコサペント酸エチルカプセル	7~10日前	A
	イコサペント酸エチル粒状カプセル	7~10日前	A
	イニシンク配合錠	前後2日間	A
	イフェンプロジル	1日前	A
	ウェールナラ配合錠	術前4週間 手術まで余裕があれば中止が望ましい 手術延期必要なし	A
	エクメット配合錠	全麻: 前後2日間 それ以外: 食事に応じて	A
	エストラーナテープ	慎重投与: 術前又は長期臥床状態の患者	A
	エストリール錠	術前又は長期臥床状態の患者	A
	エストリール膣錠	血栓症のリスクに応じて休薬	A
	エパデールS	7~10日前	A
	エパデールEMカプセル	7~10日前	A
	エパデールカプセル	7~10日前	A
	エパロース	7~10日前	A
	エピスタ	3日前	A
	エフィエント	14日前	A
	エリキューズ	1~2日前	A
	オザグレレル	1日前	A
	オパルモン	1日前	A
か	カナグル	全麻: 3日前 それ以外: 食事に応じて	A
	カナリア配合錠	3日前	A
	キャブピリン配合錠	7日前	A
	クロピドグレレル	14日前	A
	ケアロードLA	1~2日前	A
	ケタス	3日前	A
	コメリアンコーワ	3日前	A
	コンプラビン配合錠	14日前	A
さ	サアミオン	2日前	A
	サルボグレラート	1~2日前	A
	ジェミーナ	術前4週間術後2週間	A
	ジピリダモール	1~2日前	A
	ジャディアンス	全麻: 3日前 それ以外: 食事に応じて	A

あ	商品名	休薬について	ランク
	ジュリナ錠	術前又は長期臥床状態の患者	A
	ジラゼブ	3日前	A
	シロシナミン	3日前	A
	シロスタゾール	3日前	A
	シンフェーズT28	術前4週間術後2週間	A
	スーグラ	全麻:3日前 それ以外:食事に応じて	A
	スー ज्याヌ配合錠	3日前	A
	セロクラール	1日前	A
	ソルミラン	7~10日前	A
	タケルダ配合錠	7日前	A
	タモキシフェン	3日前	A
	チクロピジン	10~14日前	A
	ディビゲル	慎重投与:術前又は長期臥床状態の患者	A
	デベルザ	全麻:3日前 それ以外:食事に応じて	A
	ドメナン	1日前	A
	トラピジル	3日前	A
	トラディアンス	3日前	A
	トリキュラー21、28錠	術前4週間術後2週間	A
	ドルナー	1~2日前	A
	ニセルゴリン	2日前	A
	ニトギス配合錠A81	7日前	A
	ノルバデックス	3日前	A
は	バイアスピリン	7日前	A
	バッサミン配合錠A81	7日前	A
	パナルジン	10~14日前	A
	パファリン配合錠A81	7日前	A
	ヒスロンH	術前4週間術後1週間	A
	ビビアント	3日前	A
	ファモター配合錠A81	7日前	A
	フォシーガ	全麻:3日前 それ以外:食事に応じて	A
	プラザキサ	1日前(大手術は2日前)	A
	プラノバル配合錠	血栓症のリスクに応じて休薬	A
	プラビックス	14日前	A
	フリウエル配合錠LD/ULD	術前4週間術後2週間	A
	プリリント	5日前	A
	プレタール	3日前	A
	プレマリン	術前4週間(治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合は投与可)	A
	プロサイリン	1~2日前	A
	プロレナール	1日前	A
	ベラサスLA	1~2日前	A
	ベラプロストナトリウム	1~2日前	A
	ペルサンチン	1~2日前	A
	ホーリン	慎重投与:術前又は長期臥床状態の患者	A
ま	マーベロン21、28錠	術前4週間術後2週間	A
	メタクト配合錠	前後2日間	A
	メトアナ	前後2日間	A

あ	商品名	休薬について	ランク
	メトグルコ	全麻:前後2日間 それ以外:食事に応じて	A
	メトホルミン	全麻:前後2日間 それ以外:食事に応じて	A
	メノエイドコンビパッチ	慎重投与:術前又は長期臥床状態の患者	A
や	ヤーズ、ヤーズフレックス配合錠	術前4週間術後2週間	A
	ラベルフィーユ21、28錠	術前4週間術後2週間	A
	リクシアナ	1日前	A
	リマプロストアルファデクス	1日前	A
	ル・エストロジェル	慎重投与:術前又は長期臥床状態の患者	A
	ルセフィ	全麻:3日前 それ以外:食事に応じて	A
	ルナベル配合錠LD、ULD	術前4週間術後2週間	A
	ロコルナール	3日前	A
	ロトリガ粒状カプセル	7～10日前	A
	ロレアス配合錠	14日前	A
わ	ワーファリン	5日前	A
	ワルファリンカリウム	5日前	A
			2023.5改定
		別表1	
	商品名	休薬について	
あ	アカルボース	食事に応じて	
	アクトス	食事に応じて	
	アジルバ	1日前	
	アデカット	1日前	
	アバステン	目安:6週間前 要相談	
	アバプロ	1日前	
	アピドラソロスター	食事に応じて	
	アプルウェイ	食事に応じて	
	アマリール	食事に応じて	
	アラセプリル	1日前	
	イミダプリル	1日前	
	イルベサルタン	1日前	
	イルベタン	1日前	
	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」	食事に応じて	
	インスリン リスプロBS注ソロスター HUI「サノフィ」	食事に応じて	
	インライタ	24時間前	
	ヴオトリエント	目安:7日前 要相談	
	エクア	食事に応じて	
	エースコール	1日前	
	エナラプリル	1日前	
	オイグルコン	食事に応じて	
	エンレスト	1日前	
	オゼンピック皮下注	食事に応じて	
	オドリック	1日前	
	オフエブ	目安:4日前 要相談	
	オルメサルタン	1日前	

あ	商品名	休薬について	ランク	
	オルメテック	1日前		
	オングリザ	食事に応じて		
か	カプトプリル	1日前		
	カプトリル	1日前		
	カンデサルタン	1日前		
	グラクティブ	食事に応じて		
	グリコラン	前後2日間		
	グリベンクラミド錠	食事に応じて		
	グリミクロンHA錠	食事に応じて		
	グリメピリド	食事に応じて		
	グルコバイ	食事に応じて		
	グルファスト	食事に応じて		
	グルベス配合錠	食事に応じて		
	コナン	1日前		
	コバシル	1日前		
	さ	サイラムザ	目安:28日前 要相談	
ザファテック		食事に応じて		
ザルトラップ		目安:20日前 要相談		
ジベトス		全麻:前後2日間 それ以外:食事に応じて		
ジャヌビア		食事に応じて		
シュアポスト		食事に応じて		
シラザプリル		1日前		
スターシス		食事に応じて		
スチパーガ		目安:14日前 要相談		
セイブル		食事に応じて		
ゼストリル		1日前		
セタプリル		1日前		
セリンクロ		7日前(オピオイド併用禁忌)		
ソリクア配合注ソロスター		食事に応じて		
ゾルトファイ配合注フレックスタッチ		食事に応じて		
た		ダオニール	食事に応じて	
		タナトリル	1日前	
	チバセン	1日前		
	ツイミーグ	食事に応じて		
	ディオバン	1日前		
	テネリア	食事に応じて		
	テモカプリル	1日前		
	テルミサルタン	1日前		
	トラゼンタ	食事に応じて		
	トランドラプリル	1日前		
	トルリシティ皮下注	食事に応じて		
	トレシーバ注 フレックスタッチ	食事に応じて		
	な	ナテグリニド	食事に応じて	
ニューロタン		1日前		
ネクサパール		目安:7日前 要相談		
ネシーナ		食事に応じて		

あ	商品名	休薬について	ランク
	ノボラピッド注 イノレット	食事に応じて	
	ノボラピッド注 フレックスタッチ	食事に応じて	
	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	食事に応じて	
	ノボリンR注フレックスペン	食事に応じて	
は	パイエッタ皮下注	食事に応じて	
	バルサルタン	1日前	
	ピオグリタゾン	食事に応じて	
	ビクトーザ皮下注	食事に応じて	
	ビデュリオン	食事に応じて	
	ヒューマリンR注100単位/mL	食事に応じて	
	ヒューマログ注カート	食事に応じて	
	ヒューマログ注100単位/mL	食事に応じて	
	ヒューマログ注ミリオペン	食事に応じて	
	ヒューマログミックス25注ミリオペン	食事に応じて	
	ヒューマログミックス50注ミリオペン	食事に応じて	
	ヒューマログ注ミリオペンHD	食事に応じて	
	ファステック	食事に応じて	
	フィアスプ注	食事に応じて	
	プロプレス	1日前	
	ベイスン	食事に応じて	
	ベナゼプリル	1日前	
	ペリンドプリル	1日前	
	ボグリボース	食事に応じて	
ま	マリゼブ	食事に応じて	
	マンジャロ皮下注アテオス	食事に応じて	
	ミカルデイス	1日前	
	ミグリトール	食事に応じて	
	ミチグリニド	食事に応じて	
ら	ライゾデグ配合注	食事に応じて	
	ランタス注ソロスター	食事に応じて	
	ランタスXR注ソロスター	食事に応じて	
	リオベル配合錠	食事に応じて	
	リシノプリル	1日前	
	リキスミア皮下注	食事に応じて	
	リベルサス	食事に応じて	
	リーマス	1日前	
	ルムジェブ注100単位/mL	食事に応じて	
	ルムジェブ注ミリオペン	食事に応じて	
	レニベース	1日前	
	レパグリニド	食事に応じて	
	レベミル注 イノレット	食事に応じて	
	レベミル注 フレックスペン	食事に応じて	
	レンビマ	目安:7日前 要相談	
	ロサルタン	1日前	
	ロンゲス	1日前	
			2023.5 改訂

15-2 手術前休薬一覧 (薬効別)

本一覧表における休薬期間はあくまでも「目安」です。
 本一覧表に記載される薬剤投与中における緊急的な手術の実施に際しては、手術を担当する診療科と麻酔科で協議のうえ、手術実施の可否を判断すること。
 あらかじめ患者に休薬を指示する際は、手術を担当する診療科が、対象薬の処方医、もしくは関連する診療科等とともに「休薬によるリスク」を十分に検討すること。

ランクAのみ掲載。ランクA以外は別表1

ランクA: 術前に休薬する薬剤(血液凝固に大きく影響する薬剤) **赤太字は院内採用薬** **青太字は院外採用薬**

成分名	商品名(先発品)	商品名(後発品)	休薬について
抗凝固薬			
リパーロキサバン	イグザレルト	-	1日前
アピキサバン	エリキュース	-	1~2日前
エドキサバン	リクシアナ	-	1日前
ダビガトラン	プラザキサ	-	1日前(大手術は2日前)
ワルファリンカリウム	ワーファリン	ワルファリンカリウム	5日前
抗血小板薬			
アスピリン・ダイアルミネート	-	パファリン配合錠A81	7日前
	-	アスファネート配合錠A81	
	-	ニトギス配合錠A81	
	-	バッサミン配合錠A81	
	-	ファモター配合錠A81	
アスピリン	バイアスピリン	ゼンアスピリン、アスピリン腸溶錠	
アスピリン・ボノブラザンフマル酸塩	キャブピリン配合錠	-	
アスピリン・ランソプラゾール	タケルダ配合錠	-	
クロピドグレル・アスピリン	コンプラビン配合錠	ロレアス配合錠	14日前
クロピドグレル	プラビックス	クロピドグレル	14日前
プラスグレル	エフィエント	-	14日前
チカグレロル	ブリリント	-	5日前
チクロピジン	パナルジン	チクロピジン	10~14日前
シロスタゾール	プレタール	コートリズム	3日前
		シロシナミン	
		シロスタゾール	
		シロスレット	
		プレトモール	
		ホルダゾール	
サルポグレラート	アンプラーグ	サルポグレラート	1~2日前
脂質異常症治療薬			
イコサペント酸エチル	エパデール	イコサペント酸エチルカプセル	7~10日前
		エパロールカプセル	
		イコサペント酸エチル粒状カプセル	
		エパロース粒状カプセル	
		エパデールEMカプセル	
オメガ-3脂肪酸エチルカプセル	ロトリガ粒状カプセル	オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2g「テバ」	
冠拡張薬			
ジラゼプ	コメリアンコーワ	ジラゼプ	3日前
ジピリダモール	ペルサンチン	ジピリダモール	1~2日前
トラピジル	ロコルナール	トラピジル	3日前
PG製剤			
	ベラプロストNa	ベラプロストナトリウム	
	ドルナー		

ベラプロストナトリウム	プロサイリン		1~2日前	
	ケアロードLA	-		
	ベラサスLA	-		
リマプロスト アルファデクス	オパルモン	リマプロストアルファデクス	1日前	
	プロレナール			
脳循環代謝賦活薬				
イフェンプロジル	セロクラール	イフェンプロジル	1日前	
イブジラスト	ケタス	-	3日前	
ニセルゴリン	サアミオン	ニセルゴリン	2日前	
抗アレルギー薬				
オザグレル	ドメナン	オザグレル	1日前	
女性ホルモン関連薬				
ノルエチステロン・エチニルエストラジオール	シンフェーズT28	-	術前4週間術後2週間	
	ルナベル配合錠LD、ULD	フリウエル配合錠LD		
ドロスピレノン・エチニルエストラジオール	ヤーズ、ヤーズフレックス配合錠	-		
デソゲステル・エチニルエストラジオール	マーベロン21、28錠	-		
レボノルゲステル・エチニルエストラジオール	ラベルフィーユ21、28錠	-		
	アンジュ21、28錠	-		
	ジェミーナ配合錠	-		
	トリキュラー21、28錠	-		
レボノルゲステル・エストラジオール	ウェールナラ配合錠	-		術前4週間 手術まで余裕があれば中止が望ましい 手術延期必要なし
ノルゲステル・エチニルエストラジオール	プラノパール配合錠	-		血栓症のリスクに応じて休薬
ノルエチステロン・エストラジオール	メノエイドコンビパッチ	-	術前又は長期臥床状態の患者	
結合型エストロゲン	プレマリン	-	術前4週間 (治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合は投与可)	
ノルエチステロン	ノアルテン	-	記載なし	
エストラジオール	ジュリナ	-	術前又は長期臥床状態の患者	
メドロキシプロゲステロン酢酸エステル	ヒスロンH	-	術前4週間術後1週間	
エストリオール	エストリール	-	術前又は長期臥床状態の患者	
	エストリール膈錠	-	血栓症のリスクに応じて休薬	
	エストラーナテープ	-	術前又は長期臥床状態の患者	
	ディビゲル	-		
	ル・エストロジェル	-		
	ホーリン	-		
選択的エストロゲン受容体モジュレーター (SERM)				
タモキシフェンクエン酸塩	ノルバデックス錠	タモキシフェン錠20mg「DSEP」	3日前	
バゼドキシフェン酢酸塩	ビビアント	バゼドキシフェン錠	3日前	
ラロキシフェン塩酸塩	エビスタ	ラロキシフェン塩酸塩錠	3日前	
嫌酒薬				
ナルメフェン塩酸塩水和物錠	セリンクロ	-	7日前(オピオイド併用禁忌)	
抗悪性腫瘍薬				
ベバシズマブ(遺伝子組換え)注射液	アバステン点滴静注用100mg/4mL	-	目安:約6週間前	
ベバシズマブ(遺伝子組換え)注射液	アバステン点滴静注用400mg/16mL	-		
ラムシルマブ(遺伝子組換え)注射液	サイラムザ点滴静注液100mg	-	目安:約28日前	
ラムシルマブ(遺伝子組換え)注射液	サイラムザ点滴静注液500mg	-		
アキシチニブ錠	インライタ錠1mg	-	24時間前	
アキシチニブ錠	インライタ錠5mg	-		
パゾパニブ塩酸塩錠	ヴォトリエント錠200mg	-	半減期:約30時間 7日前	
レゴラフェニブ水和物錠	スチパーガ錠40mg	-	半減期:約25時間 14日前	
ソラフェニブトシル酸塩錠	ネクサパール錠200mg	-	半減期:約25時間 7日前	

レンパチニブメシル酸塩カプセル	レンピマカプセル4mg	-	半減期:約35時間 7日前
アフリベルセプト ベータ(遺伝子組換え)注射液	ザルトラップ点滴静注100mg	-	半減期:約5日
アフリベルセプト ベータ(遺伝子組換え)注射液	ザルトラップ点滴静注200mg	-	

2023.5 改訂

別表1

メトホルミン含有製剤			
メトホルミン含有製剤	メトグルコ、グリコラン	メトホルミン	全麻:前後2日間 それ以外:食事に応じて
	ジベトス	ブホルミン塩酸塩腸溶錠	
	イニシンク配合錠	-	
	エクメット配合錠	-	
	メトアナ配合錠	-	
	メタクト配合錠	-	
SGLT2阻害薬			
カナグリフロジン水和物錠	カナグル	-	全麻:3日前 それ以外:食事に応じて
エンパグリフロジン錠	ジャディアンス	-	
イブラグリフロジン L-プロリン錠	スーグラ	-	
トホグリフロジン水和物錠	デベルザ	-	
	アプルウェイ	-	
ダバグリフロジンプロピレングリコール水和物錠	フォシーガ	-	
ルセオグリフロジン水和物錠	ルセフィ	-	
テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物・カナグリフロジン水和物配合剤錠	カナリア配合錠	-	
シタグリブチンリン酸塩水和物・イブラグリフロジン L-プロリン配合剤錠	スージャヌ配合錠	-	
エンパグリフロジン・リナグリブチン配合剤錠	トラディアンス配合錠	-	
糖尿病治療薬			
ピオグリタゾン塩酸塩錠	アクトス	ピオグリタゾン錠15mg「武田テバ」	
		ピオグリタゾン錠30mg「武田テバ」	
グリベンクラミド錠	オイグルコン錠	1. 25mg	-
		2. 5mg	-
		ダオニール	-
グリクラジド錠	グリミクロンHA	-	
グリメピリド錠	アマリール	グリメピリド錠0. 5mg「三和」	
		グリメピリド錠1mg「三和」	
		グリメピリド錠3mg「三和」	
レパグリニド錠	シュアポスト	レパグリニド	
ナテグリニド錠	スターシス ファスティック	ナテグリニド	
ミチグリニドカルシウム水和物口腔内崩壊錠	グルファスト	ミチグリニドCa・OD錠5mg「三和」	
		ミチグリニドCa・OD錠10mg「三和」	
アカルボース口腔内崩壊錠	グルコバイ	アカルボースOD錠50mg「テバ」	
		アカルボースOD錠100mg「テバ」	
ボグリボース口腔内崩壊錠	ベイスン	ボグリボースOD錠0. 2mg「武田テバ」	
		ボグリボースOD錠0. 3mg「武田テバ」	
ミグリトール口腔内崩壊錠	セイブル	ミグリトールOD錠25mg「サワイ」	
		ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	
ビルダグリブチン錠	エクア	-	
トレラグリブチンコハク酸塩錠	ザファテック	-	
シタグリブチンリン酸塩水和物錠	ジャヌビア グラクティブ	-	
		-	
テネリグリブチン臭化水素酸塩水和物口腔内崩壊錠	テネリア	-	

リナグリプチン錠	トラゼンタ	-
アナグリプチン	スイニー	-
アログリプチン安息香酸塩錠	ネシーナ錠12.5mg	-
	ネシーナ錠25mg	-
サキサグリプチン水和物	オングリザ	-
オマリグリプチン	マリゼブ	-
デュラグルチド(遺伝子組換え)キット	トルリシティ皮下注0.75mgアテオス	-
エキセナチドキット	バイエッタ皮下注5μgペン300	-
	バイエッタ皮下注10μgペン300	-
	ビデュリオン	-
リラグルチド(遺伝子組換え)キット	ピクトーザ皮下注18mg	-
リキシセナチドキット	リクスマミア皮下注300μg	-
セマグルチド(遺伝子組換え)	リベルサス錠3mg	-
	リベルサス錠7mg	-
	リベルサス錠14mg	-
	オゼンピック皮下注2mg	-
	オゼンピック皮下注0.25mgSD	-
	オゼンピック皮下注0.5mgSD	-
ミチグリニドカルシウム水和物・ボグリボース配合剤錠	グルベス配合錠	-
アログリプチン安息香酸塩・ピオグリタゾン塩酸塩配合剤錠	リオベル配合錠HD	-
	リオベル配合錠LD	-
インスリン グラルギン(遺伝子組換え)・リキシセナチド配合剤キット	ソリクア配合注ソロスター	-
インスリン デグルデク(遺伝子組換え)・リラグルチド(遺伝子組換え)配合剤キット	ゾルトファイ配合注フレックスタッチ	-
インスリン グルリジン(遺伝子組換え)キット	アピドラ注ソロスター	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)キット	インスリン リスプロBS注ソロスター HUI「サノフィ」	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)注射液	ヒューマログ注カート	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)注射液	ヒューマログ注100単位/mL	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)キット	ヒューマログ注ミリオペン	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)キット	ヒューマログミックス25注ミリオペン	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)キット	ヒューマログミックス50注ミリオペン	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)注射液	ルムジェブ注100単位/mL	-
インスリン リスプロ(遺伝子組換え)キット	ルムジェブ注ミリオペン	-
インスリン ヒト(遺伝子組換え)キット	ノボリンR注フレックスペン	-
インスリン ヒト(遺伝子組換え)注射液	ヒューマリンR注100単位/mL	-
インスリン アスパルト(遺伝子組換え)キット	ノボラピッド注 フレックスタッチ	-
インスリン アスパルト(遺伝子組換え)キット	フィアスプ注 フレックスタッチ	-
インスリン アスパルト(遺伝子組換え)キット	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	-
インスリン アスパルト(遺伝子組換え)キット	ノボラピッド注 イノレット	-
インスリン デグルデク(遺伝子組換え)・インスリン アスパルト(遺伝子組換え)配合剤キット	ライゾデグ配合注 フレックスタッチ	-
インスリン グラルギン(遺伝子組換え)キット	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」	-
インスリン デグルデク(遺伝子組換え)キット	トレシーバ注 フレックスタッチ	-
インスリン グラルギン(遺伝子組換え)キット	ランタスXR注ソロスター	-
インスリン グラルギン(遺伝子組換え)キット	ランタス注ソロスター	-
インスリン デテムル(遺伝子組換え)キット	レベミル注 イノレット	-
インスリン デテムル(遺伝子組換え)キット	レベミル注 フレックスペン	-
チルゼパチドキット	マンジャロ皮下注2.5mgアテオス	-
チルゼパチドキット	マンジャロ皮下注5mgアテオス	-
チルゼパチドキット	マンジャロ皮下注7.5mgアテオス	-
イメグリミン塩酸塩錠	ツイミーグ錠500mg	-

食事に応じて

ACE阻害薬、ARB			
ACE阻害薬	セタプリル	アラセプリル	1日前
	タナトリル	イミダプリル	
	レニベース	エナラプリル	
	カプトリル	カプトプリル	
	コナン	キナプリル	
	インヒベース	シラザプリル	
	エースコール	テモカプリル	
	アデカット	デラプリル	
	オドリック	トランドラプリル	
	チバセン	ベナゼプリル	
	コバシル	ペリンドプリル	
	ロンゲス	リシノプリル	
アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬	アジルバ	アジルサルタン	1日前
	イルベタン	イルベサルタン	
	アバプロ		
	エンレスト	バルサルタン含有剤	
	オルメテック	オルメサルタン	
	ブロプレス	カンデサルタン	
	ミカルディス	テルミサルタン	
	ディオバン	バルサルタン	
	ニューロタン	ロサルタンカリウム	
	ロサルタンカリウム		
経口糖尿病薬	各種糖尿病薬		手術前後はインスリンによる管理が望まれる

2023.5 改訂

16 身体抑制に関する基準・手順

身体拘束の法令・省令等（1999年身体拘束禁止の省令）に基づき身体抑制に関して東京医科大学茨城医療センターとして、以下に基準を定める。

1. (定義)

身体抑制とは「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制することをいう」（昭和63年4月8日厚生省告知第129号における身体拘束の定義）

2. (適応)

患者の身体抑制制限は、以下の1) 2) に適応とする

- 1) 患者本人又は他の患者等の生命及び身体を保護するため
- 2) 緊急やむを得ない場合（一時的に発生する突発事態）

3. (適応時の要件)

身体抑制適応時は、緊急やむを得ない場合「切迫性」の要件を満たしている場合と、「非代替性」「一時性」を加えた3つの要件を満たしている場合とする。

- 1) 切迫性とは、患者本人又は他の患者の生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
気管（切開）チューブ・中心静脈カテーテル・動脈カテーテル等の処置を行われている場合
- 2) 非代替性とは、身体抑制その他の行動制限を行う以外に代替する看護（介護）方法がないこと。
- 3) 一時性とは、身体抑制その他の行動制限が一時的なものであること。

4. (適応要件の確認と承認)

医師・看護師長・担当看護師が「適応の要件」から協議し、医師が決定する。

（夜間・休日においては医師・担当看護師とする）

医師は、身体抑制の指示を出し、診療録にも必ず記載する。

5. (患者本人及び家族への説明)

身体抑制を行う場合、医師（主治医又はその他の医師）または、看護師長（看護師）は、身体抑制の目的、理由、内容、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に患者本人又は家族に説明し同意を得る。但し、3. 1) の場合は生命の危険が回避できるまでは身体抑制の同意を得る。

- * 説明時は「身体抑制に関する説明同意書」に従って説明し、患者本人又は家族の理解と同意を得る。
- * 緊急に身体抑制の必要性が生じた場合は、電話にて説明し承諾を得る。（承諾を得る際、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載しておく）後日説明を行い同意を得る。

6. (計画・立案)

計画に基づかない身体抑制は行わない。但し、緊急の場合は事後直ちに立案する。

- ・代替ケア・方法がなくやむを得ない場合、身体抑制制限のケア方法・時間などについてケアプランを立案する。
- ・患者・家族に緊急やむを得ない経過・身体抑制の方法・時間・期間などについてケアプランを基に説明し、理解・納得を得て患者本人または家族の同意を得て実施する。

7. (記 録)

緊急でやむを得ず身体抑制を行う場合には、その状態および時間・患者の心身の状況、緊急かつやむを得なかった理由を記録しなければならない。

- ・身体抑制状況における日々の心身の状態を観察し記録する。
- ・身体抑制の時間、時間帯は明確に記載すること。
- ・早期解除のために、身体抑制の必要性の有無を常にカンファレンス等で検討し、検討内容を記録する。

(テンプレート「カンファレンス (身体抑制に関して)」を使用する)

- ・記録内容は、スタッフ間・家族等関係者間で情報を共有する。
- ・身体抑制の開始、終了の記録は常に行う。
- ・身体抑制の必要な状況が解消した場合、速やかに解除しその状況を記録する。

8. (身体抑制の対象となる具体的な行為)

以下の具体的な行為は、3. 1) の適応要件を満たしているため協議は必要としない。

- ① 気管 (切開) チューブ・中心静脈カテーテル・動脈カテーテル等を抜かないように四肢のすべてまたは一部、体幹に安全帯を使用する。

以下の具体的な行為は身体行動制限と定義し、実施に際しては適応要件を満たしているかの協議を必要とする。

- ① 点滴・経管栄養などのチューブを抜かないように、四肢のすべてまたは一部に安全帯を使用する。
- ② 点滴・経管栄養などのチューブを抜かない、または皮膚を掻きむしらないように、ミトン型の安全帯を使用する。
- ③ 行動を落ち着かせる為の薬剤投与。

以下の行為は、いかなる理由があっても行わない。

- ① 徘徊・転落しないように、車椅子や、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛ったり、ベッドから転落しないようにベッド柵を紐で固定する。ベッド全体を柵で囲む (サークルベッド)。
- ② 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- ③ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢を紐で縛る。
- ④ 自分の意思で開くことができない部屋等に隔離する。

(厚生労働省身体拘束ゼロ作戦推進会議：「身体拘束ゼロへの手引き」)

9. (身体抑制廃止のための取り組み)

- ① 身体抑制廃止に向けて、組織的に対応すること。
- ② 病院職員共通の意識を持ち対応すること
- ③ 身体抑制をしないために、原因・誘引の除去に努力する。
- ④ 事故発生予防の環境作りと応援体制を行う。
- ⑤ 代替策を常に検討していく。

10. (解除)

身体抑制を行った場合、常に観察・再検討を行い、適用要件が改善した場合は直ちに解除し、主治医は家族にその旨を説明し、診療録に記録する。看護師は、看護計画に評価記録する。

(テンプレート「カンファレンス (身体抑制に関して)」を使用する)

- ・治療、処置が終了して危険が回避できたとき
- ・治療やケアの方法を変更して危険が回避できたとき

- ・患者の状態が落ち着いたとき
- ・手術、検査の終了

11. (その他)

* 「身体抑制に関する説明書・同意書」について

病院/診療録空をカルテに保管する。患者様空を患者及び家族へ渡す

身体抑制の手順

1. 目的

病院が定める「身体抑制に関する基準」を厳守した上でやむを得ず身体抑制を必要とすると医師が判断した場合以下の方法とする。

2. 身体抑制の種類と必要物品

	抑制の部位・目的		方法・必要物品
体幹	全身的に安静を必要とする場合		ボタンロックタイプの安全帯
部分拘束	上肢	手関節：前腕の動きを抑制する	帯（紐）タイプの安全帯 ミトン
		肘関節：肘の屈曲を制限し、上肢を伸展位に保つ	ボタンロックタイプの安全帯
	下肢	足関節：下肢の動きを制限する	帯（紐）タイプの安全帯
		膝関節：膝の屈曲を制限し、下肢を伸展位に保つ	ボタンロックタイプの安全帯
	上半身	肩関節：起座位にならない 上半身の動きを抑制する	帯（紐）タイプの安全帯 ボタンロックタイプの安全帯
下半身	股関節：腰部・臀部・大腿部の動きを抑制する	帯（紐）タイプの安全帯 ボタンロックタイプの安全帯	
その他	離床センサー：患者の病衣後ろの襟周囲にセンサーを装着し、起き上がり動作を感知して、ナースコールやセンサー自身が作動する。患者に装着しないものもある。		うーご君、キープセーフ センサーマット、ベッドセンサー 赤外線センサー、ベッドコールポケット

3. 留意事項

1) 神経障害や循環障害、褥瘡を予防する

同一体位の持続による局所の圧迫と循環障害によって、関節の機能障害が現れ、屈曲しにくくなる。また圧迫部位に発赤・摩擦による皮膚損傷が発生しやすい。上肢においては、橈骨神経麻痺、尺骨神経麻痺に留意する。

2) 抑制の部位や時間は最小限にとどめる。

3) 抑制中は、最低2時間で抑制具を除去（継続的に必要な場合も）し、観察と記録をする。

4) 最低2時間毎の体位交換を行う。

5) 血行改善の目的で抑制具を一時解除する時は、一部位ごと交互に行う。

6) 必要に応じ、マッサージや清拭、四肢の自動・他動運動を行う。

7) 災害発生時など緊急時に、結び目が解きやすいように結ぶか、チューブ鉗子を使用する

8) ベッド柵は固定をしない限り、身体抑制とはしない

平成23年10月17日作成
平成23年11月1日一部改正
平成30年6月1日一部改正
令和元年11月1日一部改正
令和2年6月1日改正
令和4年8月15日改正

17 転倒・転落防止対策

1. 定義

転倒：自分の意志に反してバランスを崩してしまい、足底以外の身体の一部が地面または床面についた状態

転落：高低差のあるところから転がり落ちること

2. 転倒・転落防止対策

1) 転倒・転落フローチャートの活用

* 「転倒・転落防止フローチャート使用基準・手順」を参照し実施する

- ・入院患者全員に行なう。但し、就学前の小児は除く
- ・標準予防対策は転倒リスクが無い場合でも実施する

2) 病室、ベッドの種類・位置・柵・補助具の選定について

*使用前に安全性を点検する

ベッドの高さ、ベッド柵の不具合の有無、ベッド柵の位置、ベッドストッパー、車椅子のブレーキ・タイヤのエア、歩行器、病室の環境

3) 入院時の対応について

*オリエンテーション

「転倒・転落予防パンフレット」を用い、患者の身体状況・理解度に沿って行なう

*踵のある履物について説明・確認をする

*ベッド・補助具の正しい使用方法を説明し、必要時はデモンストレーションを行なう。

乳幼児の場合は、保護者へ直接指導を行なう。

4) 入院中の対応について

*処置後・ケア後の周囲環境を確認する

*ベッド周囲の環境整備を徹底する。

*患者の状態把握に努める

*スタッフ間で情報共有を密に行い、協力し合いながら転倒・転落防止に努める

*トイレの先取介入を積極的に行う

5) 転倒・転落防止対策器具について

*離床センサーの活用

*緩衝マットの活用

転倒・転落防止フローチャート使用基準

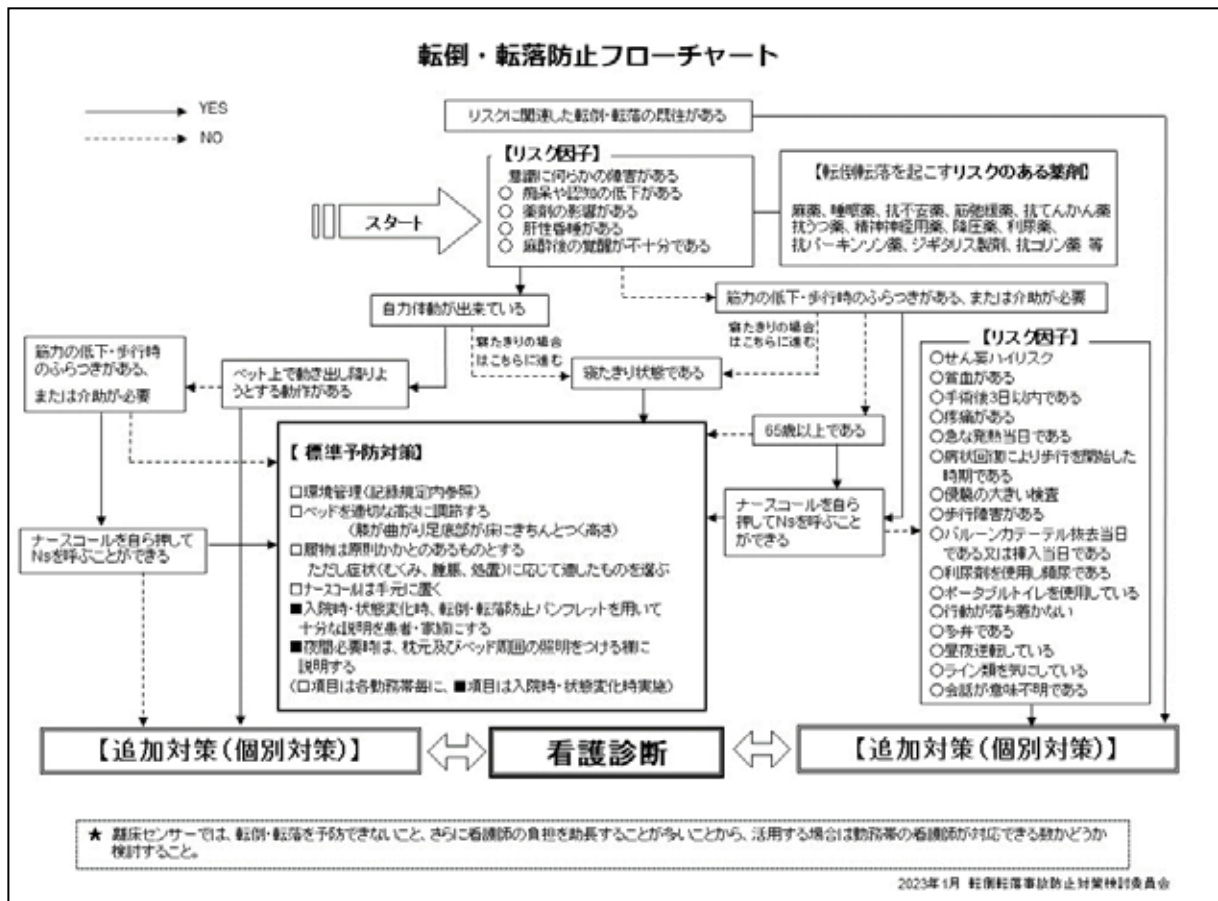
【標準予防対策】 ※原則『標準予防対策』は、6項目必ず実施とする

1. 環境管理
 - ベッド柵、ストッパーの確認
 - ベッド周囲の床の汚染状況確認
 - コード類の確認
 - ベッド周囲の物品整理・確認
 - (収納スペースに整理 点滴スタンド・ポータブルトイレ)
 - オーバーテーブルの位置確認
2. ベッドを適切な高さに調節する
 - 足が曲がり、足底部が床に着く高さであること
3. 履物は、原則かかとのあるものとする
 - 但し、症状（むくみ・腫脹・怪我）に応じて適したものを選ぶ
4. ナースコールは手元に置く
5. 入院時・状態変化時、転倒・転落防止パンフレットを用いて十分な説明を患者・家族に説明する
6. 夜間必要時は、枕もと及びベッド周囲の照明をつけるように説明する

転倒・転落防止フローチャート使用手順

1. スタートから始め、質問に従い、YES → NO --> どちらかに進む。
(ナースコールを自ら押してNsを呼ぶことができるとは、ナースコールを押す必要性を理解し、自らの意思で看護師を呼び要件が伝えられる意味である)。
2. リスクに関連した転倒・転落の既往がある場合は、リスクに関連した転倒・転落の既往があるからスタートし、看護診断を立案し、状態に基づいた個別の追加対策を選択する。
3. 入院時に「リスクなし」と判断した場合でも、状態変化した場合、転入時、転倒転落発生時はスタートから転倒・転落防止フローチャート（以下フローチャート）を再度チェックする。
4. フローチャートで評価した際は、テンプレートを活用し記録する。
5. 標準予防対策の「□」項目は、勤務毎実施する。
標準予防対策の「■」項目は、入院時・状態変化時に実施する。

令和4年8月15日改正



（転倒・転落事故防止対策検討委員会作成）

医療事故情報収集等事業

医療安全情報

No.132 2017年11月

オーバーテーブルを支えにした患者の転倒

事例 1

患者がトイレに行くため、看護師はオーバーテーブルのロックを解除した。患者は、ベッドから立ち上がる際にオーバーテーブルに手をついた。オーバーテーブルが動き、患者はバランスを崩して転倒し、大腿骨頸部を骨折した。

事例 2

患者はカーテンを閉めようとしてベッドから立ち上がった。1人で歩けると思ったがふらつき、オーバーテーブルに手をついた。オーバーテーブルはロックがかかっていたが動き、患者は転倒した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・患者が安全に過ごせるようにベッド周囲の環境を整備する。
- ・オーバーテーブルに体重をかけると動き、バランスを崩して転倒する可能性があることを患者に具体的に説明する。

総合評価部会の意見

- ・ベッド周囲にはオーバーテーブルに限らず動くものがあるため、ベッド周囲のリスク評価を実施してください。

18 口頭指示の取り扱いについて

口頭指示とは・・・緊急時・夜間・手術中・処置中など、医師が現場にいないことからオーダー入力や指示書への記載ができないため、止むを得ず電話にて口頭で行う指示のこと

当院では、原則的に口頭指示は認められていない。

安全管理委員会では、『口頭指示は認めない』という大原則を確認した上で、現場の安全対策上、止むを得ずそれぞれの職制における口頭指示の出し方、受け方につきその詳細を規定したので厳守すること。

(電話口頭指示受け用紙を使用すること)

口頭指示受けの詳細

医師

1. 口頭指示の理由を告げる。(例：緊急手術・手術中・夜間・検査中・処置中等)
フルネームをいえない場合は、患者様を特定できる情報を必ず付け加える。
2. 口頭指示内容を伝える。
薬剤の場合は、「患者名」「投与薬剤名」「投与指示量 (mg)」「投与薬液量 (ml)」「投与方法」「投与時間」を指示する。
3. 書き取ってもらった指示内容を読み上げてもらい再確認する。
4. 後ほど指示書に記載された口頭指示内容を再確認し署名をする。

看護師

1. 口頭指示の理由を聞き、記載する。
2. 口頭指示内容を聞き、指示書に記載する。指示受けした時間と指示を出した医師の氏名、指示受けした自分の名前も記録する。
3. 記録した内容を読み上げる。
薬剤の場合は、「患者名」「投与薬剤名」「投与指示量 (mg)」「投与薬液量 (ml)」「投与方法」「投与時間」を復唱し、復唱確認の欄をチェックする。
最後に、指示を受けた時間と看護師本人の名前を告げる。
口頭指示を受けた後、指示内容に不明な点があれば、もう一度聞きなおすか、他の医師、看護師に確認して疑問点を解消する。
4. 口頭指示実施者は、指示書に実施時間と実施者名を記載する。
5. 後ほど医師来棟時に指示書の指示医欄に署名してもらう。

病院連絡番号 西館-0311220-016
センター/診療録部

電話口頭指示受け用紙

1. 指示内容を正確に受け取る

患者氏名	指示時間	指示内容
指示年月日	指示場所	指示者
指示時間	指示者	指示内容

指示受：西館 20 年 月 日 日 口頭指示確認
口頭指示理由：緊急時・夜間・手術・検査・処置
その他

1800 400

平成 16 年 6 月 14 日より実施

19 指示等の変更・中止の記載について

* 伝達ミス防止の為、指示は理解しやすく、読みやすいように記載する。

【指示を変更・中止する場合】

指示を変更する際は、変更前の指示がわかるように、また、変更前の指示が有効なまま残らないように記載する

- ・指示コメントの「終了&流用」機能を使用し変更する場合は、「終了日&時間」を正しく入力し、古い指示を終了する
 - ・指示コメントの「コメント編集」機能を使用し変更する場合は、古い指示を残したまま、「〇月〇日（〇時）から変更」と記載し、新たな指示を記載すること
 - ・指示コメントの指示を中止する際は、「終了」を選択する
- * 他科の指示は編集・終了できないため、指示した科に終了依頼すること

- ※ 院内掲示板 — 病院情報システム (HIS) — HIS 操作マニュアル — 【21】 202201_H I S操作マニュアル (カルテ編 3) — 第12章 指示コメントオーダ、
- ※ 院内掲示板 — 病院情報システム (HIS) — 病院情報システム News — 【5】病院情報システム News No16「指示コメントの変更について」 参照

【処方内容が変更・中止になった場合】

薬剤部での処方発行指示前までの未実施状態なら、薬剤部に連絡することなく変更・中止することができる。

処方発行指示後の実施済では、処方内容の変更・中止ができないため薬剤部に連絡し、未実施状態に戻す操作を依頼する。

- * 変更・中止により内服しない薬剤は、「臨時処方箋」に返却する薬剤名・数量・日数を記載し、病棟医事課担当に下し薬剤部に返却をする。

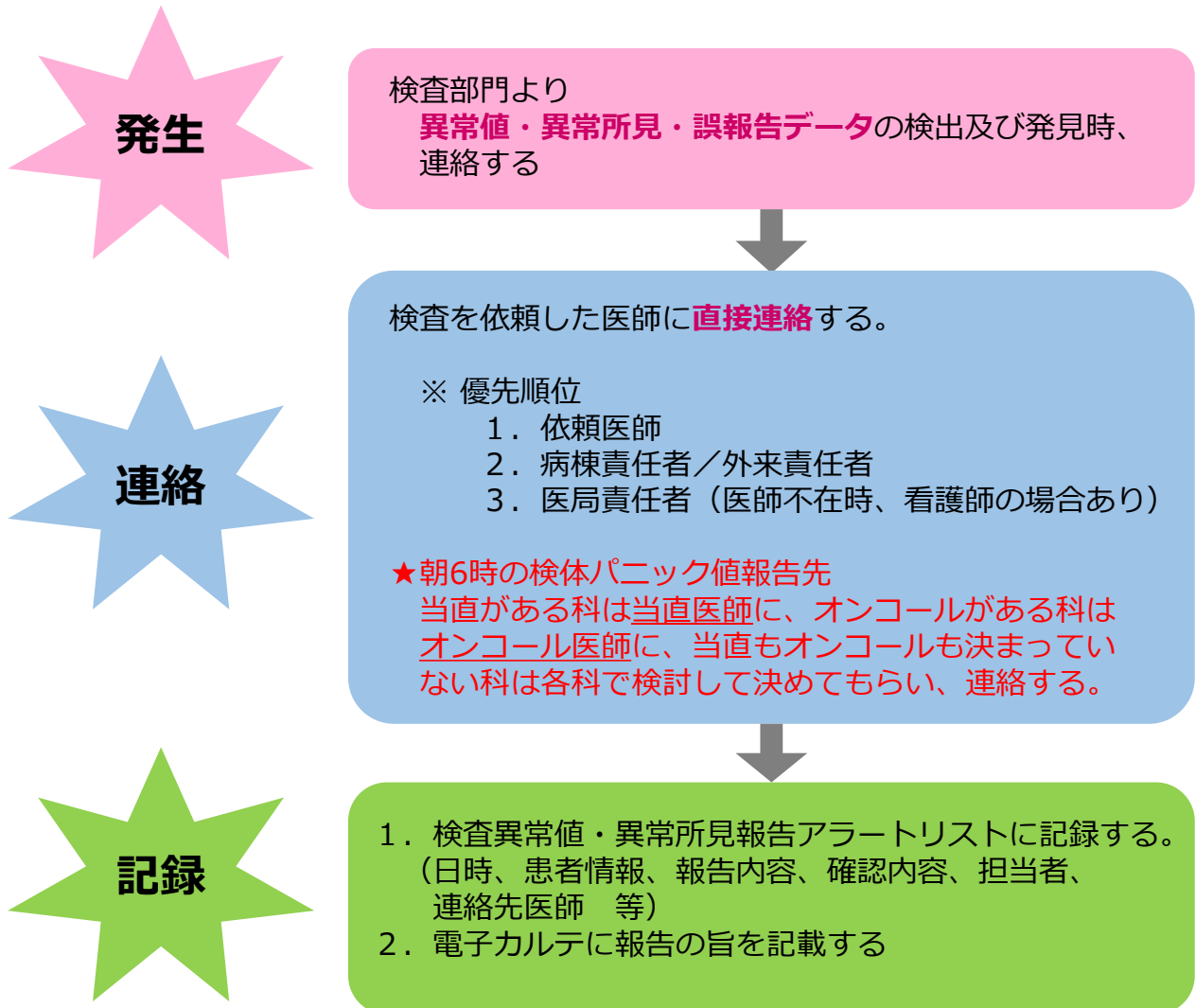
- ※ 院内掲示板 — 病院情報システム (HIS) — HIS 操作マニュアル — 【11】 202201_H I S操作マニュアル (オーダ編 1) — 第4章 処方オーダ 参照

【注射内容が変更・中止になった場合】

当日以降のオーダを変更または中止（操作上、修正・削除）する。
帳票上「修正」となる。

- ※ 院内掲示板 — 病院情報システム (HIS) — HIS 操作マニュアル — 【12】 202201_H I S操作マニュアル (オーダ編 2) — 第5章 注射オーダ 参照

外来・入院患者の検査結果において異常値・異常所見の見落としや報告遅滞により患者への迷惑、トラブルを防止するためのシステムとして運用する。



留意事項

- ・検査部門から連絡する検査異常値・異常所見とは、報告遅延によって患者への不利益が発生すると思われる所見である。連絡の判断については、依頼側、検査側との間で多少相違が存在する可能性がある。
本システムの目的は、患者に不利益が生じないように、検査異常値・異常所見の早期発見、検査結果の見落としを防止するものであり、異常値・異常所見の判断をするものではなく、検査依頼側医師の業務をサポートする機能である。
- ・検査を依頼した医師は、本システムに依存することなく医師と患者の信頼関係においてその結果を速やかに把握し、患者に伝える責任がある。

20-1 検体緊急報告値

検査項目		緊急報告値		SRL基準値	
項目名称	単位	下限値	上限値	下限値	上限値
Na	mEq/L	110	160	135	147
K	mEq/L	2.4	6.6	3.3	4.8
Ca	mg/dL	6	14	8.8	10.1
T-Bil	mg/dL		20	0.2	1.2
GLU	mg/dL	40	600 (外来400)	70	110
CK	U/L		1000	M:12 F:14	M:144 F:170
AMY	U/L		1000	42	112
ジゴキシン	ng/mL		2	0.8	2.0
テオフィリン	μg/mL		20	10.0	20.0
WBC	X10 ³ /μL	1	30	4.0	8.5
Hb	g/dL	5	20	M:12.0 F:13.0	M:16.0 F:18.0
PLT	X10 ³ /μL	30	1000	160	400
アミノア	μg/dL		300	12	66
PT	秒		INR >4	9.8	12.1
APTT	秒		90	29.0	45.0
フィブリノーゲン	mg/dL	100		150	400
PO2	mmHg	60		75	100
BE	mmol/L	-10		-3	+3
pH		7		7.35	7.45

20-2 生理機能検査室パニック値

頻脈性不整脈	心室期外収縮
<ul style="list-style-type: none"> ・ wide QRS tachycardia ・ 140 bpm 以上の narrow QRS ・ 2 : 1 伝導の心房粗動 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 6連発以上 ・ 多源性で頻発する場合 ・ R on T
徐脈性不整脈	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・ 心拍数40bpm以下 ・ 2.5sec以上のpause ・ 症状を伴うもの（めまい、ふらつき） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ペースメーカー不全 ・ 医師に告げていない症状や訴えがあり、心電図変化を伴う場合
急性冠症候群	ホルター心電図
<ul style="list-style-type: none"> ・ ST低下 ・ ST上昇 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 有意なST上昇・下降（症状を伴うもの） ・ 4sec以上のpause ・ 心室期外収縮 6 連発以上 ・ 症状が伴わなくても、気になる場合

『心エコー・呼吸機能・脳波・神経系・その他のパニック値』

心エコー	呼吸機能
<ul style="list-style-type: none"> ・ IE ・ 血栓 ・ 大動脈瘤 ・ 大動脈解離 ・ 心タンポナーデ ・ massエコー 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 意識レベルの変化 ・ SpO2の変化 ・ 自発呼吸回数の変化
脳波・神経系	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・ 発作 ・ 意識レベルの変化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者さんに関する何らかの懸念があった場合

20-3 微生物検査室パニック値

<ul style="list-style-type: none"> ・ モニタリング菌の検出（耐性菌、CDT陽性、レジスタゼなど） ・ 抗酸菌陽性 ・ アウトブレイクが疑われる事例 ・ 血液、髄液培養陽性 ・ その他報告すべきと判断された事例 ・ 新型コロナウイルス陽性
--

20-4 画像検査において異常所見を発見した時の対応

1. 目的

画像検査においては、撮影者である診療放射線技師や読影医が最初に異常所見を発見することがある。そこで異常所見を発見したとき、依頼医師に対し速やかに連絡、相談を行うことで患者の安全性向上および診療の質の担保に寄与することを目的とする。

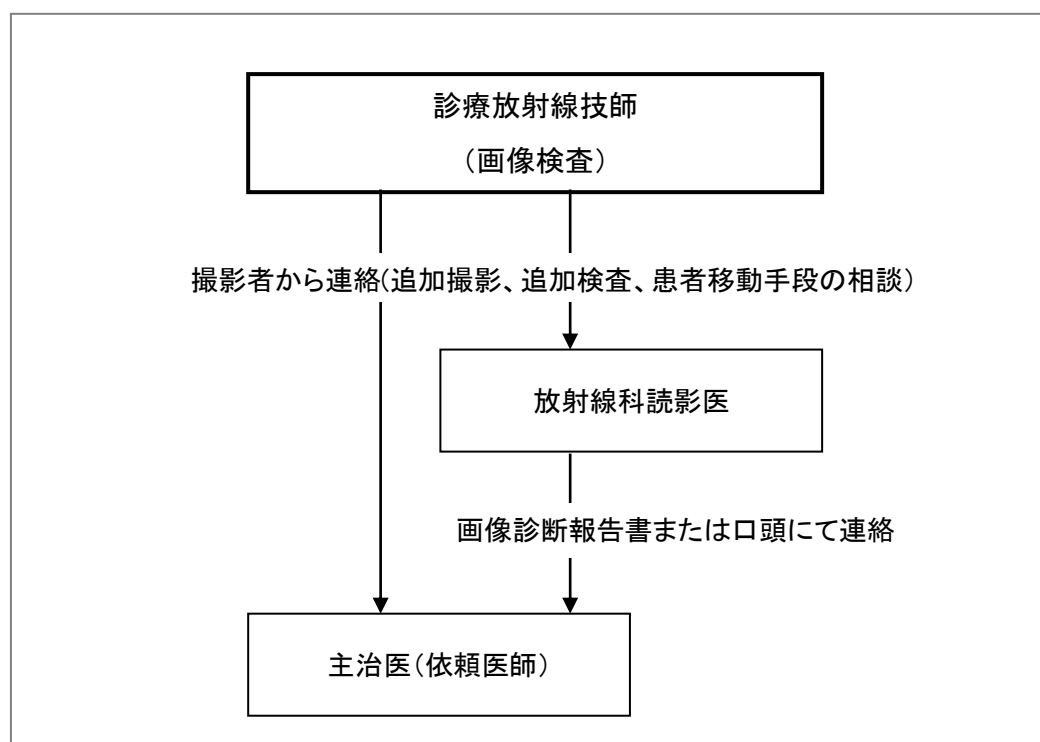
2. 対象

- 1) 担当医が予期しておらず、放置すれば生命予後に影響を与える可能性がある所見が得られた場合
事例) 大動脈解離、大動脈瘤、大動脈破裂、検査時に偶発的に併存した肺癌など
- 2) 担当医が予期している範囲内の所見であるが、その程度が著しく緊急的に処置が行われなければ生命予後に影響があると予想される所見が得られた場合
事例) 急性膵炎、重篤なイレウス、消化管出血、消化管穿孔など

3. 対応方法（異常所見発見時の対応フローチャート図参照）

- 1) 画像検査において異常所見を発見した時、撮影者は放射線科読影医に連絡、相談し対応を確認する。夜間休日帯などにあつて放射線科読影医が不在の場合、あるいは早めに臨床側へ情報提供が必要と判断された場合は、撮影者から依頼医師へ直接連絡を行う。
- 2) 担当医が予期しておらず、放置すれば生命予後に影響を与える可能性がある所見が得られた場合では、読影診断報告書作成後 重要フラグ送信を行うと共に担当医師に直接話連絡する。担当医師不在の場合は担当科医師に電話連絡する。

【異常所見を発見時の対応フローチャート】



2019年5月1日 放射線部作成

21 病理診断報告書 未読防止対策

病理診断報告書の未確認や、悪性および悪性疑い症例の見落としによる患者への不利益を防止（最終目標は患者への説明の実施確認）するために以下のシステムを実施している。

1. 未読症例の通知

- 1) CITA Clinical Finder にて既読状態を既読対象者と既読ステータスに応じて、異なるアイコンで表示される。アイコンの表示がないものは、既読済みの報告書である。
- 2) アイコンの表示があるものはレポート画面を開いて、既読処理を行う。画面に『未読』ボタンがあるので、クリックすると既読となる。確認者、確認日が表示される。
- 3) 権限に応じて既読済の検査に対し、ステータスを未読に戻すことができる。既読ボタンの隣にある▼をクリックし、『未読に戻す』をクリックすると未読状態となる。

2. 病理組織診断報告書

- 1) 病理診断部から各外来に配布した病理診断報告書で実施確認を行う。
- 2) 病理組織診断報告書の『外来受け』・『医師確認』・『患者への説明』欄へのサインは、綴じる看護師 or 看護助手 or クラークが『外来受け』欄に、内容を確認した医師が『医師確認』欄に、患者への説明が終了した時点で説明した医師が『患者への説明』欄に、それぞれ日付の記入とサイン or 押印する。
- 3) 全てのサインアップが終了したものは、スキャンセンターに提出し電子カルテへの取り込みを行う。

3. 未読レポートの通知

- 1) 毎月1回、未読期間が一定期間（30日以上）を超えた症例について、病理診断部から主治医宛に未読リストを送付する。
- 2) リストの患者について、主治医は速やかに既読処理を行う。
- 3) 1) についてのレポートを病理診断部から安全管理室へ提出する。
- 4) 安全管理室はレポートを参照して既読状態を監視する。

2018年6月26日作成
2023年7月1日一部改正

22 画像診断レポートの確認に関する安全対策

画像診断報告書の未確認や、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れによる患者への不利益を防止（最終目標は患者への説明の実施確認）するために以下のシステムを実施している。

1. 未読症例の通知（2017年10月1日より実施）

- 1) 対象：CT、MRI、RI、US、UGI、BE 読影レポートを作成しているもの全て。
- 2) 未既読リスト期間：前月26日から25日まで。
- 3) 未既読リスト作成日：原則配布日（翌月第2月曜日）の前週
- 4) 未既読リスト配布日：原則翌月第2月曜日
- 5) 配布場所：診療科長会議

2. 運用

- 1) 画像検査をオーダーし、読影を依頼した場合や超音波検査のように画像診断レポートが提供される場合、検査依頼医は、画像並びにそのレポート内容を確認した上で、必ず画像所見レポートの左上『未読』をクリックし『既読』とする。
- 2) 毎月第2月曜日に、毎月25日までの『読影レポート 未既読患者リスト』を診療科長会議後、診療科毎に配布する。
- 3) 配布されたリストにある患者に関して、依頼医 or 診療科長は、
 - (1) HISから画像所見レポートの左上『未読』をクリックし『既読』とする
 - (2) 『未既読患者リスト』の読影所見確認欄に捺印する
- 4) 診療科内で(1)と(2)が終了した時点で、『未既読患者リスト』を安全管理室へ提出する。
- 5) 安全管理室は、『読影レポート 診療科別未既読患者リスト』に、各診療科の提出日を記載し、受領印を押し確実に安全管理室に戻ったことを確認する。