

手 術

○ 要 点

- 1 手術に使用する機器、器材の術前確認と準備を行う。
- 2 手術担当者は術前訪問を行い、患者の確認をする。
- 3 手術室へ搬入時患者に氏名を名乗ってもらい確認する。
(緊急搬送等で患者が氏名を名乗れない場合を除く)
- 4 患者とカルテは常に一緒に移送し、手術室への搬入は原則として名札つきの入院ベッドで行う。
- 5 手術室の申し送り時、患者確認・手術部位の確認は、主治医・麻酔医・看護婦が共に行う。
- 6 麻酔医は患者に声をかけ、確認を行う。
- 7 手術体位による神経・循環障害を防止する。
- 8 手術前と創部縫合前に針・器械・ガーゼカウントを徹底する。
- 9 移動時の患者の安全管理を行う。

(手術)

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>1 患者の情報不足</p> <p>2 手術患者の準備不足、検査もれ</p> <p>3 手術患者の搬入時のチェックもれ</p> <p>4 医師と看護婦との連携不足</p> <p>5 安全な体位の確認不足</p> <p>6 使用前後の器具・ガーゼ等の確認不足</p>	<p>手術患者の情報収集</p> <p>①入院予約時入院目的・術式の確認</p> <p>②外来での術前準備のチェック 凝固・感染症・電解質・血液一般・肝機能・腎機能・心電図・呼吸機能検査・胸写・腹写</p> <p>③アナムネーゼ聴取時は、疾患名・術式・術体位等を考慮する。</p> <p>機器、器材の準備点検</p> <p>①手術に使用する機器、器材の術前確認と準備を行う。</p> <p>術前チェック機能の効率化</p> <p>①病棟での術前準備のチェック ・※外来での術前準備チェックに準ずる</p> <p>②術前チェックは前日午前中にその日の担当看護婦が、チェックリストに沿って行う。</p> <p>③術前訪問を行った手術担当者は、情報収集用紙に沿ってチェックを行う。身体的特徴等の患者を識別する際に参考となる情報も記録する。</p> <p>④手術日担当看護婦は術前チェックリストに沿ってチェックを行う。</p> <p>⑤手術室へ搬入時、患者に氏名を名乗ってもらい確認する。</p> <p>⑥手術室へ搬入時、申し送りチェックリストに沿って引き継ぎ最終チェックの場として、術前訪問を行った看護婦とその日の担当看護婦とで相互にチェックを行う。</p> <p>⑦手術室の申し送り時、患者確認・手術部位の確認は、主治医・麻酔医・看護婦が共に行う。</p> <p>⑧麻酔医は患者に声をかけ、確認を行う。</p> <p>手術時の注意</p> <p>①手術体位による神経・循環障害を防止する。</p> <p>②手術前と創部縫合前に針・器械・ガーゼカウントを徹底する。</p> <p>③心筋保護液等については、原則として調製を必要としないものを使用する。調製を必要とする場合は、終始同一の者が調製する。 心筋保護液の使用に当たっては、同液の電解質濃度、水素イオン濃度等进行检查し、使用前に麻酔医及び執刀医が確認する。</p> <p>患者の安全の確保</p> <p>①術前・術後は患者を一人にしないで付き添い、観察を密に行い、安全を確保する。</p>	<p>・剃毛時全身のチェックを行い、情報漏れを防ぐ。</p> <p>・義歯、差し歯の有無は必ず聞いておく。</p> <p>・抗生剤皮内テストの確認。</p> <p>・手術搬入時間の変更や手術変更も多いので手術室と頻回に連絡をとる。</p> <p>・血液型は患者本人にも確認しておく。</p> <p>・患者とカルテは常に一緒に移送し、手術室への搬入は原則として名札つきの入院ベッドで行う。</p> <p>・主治医・麻酔医・看護婦の情報交換と連携を行う。</p> <p>・手術の体位は、患者にとって無理な力が加わらず、安全で楽な体位であるかを確認する。</p> <p>・移動時の患者の安全管理を行う。</p>

窒 息

○ 要 点

- 1 気道確保
- 2 食事姿勢の工夫（安全な姿勢）
- 3 食事形態の工夫
- 4 吸引器の準備、使用

(窒息)

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>(食事)</p> <p>1 不適切な食事姿勢</p> <p>2 食事介助技術の未熟</p> <p>3 病態・病状の把握不足</p>	<p>食事姿勢の工夫 (安全な姿勢)</p> <p>①基本姿勢は、食物が通過しやすいように、頸と脊柱が垂直になるように正中位を保持する。頭部が伸展しないように頸部を前屈させる。</p> <p>患者の状態に応じた食事介助をする</p> <p>①患者の状態や、嚥下能力を把握する。</p> <p>②摂食のペース、1回量などを患者個々に応じて行う。</p> <p>③患者に食事の量、ペースを確認しながら、介助する。</p> <p>環境の調整</p> <p>① 食事中の会話はリラックスできる話にする。</p> <p>食事形態の工夫</p> <p>①患者の状態や、嚥下能力を考慮し、医師、看護婦、栄養士間の連絡をとり、食事形態を工夫する。</p>	<p>・枕を利用したり、抱き起こしたりして、できるだけ起こして食べさせる。</p> <p>○食事形態の工夫</p> <p>・小さくきざむ、つぶす</p> <p>・固形物と流動食を交互に摂取</p>
<p>(痰)</p> <p>1 観察とアセスメントの不足</p> <p>2 手技の未熟</p> <p>3 基礎知識の不足</p>	<p>患者の観察と状態把握</p> <p>①医師、担当看護婦は胸部を聴診し、喘息の程度・部位・SpO₂を把握する。</p> <p>②担当看護婦は、窒息のリスクの高い患者を記録室に近い部屋に移動し、観察が密にできるようにする。</p> <p>③看護記録に、喘息の程度・部位・SpO₂・呼吸困難の有無・痰の性状・量・回数などを記録しておく。</p> <p>排痰しやすい体位</p> <p>①体位ドレナージ、ネブライザー吸入を適切に行い、痰吸引を行う。</p> <p>②痰量の多い患者は、十分に排痰を行い、聴診して喘鳴音が残っている場合、は残っている肺野を上にして側臥位をとらせる。</p> <p>救急カートの準備</p> <p>①救急カートは常時使用できるよう準備しておく。</p>	<p>○吸引器の準備、使用</p> <p>・吸引圧は 80 ~ 120mmHg</p> <p>・吸引時間は</p> <p>大人 10 ~ 15 秒</p> <p>乳幼児 5 ~ 10 秒</p> <p>・1回の吸引で痰がきれない時は、呼吸、心拍、血圧の状態を見ながら行う。</p> <p>・鼻腔からの吸引は、陰圧をかけずにカテーテルを 15 ~ 20cm 挿入して、そっと回転しながら吸引する。</p>

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>(誤嚥・誤飲)</p> <p>1 ベッド上及び周囲への置き忘れ、片づけ不足</p> <p>2 異食行動者(児)の看護の知識不足</p>	<p>環境整備</p> <p>①担当看護婦は、朝の環境整備時、また訪室時に、患者のベッド上及び周囲に危険物になり得るものはないか点検する。</p> <p>②処置を行う看護婦はトレーなどを持参し、処置後は置き忘れはないか点検する。</p> <p>③床、ベッド、ベッド周囲の清掃、片づけを意識的に行う。</p> <p>患者の把握</p> <p>①担当看護婦は患者個々の特性を把握し、記録に残す。</p> <p>②担当看護婦は、異食・多食行動をとる患者の行動や所在を確認する。</p>	<p>・児の手の届かない置き場所の工夫をする。</p> <p>・乳幼児、重心児、脳卒中後遺症、パーキンソン病、痴呆など、患者の病態を理解しておく。</p>

酸素吸入

○ 要 点

- 1 医師は、指示内容を指示簿に正確、鮮明な文字で記入する。
- 2 機器が正常に作動しているか確認する。
- 3 マスク・酸素カニューレの装着を確認する。
- 4 ルートを確認する。
- 5 加湿器の蒸留水を確認する。
- 6 火気厳禁。

酸素使用中です
煙草はご遠慮ください。

(A4サイズの表示例)

(酸素吸入)

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
1 指示、投与法の誤認 2 機器の取扱いと確認不足 3 酸素使用中の定期的点検不足 4 患者・家族への指導不足	<p>指示簿の記入</p> <p>①医師は、指示内容を、指示簿に正確、鮮明な文字で記入する。</p> <p>カルテの指示確認とサイン</p> <p>①担当看護婦が医師から指示を受け、サインをする。</p> <p>準備と設置</p> <p>①担当看護婦は、指示された方法で、準備・設置する。 ②機器が正常に作動するか確認する。</p> <p>酸素吸入の開始</p> <p>①担当看護婦は、指示された方法を再確認後、実施サインをする。 ②担当看護婦は、訪室時は必ず、酸素供給量と器具を確認する。 ③加湿器の蒸留水を確認する。</p> <p>車椅子、ストレッチャー用の酸素ポンベの管理</p> <p>①酸素ポンベの残量点検を行う。 ②点検し、空の時は「空」と表示しておく。 ③常時予備を確保しておく。</p> <p>酸素ポンベの保管場所</p> <p>①冷暗所で、ポンベ立て等に立て、安全な場所に保管する。</p> <p>カードを流量計に下げる</p> <p>①担当看護婦は指示酸素流量をカードに明示し、流量計に下げ、指示変更時は速やかに書き換える。 ②担当看護婦は、患者指導内容をカードに記入し、ベッドサイドに明示し、患者・家族の協力を得る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・流量計はテープを流量計の一番上に巻き識別する。 (例) 赤—微量流量計 青—普通流量計 ・機器点検時に、不良、破損のものがあれば、明記し報告する。 ・流量計の見方 ボール状の浮きは球中心 こま状の浮きは上端の目盛りを読む。 ・マスク・酸素カニューレの装着を確認する。 ・ルートを確認する。 <p>・火気厳禁カードの表示</p>

気管切開（気管カニューレ装着）

○ 要 点

- 1 吸引前後は、肺野を聴診し部位と音を確認する。
- 2 カニューレの確実な固定・部位の観察。
- 3 カニューレー式・アンビューバッグをベッドサイドに準備する。
- 4 患者の反応を確認する。

気管切開（気管カニューレ装着）

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
1 患者の観察不足	<p>気管カニューレ装着患者の観察</p> <p>①医師、担当看護婦は訪室毎に顔色・チアノーゼ・喘鳴・カニューレを観察する。</p>	
2 分泌物の吸引不足	<p>体位ドレナージ・タッピング・吸引を確実に行う</p> <p>①吸引前後は、肺野を聴診し部位と音を確認する（喘鳴音・左右差の有無）。</p> <p>②聴診にて喘鳴音の残っている肺野を上にして側臥位をとらせ、タッピングして十分に痰吸引を行う。</p> <p>③ネブライザー吸入後も必ず十分に痰吸引してから次の処置・ケアに入る。</p> <p>④吸引後は、必ず患者の反応を確認する。</p>	
3 吸引技術の未熟	<p>確実に吸引を行う</p> <p>①吸引圧は 80 ～ 120mmHg</p> <p>②吸引時間は大人 10 ～ 15 秒 乳幼児 5 ～ 10 秒</p> <p>③吸引前後は聴診で呼吸音を聴取して喘鳴音の有無・部位を確認する。</p> <p>④吸引前・中・後患者の状態を観察しながら患者の反応・満足度を確認する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・感染防止に留意する。 ・吸引チューブは気管分岐部（咳嗽反射を認める位置）以上の深さにいれすぎないように、気管カニューレに沿って陰圧にならないように、そっと入れて回転しながら吸引する。 ・一回の吸引で咳嗽反射の激しい時は3分以上休止、呼吸・心拍・血圧が安定してから繰り返して行う。
4 感染防止のためのケアが不適切	<p>皮膚・気道の清潔保持</p> <p>①吸引は必ず清潔操作で行う。（口腔用と気管内用に分ける。）</p> <p>②頸の周囲の皮膚の状態を観察し、清潔に保つ。</p> <p>③Yガーゼは汚染のたびに交換する。</p>	
5 カニューレの固定が不確実	<p>カニューレの確実な固定・部位の観察</p> <p>①医師、担当看護婦は、カニューレの固定状態・位置を訪室・ケアのたびに確認する。</p> <p>②担当看護婦はカニューレのカフ圧・カフ漏れのチェックを各勤務で1回確認する。</p> <p>③必ず患者の反応（ヒモはきつくないか等）を確認しながら行う。</p> <p>④カニューレのカフ圧は記録しておく。</p> <p>⑤カニューレを変更した時は号数を記録しておく。</p> <p>⑥Yガーゼは適切なものを選択する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・小児・重心児・高齢者の特性を知る。又、故意あるいは無意識にカニューレをはずす場合があるので、ベッドを観察しやすい位置におく。 ・カニューレー式、アンビューバッグをベッドサイドに準備する。 ・気管カニューレのヒモは指一本入るきつさでしっかり固定する。

エラー発生要因	気管カニューレ装着に関するシステム（対策）	方 法
6 カニューレ抜去時の 対処が不十分	<p><u>カニューレ抜去への準備を常時行う。</u></p> <p>①担当看護婦はカニューレが抜去されたら、直ちに医師へ報告する。</p> <p>②担当看護婦はバイタルサイン・SpO₂を観察、アンビューバッグで対処しながら医師を待つ。</p>	
7 人工鼻・酸素吸入の 接続の観察不足	<p><u>人工鼻・酸素吸入の接続を確実にを行う。</u></p> <p>①医師、担当看護婦は訪室のたびに人工鼻・酸素吸入されているか確認する。</p> <p>②酸素吸入の接続が抜けていたら即接続し、バイタルサイン・SpO₂を観察する。</p>	

転倒・転落

○ 要 点

- 1 転倒・転落の既往・ADLのチェック。
- 2 定期的な物品・設備の点検と整備。
- 3 転倒・転倒に関する危険因子のチェック。

(転倒・転落)

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>1 疾病、加齢に伴う危険の認知、行動障害</p> <p>2 ベッド柵に関する確認、観察不足</p> <p>3 患者や家族への指導不足</p> <p>4 患者の状態把握不足</p> <p>5 建物、器具の整備不足</p> <p>6 物品、コード類の整理整頓不足</p> <p>7 水こぼれの放置等床面の把握・管理不足</p>	<p>病室、ベッドの種類、位置、柵、補助具の選定</p> <p>①担当看護婦は、使用前に安全の有無を点検する。 (ベッドの高さ、柵の位置、車椅子のブレーキ・エア・固定ベルト等)</p> <p>入院時のオリエンテーション</p> <p>①担当看護婦はベッドや補助具の正しい使用法を説明し、デモンストレーションを行う。 特に乳幼児の場合、母親へ直接指導し、注意カードをベッドに掛ける。</p> <p>②病棟内の段差(2 cm 以上)のある箇所を地図で示し、頻回に通る場所をマーキングし注意を喚起する。</p> <p>③履物、病衣のサイズを選択する。</p> <p>④睡眠剤、鎮静剤の服用の有無を確認する。</p> <p>定期的な物品、設備の点検と整備</p> <p>①各職場において、設備、備品等の定期点検を行い、故障、破損がある場合は、速やかに対処する。</p> <p>使用後の物品、補助具の管理</p> <p>①担当看護婦は、ベッド周辺を管理する。 点滴スタンド、車椅子、ポータブル便器などは所定の場所に置く。</p> <p>②ベッド周辺の医療器具、コード類を整理する。</p> <p>転倒・転落に関する危険因子のチェック</p> <p>①看護婦、看護助手は配茶、配膳の際の水こぼれの有無を確認する。</p> <p>②雨天時、病室、中央廊下への雨の吹き込み、面会者の雨傘の水たれなどの有無を確認する。</p>	<p>・入院時意識状態、疾病の程度、転倒・転落の既往、ADLを確認する。</p> <p>・高齢者の特性(理解力の低下、動作の緩慢さなど)や心理状態を把握する。</p> <p>・柵付きベッド使用者には処置後の柵の確認を必ず行う。</p> <p>・与薬者の確認、与薬の種類、睡眠の程度を確認する。</p> <p>・物品の耐久年数や老朽化の程度を把握し、計画的に交換する。</p> <p>・ギャッジベッドのハンドルは、その都度たたみ、ストッパーをかける。</p> <p>・水こぼれはその都度ふき取る。</p> <p>・面会者には病院玄関の傘立もしくは雨傘用のビニールを使用してもらおう。</p>

入 浴

○ 要 点

- 1 入浴前後の状態観察。
- 2 熱傷の予防。
- 3 溺水の予防。
- 4 転倒・転落の予防。
- 5 アンビューバッグと吸引器の準備。
- 6 入浴機器の正しい取扱い。

(入浴)

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>1 器具の整備点検の不備</p> <p>2 機器についての知識不足</p> <p>3 環境整備不足</p> <p>4 準備不足</p> <p>5 知識・技術の未熟 ・筋力のない患者 ・緊張の強い患者 ・気管切開患者 ・変形の強い患者 ・循環動態に変化が起りやすい患者</p>	<p><u>浴室の環境を整える。</u></p> <p>①周囲の環境を整え、移動に必要な広さを確保する。</p> <p>②物品は定位置に置く。</p> <p>③湯の温度を確認する。</p> <p>④床、手すりを確保する。</p> <p><u>器具の整備・点検の確認</u></p> <p>①使用前後の点検を行う。 ・エレベートバスの上昇・下降ボタンの操作の確認。 ・エレベートバスのロックがかかるか確認する。</p> <p>②月1回定期点検を看護助手が実施する。(エレベートバス、入浴ストレッチャー、シャワーチェア)</p> <p>③混合栓の温度調節に不備がないか確認する。</p>	<p>・スクリーンやカーテンを使用し、プライバシーを保護する。</p>
<p>6 観察不足</p> <p>7 温度調節の不備</p>	<p><u>エレベートバスの操作の技術習得</u></p> <p>①配置替時は、機器の説明をし、操作技術を習得させる。</p> <p>②エレベートバスの使用方法 ・ストレッチャーをキャスターで固定させる。 ・患者をストレッチャーに移動して、左右の柵をする。 ・ストレッチャーを平行にスライドさせる。 ・介助者1人は患者の頭部を支え、1人は上昇ボタンを押し、浴槽を上げる。 ・下降ボタンを押し、浴槽を下げる。 ・ストレッチャーを平行にスライドさせる。</p>	<p>・患者の状態に応じた機器を使用する。</p> <p>・エレベートバスによる介助は原則として2人で行う。</p> <p>・緊張の強い患者にはエレベートバスは使用しない。</p>
	<p><u>緊急時の準備</u></p> <p>①人工呼吸器装着患者・気管切開患者・痰の多い患者の場合は、酸素ボンベ、アンビューバッグ、吸引器を準備する。</p> <p><u>患者の状態を把握し介助する。</u></p> <p>①リスクの高い患者の介助は原則として2人で行う。</p> <p>②気管切開患者の場合は上体を15度挙上する。</p> <p>③常に声掛けし、リラックスさせる。</p> <p><u>入浴におけるリスクを把握し介助する。</u></p> <p>①転倒・転落・溺水・熱傷を念頭におき観察する。</p> <p>②常に患者の顔色・状態を観察する。</p>	<p>・患者に挿入してあるチューブ類に注意し、固定を工夫する。</p> <p>・気管切開患者や痰の多い患者は入浴前に吸引を行う。</p> <p>・入浴中の前後、気道の確保に留意する。</p> <p>・部屋係と浴室係に分け、お互いに声掛けし、連携を図る。</p>