

# 訪問看護における 安全管理マニュアル



茨城県看護協会 医療・看護安全対策推進委員会



はじめに

訪問看護が1992年（平成4年）に制度化されてから30年が経過し、訪問看護ステーションは医療的サービスの中心的な役割を担い、地域における在宅サービスの要として社会の期待に応えながら地域で活動しています。

最近の医療環境の変化に伴い訪問看護の対象者は医療ニーズの高い要介護者、認知症の人、重度の障がいを持つ小児など多様化してきており、高度な医療処置を必要とする在宅療養者が増え、安全管理の問題が問われることも多くなっています。

訪問看護における安全管理は質管理の要であり、利用者にとって最も重要な選択要件です。万が一事故が発生した場合、利用者の方への影響はもちろんのこと、訪問看護ステーションにとってもその影響は図り知れません。在宅医療の推進とともに訪問看護への期待やニーズはますます高まっており、それ以上に訪問看護の安全そして質が問われる時代になってまいりました。

2014年（平成26年）に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律」の定義によれば、地域包括ケアシステムは医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制を指しています。この地域包括ケアシステムの構築を進めていくためにも、これまでのそれぞれの専門職種ごとに細分化された縦割りの体制ではなく、各専門性が連携しケアチームとして業務を行うことが在宅療養者の安全を守ることになると考えます。

このたび兵庫県看護協会の「訪問看護ステーションにおける安全管理マニュアル」をもとに改稿し、茨城県看護協会の「訪問看護における安全管理マニュアル」を作成しました。在宅療養者が安心して在宅生活を送れ、訪問看護師にとっても安全なサービスの提供と安心につながれば幸いです。本マニュアルは「標準ベース」であり実情に合わせ編集するなど、具体的な対策を考える際の参考として活用して頂ければと思います。作成にあたり、兵庫県看護協会、看護師職能委員会Ⅱおよび茨城県訪問看護事業協議会のご協力とご支援をいただいたことに心より感謝いたします。

茨城県看護協会 医療・看護安全推進対策委員会一同



# 目 次

I. 訪問看護ステーションの使命・理念	1
II. リスクマネジメントの基本指針	2
III. 用語の定義	3
IV. 訪問看護ステーションにおける安全管理体制	4
1. 事故報告等安全の確保を目的とした改善方策	6
2. 事故発生時のポイント	7
V. 医療事故発生時の対応	10
1. 訪問看護でのケア中に起こりうる事故	13
1) 転倒・転落	13
2) 脱臼・骨折	15
3) 外傷・熱傷	17
4) スキンケア	19
5) 誤嚥・窒息・異食	21
6) 浣腸・排便に伴う事故	24
2. 医療処置に伴う事故	26
1) 主治医からの指示に関する事故	26
2) 薬剤投与に関する事故	27
3) 医療機器の管理に関する事故	40
(1) 人工呼吸器管理	41
(2) 在宅酸素管理	42
(3) 吸引器	43
4) カテーテルチューブに関する事故	44
(1) 膀胱留置カテーテル	44
(2) 経管栄養チューブ	45
胃瘻・腸瘻・経鼻胃管・食道瘻	
(3) 気管カニューレ	49
(4) ドレーンチューブ	50
3. 訪問看護師に起こりうる事故	51
1) 交通事故・ <u>交通安全の心構えと心得10か条</u>	51
2) 針刺し事故（基本対応、B型肝炎、C型肝炎、HIV）	54
3) 暴力への対応	58
4. その他	
1) 訪問看護の予定変更連絡不足	68
2) 個人情報・記録類の適正・安全な管理	69
3) 利用者の鍵の紛失・預かり証	71
4) 利用者宅の器物破損への対応	73
5) 自殺・自傷行為	74
《参考文献》	75
《参考資料》 転倒・転落アセスメントスコアシート	
ヒヤリハット・事故報告書／検討会記録	
事故報告書（市町村）	
採血および感染症検査に関する同意書	
介護保険事業者における事故発生時等の報告の取り扱いに関わる標準例	
安全管理マニュアル改訂履歴	

# I 訪問看護ステーションの使命・理念

## Ⅱ リスクマネジメントの基本指針

### 1. 基本的人権の尊重

日本看護協会倫理綱領に示されている「看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する」に基づき、訪問看護においては生活の場に関心を持ち、個人の生活を尊重する事に努める

### 2. 看護者の労働者としての権利の尊重

看護者は労働者として安全と健康が確保されるとともに、快適な職場環境で働く権利がある訪問看護においては、看護者の労働環境については以下のような特徴がある

- ① 生活の場での看護提供であること
- ② 看護者の単独ケアであること

以上の2点を踏まえて、労働安全衛生法第3条の職場の安全確保に関する事業者の責務、及び第4条労働者の責務に基づき、職場の安全の確保のために、事業者と労働者が協力して、組織全体で取り組んでいくことで、看護者の労働者としての権利の尊重を実現する

### 3. 安全で質の高い看護の提供

看護者は、より安全で質の高い看護を提供するために、看護者は自身の心身の健康の保持増進に努め、安全の確保やリスクマネジメントに組織的に取り組む

### 4. チーム医療による質の高い医療・看護の提供

看護者は、他の保健医療福祉関係者と協働し、より安全で質の高い医療・看護を提供する。チーム医療をより効果的なものとするために、チーム内に存在するリスクや問題に関心を持つとともにそのリスクマネジメントを行い、協働する他の看護者及び保健医療福祉関係者との間に、自立した専門職として対等な関係を構築するよう努める

## Ⅲ 用語の定義

### ○リスクマネジメント

#### 【リスクマネジメント】

マネジメント一般の領域にある専門分野の一つであり、組織がその使命や理念を達成するために、その資産や活動に及ぼすリスクの影響から組織の資産を効率よく守るための一連のプロセス。

### ○医療事故と医療過誤：「過失のない医療事故」と「過失のある医療事故」を分けて考える

【医療事故】医療従事者が行う業務上の事故の内、過失が存在するものと不可抗力（偶然によるものの両方を含めたもの）

【医療過誤】医療従事者が行う業務上の事故の内、過失の存在を前提としたもの。

過失：行為の違法性、すなわち客観的注意義務違反をいう。注意義務は結果発生予見義務と、結果発生回避注意義務とに分けられる。

### ○インシデントと事故（アクシデント）

#### 【インシデント】

思いがけない出来事「偶発事象」で、これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性のある事象である。現場ではこれを「ヒヤリ」「ハット」と表現することもある。インシデントについての情報を把握・分析するための報告書をインシデントレポートという。「ヒヤリ・ハット報告書」「ニアミス報告書」とも表現される場合がある。

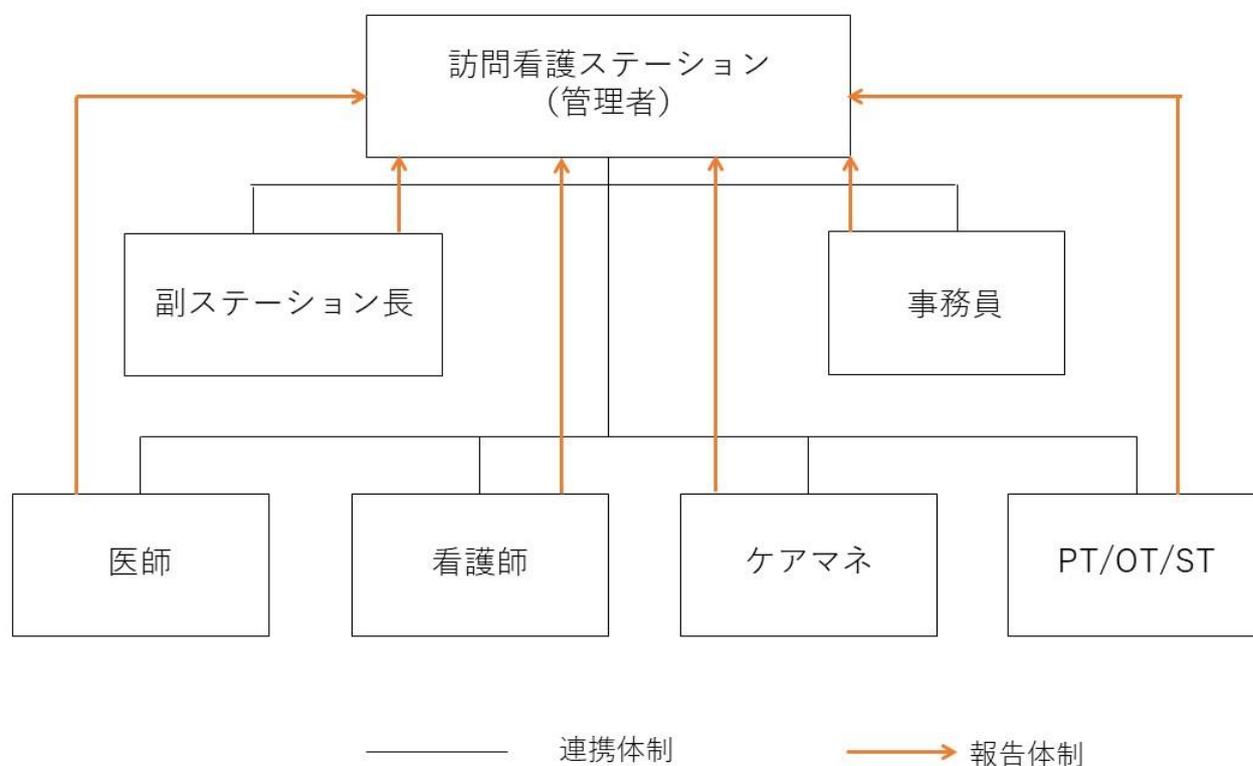
#### 【事故】

インシデントに気付かなかつたり、適切な処理が行われないと、傷害事故が発生し「事故」となる。医療におけるリスクマネジメントで取り扱う「事故」とは、利用者だけでなく、来所者、職員に障害が発生した場合を含む。事故報告書は、事故に関する情報収集をし、分析するための報告書である。

## IV 訪問看護ステーションにおける安全管理体制

### 1. 組織の安全管理に対する目標

### 2. 安全管理システム



### 3. 安全管理体制作成時のポイント

#### 1) 組織としての目標設定

訪問看護における安全管理体制を構築することが、訪問看護の質を保証することになる。そのためには組織としてリスクマネジメントに取り組むことが重要である。

職員全体が認識を深めるために、組織の具体的目標の一つとして“訪問看護ステーションが安全管理に取り組み、事故防止に努める”事を明記する。

#### 2) 安全管理のためのマニュアルの作成

訪問看護に関連した事項について具体的なマニュアルを作成し、定期的に見直しを行う。

#### 3) 安全管理のため、職員に対する教育・研修

訪問看護ステーション内・外での研修を定期的かつ計画的に行う。

《具体的な取り組み例》

○新入職者へのオリエンテーションで、必ず安全管理に関する教育・研修を実施する。

○自施設あるいは、地域のステーションと共同して安全管理に関する教育・研修を年2回行う。

○外部の研修にできるだけ参加できるように支援する。

#### 4) 適切な労働環境と労務管理

看護要因等の適切な配置や勤務体制を検討し、疲労の蓄積や経験不足による事故が発生しないように労働条件を整え労務管理を行う。

#### 5) 率直に伝えられるような組織風土づくり

看護職員等が業務遂行や技術に不安を感じた場合、他職員、管理者などに相談し支援を受けられるような職場の風土づくりをする。

#### 6) 記録に関する注意事項の明文化

## IV-1 事故報告等安全の確保を目的とした改善方策

### 1. ステーションで起きた事故や事例について報告システムを確立する

- ①ミーティング等での口頭による報告、その後、記録、事故報告を書く。
- ②インシデントレポートや事故報告書は、個々の事故やインシデントの実態を把握し、その防止策を考える上で重要な情報であるため、全職員が記録し、報告する。

### 2. 他のステーションで起きた事故や事例について情報収集をする

- ①看護協会や日本訪問看護振興財団、全国訪問看護事業協会、ステーション連絡協議会等から最新情報を収集し、自施設での安全防止策を検討する。
- ②安全管理に関する文献、雑誌等から情報を得て、自施設での安全防止策を検討する。

### 3. 事故や事例を共有する場をもつ

- ①ミーティングの場で必ず事故や事例を共有する時間を設ける。
- ②共有すべき事故や事例については周知を図る。
- ③共有すべき事故や事例については、事例集としてマニュアルの中に保管する。

### 4. 事故や事例を検討する場をもつ

- ①ステーション内に「安全管理委員会」を設定し、報告書を分析する。
- ②ミーティング時に職員全員で検討する機会をもつ。

### 5. 検討結果を共有する場をもつ

- ①ミーティングの場で、必ず検討結果を共有する時間を設ける。
- ②再発防止策や手順の変更について周知を図る。
- ③マニュアルの該当箇所を追加・変更する。

### 6. 検討結果が再発防止策として現場で役立っているかどうかを再検討する場をもつ

- ①検討した再発防止策や手順については、期間を決めて再検討する。

## IV-2 事故発生時の対応のポイント

### 1. 事故発生時の対応の基本

事故防止に取り組むことはもちろんだが、「それでも人は間違える」「それでも事故は起きる」のであれば、「事故発生時の対応」にも取り組んでおかなければならない。

〈ポイント〉

「利用者の安全の確保」そして「うそをつかない」「隠さない」「責任転嫁をしない」

- ①「訪問看護ならではの対応」を心する
- ②「組織としての対応の方針」を徹底する
- ③「事故発生時の対応マニュアル」を整備する

#### 1) 「訪問看護ならではの対応」を心する

- ①医療設備の整っていない利用者宅で1人で対応しなければならないこと。
- ②すぐには応援が得られないこと。
- ③ときにステーションの職員すべてがステーションを離れていて連絡すらうまくとれないこと。
- ④そもそも医療依存度が高い利用者が多く、事故が重篤な結果に至ることも多いなどを意識して「訪問看護ならではの対応」を訪問看護師として心する必要がある。

#### 2) 「組織としての対応の方針」を徹底する

##### ①医療上の対応:利用者の安全の確保

「利用者の安全の確保」は、事故発生時の最優先事項である。

##### ②業務管理上の対応:「うそをつかない」、「隠さない」、「責任転嫁をしない」。

「うそをつかない」「隠さない」「責任転嫁をしない」といったことは、当たり前のことではあるが、実際の事故発生時には当事者として、改めてこれらを全うすることの難しさを知ることになる。

#### 3) 「事故発生時の対応マニュアル」を整備する

「事故発生時の対応マニュアル」の整備は、利用者の安全の確保につながるだけではない。同時に、訪問看護にあたる職員一人ひとりの安全と安心にもつながる。

### 2. 事故発生時の対応のポイント

〈ポイント〉

- ①利用者の安全の確保に全力を尽くす
- ②説明する、誠実に対応する
- ③報告する、指示・サポートを得る
- ④記録する
- ⑤保全する:現場の保全、機器の保全
- ⑥事実確認を行う
- ⑦外部の関係機関への対応を検討する
- ⑧再発防止に向けた検討を行う
- ⑨その後の組織としての対応方針を決定する

- 1) 利用者の安全の確保に全力を尽くす  
基本的な医療事故発生時の対応に必要な医療上の知識や技術に加えて、訪問看護における事故発生時の対応に必要な知識や技術を身につける。
- 2) 説明する、誠実に対応する
  - ① 何が起きたのか」「何が起きているのか」を説明する。
  - ② 「これから何が起きるのか」についても説明し、新たな同意を得る。
  - ③ 1人ではなく複数で説明する。
  - ④ 「わからない場合」にはわからないということを説明する。
    - ・ステーションとしても原因を明らかにしたいと思っていること。
    - ・そのための検討や調査を行うこと。
    - ・その結果についてはきちんと説明するということを伝えることが大事である。
  - ⑤ 「明らかだと思える場合」にこそ慎重に対応する。
- 3) 報告する、指示・サポートを得る  
報告基準、報告ルートに沿って速やかに報告する。納得いただけなかった場合にも必ず管理者に報告する。電話などで状況を伝え、指示やサポートを受けることが多い。起きていることを的確に把握し状況を伝える技術を身につける。
- 4) 記録する
  - ① 正確な記録：記憶が鮮明なうちに記録する。検証や対応の検討に非常に重要である。
  - ② 記録の保管：ステーション内で記録の保管場所を決めておく。
  - ③ 書き方とルールの確認：「時刻」「数値」客観的に記録する。迷う時は上司に相談する。  
改ざんとみなされないよう注意する。ステーション内でルール化する。
- 5) 保全する：現場の保全、機器の保全  
事故の検証において、発生時の現場の状況や使用していた医療機器などの状態が問題になることがある。現場やME 機器など現状を保全する。  
保全できない場合は、写真を撮る、機器があった場所に印をつける。
- 6) 事実確認を行う  
利用者や介護者への説明、再発防止策の検討など、すべての基本である。  
できるだけ早く管理者は現場に向かい事実確認を行う。
- 7) 外部の関係機関への対応を検討する  
事故によっては、関係行政機関への届出や報告、警察への届出、弁護士、保険会社への連絡なども検討が必要になる。「届出・連絡が必要な場合」と「その届出・連絡先」を確認しておく。特に夜間・休日などの対応についても確認しておく。  
届出や公表については利用者や介護者に説明し、必要に応じて同意を得る。  
利用者も介護者も事故発生時という緊急事態の中で、届出や公表といった非日常的な判断を求められていることを考慮し対応する。
- 8) 事故調査をする：「事実確認」、そして「原因分析」「再発防止」  
ステーション内でも、事実確認をしたうえで原因を分析し、再発防止を検討する。どうして起きたのかについては、直接の原因だけではなく、その背景にある原因にも踏み込んで検討する。また個人の間違いを不注意や確認不足と断じて終わるのではなく、その間違いがなぜ起きたのか、どうして気づくことができなかったのかなどについても目を向けて検討する。再発防止策については、常に見直しをしていく。

### 3. 事故後の当事者への対応

- 1) なぜサポートが必要なのか：「誠実な対応」に向けてサポートでもある  
事故後の当事者を取り巻く状況も大きく変化しつつあり、当事者の負担はこれまでの比ではなくなっている。当事者として事故に向き合い、誠実に対応し、可能であればその経験を活かし職務を継続していくために、事故後の当事者へのサポートをする。
- 2) 事故が起きてからでは、遅すぎる：だからこそ日頃の備えが必要である。  
事故発生時には、さまざまなことに一時に対応しなければならない、事故が起きる前から基礎的な知識を一人ひとりが備えておく。
- 3) 「実務的サポート」と「精神的サポート」  
当事者が今何を心配しているのかを把握して、サポートしていく。  
精神的サポート：「今」を受け受け入れ、「これから」に準備し、「新しい出発」に向かわなければならない。そのためには精神的なサポートも必要になる。プライバシーの確保に注意する。
- 4) 中長期的サポートも必要である  
事故対応においては、当事者への中長期的なサポートが必要になる。
- 5) 「独りではない」と思えるサポートが必要である  
当事者は周囲が思っている以上に孤独感・孤立感の中にある。「あなたは独りではない」という気持ちで寄り添うことをサポートの原点として忘れないようにする。

## V 医療事故発生時の対応

### 1. 医療事故発生時の初期対応

#### 1) 状態の把握と対処

- ・第1に利用者の状態を把握し、リスクのレベルを把握する。
- ・利用者のバイタルサインなどからその緊急度を判定し、優先度を決め速やかに判断し行動する。

#### 【参考】生命に関する危険度

01：極めて高い 02：高い 03：可能性あり 04：可能性はあるが低い 05：ない

#### a. 利用者の安全確保と救命処置

- ①ただちに救命処置を開始する。
- ②主治医へ連絡し、指示のもとに救命処置を実施する。

#### b. 報告

- ①管理者へ報告：報告を受けた管理者はただちに現場に出向く。

#### 2) 管理者の対処

#### a. 事故当事者への配慮

できるだけ現場から離し、誰かが付き添う。

#### b. スタッフの業務割り当て変更

後の訪問予定者の割り当て等。

#### c. 証拠保全

事故に関する器具は廃棄せずに保存しておく。

(警察が介入する事例では証拠物件として提出する必要がある)

#### 3) 利用者・介護者への対応

#### a. 利用者への説明

意識が無い場合：救命処置を優先し、意識が回復した段階で、起こった状況やその後に行った処置と今後の経過などについて主治医から説明する。

意識がある場合：利用者に絶えず言葉をかけ、必要な処置などの説明を行い、利用者に同意を得て実施する。

#### b. 介護者への説明

- ・主治医もしくは看護職のうち、できるだけ上位者が連絡をし、説明する。
- ・説明にあたっては、率直に事実を説明し、言い訳や憶測は厳に慎む。
- ・医療過誤（過失）が明らかである場合は、率直にお詫びをする。

- ・この時点では事故当事者による説明と謝罪は、かえって動揺や混乱を大きくすることになりかねないため、状況をみて別途検討する。

c. 組織管理者への報告

## 2. 医療事故の記録

【大原則】 重大事故発生時には、記載方式を経時記録に変える。

### 1) 事故が起きた時の記録の留意点

看護記録は医療訴訟等で証拠となることを認識し、整えておく。

手順に事故発生時は、経時記録に変えることを明記する。

### 2) 初期対応時の記録

時間の記録：時間を確認できるよう常に時計を携帯する。

記録の内容：治療・処置・ケアについて、いつ、どこで、誰が、何を、どのように実施したか指示者ならびに実施者の氏名、および利用者の反応・状態、利用者への説明内容などを客観的・経時的に記載する。

### 3) 初期対応終了後の記録

初期対応時にかかわった主治医・看護師等が全員で相互に事実を確認する。

処置・看護などを実施次第、その都度速やかに記録する。

### 4) 記載上順守すべき原則

①事実のみを客観的かつ正確に記録する。

(想像や憶測、自己弁護的反省文、他者の批判、感情的表現などは書かない)

②誤解のない表現を用いる。

(根拠のない断定的な表現「～と思われる」「～のように見える」といったあいまいな表現はしない)

③利用者・介護者への説明や、やり取りも必ず記録する。

(誰にどのような説明をしたか、それに対して利用者・介護者はどのように発言や反応をした等)

④修正する場合は、訂正前の字句が読めるように二本線で消す。訂正日・時刻と訂正者のサインを記入する。記載間違いを修正液で消したり、消しゴムを使ってはならない。間違った箇所を記録から除いてはならない。

<理由>記録の修正は、改ざんと思なされる恐れがある。

⑤筆記具は黒ボールペンがよい。

(消される恐れのある鉛筆や、コピーでよく写らない青インクでの記録は望ましくない)

⑥記録の途中で行を空けない。

⑦記録を終える毎に、署名と日付と時刻を記入する。

### 5) 事故報告書

事故の事実を把握し、組織としての適切な対応をするために、事故報告書を作成する。

記録者：事故当事者が明確な場合には、当該本人。

報告書の様式：各施設の報告書を使用し、事実経過がわかるよう記録する。

保管：各施設の文書保管の規定に従って、慎重に取り扱う。

### ○医療事故の影響レベル

		傷害の継続性	傷害の程度	
インシデント	レベル0	—		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、利用者さんには実施されなかった
	レベル1	なし		利用者さんへの実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
	レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（利用者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
	レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤等薬剤の投与など）
アクシデント	レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した
	レベル4a	永続的	軽度～中程度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
	レベル4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う
	レベル5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
	その他			

※「国立大学附属病院医療安全管理協議会」が定めた「影響度分類」

# V-1 訪問看護でのケア中に起こりうる事故

## V-1-1) 転倒・転落

### 転倒・転落

#### 緊急性の判断と対処

- ① 観察：バイタルサイン、一般状態、転倒・転落時に受傷した外傷等の有無、頭部打撲の有無、意識レベル
  - ② 情報収集：詳しい転倒・転落の経緯や状況
  - ③ 応急処置：外傷の手当、安全で安楽な体位をとる
  - ④ 利用者・介護者への説明
- ※判断が難しい時は、管理者又は主治医に相談する

#### 管理責任者・主治医などに報告

- ① 管理者又は主治医に連絡・状況説明
- ② 主治医の指示を受ける

#### 利用者への必要な対応

- ① 入院・外来受診先の指示受け
- ② 移送手段の選択
  - ・必要物品の準備
  - ・(必要時) 同乗・同行
- ③ 観察事項：嘔気嘔吐の有無・意識レベル・発熱・腫脹・痛みの有無
  - ・72時間様子観察し、主治医に報告

#### その後の連絡・対応

#### 過失による事故の場合

- 管理者・主治医に報告・連絡・相談
  - ・治療費の負担を検討（訪問看護事業者賠償責任保険または事業者負担または医療保険）
- 利用者・家族への説明
  - ・(出来れば) 主治医から事故の事実関係を率直に説明する。言い訳や憶測は厳に慎む
  - ・医療過誤(過失)が明らかである場合は、率直にお詫びをする。(この時点では、事故当事者による説明と謝罪は、かえって動揺や混乱を大きくすることになりかねない)
- 関係機関への報告
  - ・事故によっては、居宅介護支援事業所、警察、行政機関・弁護士、保険会社等に連絡
- 転倒転落のアセスメント
  - ・リスクが高ければ予防対策を検討する
- 職員のフォロー

## 転倒・転落の予防策

### 1. 転倒・転落の危険性がある利用者の抽出

- ①アセスメントスコアシートを利用し、転倒・転落の危険性がある利用者の抽出を行う。  
(資料を参考にしながら利用者に応じた予防策を検討していく)

### 2. KYT (危険予知トレーニング) を行うことで転倒・転落の回避をする

- ①利用者が起こす可能性のある危険行動を未然に防ぐ

例) ・特にベッド周囲・トイレ・車いす関係など、事故の発生しやすい場面については、特に意識をしていく

- ・ベッド柵の本数や固定するか否かの検討。ベッドの高さを一番低くする
- ・排尿誘導時間の検討や、ポータブルトイレの使用工夫  
(必要時にポータブルトイレをベッドサイドに設置する)
- ・車いす乗車時は、フットレストをあげて足底を床につける

- ②利用者の行動を察知するような対策

例) ・ポータブルトイレや車いすなどを利用者の使用しやすい位置に設置する  
・利用者がベッドから立ち上がったことがわかるようにベッド柵に鈴をつける

- ③環境整備 (特に在宅では、環境整備が必要である)

例) ・トイレの床面の素材によりすべり止めマットや手すり等の設置を検討する

- ・暗い場所においては、フットライトの設置が可能であれば取り付ける
- ・玄関など段差の大きいところは踏み台を置く
- ・マットやじゅうたんの縁はピンなどで固定する
- ・お風呂場は、洗い場にすのこを置くなどしてすべらないようにし、浴槽と同じくらいの高さの安定性の良い椅子を置いて、浴槽の出入りに利用する
- ・ベッド横に緩衝マットを敷く
- ・転倒を繰り返す利用者においては、帽子やサポーターなどを装着する
- ・電気コードは固定する
- ・床に水をこぼしたままにしない
- ・歩行の障害となるものを置かない

### 3. その他

- ①リハビリにより関節拘縮を予防し、筋力増強訓練により筋力の維持改善に努める

## V-1-2) 脱臼・骨折

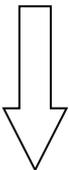
### 脱臼・骨折



#### 緊急性の判断と対処

- ①観察：バイタルサイン、一般状態、脱臼・骨折の部位の観察。
- ②情報収集：脱臼・骨折の原因になりそうな事象や状況について
- ③応急処置：患部の疼痛が軽減できるような安楽な体位をとる、患部の安静を保つ、患部のアイシング
- ④利用者・介護者への説明

※判断が難しい時は、管理者又は主治医に相談する



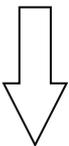
#### 管理者又は主治医

- ①管理者又は主治医に連絡・状況説明
- ②主治医の指示を受ける

#### 利用者への必要な対応

- ①入院・外来受診先の指示受け

- ・移送手段の選択
- ・必要物品の準備
- ・(必要時) 同乗・同行



#### その後の連絡・対応

##### 過失による事故の場合

- 管理者又は主治医に報告・連絡・相談
  - ・治療費の負担を検討（訪問看護事業者賠償責任保険または事業者負担または医療保険）
- 利用者・介護者への説明
  - ・(出来れば) 主治医から事故の事実関係を率直に説明する。言い訳や憶測は厳に慎む
  - ・医療過誤(過失)が明らかである場合は、率直にお詫びをする。(この時点では、事故当事者による説明と謝罪は、かえって動揺や混乱を大きくすることになりかねない)
- 関係機関への報告
  - ・事故によっては、警察、行政機関・弁護士、保険会社、居宅介護支援事業所等に連絡
- 職員のフォロー
  - ・脱臼・骨折のアセスメント
  - ・リスクが高ければ予防対策を検討する

## 脱臼・骨折の予防策

### 1. 脱臼

- ①大腿骨頸部骨折・人工関節置換術後（股関節を過度に屈曲・内転・内旋しないよう指導する）
  - ・生活様式はなるべく洋式がよい（ベッド、トイレ、日常生活椅子式）
  - ・足を組む・横座り・過度の背伸びをしない
  - ・ソファなど腰が深く沈みこむ椅子は避ける
  - ・体重増加は股関節の負担になるため、標準体重維持するように食事に留意する
  - ・リハビリを行い、下肢筋力低下の予防に努める
- ②肩関節（脳障害や頸椎疾患などは特に肩の亜脱臼を起こしやすい）
  - ・肘の下にクッションを入れたり、三角布で上肢をしっかり肩に固定する
- ③小児（自力で体位を変えることができない小児は良肢位の姿勢に留意する）
  - ・仰臥位：低緊張で過開排になる時は、膝の下に枕を入れ膝を曲げ良肢位をとる
  - ・側臥位：股関節は内転しないように膝と膝の間に枕を入れ、上肢は枕を抱かせるようにする

### 2. 骨折

- ①転倒・転落の予防策に準ずる

## V-1-3) 外傷・熱傷

### 外傷・熱傷

#### 状態の把握

- ①観察：バイタルサイン、一般状態の観察、意識状態、外傷に伴う出血の有無、出血量や持続性、利用者の表情・姿勢・四肢の変形の有無、皮膚の状態
  - ②情報収集：外傷・熱傷した状況や経緯
  - ③応急手当：外傷・熱傷の手当て、安全で安楽な体位をとる
  - ④利用者・介護者への説明
- ※判断が難しい時は、管理者又は主治医に相談する

#### 対 処

- ①外傷がすり傷や刺し傷の場合は、水道水で洗い流す  
出血部は、直接圧迫止血法・止血付帯を実施する
- ②熱傷の場合は、水道水で冷し、水につけられない場合は、氷水を入れたビニール袋で患部を冷やす  
着衣の上から熱湯を浴びた場合は、衣服の上から冷水をかけて冷やし無理に衣服を脱がせない

#### 管理者又は主治医

- ①意識レベルや外傷による出血が続く時や患部の痛みが続くようであれば、管理者又は主治医に報告し指示を受ける

#### 利用者へ必要な対応

- ①必要時、救急車の手配や受診・往診の調整を行う
- ②訪問後、痛み・出血の持続や意識レベルの低下などの異常がある場合は、すぐに訪問看護師又は主治医に連絡するように説明する

#### その後の連絡と対応

- ①管理者又は主治医に報告・連絡・相談  
・治療費の負担の検討
- ②利用者・介護者へ説明と明らかに過誤の場合は率直にお詫びをする

## 外傷・熱傷の予防策

### 1. 外傷

- ① 転倒・転落アセスメントスコアシートを参考にしてどの要因に「あり」のチェックがあるかをみて回避できる因子であれば改善策を検討していく（内服薬の検討・福祉用具の導入・介護者、利用者に指導するなど）
- ② 知覚・運動麻痺がある場合の車いす移動においては、患側に特に留意し・皮膚障害を起こさないよう介助を行う

### 2. 熱傷

- ① 湯たんぽの場合
  - ・使用前に湯を入れた湯たんぽを逆さにして水もれがないかどうか確認する
  - ・湯温は 60～70℃とし必ずカバーをして直接肌にふれないよう足元から 10 cm以上離して使用する
- ② 電気アンカ・毛布の場合
  - ・簡便に使用できサーモスタットがついているが、持続して貼用することで熱傷をきたすことがあるため適宜皮膚状態の観察・温度調整をする
- ③ カイロの場合
  - ・直接肌に触れないように使用する

\*上記の温罨法は、知覚・運動麻痺、知覚鈍麻のある時は特に使用方法に注意する。また、炎症の強い部分がある場合は症状が緩解したときに使用する

- ④ 入浴介助の時は、入浴前に素手や上腕内側などで湯の温度を確かめるようにする

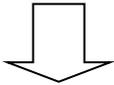
## V-1-4) スキンテア

### スキンテア発生

#### 状態の把握

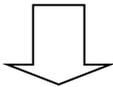
STAR分類システム参照

- ①観察
- ②情報収集



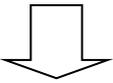
#### 対処

- ①止血と洗浄
- ②皮弁をもとの位置に戻す
- ③創傷被覆材の選択



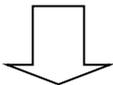
#### 管理者又は主治医に報告

- ①出血や処置が困難な場合や、痛みが持続するようであれば  
管理者又は主治医に報告し指示を受ける



#### 利用者への必要な対応

- ①必要時、受診や往診の調整を行なう



#### その他の連絡・対応

- ①管理者又は主治医に報告、連絡、相談
- ②利用者・介護者への説明と指導

### STAR 分類システム



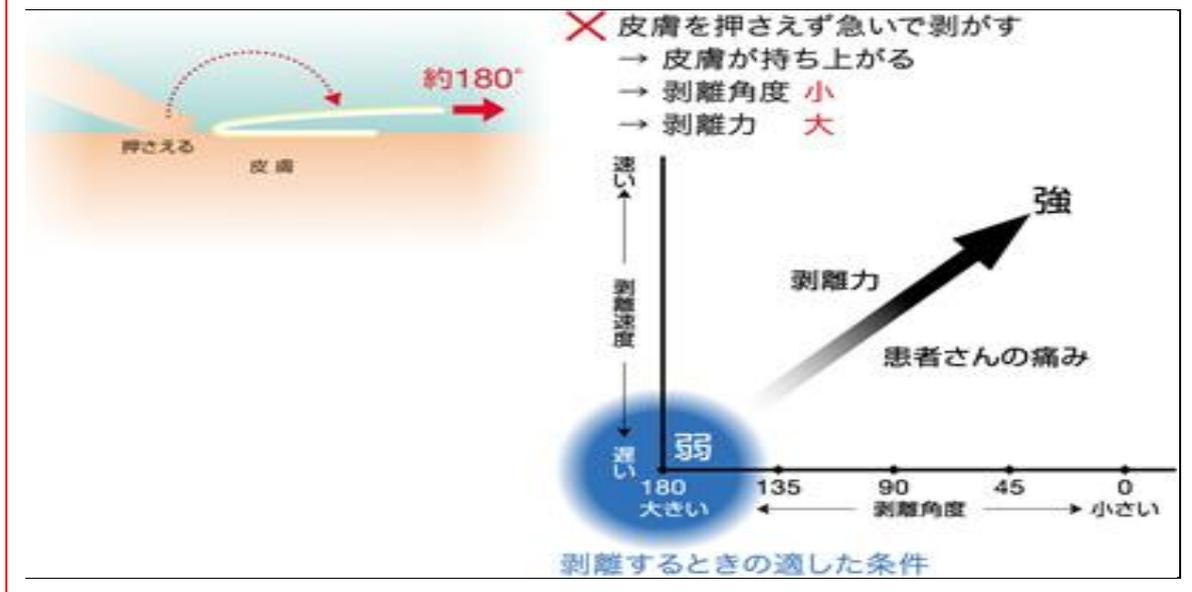
ベストプラクティス スキンテア（皮膚裂傷）の予防と管理

## スキンテアのリスク状態

60歳以上・皮膚乾燥・浮腫・循環障害・呼吸障害・栄養障害・免疫障害など

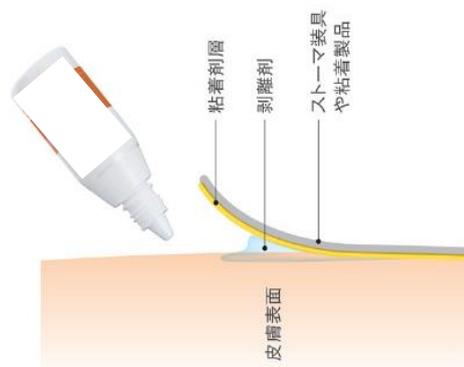
優しすぎるほど優しくゆっくり 愛護的にはがす

## テープ剥離の「180度ルール」



スキンクリームや剥離剤を使用しましょう。

皮膚やテープの間に入れて、ゆっくり剥離します。



<http://mmm.co.jp/medical/consumer/tape/howto/index.html>

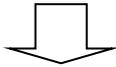
## V-1-5) 誤嚥・窒息

### 誤嚥・窒息

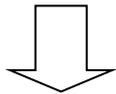
《こんな時は誤嚥・窒息を疑う》

- ・食事に急に黙り込んで、苦しそうにしている
- ・食事に突然激しく咳込む
- ・食事の途中からヒューヒューという音が聞こえる

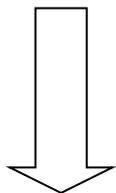
#### 緊急性の判断と対処



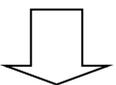
意識レベル低下があれば、応急手当を行い救急車手配



意識レベル低下がなければ、すぐ救急車手配をして応急処置



#### 管理者・医師へ報告



#### 利用者・介護者・サービス関係者への指導

- ①嚥下障害がある高齢者は、窒息の危険性が高いため、初期から、緊急体制を整えておく
  - ・利用者ごとの連絡先を明記しておく  
(介護者・在宅主治医・医療機関・介護支援専門員・サービス担当者・民生員等)
  - ・急変時の状況に応じた適切な判断・指示ができるよう普段から訓練をしておく
- ②意思の確認  
在宅で救命処置を行う際は、利用者・介護者が希望している救命処置であるかが重要であるため、普段から緊急時の対応方法を介護者・サービス関係者と話し合っておく
- ③意思決定と同意への援助  
急変時は、動揺している介護者が落ち着けるように声かけをし、意思を引き出していく

#### ①状態の迅速評価

- ・呼吸状態
- ・末梢循環
- ・外見・意識状態

#### ②利用者の安全確保と救命処置

- A：気道確保⇒
- ・咳が出来る状態であれば咳を続けさせる
  - ・口腔内の異物の除去
  - ・上腹部圧迫法（ハイムリック法）・叩打法
  - ・吸引



B：人工呼吸

C：循環：胸骨圧迫

<https://www.med.or.jp/99/kido.html>（日本医師会）

#### ③迅速評価に続いて、一次評価

- ・バイタルサイン
- ・意識状態
- ・モニター装着（心電図、SpO<sub>2</sub>）

#### ④救急車手配

- ①管理者へ報告
- ②主治医へ報告
- ③関係機関へ報告（居宅介護支援事業所等等）

## 誤嚥・窒息の予防策

高齢者や嚥下障害が予測される利用者へは、主治医と話し合っ、利用者や介護者へ窒息のリスクについて説明をする。

1. 誤嚥リスク状態アセスメント、誤嚥徴候を見逃さないように注意する
  - ①肺や気管支の雑音
  - ②食後の呼吸苦や咳嗽
  - ③頻回なむせ込み
  - ④口腔内の食物残留
2. アセスメントした各利用者の嚥下障害の有無や病態の変化などの情報をスタッフ間で共有し食事内容、飲食方法、介助方法等を検討する
3. 窒息しやすい食物をリストアップし、注意を促す

### 介護者・サービス関係者への指導

1. 咳嗽、ハフィング等の排痰法の練習を行い、喀出力をつけておく
2. 嚥下障害がある場合は吸引器を設置しておく
3. 救急対応法（指拭法・腹部圧迫法（ハイムリック法）・背部叩打法を指導しておく
4. 食事時の注意事項を指導する
  - ①窒息のリスクを避ける食形態を選ぶ（粘着性のある物は避ける）
  - ②テレビなどは消し、食べる事に集中できるよう配慮する
  - ③早食いを避け、一口量が多くなならないように注意する  
（スプーンなどの食具は小さいものを選択する）

参考：厚生労働省の人口動態統計によると 2021 年で不慮の窒息の事故による死亡者は 7,989 名

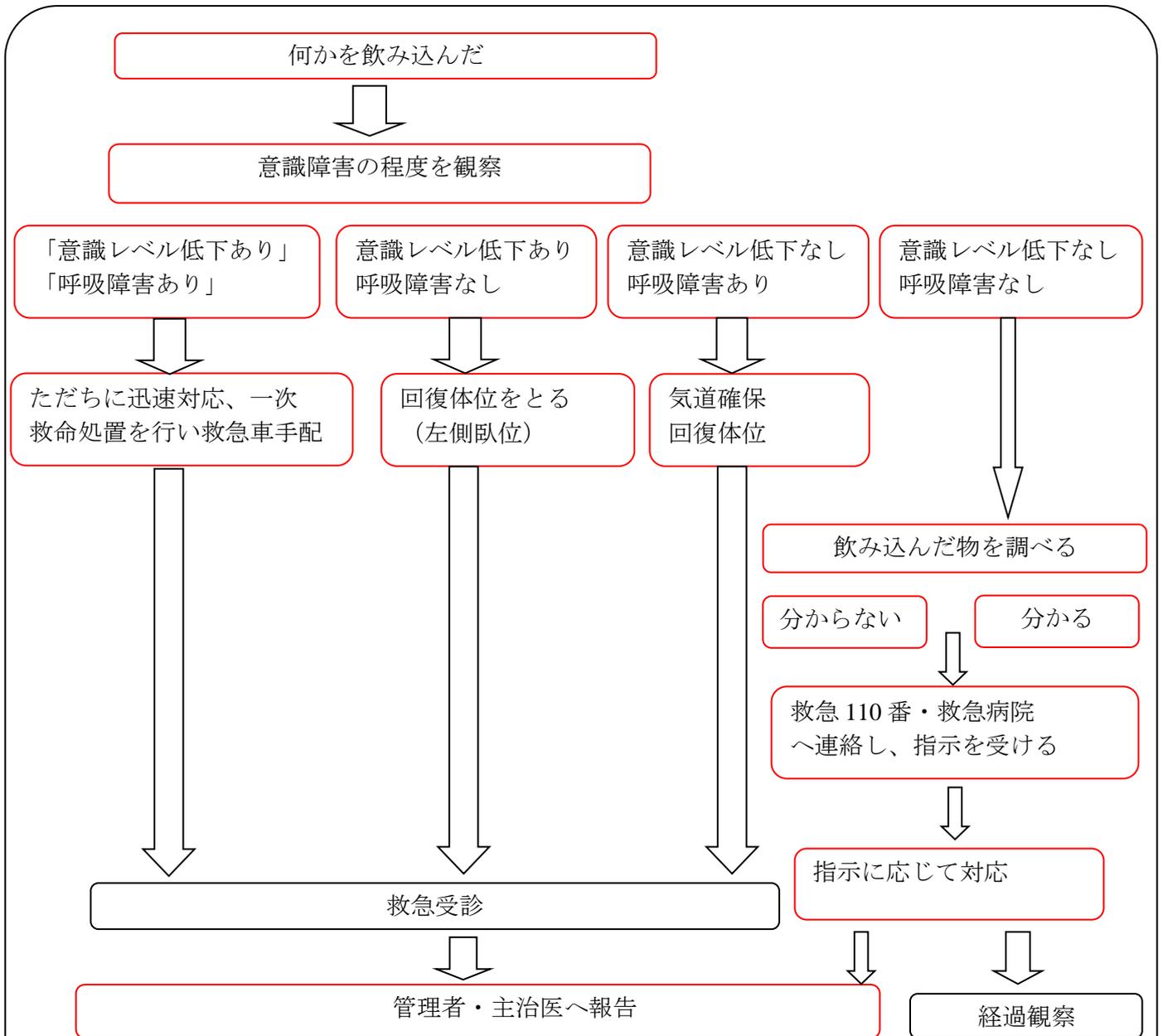
一口当たり窒息事故頻度

食品群	事故頻度
餅	6.8~7.6 ( $\times 10^{-8}$ )
ミニカップゼリー	2.3~5.9 ( $\times 10^{-8}$ )
飴類	1.0~2.7 ( $\times 10^{-8}$ )
こんにゃく入り ミニカップゼリー	0.14~0.33 ( $\times 10^{-8}$ )
パン	0.11~0.25 ( $\times 10^{-8}$ )
肉類	0.074~0.15 ( $\times 10^{-8}$ )
魚介類	0.055~0.11 ( $\times 10^{-8}$ )
果実類	0.053~0.11 ( $\times 10^{-8}$ )
米飯類	0.046~0.093 ( $\times 10^{-8}$ )

厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト. 2021.

<https://www.ehealthnet.mhlw.go.jp/information/teeth/h-10-001.html>

## V-1-5) 異食時の対処法



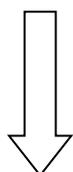
### 異食の予防策

認知症の場合は反射的に手に触れた物を口に運んでしまったり、感覚障害の為触れている物が食べ物かわからず、おなかがすいていると錯覚して食べてしまう事がある  
行動をキャッチし予知、環境整備をする。口に入れて危険なものは身の回りに置かず、目につかない所、鍵のかかる所に保管する。ゴミ箱は蓋をする

## V-1-6) 浣腸・摘便に伴う事故

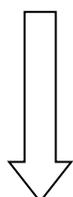
### 浣腸・摘便に伴う事故

#### 状態の把握



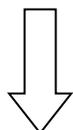
- ① 観察：出血の量・痛みの有無・血圧低下の有無・意識レベル・腹部状態、排便習慣など  
\* 出血傾向の有無、抗凝固剤等の内服の有無、痔など腸疾患の有無、排便時の出血や血圧低下の既往など情報を得ておく

#### 対処



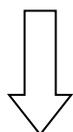
- ① 本人の状態をみながら素早く処置を終え、止血を確認する
- ② 出血が多い時や痛みが強い時は、処置を中止し、バイタルサインの測定を行う
- ③ 血圧低下や意識レベル低下や気分不快があれば、座位を取っている場合は臥床させる。必要時、枕をはずし、足を挙上させる

#### 管理者・医師へ報告



- ① 意識レベルや血圧低下に改善が見られない時や、出血・痛みが続くようであれば、その場でただちに、管理者・主治医に報告し、指示を仰ぐ
- ② 緊急性がない場合でも訪問終了後、管理者又は主治医に本日の状態を報告しておく

#### 利用者への必要な対応



- ① 必要時救急車を手配したり、受診や往診の調整を行う
- ② その後、出血・痛み・意識レベル低下などの異常があれば、連絡するよう利用者・介護者に指導しておく

#### その後の連絡・対応

- 管理者又は主治医に報告・連絡・相談
  - ・ 治療費の負担を検討
- 利用者・介護者への説明
  - ・ 利用者・介護者へ、状況説明や謝罪を行う
  - ・ 今後の排便コントロールの方法について、主治医や利用者・介護者と検討する
- 職員のフォロー
  - ・ 職員の思い・訴えを傾聴し、労をねぎらう
  - ・ 知識・技術・態度・対応について評価・今後の課題を明確にしておく

## 浣腸に伴う事故予防策

### 浣腸・摘便の留意点を守る

- ・浣腸液は、体温よりやや高めの温度に温めておく
    - \*冷たすぎると、腸が萎縮し、効果が下がる
    - \*熱すぎると、火傷の原因になる
  - ・体位は、左側臥位で、膝を軽く抱える体位をとる
    - \*立位や座位では、腸を傷つける可能性がある
  - ・カテーテル挿入の長さは5～8cmで、潤滑剤を塗り、声かけをしてからカテーテルを挿入する
    - \*10cm以上挿入すると腸管穿孔の可能性がある
  - ・挿入時、痛みや抵抗がある場合は、少し引き抜き、もう一度挿入し、必要以上圧をかけないようにする
    - \*腸を傷つけたり、十分な効果が表れる前に便意をもよおしてしまうことがある
    - \*腸内に傷がある場合、グリセリン浣腸をすると、溶血や腎不全を起こす危険性がある
- ◎ 浣腸・摘便はあくまでも、便秘症状緩和の応急処置である  
精神的要因や生活習慣が原因となっていることが多いため、それらを改善するよう支援することが大切である

## V-2 医療処置に伴う事故

### V-2-1) 主治医からの指示に関する事故

訪問看護を開始するには主治医からの指示書が必要となる。

緊急時は電話での口頭指示が多くなる。口頭指示は聞き間違いによる事故のもとになる。

○指示書の確認

○指示の受け間違い

(記録ミス、連絡ミス、思いこみや判断ミス、報告忘れなど)

○対応

・利用者の安全の確認(程度、治療の緊急度の判断)

・事業所責任者に連絡・相談

・事実確認、原因、問題の分析・・・情報の共有化

予防と対策を立てる

利用者に直接影響あれば損害賠償制度

○対策

・業務プロセスにおける確認ポイントの明確化

・意識化と確認習慣を徹底する

・ステーション内における情報伝達のルール化、システムづくりの検討

指示記載の統一化：わかりやすく工夫した確認票の作成

確認のルール化：複数のスタッフでダブルチェック

口頭指示表現のルール

## V-2-2) 薬剤投与に関する事故

### 事故発生

#### 起こり得る事故

- ・投薬量の間違い
- ・種類の間違い
- ・服薬時間の間違い
- ・シート、座薬などの誤飲等
- ・アレルギー症状

### 状態の把握と対処

- ①観察 : バイタルサイン、一般状態、意識レベル、ショック状態の有無
- ②情報収集 : いつ、何を、どれだけ服用したか、または注射、点滴したか
- ③応急処置 : 低血糖症状など原因が明確な場合は対応策を講じる
- ④アレルギー症状が疑われる場合 : 速やかに投与を中止する

### 直ちに管理者・主治医に報告、指示を受ける

- ① 生命の危機 救急車を要請
- ② 外来受診・往診
- ③ 経過観察

### その後の連絡・対応

#### 1. 過失による事故の場合

- ①管理者・主治医に報告・連絡・相談
  - ・治療費の負担を検討 (訪問看護事業者賠償責任保険または事業者負担または医療保険)
- ②利用者・介護者への説明
  - ・(出来れば) 主治医から事故の事実関係を率直に説明する。言い訳や憶測は厳に慎む
  - ・医療過誤(過失)が明らかである場合は、率直にお詫びをする。(この時点では、事故当事者による説明と謝罪は、かえって動揺や混乱を大きくすることになりかねない)
- ③関係機関への報告
  - ・事故によっては、居宅介護支援事業所、警察、行政機関・弁護士、保険会社等に連絡
- ④職員のフォロー

# 1 服薬管理に関する事故予防策

## 看護師による投薬量、種類の間違いを防ぐために

- ①主治医が処方した薬剤がきちんと服用されているか、副作用が出現していないか。などの報告を随時行う。
- ②コンプライアンスが低い場合、その理由を伝え状況に合わせた改善策がとれる可能性があるか相談する。

## 利用者が服薬量、種類、服薬方法の間違いを防ぐために

- ①在宅での薬剤の保管・管理方法を確認する。
- ②薬剤に関する利用者・介護者の理解度、身体機能、日常生活動作、認知機能のアセスメントを服薬の原点から行い、看護計画を立てる。
- ③利用者による管理が困難な場合、介護者、他職種（看護師・薬剤師など）が管理するようにする。

## 薬剤の理解に関するアセスメントのポイント

- ①病識の程度：なぜこの薬剤を使う必要があるのか、利用者の病気に対する理解。
- ②現在処方されている薬剤の効果や処方の目的。
- ③薬剤の種類、量：この薬は何の薬か。
- ④いつ、どのように服用するかを理解：食前、食後、なぜそうする必要があるのであるのか、その意味。
- ⑤作用についての知識：低血糖など重篤な影響が出るものは必ず確認が必要。
- ⑥服薬方法についての理解：座薬の使い方、舌下錠の使い方など、通常看護師が常識と考えていることでも、きちんと確認しないと気が付かない理解と行動に直面することもある。
- ⑦薬物に対する基本的考え方：依存傾向があったり、また不信感や思い込みなど拒否的な考え方を持っている場合、看護師に伝えていることと違う行動をとっていることもあるので、これらについての把握は大切である。

## 服薬援助・指導のポイント

- ①1回の服用量、種類が多い場合は薬局で分包してもらう。シートから錠剤を取り出すことが困難なことも多い。
- ②服薬カレンダーやボックスなどを作って訪問看護師が訪問の際にセットする。
- ③実際の薬剤を紙に貼り付け表にして、わかりやすい文言、表示で重要な薬剤の理解を促したり、いつ服用するかが視覚的に理解できるようにする。
- ④重大な副作用の起こる可能性のあるものについては、紙に書いて表示する。また、重大でなくても利用者の生活に直接影響があると思われるもの（例えば、むせ込みの原因になったりするACE阻害薬による乾性咳嗽など）には注意を促す。しかし、あらゆる情報をすべて提示する必要はなく、不安にさせないよう誰にどの程度伝えておくかなどの検討も重要である。
- ⑤基本的に食品に混ぜて服用することは推奨できないが、薬剤だけを嚥下することに抵抗を示したり、困難な状態になっている場合に、在宅では行われていることも多い。状況をよく把握し、服用量ができるだけ不正確にならない方法を提示する。できるだけ嚥下補助剤など少

量のゼリーなどに混ぜるほうがよい。

⑥軟膏などが何種類か処方されている場合、「体」「顔」などわかりやすく書いておく。

## 2 注射に関する事故予防策

○主治医からの指示の受け方、指示に対する必要な確認事項など

- ・静脈注射の指示は口頭ではなく、必ず文書で受ける。静脈注射の場合は、訪問看護の指示書の留意事項および指示事項の欄などに具体的な指示内容を明確に記載してもらう。
- ・指示を受けた際には、使用薬剤、量、回数、投与時間などの必要事項の確認をし、不明な点があれば問い合わせるなどの対応が必要である。

○薬剤投与前の注意

主治医の指示を確認し、投与される薬剤の作用・有害反応（副作用）を理解しておく。訪問看護では基本的に訪問看護師単独での実施となるため、ダブルチェックが困難な場合が多い。よって薬剤投与の際には誤薬防止に、より一層の注意を払う必要がある。表1に誤薬防止のための6Rを示す。

表1 誤薬防止のための6R

Right Patient		正しい利用者
Right Drug		正しい薬
Right Purpose		正しい目的
Right Dose		正しい用量
Right Route		正しい用法（経路）
Right Time		正しい投与時間

※日本看護協会（2013）：医療安全推進のための標準テキスト P21

### 1) 持続皮下注射に関する事故予防策

#### 持続皮下注射の実施

(1) 薬剤投与前の注意

- ①利用者情報を確認する。利用者本人およびカルテ、おくすり手帳などから薬歴、副作用歴、アレルギー歴、禁忌医薬品名、既往歴等を確認する。また、他剤との相互作用を確認する。
- ②注射指示書と薬剤を照合し、6Rを確認する。医薬品の使用に関して疑義がある場合は主治医に問い合わせを行い、必ず疑義が解消してから投与する。
- ③マスクを装着し、手指衛生の後に使い捨て手袋を装着する。
- ④注射薬の混合調製を行う場合は、指示書と薬剤を照合して6Rの確認を確実にを行う。調製後は原則として速やかに使用する。
- ⑤調製済みのシリンジに注射ラベルを貼る。調製後の空アンプルや空バイアルは施設の基準に応じて処理する。
- ⑥使用する持続注入器によって使用方法、手順が異なるので、事前に持続注入器の添付文書、

施設の基準を確認する。

## (2) 投与開始時の注意

- ①手指衛生を行い、使い捨て手袋を装着する。
- ②シリンジに準備した薬剤を、シリンジポンプなどの持続注入器に設置し、電源を入れる。  
ルートと穿刺針を接続し、プライミングを行ってルート内に薬液を満たす。使用する持続注入器や留置針によって、使用方法・手順が異なるので、事前に持続注入器の添付文書、施設の基準を確認する。
- ③注射指示書で投与経路、輸液速度を確認しながら設定する。
- ④注射部位を選択し（図1）、注射しやすい体位に整える。前胸部、腹部、大腿など皮下脂肪組織が厚く、固定がしやすく、できる限り日常生活動作の妨げとならない部分とする。血小板減少などで出血傾向がある場合は、皮下出血のリスクが高いため経皮下投与は避ける。また、浮腫が強い部位への経皮下投与は避ける。

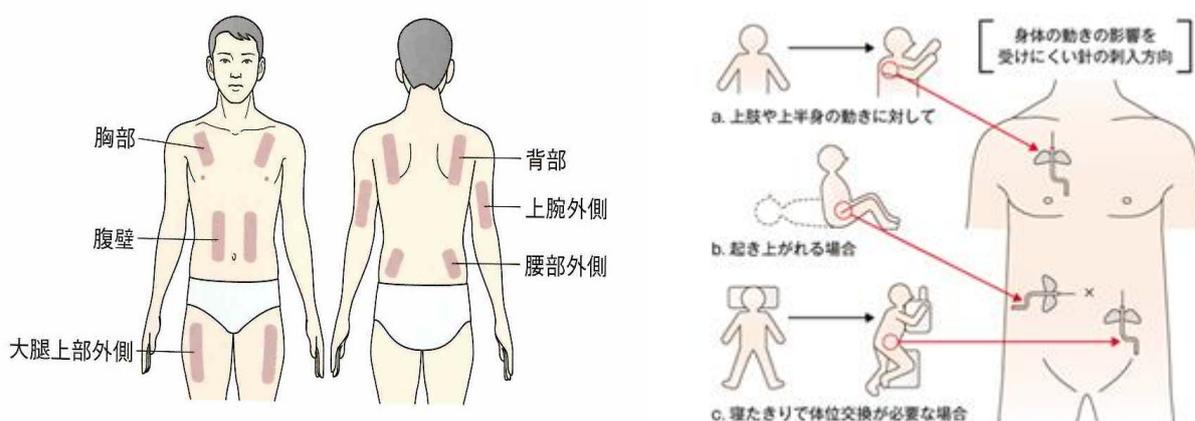


図1 留置針の主な刺入部位

- ⑤注射部位を消毒用アルコール綿で中心から外側へ円を描くように消毒し、十分に乾燥させる。針からまっすぐに針キャップを取り外す。
- ⑥消毒した部位が不潔にならないように皮膚をつまむ。流動性のある皮下組織を固定することで、刺入が容易になる。
- ⑦血管を避け、筋肉に到達しないように穿刺する。翼状針または静脈留置針を使用する場合は、皮膚面に対して10～30度の角度で穿刺する（図2）。持続皮下注射用留置針（垂直穿刺用針）を使用する場合は、添付文書に従い、垂直に穿刺する（図3）。

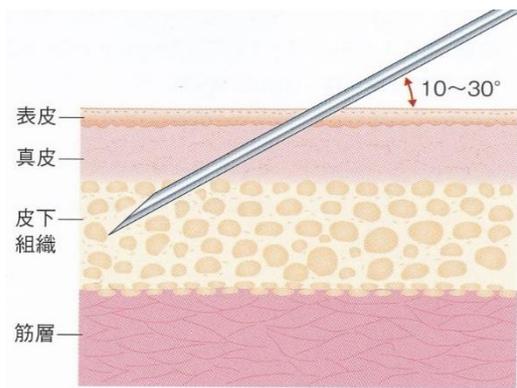


図2 持続皮下注射の穿刺部位

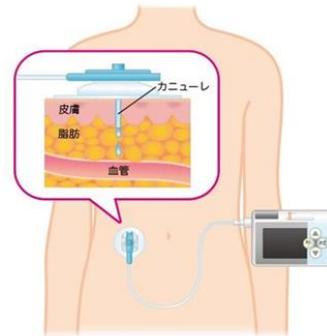


図3 持続皮下注射用留置針

- ⑧ 刺入後、血液の逆流、強い痛み、末梢のしびれがないことを確認する。症状がみられる場合はすぐに抜針し、針を交換し別の部位に実施する。
- ⑨ 刺入部位をフィルムドレッシング材で固定し、ルートはループをつくり固定用テープで固定する。カテーテルの抜去を予防するためルートの長さを十分に保ち、延長チューブをループにして確実に固定する。
- ⑩ 薬剤から留置針刺入部までの輸液ルート全体に問題がないことを確認し、開始ボタンを押す。
- ⑪ 輸液ルート全体、留置針刺入部・テープの固定の状態、利用者の全身状態を確認する。輸液ルートと穿刺部位が、直接引っ張られることがないように、ルートを衣服にも固定するなど工夫する。
- ⑫ 携帯用ポンプの場合は、ポンプを携帯用バッグに収め、利用者の邪魔にならない安全な位置に設置する。
- ⑬ 自己調節鎮痛（PCA）機能を使用する場合は、利用者と介護者へPCAボタンの押し方、ロックアウト時間について説明する。
- ⑭ 気分不快や注射部位の疼痛などを感じたときは連絡するように説明する。また、アラームが鳴ったときや、ベッドを離れるときなどの対応についても利用者・介護者へ説明する。

### (3) 薬剤投与時の注意

- ① 刺入部周囲に硬結や腫脹、発赤などを認める場合は、吸収力が低下している可能性が高く、薬剤効果も減少してしまうため、穿刺部位は定期的に変更する。
- ② 皮膚に痛み、発赤・腫脹が見られた場合は抜去し、別の部位に穿刺する。刺入部周囲にトラブルがなくても、1週間に1回は刺入部位を変える。
- ③ 小児や意識障害のある利用者など、適切に体調を訴えることが難しい利用者の場合は丁寧な観察が必要となる。
- ④ 利用者の体動によって、ルートのねじれや接続部からの薬液漏れなどが起こる可能性があるため、利用者の活動状況をアセスメントし、ルートの長さを工夫する。
- ⑤ 症状出現時は主治医または訪問看護師に報告するよう指導する。

### (4) 主なトラブル・異常時の対応

- ① 硬結

- ・同じ部位に何度も穿刺しない。
- ・入浴時などにマッサージを行う。

②発赤・腫脹

- ・薬物のアレルギー反応の有無を鑑別する。
- ・自然に消退せず、膿瘍など形成する場合は主治医へ相談する。

③神経損傷(灼熱性疼痛の持続、血管運動障害や発汗異常、知覚過敏など)。

- ・通常は数日から数カ月で治癒するが、症状が出現した場合は主治医へ相談する。

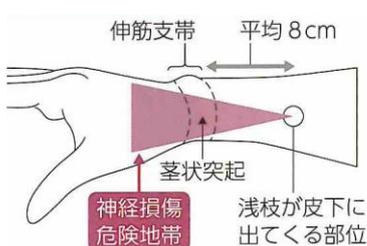
## 2)静脈注射に関する事故予防策

### 静脈注射の実施

#### (1)末梢静脈留置カテーテル挿入部位の選択

神経損傷などの合併症を防ぐため、静脈留置カテーテルを挿入する静脈の選択に留意する必要がある。表2のような末梢静脈留置カテーテル挿入部位の選択基準が示されている。

表2 末梢静脈留置カテーテル挿入部位の選択基準

1	カテーテル挿入には原則として上肢を使用する カテーテルが下肢に挿入されている場合は、組織損傷、血栓性静脈炎、および潰瘍が生じる危険性があるため、できるだけ早く上肢に挿入し直す(特に成人利用者)
2	カテーテルの挿入部位は、上肢の末梢側から選択していく。カテーテルを再留置する場合は、これまでにカテーテルを挿入した部位より中枢側に留置する
3	成人利用者では、神経を傷害する危険があるため、手首から12cmほどの橈骨に沿った部位は避ける 
4	カテーテルの挿入時に避ける部位 ・屈曲部(肘部、手首) ・触診で疼痛が認められる領域 ・合併症(皮下出血、浸潤、静脈炎、硬化束状血管)を起こした静脈 ・手術や処置を行う予定がある領域
5	上肢にある以下の静脈での留置は避けることが望ましい ・腋窩リンパ節郭清を伴う乳房手術を受けた側 ・放射線療法を受けた側 ・リンパ浮腫が見られる側 ・麻痺のある上肢 ・透析用シャントに適した前腕および上腕の静脈(ステージ4または5の慢性腎疾患を有する利用者)

日本VADコンソーシアム編(2016):輸液カテーテル管理の実践基準 輸液治療の穿刺部位・デバイス選択とカテーテル管理ガイドライン p12 南山堂

## (2) 薬剤投与時の注意

適切な静脈に末梢静脈留置カテーテルが挿入できたら、薬液を接続し、指示された滴下スピードを設定して注入を開始する。その際、改めて指示を確認し、誤薬のないように注意する。点滴静脈注射終了まで訪問看護師が滞在できない場合でも、注入開始後 20 分程度は状態を観察する。また、利用者・介護者に観察事項を伝え、異常が見られた時の連絡方法を説明しておく。点滴静脈注射終了に時間がかかる場合は、移動や食事、排泄など生活動作への配慮も必要である。ワンショットの静脈注射であっても薬液注入中は、血管からの漏出がないか、有害反応はないかなどを注意深く観察する。

在宅では点滴静脈注射終了後の抜針や生理食塩水によるカテーテルロックを介護者に実施してもらう場合がある。その際には、介護者に負担となっていないか、理解力はあるか、実施できる力があるか、などを適切にアセスメントし安全に実施できるような指導が必要である。

## (3) 廃棄物処理

使用済みの針や静脈留置カテーテルはリキャップせず、そのまま針廃棄ボックスに廃棄する。専用の針廃棄ボックス使用が望ましいが準備することが難しい場合は針が貫通しない蓋付きの瓶などで代用する。使用済みの針や留置カテーテルは、地域の取り決めに従って処理するが、多くの場合、処方した医療機関や薬局に返却されている。必ず廃棄先を確認し、利用者・介護者にも説明する。針以外の鋭利でない廃棄物は通常、一般廃棄物として地域の定めに従って廃棄が可能であるが、これについても確認しておく。

## (4) 主な異常やトラブルの予防法と対処法

### ① 薬剤の有害反応（副作用）

投与される薬剤の作用・有害反応（副作用）について理解しておくとともに、投与開始後の観察を十分に行う。特にアナフィラキシー症状は薬剤投与開始から数分～20 分くらいで起こることが多いため注意する。症状（全身性の痒み、蕁麻疹、血管性浮腫、軽い喘鳴、嘔吐など）がみられた場合は、速やかに投与を中止し、主治医に連絡する。

### ② 静脈炎

関節から離れた上腕の血管へカテーテルを留置すると、静脈炎の発生頻度が低いといわれている。また、静脈留置カテーテルを 96 時間以上留置しないことも静脈炎予防には必要とされている。静脈留置カテーテル挿入部位は、滅菌フィルムドレッシング材で被覆し、発赤・腫脹・疼痛などの静脈炎の徴候を早期に発見し対処することが必要である。

### ③ 神経損傷

静脈注射は静脈留置カテーテル挿入の際に神経を損傷し、しびれ、痛み、知覚低下、脱力、冷汗、皮膚色調の変化などの症状が慢性化する複合性局所疼痛症候群（**complex regional pain syndrome : CRPS**）を発症することがある。静脈注射や静脈留置カテーテル挿入の際には前述した静脈選択の基準を守り、針を挿入後にさぐらない、必要以上に深く刺さない、痛みの訴え（電撃痛、放散痛など）があればすぐに針を抜く、抜針後も痛みが続くようなら CRPS を疑い直ちに治療を開始するなどの対応が必要である。

### ④ 針刺し事故

前述した安全機能付き器材や針廃棄ボックスの利用で事故予防に努めるとともに、事故発

生時には適切な対応をとる。

### 3)在宅中心静脈栄養法(home parenteral nutrition : HPN)に関する予防策

#### (1)在宅での管理を可能にするための条件

- ①利用者側：病状や疾患の経過が安定期にあり、介護者や介護者の援助を受けながら管理することができること。在宅療養への意思が明確であることも重要な条件となる。
- ②介護者側：利用者の状態を理解し、医療者の支援を受けながら管理、介護していく能力があること。介護者のもつ経済的・心理的・社会的背景なども影響する。
- ③看護師側：在宅における利用者・介護者の状況、取り巻く生活環境などを総合的にアセスメントできる専門的知識と熟練した看護技術、関係機関・関係職種との連絡調整ができるマネジメント能力があること。また、定期的に継続して利用者をフォローできるシステムがあること。HPNにおいては、図4のようにHPNを行う利用者をサポートする仕組みがある。

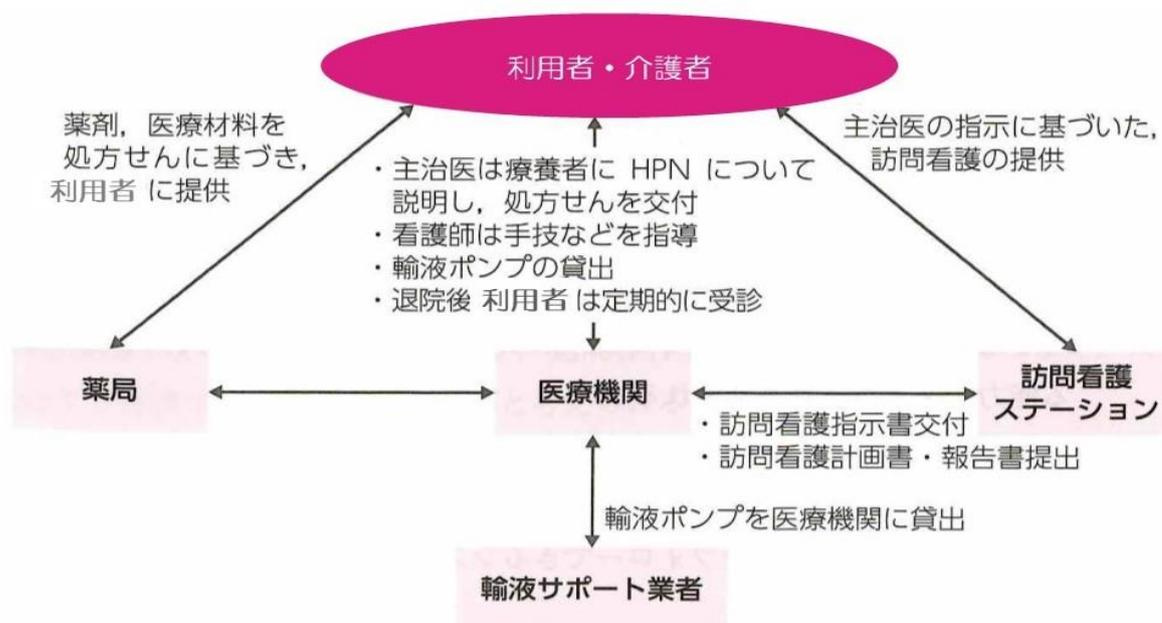


図4 HPNを支えるしくみ

訪問看護基本テキスト 各論編 p.200

#### (2) HPNに必要なアセスメント項目

##### ①バイタルサイン,全身状態

感染に伴う発熱、カテーテルの位置異常による疼痛・出血・滴下不良、高血糖または低血糖症状、電解質異常に伴う嘔気・嘔吐などに注意する。

##### ②水分出納バランス

輸液量は適切か、脱水や心不全兆候の有無などを把握し、至適量を査定する。また、総投与エネルギー量は、利用者のADLに応じて増減する。

##### ③血液検査

輸液導入後は、数回/日の血糖測定を行い、高血糖や電解質異常に注意しモニタリングする。

目標投与エネルギー量に到達した後1週間は1回/日血糖測定を行い、その後も安定するまでは1回/週の血糖測定、生化学検査を行う。安定後は、定期的に耐糖能異常、肝機能低下、電解質異常のチェックおよび全身状態の把握を行う。

#### ④合併症やトラブル

合併症やトラブル発生の有無、介護者の技術習得度の程度、セルフケア能力、トラブル対応法に関する確認を行い、必要な助言を行い予測される事態に備える。

#### ⑤利用者・介護者

両者のストレスが強くなっていないか、介護負担が増強していないかを評価しながら、安定した在宅療養が継続できるように定期的な訪問により支援を続ける。特に在宅移行時には、頻回に訪問でき、緊急時24時間医療者と連絡がとれるシステムの有無は安定した在宅療養生活を送るうえで、大きな支えとなる。

在宅で中心静脈栄養法を行うための技術的な援助(中心静脈栄養法の理解、管理に必要な物品の調達・準備、手技、医療廃棄物の処理、トラブルの予防・対処、日常生活の留意点など)は主に介護者が担うことになるため、無理なく日常生活が過ごせるように調整していく。

### (3) 薬剤投与時の注意

①薬剤投与スケジュールは、病状や療養生活などをアセスメントして主治医が決定する。

②輸液製剤は直射日光を避け、冷暗所に保管する。また、混注後の輸液製剤は冷蔵庫に保管し、使用する2～3時間前に取り出して室温に戻す。

③脂肪乳剤の使用に際しては、以下のことに注意する。

- ・手指消毒や無菌的な取り扱いなど、感染予防対策について十分に注意する。
- ・閉塞、配合変化や感染予防のため、投与前後に生理食塩水でルートをフラッシュする。
- ・投与に用いた輸液セットは、投与開始から24時間以上は使用しない。
- ・CVポートやカテーテルが閉塞しやすいので注意する。
- ・原則単独投与とする(他の輸液を投与していない時間に脂肪乳剤を投与する)、やむを得ず他の輸液を投与している主ルートの側管から脂肪乳剤を投与する場合は、主ルートの輸液には、治療薬は混合せず電解質製剤や栄養輸液のみとする。
- ・必ずフィルターより利用者側の側管から投与する。

④就寝時には輸液ラインの固定、使用ポンプの作動状態、輸液の残量などを確認する。また、移動時に輸液ラインが引っ張られないよう、固定方法を工夫する。その際、利用者のADLを制限しないよう配慮が必要である。

### (4) 主な異常やトラブルの予防法と対処法

#### a. 感染

主要な外因性の感染経路には、カテーテル挿入部、ライン接続部の操作、輸液剤や薬剤の注入時、三方活栓や注射器などの器具を介する経路がある。突然の発熱時には、カテーテル挿入部感染やカテーテル敗血症を疑う。

#### 【予防策と対処法】

- ①操作前の手洗いと清潔操作の徹底。
- ②輸液を取り扱う環境の整備。

- ③定期的な輸液ラインの交換。
- ④定期的な挿入部の消毒。
- ⑤輸液ラインの接続部や輸液バッグへのアクセス回数が多いほど感染率は高くなるため、混注や側管に使用回数を必要最小限にする。
- ⑥毎日体温測定を行い、異常を早期に発見する。
- ⑦1日1回はカテーテル挿入部の発赤・腫脹、疼痛の有無を確認し、異常があれば連絡するように介護者に指導する。
- ⑧感染が疑われる場合は、カテーテルの使用を中止する。臨床症状や検査所見からカテーテル感染が確認された場合には、入院治療をする。

#### b.血液逆流

原因として、輸液ラインが途中ではずれた、輸液バッグが途中で空になっている、輸液バッグの高さが低い、などが最も考えられる。

##### 【予防策と対処法】

- ①輸液バッグを高くしてみる。
- ②滴下を一時的に早くする。
- ③①②でうまくいかなかった場合は、ヘパリン加生理食塩水または生理食塩水を注入する。抵抗がある場合は、まず、注射器で引いてみる。
- ④逆流が解消されれば、通常通りに輸液を再開する。
- ⑤ヘパリン加生理食塩水や生理食塩水が注入できない場合は、カテーテルの閉塞が考えられるため、訪問看護師・主治医に連絡する。

#### c.空気誤入

輸液ラインの交換中の操作不備あるいはライン破損により空気が混入することがある。

##### 【予防策と対処法】

- ①輸液ライン接続の操作を徹底し、空気の誤入を防ぐ。
- ②三方活栓など空気を出せる場所があればそこから出す。
- ③大量の空気が入った場合は、注射器を接続して逆流させて空気を出す。
- ④輸液ラインの破損があれば、新しいものに交換する。

#### d.滴下不良

輸液ラインのねじれや圧迫・閉塞、輸液ポンプ使用時は器械のトラブルも考えられる。

##### 【予防策と対処法】

- ①輸液ラインがねじれていたりしていないか、異常がないか、チェックする。
- ②三方活栓の方向は正しいかチェックする。
- ③輸液バッグの位置を高くしてみる。
- ④滴下不良が続く場合は、ヘパリン加生理食塩水または生理食塩水を注入する。抵抗がある場合は、まず注射器で引いてみる。
- ⑤CVポートに関しては、ヒューバー針はポートの中心へ垂直に刺す。このとき、針がセプタムを通過する感覚と針先が底に当たる「コツ」という感触を確認する。セプタムを損傷させないように、穿刺の度に位置を変えることが望ましい。

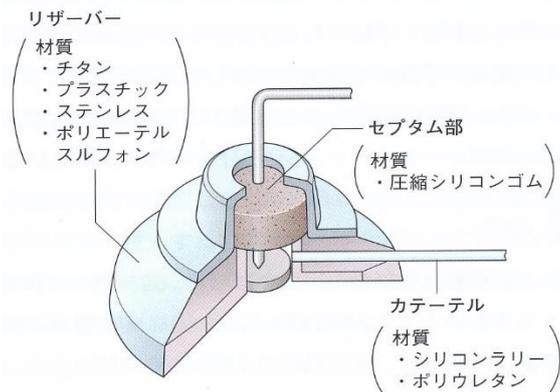


図5 CVポートの構造

⑥抜針時は、パルシングフラッシュを行うことで効果的に洗浄できる。フラッシュ時は残り0.5ml程度になったら陽圧をかけたままクランプする（陽圧をかけることでカテーテル内に血流が逆流するのを防止する）。

パルシングフラッシュは「押す、止める」を数回繰り返しながらフラッシュを行うことで、CVポート内に乱流を発生させ、より高い洗浄効果を発揮させる方法。

⑦利用者の体位によっても滴下速度が変わるので、時々チェックし、調整する。

⑧就寝前には、輸液ラインの安全確保や輸液残量を確認し睡眠中のトラブルを回避する。

⑨①～⑥の方法で対応できない場合は、カテーテルの閉塞が考えられるため、訪問看護師・主治医に連絡するよう指導する。

#### e.カテーテルや穿刺針の抜去

##### 【予防法と対処法】

- ①体動時に利用者が牽引しないように注意してもらうが万一引っ張られてもそれに耐え得るよう、挿入部・輸液ラインの固定を工夫する。
- ②輸液ルートが長すぎたり短すぎたりすると無意識のうちに引っ張られることもあるので、利用者のADLを踏まえて適切な長さに調整する。
- ③抜けてしまったら、訪問看護師・主治医に連絡する。皮下埋め込み式カテーテルの場合は、訪問により穿刺針の交換が可能であるが、体外式カテーテルの場合は来院による入れ替えが必要である。

#### f.皮膚トラブル

ドレッシング材や粘着剤の性質により、利用者個々の体質などの関与が大きいため、長期にわたって使用する場合は注意が必要である。

##### 【予防策と対処法】

- ①ドレッシング材交換時、表皮に傷をつけないように丁寧にゆっくりと剥がす。
- ②皮膚に付着している汗や皮脂、接着剤を十分に拭き取る。
- ③皮膚の動く部分やしわになっている部分はトラブルを起こしやすいので、貼用時には注意する。
- ④水泡や湿疹などの有無を観察する。

⑤炎症や痛みが生じた場合は、ドレッシング材を変更する。または、皮膚保護材の使用を検討する。

#### g.高血糖・非ケトン性高浸透性昏睡

中心静脈栄養法は消化・吸収を介さない非生理的経路であるため、種々の代謝異常を発症する可能性がある。高血糖は合併症のなかでも最も頻度が高い。特に感染などの侵襲下では耐糖能が低下しているため、ブドウ糖の過剰投与により容易に血糖が上昇して高血糖状態に陥る。さらに 500 mg/dL 以上の高血糖、高浸透圧が続くと、著明な脱水、高ナトリウム血症、中枢神経症状を呈する非ケトン性高浸透圧性昏睡に陥る。

##### 【予防策と対処法】

- ①利用者の基礎疾患（糖尿病、肝疾患）の有無とその病態を把握し、耐糖能を評価する。
- ②基礎疾患があり、投薬による血糖コントロールを行っている場合は、1～2回/日の血糖測定が必要となるため、自己血糖測定の指導を行う。
- ③利用者・介護者に症状（口渇・頻脈・意識障害など）について説明し、症状の早期発見に努める。
- ④異常を認めたら、直ちに訪問看護師・主治医に連絡するように指導する。

#### h.低血糖

高濃度のブドウ糖が投与されているので、耐糖維持のために相対的に高インスリン状態にあり、急に点滴を中止とすると低血糖状態になる可能性がある。

##### 【予防策と対処法】

- ①特に間歇的輸液法の場合は、輸液速度に注意を払い、急激な血糖値変動を防ぐ。低血糖を起こす場合は、輸液速度を中止する1時間前から半分の速さにする。コントロールが難しい場合は、24時間輸液法に変更する。
- ②利用者・介護者に低血糖症状（冷汗・動悸・顔面蒼白など）について説明し、異常を認めたら直ちに訪問看護師・主治医に連絡するように指導する。

#### i.電解質異常

高カロリー輸液用基本液は、電解質代謝も考慮した組成となっているが、中心静脈栄養施行時には、常に電解質の過剰又は欠乏が生じ得る。

##### 【予防策と対処法】

- ①1回/月の定期血液検査によるモニタリングを行い、必要に応じて不足分を混合する
- ②低リン、カルシウム、カリウム、マグネシウム血症による嘔気、嘔吐、下痢、痙攣などの症状に注意し、症状を認めた場合は、訪問看護師・主治医に連絡するよう指導する。

#### j.微量元素欠乏症

通常の経口摂取下では微量元素欠乏はほとんど起こらないが、絶食下で中心静脈栄養法を行っている場合には種々の欠乏症が起こる。

##### 【予防策と対処法】

- ①高カロリー輸液基本液にも添加されているが、高カロリー輸液用微量元素製剤などの製剤を

混注し予防する。

k. 必須脂肪酸欠乏症

長期間脂肪乳剤を全く投与しないと、皮膚症状(乾燥、落屑、湿疹など)創傷治癒の遅延などの欠乏症状が出現する。

【予防策と対処法】

- ①成人では、20%製剤 100m Lを連日投与することで予防可能である。
- ②脂肪乳剤は乳濁液のため、沈殿などが目視で確認できない、フィルターを通せない、といったことから、配合変化や感染防止対策に関する留意が特に必要とされている。

## V-2-3) 医療機器の管理に関する事故

### 事故発生

起こり得る事故

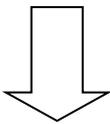
- ・操作方法の間違い
- ・機器の故障・破損
- ・停電による使用停止等

### 状態の把握と対処



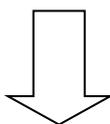
- ①観察：バイタルサイン、一般状態、意識レベル、機器の状況
- ②情報収集：いつ、何が、どのようになったのか
- ③応急処置：人工呼吸器が使用できなければ蘇生バックを用いるなどの対応策を講じる  
酸素使用できない時は酸素ボンベ、吸引器  
輸液ポンプ使用できない時は手動

### 直ちに管理者に報告・指示を受ける



- ① 生命の危機 救急車を要請
- ② 往診・外来受診
- ③ 経過観察

### 直ちに医療機器メーカーに連絡



- ① 対応方法を聞く
- ② 代替機器の手配

### 後日の対応、操作方法の間違い

- ・ 操作方法を確認、熟知する。
  - ・ 操作方法をわかりやすく記入したものをわかりやすい場所に置く
- 【機器の故障・破損】**
- ・ 故障・破損の原因を明らかにし、再発防止策を検討する
  - ・ 看護師のミスで破損した場合、利用者・介護者に謝罪しすぐに代替機器を手配する  
賠償責任保険に加入している場合は保険で対応できるか連絡相談する
- 【停電の場合】**
- ・ 普段より停電した場合を想定し、対応策を検討しておく（外部バッテリー準備、蘇生バック、手動式吸引器、酸素ボンベの準備、使用方法など）

## 医療機器の管理に関する事故の予防策

### (1)人工呼吸器

- ①毎日日常点検表を用いて点検する。
- ②人工呼吸器の操作方法、アラームシューティング、トラブルシューティングに関して熟知しておく。
- ③回路交換はできれば複数人で行う。チューブや呼吸弁付属機器からなる呼吸器回路で、個々の利用者の換気装置に使われるものは 48 時間ごととし、それ以上の頻度で交換しない。
- ④緊急時を想定し、蘇生バッグの使い方をマスターしておく。
- ⑤定期的にフィルターを掃除する。
- ⑥回路内の水分がセンサーチューブに入り込まないように Yピースの向きに注意する。
- ⑦電源プラグはタコ足配線をしない。
- ⑧業者による定期点検を必ず受ける。

### 在宅で起こりやすい異常やトラブル

トラブル	原因	対応
人工呼吸器が作動しない	呼吸器本体の故障	日常の定期点検 呼吸器のマニュアルで点検確認
	プラグが抜けている（プラグが抜けていてもしばらくは充電された電気で作動するため気が付かない）	移動後必ず、コンセントから電源を取る
正常に送気されない （呼吸苦の訴えで気づく） 低圧アラームの点灯	回路のねじれや圧迫 回路接続の不十分・接続間違い	回路の接続確認・回路交換・蛇管の点検
	呼吸弁の破損・異常（水にぬれている）	呼吸弁の交換
正常に送気されない （痰が詰まっている・苦しい） 高圧アラームの点灯	痰の貯留	吸引
	回路の接続間違い、ねじれ、圧迫	回路の接続確認・回路交換
	回路内の水の貯留	回路内の水抜き
	フィルターの汚染（目詰まり）	フィルターの交換
送気の乾燥・高温	加温・加湿器のトラブル （水が入っていない、温度設定、電源、本体との接続の緩みなど）	加温・加湿器の電源の確認 温度設定の調節 滅菌蒸留水の追加 固定・接続の確認 加温加湿器の交換
	室内温度が高い・低い	室温調節

## (2)在宅酸素

### 酸素濃縮器

- ①故障を避けるため正しい設置場所に置く。
  - ・室内温度 35 度以下、5 度以上あることが望ましい。
  - ・壁や家具から 15 c m 以上離して設置し、フィルター部分がカーテンや布団などで塞がれたりしないように注意する。
  - ・直射日光の当たらない場所。窓があり換気しやすい場所に設置する。
  - ・水気、湿気、たばこの煙は大敵。加湿器は離して置く。
- ②酸素は燃焼を助けるガスであるため、火気には十分気をつける。
  - ・高温の熱源、特に裸火（たばこ、ストーブ、ライター、マッチ、ろうそく、線香など）周囲 2 メートル以内に近づけない。
- ③延長チューブが外れたり、折れたりすることを避けるためむやみに長くしない。最長 15 メートルとする。
- ④フィルターは定期的に掃除をする。
- ⑤酸素流量 5L / 分以上の場合は、加湿器に精製水を入れる。
- ⑥電源プラグが交流 100V のコンセントに差し込まれていることを確認し、タコ足配線しないのが望ましい。
- ⑦使用しないときは、必ず電源を切る。
- ⑧停電時には使えなくなる場合が多い。酸素ポンペを必ず準備しておく。  
(最近では充電機能のある酸素濃縮器もある。)
- ⑨故障かなと思ったら早めに業者連絡する。連絡先をわかりやすい場所に貼っておく。

### 液体酸素

- ①※酸素濃縮器と同様
- ②※酸素濃縮器と同様
- ③子容器への充填時は、凍傷を避けるため皮手袋を装着する。
- ④充填できない場合、親機の容量計、圧力計を確認する。残量が少ないか、圧力が 27psig 以下もしくは 45psig 以上の場合はすぐに業者に連絡する。
- ⑤フローコントロールバルブの接続、加湿器の蓋が緩んでいないか定期的にチェックする。

### 酸素ポンペ

- ①残量を確認しておく。酸素ポンペ使用時間を知っておく。  
内容積 (L) × 充填圧力 (Kg/cm<sup>3</sup>) = 充填酸素量 (L)  
充填酸素量 (L) ÷ 使用流量 (L/分) = 持ち時間 (分)
- ②呼吸同調装置を使用している場合、使用前に電池の残量を確認する。
- ③酸素の出が悪くなった場合のチェック項目を知っておく。
  - ・元栓は開いているか
  - ・流量設定ダイヤルの位置は正しいか
  - ・圧力計の示している位置は正しいか
  - ・カニューレの折れ曲がりはないか
- ④酸素吸入を停止する場合は、呼吸同調装置の電源スイッチを押し、酸素ポンペの

バルブを閉じる。

### (3)吸引器

①吸引器の吸引力を確認する。

ア. 吸引器に溜まった汚物をトイレに廃棄し、吸引瓶と接続チューブを洗剤液に15分浸し、水洗いする。

イ. 吸引瓶洗浄時、細かい部品の紛失に注意する。

ウ. 機器を作動させ、接続しているチューブを折り曲げ、ゲージの圧をチェックする。

(パッキンが上手くはまっていない、吸引瓶やチューブ接続不良間違え)

②バッテリーの充電状況を確認する。

③電源プラグが抜けていないか確認する。

④2～3年毎に、機器供給管理会社によるメンテナンスを受け、クリーニングを実施する。併せて吸引圧の点検も行う。

⑤吸引器は、原則的に2台は準備し、1台が故障しても吸引を行えるようにする。

内部バッテリーがついているもの、電源を必要としないもの(足踏み式、手動式など)携帯に適しているものなど種類が多いので、必要に応じて選択することが望ましい。

#### ■吸引でよくみられるトラブルと対処法

問題内容	考えられる原因	対処方法など
吸引器が作動しない	プラグが抜けている 延長コードの電源が入っていない	プラグ・延長コードの確認
	電気コードの断線	修理依頼
	モーター内に水が入った	修理依頼
	停電	充電式または電源のいない吸引器の使用
吸引圧が上がったまま戻らない	吸引回路に閉塞がある 連結ホース内に汚物が詰まっている 逆流防止弁の異常	閉塞の確認と除去 逆流防止弁の確認 修理依頼
吸引圧が上がらない	吸引瓶の破損 パッキンの紛失 吸引回路の接続ミス	原因の対処 修理依頼
吸引瓶の破損	ガラスやプラスチック製のため滑りやすく、割れやすい	予備の吸引瓶を準備しておく ゴム手袋の使用 洗い場の工夫
出血する	無理な吸引チューブの挿入	吸引手技、吸引圧などの確認 出血の量によっては主治医への報告
嘔吐	食事直後の吸引刺激	嘔吐状態の観察 誤嚥の確認
痰の色や量がいつもと違う	感染の可能性	病状の観察、介護者への指導、主治医への報告など
痰の粘稠度が高く吸引できない	室内の乾燥 水分量の不足	室内の加湿 主治医に報告し吸入などの検討

訪問看護研修テキスト P331 表Ⅱ-5-1 吸引でよくみられるトラブルと対処法

## V-2-4) カテーテルチューブに関する事故

### (1)膀胱留置カテーテル

トラブル	原因	予防策・対処法
尿路結石	カテーテル留置により尿中の物質が結晶化して起こる。尿路感染時は尿がアルカリ性に傾きやすく、結石の成長を助長する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体重 1 Kg に対して 20～30m L 以上の飲水を行い尿量を確保する</li> <li>・ 粘膜刺激の少ない材質のシリコンコーティング、親水性コーティング、シルバーコーティングを選択して、尿中の浮遊物のカテーテル内への付着を予防する</li> <li>・ 体動を促して尿の流出をする</li> </ul>
尿道損傷 尿道皮膚瘻、 尿道狭窄	カテーテル留置が長期化した場合に、尿道の陰茎陰嚢角や下尿道括約筋部分に圧力がかかり血行障害により潰瘍・皮膚瘻が起こる。また、炎症部位が癒痕化して尿道狭窄を引き起こす	<ol style="list-style-type: none"> <li>①カテーテルが尿道の屈曲に沿うように亀頭部が上になるように下腹部に固定する</li> <li>②留置が長期になる場合には他の方法がないか検討する</li> </ol>
膀胱萎縮	カテーテル留置により膀胱壁の伸縮機能が低下して廃用性萎縮を生じる。また、カテーテルの膀胱粘膜刺激のために慢性炎症を引き起こし、膀胱の排尿筋の伸展性が低下して膀胱の容量が減少する	早期抜去
膀胱刺激症状 と尿漏れ	カテーテルやバルーンによる尿道や膀胱粘膜への刺激、細菌感染が原因となり膀胱の無抑制収縮が誘発され、下腹部痛や尿意などの膀胱刺激症状や挿入部より尿漏れが起こる。尿の流出が良好でも漏れる場合は膀胱の収縮が原因になる	<ol style="list-style-type: none"> <li>①カテーテルの屈曲や閉塞の解除</li> <li>②粘膜刺激の少ない材質のカテーテルへの変更</li> <li>③バルーンの容量や位置を調整する</li> <li>④カテーテルの固定位置を変更する</li> <li>⑤膀胱収縮の可能性について主治医の診断を受ける</li> </ol>
カテーテルの 固定水の吸引 困難	バルーンの固定水が抜けられないためにカテーテル抜去ができなくなる。その原因として①生理食塩水など塩類を含む液体をバルーン内やシャフト（カテーテルの固定水用通路、尿流出通路）内で結晶化する、②カテーテル先端に結石が付着している、③カテーテルのシャフトをクランプ、または固定水の吸引時の過剰な陰圧によってカテーテル内部が閉塞することが挙げられる	<ol style="list-style-type: none"> <li>①固定水に蒸留水を使用する</li> <li>②体重 1 k g に対して 2 0 ～ 3 0 m L 以上の飲水を行い、尿量を確保する</li> <li>③カテーテルをクランプするときは尿流出用通路のみクランプする</li> <li>④固定水の吸引はゆっくり行い、注入と吸引を繰り返し、固定水の吸引を再度試みる</li> <li>⑤上記で固定水が吸引することができない場合は、主治医に指示を確認する</li> </ol>
カテーテル挿 入後排尿が確 認されない	カテーテル先端が膀胱壁にあたっている、またはカテーテル先端位置が不適切である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ カテーテルを少し抜く</li> <li>・ 恥骨上部を軽く圧迫する</li> </ul>

## (2)経管栄養チューブ

### 【胃瘻チューブ】

合併症 トラブル	原因	予防・対応方法
嘔吐	①注入速度が速い ②注入時の体位が不適切 ③液体栄養剤が不適切	①注入速度を遅くする ②注入中・後の体位の工夫 ③半固形状流動食への変更 ※経鼻の場合は、胃瘻への変更を検討
発熱	①唾液の誤嚥や栄養剤の逆流による誤嚥性肺炎 ②脱水	①逆流防止と感染対策  ②水分出納のチェック（水分の追加）
下痢	①栄養剤の細菌感染 ※開封した栄養剤は4時間以上で細菌増殖、8時間以上で感染を引き起こす可能性が高くなる  ②栄養剤の高浸透圧 ③極度な低温  ④乳糖不耐症 ⑤不適切な注入速度	① ・栄養剤は作り置きや継ぎ足しをしない（4～8時間以内で使い切る） ・調剤不要なRTH（ready-to-hang）製剤を用いる（24時間以内に使い切る） ・使用物品の衛生管理（洗浄と消毒） ②栄養剤の濃度を徐々に高めていく ③栄養剤を温める必要はないが、常温程度にはしておく ④栄養剤の変更 ⑤注入速度の調整
カテーテルの閉塞	①栄養剤の濃度が濃い ②カテーテル途中の折れ曲がり ③栄養剤残渣や薬剤の詰まり	①栄養剤の変更 ②注入時の体位の工夫 ③・簡易懸濁法による薬剤の注入 ・栄養剤注入後、薬剤注入後の微温湯によるフラッシュ（20～50mL） ・10%食酢水によるカテーテル内の充填
事故（自己） 抜去	カテーテルの固定不備	・カテーテル挿入長の観察 ・バルーン型の場合、バルーン内の滅菌、蒸留水の確認と補充 ・緩みをもたせた固定 ・腹帯などの使用 <b>【胃瘻カテーテルが抜けてしまったら】</b> ※数時間で瘻孔が閉鎖する場合もあるため、急ぎ再挿入が必要だが困難な場合は瘻孔確保を行う。新しいカテーテル、抜けたカテーテルの先端を切除したもの、膀胱留置カテーテル、吸引カテーテルなどを浅く挿入しておく。あくまでも「瘻孔確保」であり、新しいカテーテルを再挿入するまで栄養剤は絶対に注入しない

皮膚 トラブル	発赤	ストッパーのしめすぎ 漏れによる接触性皮膚炎 不要なガーゼ保護や軟膏処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なストッパー位置の調整（皮膚との間に1～2cmのあそびが必要）</li> <li>半固形状流動食の使用</li> <li>瘻孔が完成した後は、原則ガーゼ保護は不要 漏れや滲出が多い場合は、こよりティッシュや皮膚保護材を使用</li> </ul>
	潰瘍	ストッパーのしめすぎ	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なストッパー位置の調整（皮膚との間に1～2cmのあそびが必要）</li> </ul>
	不良 肉芽	サイズの合わないカテーテルの使用	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切なサイズのカテーテルの使用</li> <li>なるべくカテーテルを垂直にして固定</li> <li>※どの場合も清潔にしておくことが基本</li> </ul>
鼻中隔潰瘍 (鼻の場合)	①同一側でのカテーテルの挿入 ②かたい材質のカテーテルを使用	①交換のたびに鼻腔を交互に変更 ②材質を柔らかいものに変更	

訪問看護テキスト P197 表Ⅱ-1-2

### 【腸瘻チューブ】

トラブル・異常	対応
カテーテルの閉塞	<ul style="list-style-type: none"> <li>取り外しが可能な場合は、取り外して十分にフラッシュしてみる</li> <li>開通しない場合は主治医に連絡する</li> </ul>
カテーテルの抜去	<ul style="list-style-type: none"> <li>経腸栄養剤投与中であればすぐ中止し、バイタルサイン、呼吸状態、消化器症状、精神状態、瘻孔の状態、出血や浸出液の有無を観察する</li> <li>抜去されたカテーテルの形状を確認し、主治医に報告する</li> <li>抜去されたカテーテルについて、先端まで抜けているのか、途中で切断されているのかなどを確認し、主治医に報告する</li> </ul>
経腸栄養剤が投与できない	<ul style="list-style-type: none"> <li>閉塞の可能性があるため、微温湯を注入しながらカテーテルをもみほぐす</li> <li>カテーテルが屈曲したり、先端があたっていたりする可能性もあるため、体勢を整え、刺入部を確認する</li> <li>経腸栄養剤の種類が適切であるか確認する</li> <li>開通しない場合は主治医に連絡し、カテーテルを交換する</li> <li>容量が小さな注入器では注入圧が高くなり、チューブの破損又は断裂の可能性が高くなるため、注入器は容量が大きいサイズ（添付文書の推奨サイズを参照）</li> <li>スタイレット等を使用しないこと</li> </ul>
嘔気、嘔吐、腹痛、下痢、腹部膨満感などの消化器症状の出現	<ul style="list-style-type: none"> <li>経腸栄養剤投与中であればすぐに中止する</li> <li>バイタルサインを測定し呼吸状態、腸蠕動運動などを観察する</li> <li>主治医に報告する</li> </ul>
腸瘻周囲の皮膚障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>皮膚保護剤を検討する</li> <li>改善がなければ主治医に報告し、方法を検討する</li> <li>感染徴候（発赤、腫脹、熱感、疼痛、浸出液など）がみられる場合は、全身状態を確認し、主治医に報告する。浸出液が多い場合は、瘻孔部を生理食塩水で洗浄する</li> <li>必要時、経腸栄養剤の投与を中止する</li> </ul>

ナーシングスキルより

### 【経鼻胃管】

トラブル・異常	対 応
胃液の逆流が確認できない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カテーテルが口腔内にとぐろを巻いていないか、カテーテルの挿入の長さは適切か確認する</li> <li>・カテーテルチップシリンジをカテーテルに接続し、体位を変えて吸引する</li> <li>・上記でも確認できないときは熟練した看護師や主治医へ連絡する</li> </ul>
投与中、咳嗽がある・誤嚥する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すぐに投与を中止する</li> <li>・カテーテルの挿入の長さは適切か確認する</li> <li>・バイタルサイン、呼吸状態を観察し、必要時主治医に報告する</li> <li>・投与中に起こった症状と、経腸栄養剤との関連について主治医に報告する</li> </ul>
投与中に異常（下痢・嘔気、嘔吐）を認める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・すぐに投与を中止する</li> <li>・カテーテルの挿入の長さは適切か確認する</li> <li>・投与速度や経腸栄養剤の種類、濃度、温度などが適切か確認する</li> <li>・バイタルサイン、呼吸状態を観察し、主治医に報告する</li> <li>・再開をする場合には、投与速度を遅めにして頻回に観察を行う</li> <li>・そのほかの原因を考慮する（例：経腸栄養剤の細菌汚染、感染、下痢を誘発する抗菌剤など薬剤投与の有無）</li> </ul>
投与中にカテーテルと栄養チューブの接続部が外れた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養チューブのクレンメを閉じ、外への流出を大まかに把握する</li> <li>・バイタルサイン、呼吸状態を観察し、主治医に報告する</li> <li>・シーツや寝衣などの汚染がある場合は交換する</li> <li>・再開する場合には、開始の手順に従って行う</li> </ul>
投与中にカテーテルが外れた	<p>&lt;完全に抜けてしまった場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテーテルの形状を確認し、主治医に報告をする</li> <li>・バイタルサイン、呼吸状態を観察し、主治医に報告をする</li> </ul> <p>&lt;一部抜けてしまった場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すぐに投与を中止する</li> <li>・カテーテルが何cm抜けているか確認し、挿入部を簡単に固定して主治医に報告</li> <li>・バイタルサイン、呼吸状態、精神状態を確認し、主治医に報告する</li> </ul>
投与中に滴下が不良になった（カテーテルの閉塞）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カテーテルチップシリンジをカテーテルに接続し、吸引する</li> <li>・吸引ができない場合は、カテーテルチップシリンジで空気や微温湯を注入してみる。この際、容量の小さいシリンジを使用しない</li> <li>・スタイレットやガイドワイヤを使用してはならない</li> <li>・上記で改善しないときは主治医へ連絡する</li> </ul>

### 【食道瘻】

事象	原 因	対策・予防策
カテーテル閉塞	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カテーテルが細くて長いため</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・微温湯で内腔を十分洗浄する</li> <li>・10%酢酸希釈液をチューブ内に注入し内腔の汚染を予防する</li> <li>・可能であれば水溶性の薬剤を選択</li> </ul>
瘻孔感染	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嘔吐などで食道内腔の内圧が上昇することにより瘻孔へ消化器内容が漏出するため</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・投与速度の調整</li> </ul>
逆流	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下部食道括約筋圧の低下によるもの</li> </ul>	

自己抜去		<ul style="list-style-type: none"><li>・縫合固定そのままテープで皮覆固定し衣類の襟で隠すなど工夫する</li><li>・瘻孔はカテーテルが抜けると数時間で閉じてしまうので見つけ次第対処が必要</li><li>・抜けたカテーテルや代用のチューブを挿入し医療機関に搬送する</li></ul>
------	--	---

### (3)気管カニューレ

事 象	原 因	予防と対策
抜去	利用者が引き抜いてしま う（自己抜去） 不適切な固定方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抜去時の状況を把握し、原因を考える</li> <li>・カニューレの固定紐を、適切に調整する</li> <li>・体動範囲を想定した対策を立てる</li> <li>・カフエアを常に適正調整し、定期的にチェックする</li> <li>・抜去に備え、カニューレの予備を用意しておく</li> <li>・<u>抜けると瘻孔が閉塞してしまうので、速やかに主治 医に連絡する</u></li> <li>・再挿入が困難な場合は、早急に主治医に連絡、また は医療機関へ搬送する</li> <li>・救急隊が到着するまでは、用手的人工換気を行う</li> </ul>
閉塞	痰貯留による内腔の閉鎖	<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸引して、痰を除去する</li> <li>・呼吸困難の改善がなければ、直ちに救急車で病院搬 送する</li> <li>・加湿を行い、気道浄化を行う</li> <li>・内筒のあるカニューレは、交換洗浄をおこなう</li> <li>・定期的なカニューレ交換をしてもらう</li> </ul>
気管への唾 液の流入	カフのバースト カフ圧の不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射器やカフ圧計で、カフ圧が適正か確認をする</li> <li>・流入した唾液を吸引する</li> </ul>
出血	不適切なカフ圧等のカニ ューレや吸引カテーテル による機械刺激による気 管粘膜損傷 不良肉芽への不適切な刺 激	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出血量が多いときと、止血が困難な時は早急に主治 医に連絡し、救急車で病院搬送する</li> <li>・注射器やカフ圧計で、カフ圧が適正か確認をする</li> <li>・過剰な吸引圧を避け、適切な深さで吸引する</li> </ul>

#### (4)ドレーンチューブ

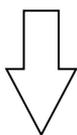
事象	原因	予防策
自然抜去	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不十分なカテーテル固定</li> <li>・不十分な管理による抜去</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チューブは行動できる長さにする</li> <li>・チューブを粘着力の強い絆創膏で 2 ヶ所（挿入部と少し離れた部位）にしっかり固定する</li> <li>・排泄量・排液の性状、腹痛、腹満、発熱など観察する</li> </ul>
感染	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チューブの閉塞・屈曲・ねじれによる流出不良</li> <li>・排液バッグの不適切な操作</li> <li>・挿入部の清潔保持不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・固定方法の確認</li> <li>・排液バッグの交換時は清潔操作で行う</li> <li>・挿入部周囲の清潔保持</li> </ul>
排液漏出による腹膜炎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チューブの閉塞・屈曲・ねじれによる流出不良</li> <li>・排液バッグの位置が挿入部より高いため、流出不良</li> <li>・チューブ内浮遊物による流出不良・閉塞</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・固定方法の確認</li> <li>・排液バッグをチューブ挿入部より低い位置に置く</li> <li>・定期的にミルキングを行う 洗浄の指示がある時は実施する</li> </ul>

# V-3 訪問看護師に起こりうる事故

## V-3-1) 交通事故

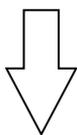
### 交通事故発生

相手・職員の生命救済・治療を優先する



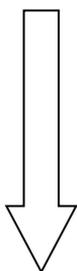
#### 1. 事故の状況確認

(\*あいまいでわからない時には、上司に連絡する)  
(\*その場で絶対に示談をしないこと)



- ① 安全な場所へ移動
- ② 人身事故か物損事故か損害なしか判断
- ③ 目撃者がいれば警察が来るまで居て貰うか連絡先を聞いておく

#### 2. 負傷者の救済・連絡



- ① けが人が発生した場合は、救済を第1に考え、119番通報する。外傷がなくても後遺症のことを考え、受診を勧める
- ② 警察に事故を届ける (\*どんな小さな事故でも必ず事故証明をとる)
- ③ 相手の名前、連絡先、保険会社等訊く
- ④ 管理者へ連絡し、以後の訪問調整を依頼する
- ⑤ 保険会社へ連絡する
- ⑥ 車両の破損があれば、修理工場へ連絡する

#### 3. 後日の対応

##### ①保険が関係する場合は、保険会社の指示に従う

- ・医療費の負担 (自賠責か労災かその他か)
- ・自動車・自転車の修理代の負担・修理場所
- ・塀や備品の修理代の負担

##### ②相手方にあいさつ・面会・(謝罪)

- ・誠意を示すため、管理者はできるだけ早く相手方へ連絡を入れておく
- ・責任関係がはっきりしない時は謝罪をしない
- ・管理者自らが必要時に“必要なもの”を持っていく
- ・お金の交渉は、保険会社同士で行う旨を伝える

##### ③職員のフォロー

- ・連絡を受けた時は、落ち込まない様に落ち着くように説明し、応援が必要な場合は駆け付ける
- ・事故報告書を一緒に作成

## 1. 交通安全の心構えと心得 10か条

### 1条 人の命の尊さを覚える

まず第一に、人の命を大事に思う心が、安全運転のコツです

### 2条 交通ルールを覚えて守る

交通規則を守ることは、運転手の重要な履行義務であることを覚えましょう

それを守ることは、道路を歩く歩行者の命を守ることです

### 3条 運転は人格があらわれている

運転では、その人の悪い性格で出てしまうことを肝に銘じて、自分の人格上の悪い点を理解し直すようにしましょう

### 4条 集中して運転する

道路状況はいつも変化しています。したがって、その変化に応じて安全運転をする必要があります。そのためには、絶えず注意力を上げて集中して運転することが重要です。運転中は、絶対にスマートフォンを操作してはいけません

### 5条 心に余裕を持つ

「お先にどうぞ」という、譲り合いの精神が安全運転のコツです。心に余裕を持った運転をしたいものです

### 6条 「もしかして運転」を心がける

「大丈夫だろう」という心の隙が危険な事故を出してしまいます。「もしかして運転」が安全運転のコツです

### 7条 心の状態を平静に保つ

ドライバーが交通事故を起こす理由として、ドライバーの心理状態が起因していることを忘れてはいけません。「怒っている」「焦っている」「疲れている」「イライラしている」などの心理状態は、ドライバーの交通事故を起こす大きな要因になります。日常生活の思い煩いを運転に反映させ、周りの人を巻き込むことは止めましょう

### 8条 私は運転が上手だという過信は禁物

「私は事故を起こしたことがない!」といった矢先、事故を起こすことがあります  
このような過信は油断につながるのです

### 9条 服装と履物が重要

運転するときは、運転しやすい靴を履くことが重要です。ハイヒールなど、踵が引っかかってしまうような運転に不向きな服装、靴は履かないようにしましょう

### 10条 危険は油断の先に

油断した時が1番事故が起きることを忘れず、発車時、停車時、カーブ、バック時は徐行を心がけましょう

出典：交通事故弁護士相談

## 2. 訪問看護の交通に関する基礎知識

### 1) 安全管理者の設置

茨城県警察 HPH P 参照

### 2) 駐車許可証の取り扱いと許可の取得方法

警察庁交通局 交通規則課 管轄する都道府県警察本部または警察署

### 3) アルコール検知器を準備する

2022 年度改正道路交通法施行規則によるアルコールチェック義務化

## V-3-2) ①針刺し事故（基本的対応）

1. 傷口を流水で洗い流す。可能であれば石鹼で洗い流す。傷口を絞り出す必要はない
2. 直ちに管理者に報告、主治医に連絡する
3. 被事故者（職員）及び利用者の血液情報を確認する
  - ①利用者のHBs抗原・HCV抗体・HIV抗体各々について調べる
  - ②上記のうちどれか1つでも不明な点があれば利用者に説明し、同意書にサインをもらい採血検査を実施する
  - ③この時、利用者の検査費用は事業所負担、職員の労災申請については厚労省HP参照
  - ④利用者血液の情報確認、採血までを、針刺し事故発生後すみやかに行う
4. 針刺し事故報告書作成・提出する。報告様式は職業感染制御研究会HPからダウンロード

## V-3-2) 針刺し事故 (B型肝炎感染の可能性がある場合)

### 針刺し事故発生



#### 1. 応急手当



流水で洗い流す。可能であれば石鹼で洗い流す

#### 2. 管理者に連絡



事故の状況、48時間以内の所在と連絡先を報告する

#### 3. 血液情報を把握する

利用者の血液検査はHBs抗原・抗体が不明な場合のみ実施する

利用者：HBs抗原 (-) なら

職員：HBs抗原・抗体のどちらかが (+) なら

⇒感染の危険性なし

#### 利用者がHBs抗原陽性の場合

かつ被事故者 (職員) のHBs抗原・抗体が

不明な時

迅速キットで検査 (15分で判定可能)

職員がHBs抗原陽性もしくは抗体陽性の時

職員のHBs抗原陰性・抗体陰性の場合

新たなB型肝炎感染の可能性なし  
定期的フォローを年に2回実施する

**B型肝炎感染の可能性あり**

#### 4. 感染の可能性がある場合

①抗HBグロブリンを注射する (事故後、24時間以内に実施する)

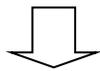
②HBワクチンを注射する (暴露直後・1ヶ月後・3ヶ月後)

※ 事故予防策として、事業所単位で、職員全員に対してB型肝炎ワクチンを接種する

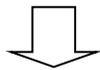
※ 血液検査・グロブリン注射を含めて常に対応してもらえる医療機関を決めておく

## V-3-2) 針刺し事故 (C型肝炎感染の可能性がある場合)

### 針刺し事故発生

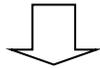


#### 1. 応急手当



流水で洗い出す。可能であれば石鹼で洗い流す

#### 2. 管理者に連絡



事故の状況

#### 3. 血液検査実施

被事故者（職員）の血液検査を実施する

#### フォロー検査

事故から、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月後に実施する

#### 利用者がHCV抗体陽性と判明している時

職員がHCV抗体  
陽性の場合



新たなC型肝炎感染の可能性なし  
定期フォロー年2回実施

職員がHCV抗体陰性  
若しくは不明の場合



C型肝炎感染の可能性あり  
①被事故者の採血を行う：HCV、肝機能  
②事故後1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月に被事故者の採血  
を行う：HCV、肝機能  
\*保険・労災保険の基礎知識 参照

## V-3-2) 針刺し事故 (HIV感染の可能性がある場合)

### 針刺し事故発生

利用者がHIV抗体陽性の場合

#### 1. 応急手当

流水で洗い流す。可能であれば石鹸で洗い流す

#### 2. 管理者に連絡

事故の状況

#### 3. 職員の採血を行う

HIV抗体を検査

#### 陽性の時

定期的フォロー

#### 陰性の時

- ①主治医に連絡し、被事故者（職員）へ説明してもらう
- ②担当病院に連絡し、直ちに来院
- ③被事故者が女性の場合、妊娠反応（尿検査）を行う
- ④抗HIV薬の予防服用について決定する
  - ・服用する場合の承諾書
  - ・服用拒否に関する承諾書
- ⑤抗HIV薬の予防服用を開始する
  - ・開始の場合は、できるだけ早く服用を始める（事故から2時間以内）
- ⑥2回目の服用は、8時間後
  - ・以後の服用は、主治医と相談したうえで決定する
- ⑦利用者へのインフォームド・コンセントを主治医が行う
- ⑧労災カルテにすべてを記入、同意書などを添付する

## V-3-3) 暴力(用語の定義)

### 1. 暴力の定義

本マニュアルにおいて暴力とは、危害を加える要素をもった行動（言語的なもの、自己への攻撃も含まれる）で、容認できないと判断される、全ての脅威を与える行為をいう。そのうち、「身体的暴力」、「精神的暴力」、「セクシャルハラスメント」、「その他」の4タイプに分けてマニュアルを整理する。（日本看護協会：保健医療福祉施設における暴力対策指針より）

#### 1) 身体的暴力

他の人や集団に対して身体的な力を使って危害を及ぼす行為

#### 2) 精神的暴力

個人の尊厳や価値を言葉によって傷つけたり、おとしめたり、敬意の欠如を示す行為。

#### 3) セクシャルハラスメント

意に添わない性的誘いかげや行為者に対する好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

#### 4) その他

##### (1)悪質クレーム

要求内容、または要求態度が社会通念に照らして著しく不当なクレーム。

##### (2)ストーカー行為

同一の者に対し、つきまとい等(相手方の身体の安全、住居等の平穩、名誉、行動の自由を害し、あるいはそのような不安を覚えさせるような行為)を反復して行うこと。「ストーカー行為等の規則性等に関する法律」により規制されている。

### 2. 暴力のレベル

在宅における暴力レベルを以下の2種類とする。

- 1) 報告レベル：事業所内対応や病院受診等をして安定している。事業所(法人)内の報告で解決できる事例。
- 2) 通報レベル：警察、救急等への連絡が必要となる事例。

## V-3-3) 暴力（平常時のリスクへの対応）

暴力そのものが起こらないようにする。

### 1)訪問時の情報提供

#### (1)訪問先の情報収集と適切な準備

- ① 可能であれば訪問先の間取り(ケア提供場所と玄関や台所の位置など)を把握する。
- ② 訪問時間中に家族等の付き添いがあるかどうか確認する。
- ③ 訪問先周囲の助けを求められる場所(商店等の人が集まる場所)を把握しておく。
- ④ 治安のよくない地域はなるべく複数で午前中に訪問する。
- ⑤ 被害者になるリスクが高い者は早朝・深夜の訪問を避けることが望ましい。
- ⑥ ペット(犬や猫等)がいる場合は、鎖につなぐ、又はケージに入れるよう依頼する。
- ⑦ 服装と靴は必要時に走れるものとする。
- ⑧ 訪問先に電話で訪問する時間を正確に伝える。
- ⑨ 携帯電話を携帯し、最寄りの警察等の電話番号を登録しておく。
- ⑩ 防犯グッズ(防犯ブザー等)を携帯する。
- ⑪ 訪問の場所、滞在時間、移動手段(徒歩、自転車、自動車、電車など)、経路などを事業所の待機者に報告する。
- ⑫ 安全を確保できない場合は訪問の中止を検討する。

### 2)訪問時の留意点

#### (1)緊急時の対応体制

- ① 訪問中は常に退路を確保しておく。
- ② 利用者は奥に、自分はドア近くに座る。
- ③ 利用者等が興奮している場合、不穏な状況のときは距離を保つ。
- ④ 緊急時に対応できるよう事業所内に1人以上の待機者をおく。
- ⑤ 待機者はスタッフの訪問場所、滞在時間、移動手段(徒歩、自転車、自動車、電車など) 経路などを把握しておく。
- ⑥ 待機者は緊急時に最寄りの警察に連絡できるようにしておく。
- ⑦ 利用者等に暴力の履歴があるなどリスクが高い場合は複数で訪問する。

### 3)ストーカー行為

#### (1)ストーカー行為の被害を受けた職員

- ① 管理者または信頼できる人に相談する。
- ② 行為者に何らかの方法でその行為を行わないよう伝える。
- ③ 被害内容、日時、行為者等は記録しておく。
- ④ 外出する際はなるべく1人にならないよう留意する。

#### (2)相談を受けた管理者

- ① 通勤等の際に1人にならないように工夫する。
- ② 行為者に会った際の連絡体制を整える。
- ③ 行為が悪質な場合や、行為が続く場合は警察へ相談することを考慮する。

#### 4)健康管理

暴力対策には丁寧な接遇や落ち着いたコミュニケーション、さらに相手が興奮した際 にもどのように対応するべきかという判断が要求される。常に適切な対応ができるよう訪 問看護師・訪問介護員の健康状態を良好に保つ必要がある。

- (1)定期的に健康診断を受ける。
- (2)健康増進を図る。
- (3)メンタルヘルス対策を実施する。

メンタルヘルスケアは、厚生労働省が作成した「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(2006年3月策定、2015年11月改正)等を参考に実施する。

管理者は暴力を受けた後は定期的に被害者の心身をフォローする。

## V-3-3) 暴力（発生時の対応）

的確な状況判断がポイントとなる。身体的暴力及び言葉の暴力の発生時は、被害者を守ることを最優先し、迅速にその場で対応する必要がある。

### 1. 被害者の対応 被害者は身の安全確保を優先とする。

- 1) 行為者から一定の距離をとる(避難する、逃げる)。
- 2) 管理者に状況(客観的事実)を報告する。 行為者、発生経過、被害内容、時間について
- 3) 行為者が利用者の場合は訪問看護・介護記録に記載する。
  - (1) 事実を簡潔に記録する。
  - (2) 被害者自身が当日に記載できない場合は、後日でもよい。

### 2. 管理者の対応

暴力が発生した現場の管理者が責任を持って対応する。

- 1) 被害を受けた職員から暴力の報告をうけた際、管理者が現場へ向かう間、身の安全を図ることを指示し、事業所には連絡調整できるように待機者等を置き、利用者宅を訪問する。
- 2) 管理者は利用者宅で、暴力等の状況を確認し、被害者への対応、行為者への対応、連絡調整等役割の指示を出す。必要時ケアマネジャー等へも連絡する。
- 3) 警察への通報等の必要性について判断する。警察への通報の判断は各事業所の判断基準に加え、凶器の使用、行為者の興奮状態を考慮して行う。
- 4) 行為者への初期対応を行う。
  - (1) 落ち着くよう低い声でゆっくりと暴力行為をやめるよう説得する。
  - (2) 可能であれば暴力行為に至った理由や事情を確認し、解決を図る。
  - (3) 興奮を鎮める等の目的で帰ることと、必要時警察に通報すること等を説明する。
  - (4) 行為者への対応、その反応等経過を記録する。
  - (5) 行為者がナイフ等の凶器を持っているなど危険性が極めて高い場合には、安全確保を最優先とし、その場から避難するとともに事業所全体に危険を知らせ、警察に通報する。
- 5) 被害者の心身の状況を確認し、受診の必要性を判断する。
  - (1) 職務中の暴力被害は労働災害に該当するため、医師の診断を受けておくことが重要である。
  - (2) 目に見える外傷がない場合でも救急外来、近医等にて受診し、身体状況を確認する必要がある。
- 6) 被害者に受診が必要な場合は管理者が手配する。
- 7) 被害者の家族に連絡する。
  - (1) 被害者が傷害を負った場合、被害が大きい場合等には、利用者の方の了承を得て被害者の家族に連絡する。
  - (2) 緊急連絡が必要な場合は連絡調整係に指示する。その場合は後に管理者から再度被害者の家族に連絡することが望ましい。
- 8) 行為者の家族に連絡する。

- (1)被害が大きい場合、サービスの継続が難しい場合等には、行為者の家族に連絡する(可能な限り行為者の了承を得て行う)。
- (2)緊急連絡が必要な場合は連絡調整係に指示する。その場合は後に管理者から再度行為者の家族に連絡することが望ましい。
- 9)被害者の意思を確認し、早退・休暇等も含め、業務調整を行う。
- 10)被害者を帰宅させる場合は次の連絡、勤務について確認する。
- 11)管理者に事業所内の基準に従って報告する。
- 12)暴力発生現場の管理者自身が被害者となった場合には、法人等の上司またはケアマネジャーに対応を委任する。

### 3. 同僚等の対応

暴力が発生した場合、同僚は被害者への対応、行為者への対応、連絡調整の役割に分かれて行動する。

#### 1)被害者への対応

- (1)被害者には必要に応じて応急処置を行い、必要時同僚または管理者が付き添い受診する。
- (2)被害者が自責の念を持つことがないように留意する。

#### 2)行為者への対応

- (1)管理者から指示された場合等、行為者に対する初期対応をする(管理者の行為者の対応に準じる p13～14)。
- (2)複数で対応する。

### 4. 事業所としての対応 事業所全体に暴力が発生したことを知らせる。

- 1)緊急時に応援に行く職員、待機する職員を決定し指示する。
- 2)外部資源(最寄りの警察)への連絡・調整を行う。
- 3)行為者のサービスの継続について検討する。
- 4)管理者は暴力発生後の対応を確認する。

## V-3-3) 暴力（発生後の対応）

被害者に対しては、希望により支援方法を選択できるよう配慮する。行為者に対しては「暴力は許さない」ということを明示しながら、行為者の行為と暴力の程度に応じた各事業所の対応を説明する。

暴力が症状や病状に起因する場合は、その症状や病状に応じた治療を行うとともに引き金となりうるものを減らすよう主治医と相談する。ミーティング等を活用し、対応の評価、リスクの再アセスメント、マニュアルの改訂等を行う。

### 1. 被害者への対応

#### 1) 暴力の影響の把握

- (1) 暴力はその種類によらず、被害者の自尊心を傷つける。被害者は、自分を「価値のない人間だ」と考えたり、「暴力を振るわれた方が悪い」と思い込むことがある。
- (2) 訪問看護師・訪問介護員が利用者等から暴力を受けた場合は援助者と非援助者という関係性ゆえに、「自分の対応が悪かったのではないか」、「利用者を行為者にしてしまった」、「自分さえ我慢すれば問題にならなかった」等の思考に陥ることがある。

#### 2) 状況の確認

- (1) 暴力が被害者に及ぼしている影響を考慮し、状況の確認や聞き取りを行うタイミングに配慮する。
- (2) 暴力に至った状況を具体的な出来事の流れとして確認する。状況を確認する際は批評や私見をはさまないようにする。

#### 3) 傾聴

- (1) 話を聞くことによる被害者のこころのケアを行う。
- (2) 話しかけやすい雰囲気を作るよう心がけ、いつでも相談に乗る姿勢を示す。
- (3) 管理者が支援的に行うことが望ましい。セクシュアルハラスメントの場合は同性が望ましい。話を聞く際には以下の点に留意する。
  - ① 被害者が、自分が話したいことや自分の感情を表現できるようにする。
  - ② 身体的な影響を把握する。
  - ③ 被害者が求めていることを把握する。
  - ④ 被害者及び行為者の双方にとって最適な問題解決方法を検討する視点で聞く。

#### (4) 十分な休養と刺激やストレス要因からの保護

- ① 継続的な受診(治療)が必要な場合には受診時間を確保する。
- ② 不眠、食欲不振、その他の精神的な症状は、暴力を受けて数日～数週間後に発生することもあるので注意する。

#### (5) 就業上の配慮

- ① 勤務調整(休暇、半日出勤、時差出勤)、業務調整(人と接する業務を避ける等)等の方法により十分な休養がとれるよう支援する。
- ② 被害者の希望を確認し、行為者へのケアの提供、暴力被害に遭うきっかけとなった業務等、暴力行為を思い出すストレス要因を避けるよう調整する。

#### (6) 専門家によるカウンセリングが受けられるよう支援する。

(7)相談対応できる機関を紹介する。

訪問看護師・訪問介護員への暴力等お困り相談ひょうごの相談窓口  
(電話 078-371-4165)

(8)警察への被害届提出

警察への被害届は被害者利用者が行う必要がある。警察への届出、被害届の記述等を支援する。

(9)法的措置をとる場合の支援

- ① 刑事訴訟、民事訴訟(損害賠償)等の法的措置に関する情報提供を行う。
- ② 行為者との交渉が必要な場合は、被害者の希望に応じて管理者等が代理となり対応する。

(10)対応の報告

行為者への対応、組織的な対応、再発防止対策(安全管理体制の改善、マニュアルの改訂等を含む)を被害者に伝え、安心して働ける環境をつくる。

## 2. 行為者への対応

1)状況の確認

暴力に至った経緯を被害者及び行為者の双方に確認する必要がある。状況を確認する際は行為者を責めることなく中立の立場で行うよう留意する。

2)言葉による説明と警告

- (1)暴力に至った経緯のうち、事業所において改善の余地がある点については改善の方法、時期等を具体的に説明し理解を得るよう努める。
- (2)暴力行為によりどのような事態が発生したかを説明する。
- (3)暴力が今後発生しないような解決策について話し合う。
- (4)解決策が守れない場合や再度暴力行為が発生した場合の対処について法的措置も含め、具体的に警告する。

3)書面による警告

- (1)暴力行為の程度、頻度により言葉による警告では不十分な場合、言葉による警告が有効でない場合は書面により警告する。
- (2)書面は内容証明で郵送するなどし、事業所より行為者に書面で警告したことが証明できるようにする。
- (3)書面には、問題となる暴力行為、事業所の対応(言葉による説明と警告を行った場合はその内容と行為者の反応を含む)と行為者の反応、今後発生した場合の対応(サービス契約の解除、訴訟等)を明記する。

4)行為者に接する業務の中断

訪問看護師・訪問介護員の安全が確保できない場合は、行為者に接する看護業務の中断を検討する。

5)告訴

- (1)暴力行為が刑法の「傷害罪」、「暴行罪」、「脅迫罪」、「強要罪」に該当する場合は、被害者が警察に被害届を提出する。また、被害者が告訴することも可能である。
- (2)「名誉毀損」は親告罪であるため、被害者が告訴しないと刑事訴訟にはならない。

- (3)刑法の罪に該当しない場合でも、「ストーカー行為等の規制等に関する法律」、「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」が適用される場合もある。
- (4)団体や多衆の威力を示したり、又は凶器を示し、数人共同して暴行、傷害、脅迫、強要を行った場合は「暴力行為等の処罰に関する法律」により罰則が厳しくなる。
- (5)刑事訴訟のみならず、民事訴訟にて損害賠償(治療費、慰謝料等)を請求することも可能である。

#### 6)暴力が症状や病状に起因する場合

- (1)症状の改善に努める。
- (2)暴力行為に至った状況等から引き金となりうるものを明らかにする。その人に特定の引き金となりうるもの(特定の言葉、人、時間等)がある場合には、その要因を除去するように努める。
- (3)被害者になるリスクが高い者(新人・学生等)は1人で対応しないようにする。

### 3. 組織的な対応

#### 1)組織全体への影響の把握と支援

- (1)被害者のみならず、被害者の同僚、管理者等への影響を把握する。話を聞いた同僚がショックを受けたりすることがあるため、組織全体の影響を把握する。
- (2)暴力が発生した部署の管理者及び訪問看護師・訪問介護員へのこころのケア、一時的なスタッフの増員等の支援を行う。

#### 2)暴力のリスク要因の検討 被害者及び行為者の双方に確認した事実、周囲の証言などから暴力の要因を検討する。

#### 3)対応の評価 実施した暴力対策について安全管理体制の整備、暴力発生後の対応等の一連の経過を評価する。

#### 4)リスクの再アセスメント

- (1)評価に基づき、各事業所における暴力のリスク要因を再度アセスメントする。
- (2)暴力が発生した事実を振り返り、ミーティング等で検討し、事業所全体でアセスメントする。

#### 5)体制整備、マニュアルの改訂

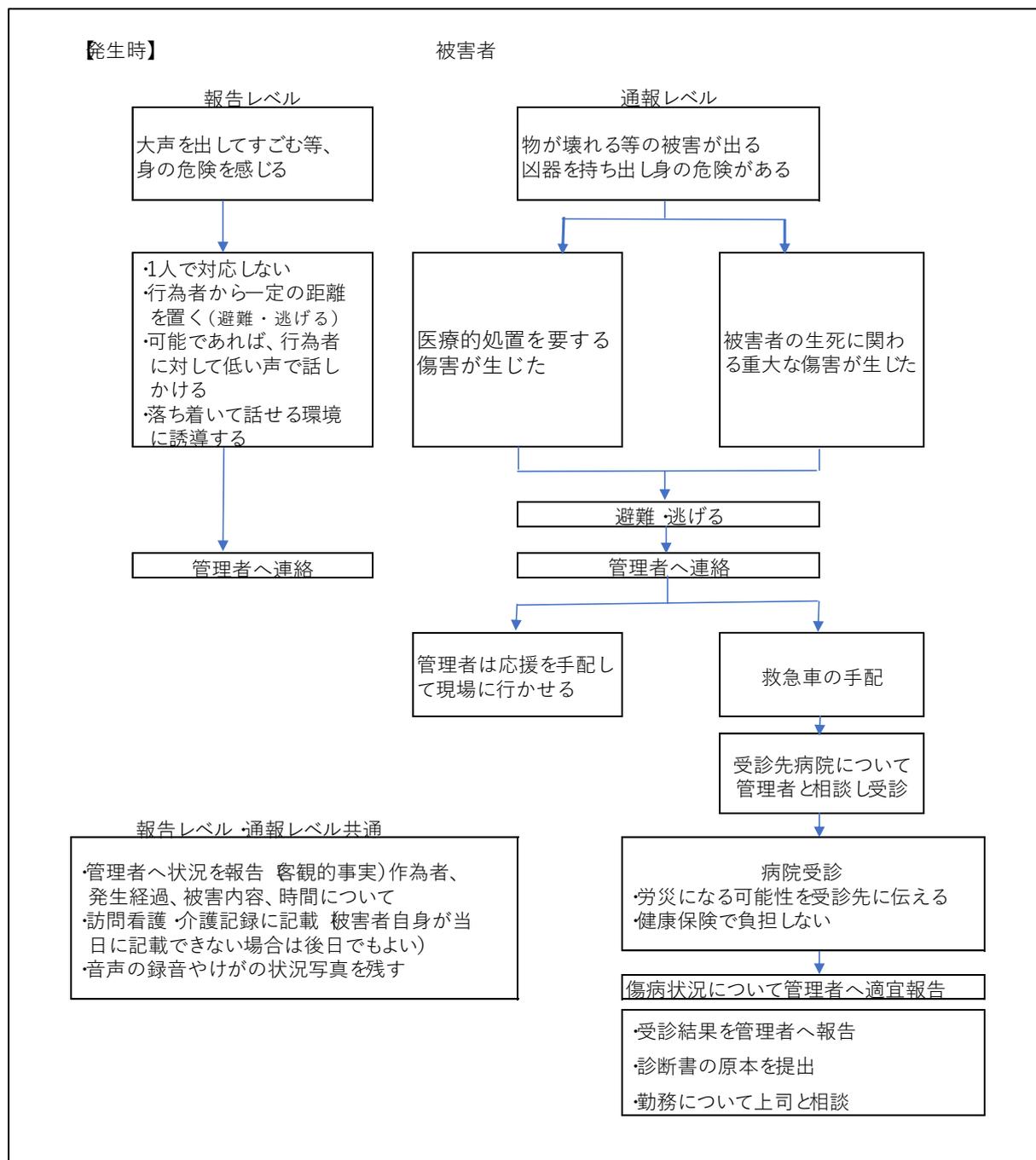
- (1)評価及び再アセスメントに基づき、事業所環境、業務、職員の健康管理等の体制を改善する。
- (2)事例に基づき、マニュアルを見直す。必要時改訂し、事業所内に周知する。

#### 6)情報の共有

事例の概要、各事業所の暴力対策及び対応、その評価、評価から導いた改善策等について全職員と情報を共有できるよう、報告会の開催や事例集の作成等を行う。

V-3-3) 暴力・セクシャルハラスメントへの対応

訪問看護師・訪問介護員のための暴力等対応フローチャート



公益社団法人兵庫県看護協会 兵庫県

平成 29 年度兵庫県訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業

業

訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアルより一部改編

※茨城県の専門相談機関

1. 相談窓口

訪問看護サポートセンター 公益社団法人茨城県看護協会内 TEL(029-221-7730)  
土浦訪問看護ステーション内 TEL(029-826-6551)  
茨城県訪問看護事業協議会 事務局 TEL (029-231-6533 月・水・金)  
メール office-1@ibaraki-houkan.or.jp

2. 最寄りの警察署 TEL( - - )

3. 最寄りの地域包括支援センター TEL( - - )

4. こころの相談窓口

(1)いばらきこころのホットライン

・茨城県精神保健福祉センター TEL 029-244-0556(月曜日から金曜日)  
0120-236-556(土日) (相談専用ダイヤル)

(2)茨城カウンセリングセンター TEL 029-225-8580

5. 法テラス茨城 TEL(0570-078317)

- ・法テラス茨城法律事務所 TEL(050-3383-5390)
- ・法テラス牛久法律事務所 TEL(050-3383-0511)
- ・法テラス下妻法律事務所 TEL(050-3383-5393)

公益社団法人兵庫県看護協会 兵庫県

平成 29 年度兵庫県訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業  
訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアルより一部改編

## V-4 その他

### V-4-1) 訪問予定変更連絡不足

訪問時間は、交通事情や緊急対応等により遅れる場合があることを説明しておく  
( )分以上遅れる場合は、必ず連絡をする

※時間は各事業所で決定

○訪問時間が遅れたことによる苦情時の対応

- ・ 事実を説明、謝罪し、相手の訴えにしっかり耳を傾ける
- ・ うそをつかない、隠さない、責任転嫁をしない

○対応

- ・ 誠実に対応する
- ・ 原因を調査、事故内容をスタッフに伝え、防止対策を検討、実施する
- ・ 防止策の対応を利用者に伝える

## V-4-2) 個人情報・記録類の適正・安全な管理

### 1. 個人データの正確性の確保(第22条)

利用目的の達成に必要な範囲内において、個人データを正確かつ最新の内容に保つとともに、利用する必要がなくなったときは、当該個人データを遅滞なく消去するよう努めなければならない  
具体的な処置

- ・個人データ入力時の照合、確認手続きの整備
- ・記録事項の更新
- ・保存期間の設定等

### 2. 安全管理措置(第23条)

取り扱う個人データの漏洩、滅失又は毀損の防止その他の個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない

具体的な処置

- ・セキュリティ確保のための組織体制の整備
- ・個人データの取扱いに係る規律に従った運用
- ・個人データの取扱い状況を確認する手段の整備
- ・漏洩等事案に対応する体制の整備
- ・取扱い状況の把握及び安全管理措置の見直し
- ・事業所内部の責任体制の確保(個人情報保護管理者の設置、内部関係者のアクセス管理等)等

### 3. 従業員の監督(第24条)

業者に個人のデータを取り扱わせるに当たり、当該個人データの安全管理が図れるよう、当該従事者に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない

具体的な処置

- ・個人データを取り扱う従業者に対する教育・研修の実施
- ※ 従業者とは、個人情報取扱業者の組織内にあつて直接間接に事業者の指揮監督を受けて事業者の業務に従事している者等をいい、雇用関係にある従業員(正社員、契約社員、嘱託社員、パート社員、アルバイト社員等)のみならず、取締役、執行役、理事、監査役、監事、派遣社員等も含まれる

### 4. 委託先の監督(第25条)

個人データの取扱いの全部又は一部を委託する場合は、その取扱いを委託された個人データの安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない

具体的な処置

- ・適切な委託先の選定
  - ・委託契約の締結
  - ・委託先における個人データ取扱い状況の把握
- 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(厚生労働省)  
個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(個人情報保護委員会)

5. 個人情報・記録類の適正・安全な管理

- ①盗難、紛失、漏洩、毀損などが起きないようにする
- ②盗難防止のために、記録類は鍵のかかる棚に鍵を掛ける
- ③記録類を不用意に放置しない
- ④個人データを取り扱う区域の管理
- ⑤機器及び電子媒体等の盗難等の防止
- ⑥電子媒体等を持ち運ぶ場合の漏洩等の防止
  - ア. 個人データの暗号化
  - イ. オンラインについてセキュリティの確保
- ⑦個人データの削除及び機器、電子媒体等の廃棄
  - ア. 焼却、溶解、適切なシュレッダー処理等の復元不可能な手段を採用する
  - イ. 情報システム(パソコン等の機器を含む)において、個人データを削除する場合、容易に復元できない手段を採用する
  - ウ. 個人データが記録された機器、電子媒体等を廃棄する場合、専用のデータ削除ソフトウェアの利用又は物理的な破壊等の手段を採用する
  - エ. 諸記録類は、完結の日から2年間保管しておくこと

医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(厚生労働省)

## V-4-3) 利用者宅の鍵の紛失

\*預かった鍵の紛失は利用者の信頼を損なうことであるとともに、鍵と錠の交換は利用者及び介護者に多大な迷惑をかけることになる。また、事業所にも損失をもたらすものである。したがって、預かった鍵の取り扱いは重要な業務のひとつであることをすべての職員が認識し、紛失などの事故を徹底して予防しなければならない。

### 利用者宅の鍵を紛失した場合

- ・管理者へ報告する
- ・鍵の紛失をただちに利用者及び介護者に報告し、対応を決定する
- ・利用者及び介護者の意見・要望には誠意をもって対応する

### 預かった利用者宅の鍵の紛失予防対策

- ・鍵を預かる理由を明確にし、預かるか否かを決定する
- ・鍵を預かる方法は、前もって事業所で決めておく
- ・鍵を預かる場合は預かり証を発行する：預かり証の例は、別紙参照  
預かり証は、事業所と利用者の双方で保管する
- ・事業所内での鍵の保管や取扱いの方法を統一しておく
- ・鍵を預かる必要がなくなったときは速やかに返却する
- ・鍵の返却に当たっては、鍵を返却するときに利用者または介護者（代理人）に鍵受領書を発行する

# 鍵の預かり証

事業所名  
事業所責任者

## 記

ご利用者名 様  
お預かり年月日 年 月 日  
鍵の本数 ( ) 本  
鍵のナンバー：  
返却予定日  年 月 日  
 訪問終了日  
鍵の預かり者 ㊞

## 約定事項

- ・鍵の返却は返却予定日より2日以内といたします。
- ・鍵の返却は本証と交換とさせていただきますので大切に保管して下さい。
- ・鍵の保管には万全の管理体制を敷いておりますが、万が一、当方の過失により鍵の破損または紛失が発生した場合は、即時対応し、鍵及び錠の交換を当方の費用負担にてさせていただきます。

以上

上記内容について、承諾いたしました。

年 月 日

ご利用者 様 ㊞

ご利用者住所

介護者（代理人） 様 ㊞

# 鍵受領書

お預かりしておりました自宅の鍵を、下記内容を確認の上、受領いたしました。

鍵 ( ) 本

鍵ナンバー：

鍵返却日 年 月 日

ご利用者 様 ㊞

介護者（代理人） 様 ㊞

鍵返却者 ㊞

## V-4-4) 利用者宅の器物破損への対応

\*利用者宅の家屋や備品を破損した場合は、正直に申し出て、誠意をもった対応に心がけることが大切である

### 訪問職員が原因で家屋、備品などを破損してしまった場合

- ・管理者に報告する
- ・基本的には事業所が保証する

### 因果関係がはっきりしない場合

- ・利用者・介護者との話し合いで解決する

### 対応策として

- ・器物破損したことを誠実に利用者・介護者に申し出る
- ・明らかに訪問職員が原因の場合は、まず利用者・介護者に謝る
- ・管理者に報告し、破損への対応の指示を仰ぐ

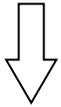
### 予防策として

- ・余裕をもった訪問スケジュールを組む
- ・電源を使用するときは、差し込んであるコンセントは抜かず、空いた差し込み口を使用する
- ・日頃から、環境整備に心がける

## V-4-5) 自殺・自傷行為

### 自殺・自傷行為を発見

#### 状態の把握

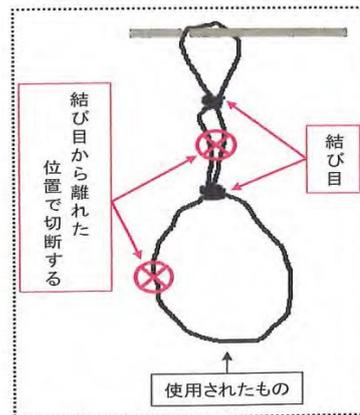


#### 対処

1. 生命徴候の有無の確認
  - ①生命がある時は、救命処置を行ない、救急車を手配する
  - ②管理者又は主治医へ報告
  - ③発見時の状況、利用者の状況、発見時間、処置内容を詳しく記録に残す
2. 不幸にして生命の徴候がない場合
  - ①現場の保存に努め、警察へ通報する
  - ②発見時間、周囲の状況等の詳細な記録を残す
  - ③利用者の体についている物を勝手に取ったり、捨てたりしないように気をつける

#### 縊首の場合

- ・結び目をほどかず、結び目から離れた位置で切断し、脈拍の有無を確かめ、心肺蘇生を試みながら、救急車を呼ぶ



#### 服毒、多量服薬の場合

- ・目の前で消毒薬、洗剤などを飲んだ場合は、多量の水を飲ませて吐き出させる
- ・主治医に報告または、救急車を呼ぶ

#### 動脈・静脈（手首、頸部など）を切った場合

- ・ただちに止血処置として、腕を駆血帯や紐などで強く縛る
- ・主治医に連絡し救急車を呼ぶ

#### その他の対処

- ・医療機関や相談窓口（保健所など）の利用をすすめる
- ・背景に病気が疑われる場合は、専門の医療機関の受診をすすめる

参考文献：こうすればできる安全な看護 アンファミエ  
東京医科大学茨城医療センター病院 安全管理マニュアル

## 参考・引用文献

- 1) 一般社団法人全国訪問看護事業協会.訪問看護の安全対策.第3版.2017年12月.
- 2) 日本看護協会業務基準 2007年改訂版
- 3) 日本看護協会看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン
- 4) 医療事故発生時の対応-看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン
- 5) 組織で取り組む医療事故防止-看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン
- 6) 医療事故発生時の対応・看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン
- 7) 整形外科マニュアル (2005) : 土方浩美編集、照林社
- 8) 小児・障害児看護 (2007) : 宮内清子編集、日本看護協会出版
- 9) 外科系 実践的看護マニュアル (1989) : 川島みどり他、看護の科学社
- 10) NSTの運営と栄養療法 責任編集東口高志 医学芸術社 2006年 TERUMO資料
- 11) 鳥羽 研二 (監修)、メジカルビュー社「高齢者の転倒予防ガイドライン」2012.7.4
- 12) 公益財団法人 日本訪問看護財団監修(2018) 訪問看護基本テキスト 各論編 日本看護協会出版会
- 13) 川越裕美／山崎麻耶／佐藤美穂子総編集 最新訪問看護研修テキスト ステップ1-② (2016) 日本看護協会出版会
- 14) 角田直枝編集 知識が身につく！実践できる！よくわかる在宅看護 改訂第3版(2022) 学研メディカル秀潤社

# 転倒・転落アセスメントスコアシート

Fall Risk Index(FRI)の質問調査項目

利用者

年齢

才

質問項目	評価	点数	評価日	評価日	評価日	評価日
過去1年に転んだことはありますか	はい	5点				
歩く速度が遅くなったと思いますか	はい	2点				
杖を使っていますか	はい	2点				
背中が丸くなってきましたか	はい	2点				
毎日お薬を5種類以上飲んでいませんか	はい	2点				
合計点数 ※6点以上は転倒の危険性が高いと判断する						
評価者サイン						
対策						





事故報告書（事業者→〇〇市（町村））

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報       第 \_\_\_ 報       最終報告

提出日：西暦 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2事業所の概要	法人名											
	事業所（施設）名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃（24時間表記）
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室（個室） <input type="checkbox"/> 居室（多床室） <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等）										
	発生時状況、事故内容の詳細											
	その他 特記すべき事項											
5事故発生時の対応	発生時の対応											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師（配置医含む）が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	受診先	医療機関名						連絡先（電話番号）				
	診断名											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	検査、処置等の概要											

6 事故発生後の状況	利用者の状況								
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
		報告年月日	西暦		年		月		日
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ( )		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ( )		<input type="checkbox"/> その他 名称 ( )			
本人、家族、関係先等への追加対応予定									
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)								
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)								
9 その他 特記すべき事項									

## 採血および感染症検査に関する同意書

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

この度、利用者様の血液・体液が誤って職員が曝露してしまう事故が発生いたしました。普段からこのような事故がおきないように十分に気を付けて参りましたが、誠に残念なことに事故がおきてしまいました。

つきましては、職員へのウイルス感染予防のため、利用者様の血液検査（肝機能・ウイルス検査）を行わせていただきたいと存じます。

検査の費用は当方で負担させていただきますので、何卒ご協力をお願いいたします。検査結果は後日ご報告させていただきます。

### <検査項目>

- GOT・GPT・LDH・ALP・・・肝機能の検査
- HBs 抗原・・・B型肝炎ウイルスの検査
- HCV 抗体・・・C型肝炎ウイルスの検査
- HIV 抗体・・・後天性免疫不全症ウイルスの検査
- RPR・TPH・・・梅毒

の検査を予定しています。

年 月 日

担当者氏名 \_\_\_\_\_

◎ 上記の説明を受け、採血・検査を受けることに同意します。

年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_

利用者家族の氏名（代筆の場合） \_\_\_\_\_

# 介護保険事業者における事故等発生時の報告の取扱いに係る標準例

## 第1 目的

介護保険法に基づく運営基準において、介護保険事業者（以下「事業者」という。）は、介護保険サービスの提供により事故が発生した場合には、保険者である市町村及び家族に連絡を行うこととされており、さらに、利用者の生命等に係る重大な事故等については、県への報告を求めているところである。

しかし、市町村への報告がなく、その後の苦情等により事故等の発生が判明する事例が、数多く見受けられる状況にある。

介護サービスの提供により事故等が発生した場合は、迅速な対応を行い、事故等の速やかな解決及び再発防止を行う必要がある。

## 第2 標準例

事故等の報告の取扱いについては、以下を標準とする。

この標準例は、事故発生時における関係機関への報告の取扱いについての指針として示すものであり、事業者においてはこの標準例を参考としてマニュアル等を作成し、事故等の報告について万全を期されたい。

### 1 報告すべき事故の範囲

報告すべき事故の範囲には、原則、以下のとおりとする。

#### (1) サービス提供による利用者の事故等

ア. 事故等とは、死亡事故の他、転倒等に伴う骨折や出血、火傷、誤嚥、誤薬等サービス提供時の事故により、医療機関で治療（事業所内での医療処置を含む）、又は入院し、新たに心身に障害が加わるおそれや、介護保険の要介護度が現在より重度になるおそれがあるものを原則とする。ただし、比較的軽度な擦過傷や打撲など日常生活に大きな支障がないものを除く。

イ. 事業者側の責任や過失の有無は問わず、利用者の自身に起因するもの及び第三者によるものを含むものとする。

ウ. サービス提供には、送迎等も含むものとする。

#### (2) 食中毒、感染症（結核、インフルエンザ、疥癬他）の集団発生

#### (3) 従業員の法律違反・不祥事等利用者の処遇に影響のあるもの

#### (4) その他、火災、震災、風水害等の災害により介護サービスの提供に影響する重大な事故等

### 2 報告事項

#### (1) 市町村及び県への報告は、別添の標準様式を参考にする。

ただし、市町村で報告様式が定められている場合や、次の①の項目が明記され

ている書式がある場合によっては、それによっても差し支えない。

#### ①事故等報告書

次に掲げる事項を記載するものとする。

- ア. 事業者及び事業所等の名称、所在地及び電話番号（事業所等の責任者名、連絡先電話番号）
- イ. 利用者の氏名、住所、電話番号、年齢、性別、要介護度、被保険者番号
- ウ. 発生日時及び発生場所
- エ. 事故の概要  
原因及び対応を時系列に記載する。
- オ. 事故時の対応  
治療した医療機関名、家族への連絡状況等を記載する。
- カ. 事故後の対応  
利用者や家族の状況、再発防止への取り組み、損害賠償等の状況を記載する。

### 3 報告手順

事故等が発生した場合は、速やかに家族に連絡するとともに市町村に報告する。

なお、利用者の死亡に至る事故など生命等に係る重大な事故等については、併せて茨城県保健福祉部高齢福祉課にも報告する。

また、感染症の集団発生が疑われる場合には、速やかに嘱託医・協力医療機関に相談し、当該嘱託医等の判断のもと、当該嘱託医から管轄保健所に連絡し、併せて、市町村及び茨城県保健福祉部高齢福祉課に報告する。

#### (1) 第一報

事業者は、事故等が発生した場合は、速やかに家族に連絡するとともに、市町村に報告書を提出し、居宅介護支援事業者にも同様の報告書を提出する。

緊急性の高いものは、電話又はファックス等により事故等発生第一報の連絡を行い、その後速やかに報告書を提出する。

なお、利用者の生命等に係る重大な事故等については、茨城県保健福祉部高齢福祉課にも、市町村と同様の報告書を提出する。

#### (2) 途中経過及び最終報告

事業者は、事故処理が長期化する場合は、適宜、途中経過を報告すると共に事故処理について区切りがついた時点で、報告書を提出する。

# 安全管理マニュアル改定履歴

年 月 日

事業所名を記載

版	制定（改定）日	責任者	改定内容

制定・改定した日付を記入

改定した内容を記入  
マニュアルの改定・追加した文章に下線を引く  
※ 改定がない場合は改定なしと記入