

# 医療安全管理ニュースレター

日本医科大学千葉北総病院

(第26号)

発行:平成26年12月1日(月)



## ★トピックス

### 血液凝固阻止剤を使用する際の注意点

(循環器内科医局長 大場崇芳)

当科では狭心症、心筋梗塞、心不全、心房細動、下肢動脈閉塞症、静脈血栓症などの患者さんへ抗血小板剤や抗凝固剤を頻繁に使用し診療を行っております。しかしながら、これらの薬剤の副作用である出血合併のため他科の先生方やコメディカルの皆様に管理していただく機会も決して少なくなくご迷惑をお掛けしているのが現状です。この場をお借りし感謝申し上げます。

さて、今回は血液凝固阻止剤を使用している患者さんに対するの周術期や出血時管理についてご説明したいと思います。

#### ■主要血液凝固阻止剤と術前休薬期間

主要血液凝固阻止剤と術前休薬期間					
	代表商品名	一般名	休薬期間		
			出血低危険度	出血高危険度	
抗血小板剤	パナルジン	テクロピジン塩酸塩	7日	7日	
	ニチステート				
	ブラビックス	クロピドグレル硫酸塩			
	バイアスピリン	アスピリン	5日	5日	
	バファリン81				
	アスピリン				
	エパデール	イコサペント酸エチル	1日	1日	
	ソルミラン				
	ロコルナール				塩酸トラピジル
	フレタール				シロスタゾール
	ドルナー				
	プロサイリン				ペラプロストナトリウム
	ケアロード				
	ベルサンチン				ジピリダモール
アンギナール					
アンブラーグ	サルボグレラート塩酸塩				
プロレナール	リマプロスタアルファデクス				
オバルモン					
コメリアン	ジラゼブ塩酸塩				
抗凝固剤	ワーファリン	ワルファリンカリウム	5日前	5日前	
	ブラザキサ	ダビガトラン	1~2日前	2~4日前	
	イグザレルト	リバーロキサパン	24時間前	24時間前	
	エリキユース	アピキサパン	2~4日前	2~4日前	
	リクシアナ	エドキサパン	24時間以上前	24時間以上前	
	ノボ・ヘパリン	ヘパリンナトリウム	3時間前		
	フラグミン	ダルテパリンナトリウム	3時間前		

※ クレアチニンクレアランスにより休薬期間の延長がある場合があります。  
※ 抗凝固剤中止後はヘパリン置換が望ましいと考えます。  
※ 消化器内視鏡診療の場合は当院での別途規定をご参照ください。

\* 参照する資料により、表中の数値に若干の幅があります  
主治医にご確認下さい

#### ■術前のチェックポイント

血液凝固阻止剤内服の有無、コントロール不良の高血圧、最近の頭蓋内出血または脳脊髄や眼科手術の既往、糖尿病性網膜症の有無、消化性潰瘍の既往や肝・腎機能障害の有無や血管異形成の有無などを確認します。

さらに血液検査でプロトロンビン時間 (PT)、活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)、フィブリノーゲン、FDP (フィブリン分解産物)、血小板数、出血時間を測定し、止血・凝固障害、出血性素因の有無を把握します。

年齢 65 歳以上、体重 60kg 以下、クレアチニンクレアランス 50mL/分以下の患者さんやアルコールや薬物中毒は要注意です。

#### ■止血が比較的容易な手術時

抜歯、白内障手術、術後出血への対応が容易な場合の体表の小手術は抗血小板剤や抗凝固剤の継続が可能です。但し、薬剤血中濃度がピークに重なる時間帯での手術施行を避けるように注意します。

#### ■内服血液凝固阻止剤からヘパリン置換について

概ね、前日服薬後 12~24 時間以上の間隔が開く手術の場合に考慮します。この際に APTT を 1.5~2.0 倍となるように用量調節を行います。

#### ■ヘパリンから内服血液凝固阻止剤への切り替え

各薬剤により若干異なりますので  
処方医に確認して下さい。



#### ■中等度・重度の出血とは？

- ・ 脳内出血・くも膜下出血
- ・ ヘモグロビン  $\geq 2\text{g/dL}$  の低下
- ・ 重要臓器出血
- ・ 5分以上持続、あるいは反復性出血
- ・ 自然発生的肉眼的血尿
- ・  $25\text{cm}^2$  以上の皮下出血
- ・ 多臓器出血

#### ■出血時の対応：

- 1) 血行動態管理が重要、血液凝固阻止剤再投与の中止または延期
- 2) 術前に行った血液検査との比較による現状評価
- 3) 機械的圧迫 (高度の鼻出血など)、外科的処置、血液製剤の投与、血小板輸血
- 4) 高血圧を合併する場合は十分な降圧治療
- 5) プロトロンビン複合体製剤、活性型プロトロンビン複合体製剤、遺伝子組換え活性型血液凝固

## 第 VII 因子製剤投与

- 6) 蛋白結合率が高い薬剤は、血液透析での除去は困難。

※新規凝固剤には基本的に中和剤は存在しないが、乾燥人血液凝固第 IX 因子複合体 (PPSB-HT 静注) の効果があったとの報告があります。

### ■中和剤

#### (1) ワーファリン

##### ●持続する小出血の場合

ビタミン K<sub>1</sub> あるいは K<sub>2</sub> を 1 日量として 5~20mg 経口投与 (場合により静注を考慮)

##### ●緊急性のある大出血の場合

ビタミン K<sub>1</sub> あるいは K<sub>2</sub> を 1 日量として 2.5~10mg 静注

※ビタミン K は 10mg を超えた量を投与すると数日間~2 週間ワーファリンの抗凝固効果が得られなくなることがあります。

#### (2) ヘパリンナトリウム (ヘパリン)

プロタミン硫酸塩 (ヘパリン 1,000 単位に対し 10~15mg、10 分以上かけて) 緩徐静注

### ■最後に

個々の症例における休薬あるいは薬剤の再開などについてご不明の点があれば処方医に相談することが望ましく、今後も千葉北総病院はより質が高くより安全な診療を行い、各診療科間の垣根をなくし協力し合う医療を続けたいと考えます。

## 緊急被ばく患者受け入れ訓練について

(放射線センター・テクニカルスタッフ

放射線取扱主任者 有馬光一)

国の防災基本計画に基づき平成 10 年 7 月、放射線医学総合研究所 (以下、放医研) に「緊急被ばく医療ネットワーク会議」が設置され、原子力災害や放射線事故時に伴う被ばく医療に対して協力を仰ぐ専門家との連携及び緊急被ばく医療機関のネットワークが構築されました。当院は平成 15 年に放医研と協力に関する協定を締結しており、緊急被ばく医療機関の一つとしての役割を担っています。今回は相互の協力体制を強化すべく、当院の救命救急センターにおいて被ばく患者の受け入れを想定し、今年の 8 月放医研との合同訓練を実施しました。

主な訓練目的は、当院の救命救急センターにおいて、放射線及び放射性物質による被ばく・汚染した患者の搬送・受け入れた場合の、搬送された患者の

初療及び放射線管理のシミュレーション、そして実際に放医研から持ち込む資機材等の必要数などを確認することでした。

一般的に原子力災害が発生した際には通常の災害医療に加え、治療にあたる医療スタッフの被ばく防止や、施設・器具が放射性物質によって汚染されないよう防止策を講じなければなりません。具体的には被災患者の搬送経路や初療室及び機材の養生、スタッフの防護服及び防護具の着用、そして初療室を放射線管理区域 (ホット・ゾーン) として設定し、受け入れ準備を進めていきます (写真 1)。



加えて、搬送された患者がどのような状況で被災・被ばくしたのかなど、情報収集も放射線管理には重要となります。そしてその患者の汚染検査及び除染処置を行い、患者被ばく線量の推定と内部被ばくの低減に努めなければなりません。そのため医師・看護師など医療行為を行うスタッフと、放射線を測定・管理するための放射線管理者を置くことが必要となります。

今回の訓練では救命救急センターの医師 2 名、看護師 2 名、そして放射線管理要員として第一種放射線取扱主任者 2 名がホット・ゾーンに入り、模擬被災患者の初療及び汚染検査を行いました。我われ放射線管理の立場から、放射線測定や汚染防止を迅速かつ的確に行う事で、スタッフが安全に安心して医療に専念できる環境とする役割としての重責を強く認識することができました。また創傷部に付着した放射性物質



の測定や核種同定の試料採取指示など、初療以降の治療方針を決定する重要な訓練も行うことができました (写真 2)。そしてホット・ゾーンの外では多くの救命救急センターのスタッフが訓練の様子を見て放医研のスタッフに熱心に質問をするなど、真剣に学び取る様子が伺えました。

今回は初療室での訓練が主でしたが、CT 検査への搬送や病棟への入院、その他段階的な訓練、系統的な訓練も不可欠であることが示唆されました。

参加した医師や看護師からも、診療環境の整備を詳細までシミュレーションする必要性や物品の受け渡し、記録の方法などいくつかの問題点があげられ、次回の訓練に活かしたいとの意見もありました。今後は毎年この放医研との合同訓練を行っていき、日本における緊急被ばく医療の最前線を担う医療機関の一つとして、当院もより一層大きく貢献していきたいと考えます。

## 職場のパワーハラスメントについて

(病理部係長 第1種衛生管理者、  
特定化学物質作業主任者 清水秀樹)

### [はじめに]

今般、パワーハラスメントは大きな社会問題化しています。当院においても対策の必要性が生じており、そのため「ハラスメントの防止に関する規定の施行(平成26年3月1日施行)」や相談・解決体制の構築等を行ってきました。また、教育の一環として平成26年9月には第1回ハラスメント研修会を開催しました。千葉産業保健総合支援センター・メンタルヘルス対策促進員・産業カウンセラーの内藤恵子氏を講師に「職場のパワーハラスメント」と題して講演をしていただきました。

### [ハラスメントとは]

同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為をいいます。上司から部下へのいじめ・嫌がらせを指しているものが大部分ですが、先輩・後輩間や同僚間、さらには部下から上司に対して行われるものもあります<sup>1</sup>。



### [パワーハラスメントの負の連鎖]

①ハラスメントを受け続けた場合、自分に自信が持てず、うつ病やPTSDなどメンタル不調になる可能性があります。とくに不安感からくる集中力の低下は、医療職ではミスから重大な医療事故へと発展する可能性もあります。無理をして頑張りすぎず、早めに信頼できる人に相談することが大切です。



②加害者となった場合は、就業規則による処分(懲戒

処分を含む)や暴力による刑事責任、人格権侵害や名誉棄損等による法的責任が追及されることもあります。

③病院がこうむる損害は、問題解決に至るまでの時間や労力、コストや職場環境の悪化による人材流出と確保の困難。さらに安全配慮義務違反(労働安全衛生法)が問われることとなります。

### [パワーハラスメントの国の状況と対応]

- ①都道府県労働局に寄せられる企業と労働者の紛争に関する相談で、「いじめ・嫌がらせ」に関するものは、平成14年度には約6,600件(全体の5.8%)であったものが、平成24年度には約51,600件(全体の17%)と急増し、「解雇」を抜いて相談件数のトップとなり増加しています<sup>2</sup>。
- ②職場での嫌がらせ、いじめ、暴行や職場内のトラブルにより、うつ病などの精神障害を発病し、労災補償を受けるケースが増えています<sup>3</sup>。
- ③国では大きな問題として企業による対策を推進しています。

### [当院によるパワーハラスメントの現状]

研修会参加者に協力をしていただいたアンケートでは、パワーハラスメントにあっている。または、あったことがある人は約3割、見たことがある人は約5割と高い数字を示し、対策の必要性が生じています。

### [おわりに]

当院では、ハラスメント窓口を開設しましたのでハラスメントを受けた人、また現場を見た場合は、ぜひ利用してほしいと思います。働きやすい職場環境の形成は医療安全のためにはぜひ必要な事柄です。

<sup>1</sup>平成24年度厚生労働省「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ報告」による

<sup>2</sup>厚生労働省 平成24年度個別労働紛争解決制度施行状況

<sup>3</sup>厚生労働省 脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況

### 「医療機関に求められる個人情報管理」について

(医療情報室 副室長 佐藤文隆)

近年、通信教育大手の個人情報売却問題など、個人情報漏えいの話題がTV等で取り沙汰されています。このように個人情報の漏えい報告は、枚挙にいとまがありません。自分とは関係ないと思っていても、自分の個人情報がいつの間にか知らないところで使われ、悪

用されてしまう可能性もあるのです。

#### ◆欧米諸国では

情報社会の到来にあわせ、独自に個人情報保護に関する法律を整備していました。しかし、制度が異なることによるトラブルの発生を危惧し、1980年 OECD(経済協力開発機構)は個人情報保護のレベルを一定に保つためのガイドラインを制定しました。「OECD8原則」<sup>1</sup>。



さらに1995年「EU指令」が発令されました。その中には「EU加盟国から個人情報保護措置を確保していない第三国へ個人情報を移転する事を禁止する」内容も含まれていました。実際に、1998年、EU指令に基づく法律を施行したスウェーデンが、民間部門では包括的な法律がなかったアメリカの航空会社に対して、国内で収集した搭乗者の個人情報をアメリカの当該管理センターに移転する事を禁止し、入国者の管理ができなくなる事態が発生。日本を含めた世界各国は早急な対応を求められることになりました。

#### ◆日本では

2005年、個人情報保護法が完全に施行されました。個人情報とは、厚労省、総務省、通産省、経産省と各省庁に関係してきます。その為経産省が基本原則を作成し、詳細部分についてはガイドラインとして各省庁が附則していく形として整備されています。

個人情報保護の基本としては、「生存する個人の情報についての管理」が謳われていますが、医療機関に求められる個人情報については、死亡退院等亡なられた患者さんの情報についても、「漏えい・滅失・又は、き損防止のため、個人情報と同等の安全管理措置を講ずるものとする」とされています。

#### ◆当院では

個人情報保護に関する基本方針を定め、厳重な注意を払っております。また、個人情報管理委員会主催の研修会を最低3回/年(新人、中途採用者)実施するなど、常に職員への教育、監査等を行っています。具体的には

- ①プライバシーの尊重(施設内外での会話に気をつけるなど)
- ②クリアデスク(離席時のログオフ、机などに書類を放置しないなど)
- ③名札の着用(部外者の侵入を防ぐ)
- ④個人情報の放置禁止(コピー機、カンファレンス等で使用したホワイトボードなど)
- ⑤情報セキュリティ基本ルールの遵守(ウィルス対策、パスワードなど)
- ⑥個人情報管理に関する相談受付の開設(診療録管

理室、医療情報室)

情報システムには多くの脅威が存在しています。患者さんに安心して診療を受けていただけるよう、病院全体のシステム改善から職員ひとりひとりの教育まで、引き続き適切な安全対策を講じて個人情報の管理を実施していきます。

<sup>1</sup> 目的の明確化、利用制限、収集制限、データ内容、安全保護、公開、個人参加、責任の8原則。日本を始め各国の個人情報保護法制の基本となっている

#### 編集後記

昨年からの医療安全管理ニュースレターの編集委員として参加し、早くも一年を過ぎようとしています。年に何回かの編集会議では委員一同、気合いを入れての話し合いです。

気合いの入った今回のニュースレター第26号、いかがだったでしょうか？

トピックスとして、大場先生に血液凝固阻止剤使用時の注意点を御執筆いただきました。そして被ばくと言うと3.11を思い出しますが、病院における被ばく患者の受け入れ態勢、また昨今、問題となっているパワーハラスメント、個人情報漏えい問題と盛りだくさんのレターです。お腹一杯と言わず読んで下さい。

これからインフルエンザウィルスの季節になりますが、ワクチン打ちましたか？…しかし、油断は禁物。今年も冬を乗り切りましょう!!!

〈柳下照子 記〉

#### 『編集担当』

##### 医療安全管理ニュースレター編集委員会



三浦剛史(委員長)・馬場俊吉・金 徹・  
有馬光一・花澤みどり・浜田康次・岩井智美  
片山靖史・柳下照子・矢野綾子

#### 【ご意見募集】

下記までお願いいたします。

お待ちしております。

電子メールアドレス : h-newsletter@nms.ac.jp

#### 【お知らせ】

院内ウェブページの「お知らせ」欄・  
当院のホームページから閲覧できます。