

文書管理番号	000000B00102
制定年月日	令和4年9月30日
改訂年月日	令和4年10月28日
主管部門	医療安全推進室

# 奈良県総合リハビリテーションセンター 医療安全管理マニュアル



地方独立行政法人奈良県立病院機構

奈良県総合リハビリテーションセンター

Nara Prefecture General Rehabilitation Center



# 目 次

No.	内 容	ページ
1.	医療安全管理指針	1
	第1 安全管理指針の目的	
	第2 安全管理に関する基本的な考え方	
	第3 安全管理体制の整備	
	第4 安全管理の具体的な推進方策	
	第5 医療事故発生時の対応	
	第6 その他	
2.	規程・要綱	11
	1) 奈良県総合リハビリテーションセンター医療安全管理委員会規程	
	2) セーフティマネージャー会議設置要綱	
3.	インシデントレポート	13
	1) 報告すべき範囲	
	2) インシデントレポートの内容別種類	
	3) インシデントレポートの流れ	
	4) 院内インシデント報告制度	
	5) インシデントレポート	
	6) 診療経過記録等への記載について	
	7) 報告ルート	
	8) 報告用紙	
	(1) インシデント・アクシデント報告書	
	(2) 転倒・転落の事故およびハットヒヤリ報告書	
	(3) ポジティブインシデントレポート	
4.	緊急・重大事態発生時の対応手順	24
	1) 緊急時の連絡体制	
	2) 緊急・重大事態発生時の当事者および関係者の対応	

No.	内 容	ページ
	3) 緊急の対処	
	4) 医療事故の記録	
	5) 患者・家族への対応	
	6) 当事者職員への配慮	
	7) 組織管理者への報告	
5.	救急カートの整備・管理基準	28
	1) 目的	
	2) 救急カートの薬品・物品の統一	
	3) 救急カートの管理	
	4) 救急カートの薬品・物品チェック	
	5) 救急カートの設置場所	
	6) 緊急薬品セット	
6.	AEDおよびDC、人工呼吸器の管理	30
	1) 目的	
	2) 点検	
	3) AEDおよびDCの設置場所	
7.	個人情報管理について	31
	1) 個人情報の収集について	
	2) 個人情報の利用及び提供について	
	3) 個人情報の適正管理について	
	4) 個人情報の確認・修正等について	
	5) 法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善	
	6) 問い合わせ窓口	
	7) 個人情報の利用目的	
8.	インフォームド・コンセント	33
	1) 患者の意志決定に必要な情報提供	
	2) 同意を必要とする範囲	
	3) 対象となる医療行為	

No.	内 容	ページ
	4)説明者	
	5)説明方法	
	6)同意書の作成と保管	
	7)セカンドオピニオン	
	8)看護師等同席基準及び記録について	
9.	指示受け	35
	1)起こりやすいエラーと防止対策	
	2)エラー発生時の対応	
10.	患者誤認防止	36
	1)患者へ実施する時の確認方法	
	2)他部署へ引き継ぐ時の確認方法	
11.	静脈注射・採血による神経損傷リスクについて	37
	1)血管と神経の走行	
	2)穿刺方法	
	3)対処方法	
	4)予防策	
12.	放射線検査関連	38
	1)タイムアウト	
13.	手術関連	39
	1)タイムアウト	
14.	静脈血栓塞栓症の予防	40
	1)はじめに	
	2)用語の解説	
	3)予防策	
	4)術前に深部静脈血栓症(DVT)が認められた場合	
	5)インフォームド・コンセントの必要性	

No.	内 容	ページ
	6) 肺静脈血栓症 (PTE) が発症した場合の対応	
	7) DVT 質問票	
	8) 静脈血栓塞栓リスク確認票 (低リスク用・中リスク用・高リスク用)	
	9) アリクストラ投与前チェック表	
	10) 肺塞栓 (エコノミークラス症候群) とその予防措置の説明・同意書	
15.	転倒・転落防止への対応	52
	1) 患者の転倒・転落危険度のアセスメント	
	2) 転倒転落発生時の対応	
	3) 転倒・転落アセスメントスコアシート	
	4) 頭部打撲・頭部外傷発生時の対応と観察項目	
16.	患者無断離棟・離院時の対応	54
	1) 予防対策	
	2) 捜索体制	
	3) 院内で発見できなかった場合	
	4) 患者発見時	
	5) 報告等について	
	6) 捜索を行う際の注意事項	
	7) 離棟防止対策への同意書	
17.	暴力・暴言への対応	57
	1) 暴力のレベル分類	
	2) 対応	
18.	リハビリテーション関連	59
	1) リハビリテーション中止基準	
	2) 起こしやすいエラーと防止策	
	3) 訓練機器、大型遊具の点検	
	4) 言語聴覚療法、摂食機能療法関連	
	5) 事故発生時の対応	

No.	内 容	ページ
19.	食事関連	63
	1)入院(予約)のオーダー	
	2)食事変更	
	3)献立作成・修正	
	4)病室訪問・栄養指導	
	5)起りやすいエラーと対策	
	6)発生時の対応	
	7)異物混入対応マニュアル	
20.	実習生がインシデントを起こした場合および遭遇した場合の対応	67
	1)臨床実習受け入れ担当部門等責任者の責務	
	2)実習生がインシデントを起こした場合	
	3)実習生がインシデントに遭遇した場合	
21.	輸血関連	68

# 1. 医療安全管理指針

## 第1 安全管理指針の目的

この指針は、医療事故の予防・再発防止対策及び発生時の適切な対応など奈良県総合リハビリテーションセンター（以下「リハビリセンター」という。）における医療安全体制を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とする。

## 第2 安全管理に関する基本的な考え方

### 1 医療安全に関する基本姿勢

リハビリセンターの医療安全活動においては、「人間はエラーを犯すもの」という観点に立ち、医療事故を起こした個人の責任を追求するのではなく、医療事故の発生に至った安全管理システムの不備や不十分な点に着目し、その根本原因を究明し、これを改善していくことを主眼とする。

また、「常に、医療事故を絶対に防ぐ」という強い信念のもと、患者に信頼される医療サービスの提供と医療の質の向上を求めていくことをリハビリセンターの医療安全の基本姿勢とする。こうした基本姿勢をベースにした医療安全活動の必要性、重要性を全部署及び全職員に周知徹底し、院内共通の課題として積極的な取り組みを行う。

### 2 安全管理の具体的な推進方策

#### (1) 安全管理体制の構築

医療事故防止及び事故発生時の緊急対応について、リハビリセンター内全体が有機的に機能するシステムとして整え、一元的で効率的な医療安全管理体制を構築する。

#### (2) 医療事故・インシデント等の報告制度の確立

医療安全意識の醸成と具体的な予防・再発防止策に資するため、医療事故やインシデントの報告・情報収集、現状の把握、分析・評価、対策立案を的確に行う体制を構築する。

#### (3) 職員に対する安全教育・研修の実施

リハビリセンターにおける医療安全に関する基本的な考え方や個別事案に対する予防・再発防止策の周知徹底のため、職員全員を対象にした教育・研修を計画的に少なくとも年2回は実施する。なお、各職種並びに専門領域については、適宜実施する。

#### (4) 事故発生時の対応方法の確立

事故発生時には、患者の安全確保を最優先するとともに、事故の原因を究明し、事故の再発

防止策を早期に検討、職員に周知徹底する。

#### **(5) 相談窓口の設置**

患者および職員からの苦情や相談などに対応するための相談窓口を設置する。

患者：医事課、職員：総務課

### **3 用語の定義**

医療安全管理において、リハビリセンターで使用する用語の定義は、次のとおりとする。

#### **(1) 医療事故（広義のもの）**

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する全ての人身事故で、以下の場合を含む。  
なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

- a 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合
- b 患者が病室や廊下等で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合
- c 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合
- d 人の傷害に直結する事例ではないが、医薬品の紛失、盗難など、今後重大な医療事故につながりかねない事例

#### **(2) 医療過誤**

医療事故のうち、医療従事者が、医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた、あるいは目的達成のために間違った計画を採用した行為をいう。

#### **(3) インシデント事例**

患者に実質的な不利益（傷害）は発生しなかったが、医療事故につながる可能性のある事態をいう。具体的には、ある医療行為が

- a 患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合
- b 患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す。ハットヒヤリ事例と同義。

#### **(4) 医療事故等**

医療事故及びインシデント事例を含めたものをいう。

#### **(5) 医療事故などの分類基準**

医療事故等の分類については、「地方独立行政法人奈良県立病院機構医療安全管理基本指針」第2 用語の定義（5）医療事故などの分類基準に準ずる。

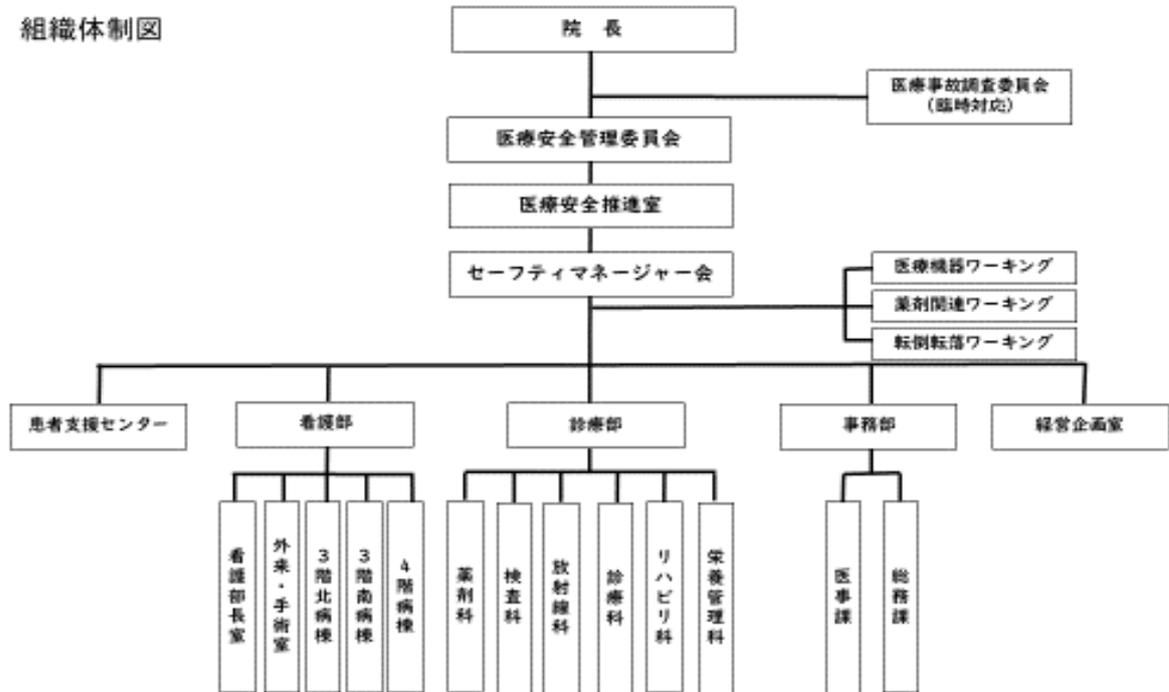
### **第3 安全管理体制の整備**

リハビリセンターにおける医療事故防止及び事故発生時の適切な対応について、リハビリセンター内全体が有機的に機能し、一元的で効率的な安全管理体制を構築することで、安全かつ適

切な医療サービスの提供を図る。

## 1 組織体制

組織体制図



## 2 医療安全推進室

(1) 医療安全推進室（以下「推進室」という。）は、奈良県立病院機構法人組織規程で定められた院長直属の組織であり、リハビリセンター内の医療安全管理を組織横断的に推進する。推進室の配置は、室長を院長、副室長を看護部長、専従看護師1名とする。

(2) 推進室は、次の各号に掲げる事項を所掌する。

- イ 医療安全管理委員会の庶務に関すること
- ロ 医療安全に関する研修の企画立案に関すること
- ハ 医療事故防止のための手順の作成・見直しの総括に関すること（医療安全管理マニュアルを含む）
- ニ 医療事故等に関する情報収集・調査・分析・対策・評価及び指導の総括に関すること
- ホ 安全に関する職場の点検、部署が行う改善活動への支援
- へ 医療安全に係る関係機関等との連絡調整に関すること
- ト その他医療安全対策の推進に関すること

## 3 医療安全管理委員会

(1) 医療安全に関するリハビリセンター内全体の諸問題を討議し、医療安全の推進を図るため、医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

- (2) 委員会は、次の各号に掲げる事項を所掌する。
- イ 医療安全対策の検討及び推進に関すること
  - ロ 医療安全管理に関する調査及び情報交換に関すること
  - ハ 医療事故等の原因分析、評価及び対策に関すること
  - ニ その他医療安全管理に関すること
  - ホ 患者・家族等および医療事故に関係した者に関しての必要な支援に関すること
- (3) 委員会の運営に関し必要な事項は、別途定める。

#### 4 医療安全管理者の配置

医療安全管理者のための体制確保並びに安全管理の推進のため、以下の安全管理者並びに安全管理者及び安全管理副責任者、実務責任者を置く。

##### (1) 医療安全管理者

医療安全管理者は、医師、薬剤師または看護師のうちいずれかの資格を有し、所定の医療安全管理研修を修了した者とする。

###### 1) 役割

- イ 医療安全管理者は、医療安全管理委員会の構成員となり医療の安全管理に関する体制の構築に参画し、医療安全対策室の業務に関する企画立案及び評価、委員会等の各種活動の円滑な運営を支援する。また、医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析、対策の立案、事故発生時の対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等に努める。そして、これらを通し、安全管理体制を組織内に根付かせ機能させることで、当センターにおける安全文化の醸成を促進する。
- ロ 医療安全管理者は、医療安全対策の推進に関する業務に従事し、医療安全部門の各組織ならびに各医療安全管理者と連携して業務を行う。

##### (2) 医薬品安全管理責任者

医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する医師、薬剤師または看護師のうちいずれかの資格を有する者とする。

###### 1) 役割

- イ 医薬品安全管理責任者は、医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成、職員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施、医薬品の業務手順に基づく業務の実施、医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策等の業務を行う。
- ロ 医薬品安全管理責任者は、医薬品に係る安全管理のための体制を確保するため、医療安全管理委員会ならびに各安全管理者との連携により、実施体制を確保する。

### (3) 医療機器安全管理責任者

医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師または臨床工学技士のうちのいずれかの資格を有する者とする。

#### 1) 役割

- イ 医療機器安全管理責任者は、職員に対する医療機器の安全使用のための研修を実施する。医療機器の保守点検に関する計画の策定や保守点検の適切な実施、医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集、その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策等の業務を行う。
- ロ 医療機器安全管理責任者は、医療機器に係る安全管理のための体制を確保するため、医療安全管理委員会ならびに各安全管理者との連携により、実施体制を確保する。

### (4) 医療放射線安全管理責任者

医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する常勤職員であり医師または歯科医師の資格を有していることが原則である。ただし、該当医師等が該当診療用放射線技師に対し適切な指示を行う体制を確保している場合、診療用放射線技師を責任者としても差し支えない。

#### 1) 役割

- イ 医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線の安全利用のための指針の策定、放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施、放射線診療を受けた者の当該放射線による被曝線量の管理および記録、その他診療用放射線の安全使用を目的とした改善のための方策の実施等の業務を行う。
- ロ 医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線に係る安全管理のための体制を確保するため、医療安全管理委員会ならびに各安全管理者との連携により、実施体制を確保する。

## 5 医療安全管理部門が行う業務

- イ 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善を計画し、それに基づく医療安全対策の実施状況および評価結果を記録すること
- ロ 医療安全管理委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取り扱い、そのたの医療安全管理者の活動実績を記録すること
- ハ 医療安全対策に係る取り組みの評価等を行うモーニングカンファレンス・インシデントカンファレンス・身体拘束カンファレンス等を開催し、医療安全管理委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加すること

## 6 医療安全管理者が行う業務

- イ 医療安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと

- ロ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること
- ハ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと
- ニ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと
- ホ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する
- ヘ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること

## 7 セーフティマネージャー

- (1) 診療部、看護部及び事務部の各所属部署に、推進室の活動に協力し、医療安全対策を推進する担当者として、セーフティマネージャーを置く。
- (2) 委員会を補佐するものとして、セーフティマネージャーで構成するセーフティマネージャー会議を設置する。
- (3) セーフティマネージャー会議は、次の各号に掲げる事項を所掌する。
  - イ 各所属における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言
  - ロ 各所属におけるインシデント事例等の内容の分析
  - ハ 医療安全管理委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の所属職への周知徹底、その他委員会及び部会との連携調整
  - ニ 職員に対するインシデント事例等の積極的な提出の励行
  - ホ 医療安全研修への積極的な参加呼びかけ
  - ヘ その他医療安全対策に関する必要事項

## 8 医療事故調査委員会

- (1) 医療過誤、又はその疑いのある医療事故が発生した場合、推進室の依頼に応じ事故の原因、医療過誤の有無を調査し、再発防止策を検討するため、医療事故調査委員会を設置する。
- (2) 医療事故調査委員会の運営に関し必要な事項は、別途定める。

## 第4 安全管理の具体的な推進方策

### 1 報告制度の確立

- (1) 医療事故の予防・再発防止に資するため、医療事故及びインシデントの報告を制度化し、その収集を促進する。
- (2) 医療事故及びインシデント事例を体験又は発見した医療従事者等は、その概要を報告書に

記載し、遅滞なく、所属部署の責任者に報告する。

(3) 所属部署の責任者は、提出された報告書を速やかに推進室に報告する。

(4) 本指針にしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な処分を行わない。

(5) 推進室及び委員会は、報告書からリハビリセンター内に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスク予測の可否、システム改善の必要性等の分析・評価を行う。

(6) 推進室及び委員会、セーフティマネージャーは、前項の分析・評価に基づき、適切な事故予防策並びに再発防止策を立案・実施する。

(7) 報告書は、推進室で保管する。保管期間：インシデント報告は翌年の4月1日を起点として1年間、アクシデント報告は5年間とする。

## 2 医療安全管理のための研修

### (1) 職員研修の定期開催

推進室は、医療安全管理に関する基本的な指針や医療事故予防・再発防止の具体的な方策を職員に周知徹底すること、及び医療事故発生時の職員召集など緊急事態対応への習熟を目的にした職員研修について計画し、原則として年2回開催する。

### (2) 実施記録

推進室は、医療安全管理に係わる職員研修の実施内容を所定の方法で記録するとともに、職員への周知の徹底を図る。

## 第5 医療事故発生時の対応

### 1 患者の安全確保

(1) 医療事故が発生した場合は、患者に発生した障害を最小限にとどめるために、患者の安全を最優先して、医師、看護師等の連携のもと、リハビリセンターの総力を挙げて必要な治療を行う。

(2) リハビリセンター内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

### 2 医療事故の報告

#### (1) 医療事故報告の対象

イ 当該行為によって患者が死亡または死亡に至る可能性がある場合

ロ 当該行為によって患者に重大若しくは不可逆的傷害を与える、または与える可能性がある

場合

ハ その患者等からクレームを受けた場合や医事紛争に発展する可能性がある場合

(2) リハビリセンター内における報告経路

イ 医療事故発生時には、直ちに上司に報告する。報告を受けた上司は、医療上必要な指示を与え、以下のとおり遅滞なく推進室に報告する。

ロ 医師は、診療科部長（各医長）を經由して推進室に報告する。

ハ 看護部職員は、看護師長に報告し、看護部長を經由して推進室に報告する。

ニ 薬剤科、検査科、放射線科、リハビリテーション科に所属する職員は、診療部長及び科長（療法士長、副技師長又は係長）を經由して推進室に報告する。

ホ 事務部門に所属する職員は、係長、課長に報告し、事務部長を經由して推進室に報告する。

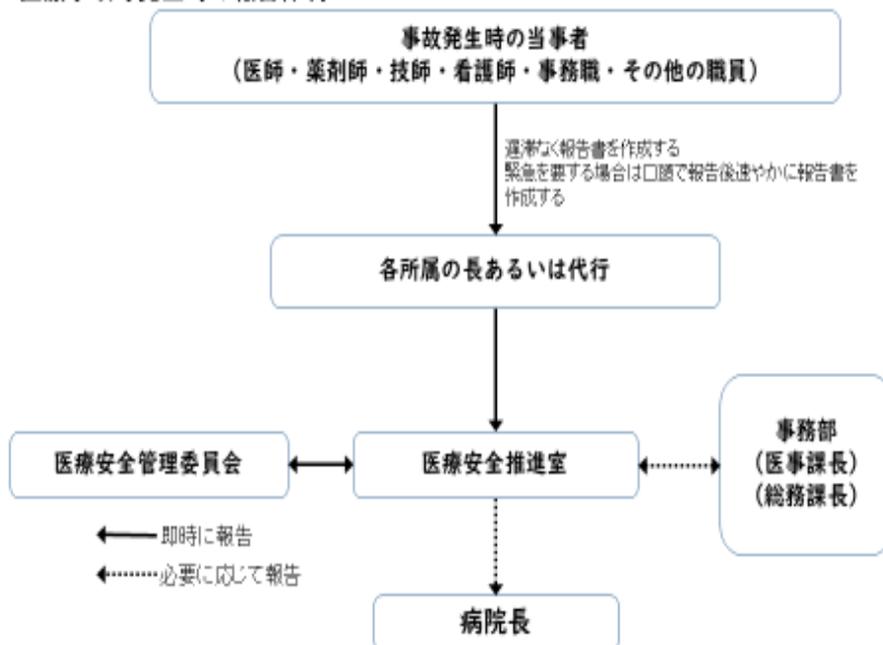
へ 報告を受けた推進室は、事故の重大性・緊急性等を勘案し、必要に応じて直ちに院長に報告し、指示を仰ぐ。

ト 患者の生死に関わる重大かつ緊急な場合は、上記経路を省略して推進室に報告することができる。

(3) リハビリセンター内における報告方法

報告は、医療事故報告書に記載し、遅滞なく行う。ただし、緊急を要する場合は、口頭で報告後、速やかに医療事故報告書を作成し、報告する。

医療事故等発生時の報告体制



### 3 患者と家族への説明

(1) 事故発生直後の家族等への連絡と患者、家族へ等の説明

イ 事故の発生を連絡する。

ロ 患者の家族や近親者の方が施設内に不在の場合は、直ちに自宅等の連絡先に連絡する。

ハ 患者、家族などの連絡相手や連絡日時等を記録する。

(2) 事故発生直後における患者、家族等への説明

イ 事故発生後、救命措置の遂行に支障を来さない限り可及的速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。

ロ 家族等への説明は、原則として、管理職員（説明担当者）を含む複数の人数で対応し、必要に応じて担当医や上席医等が同席して対応する。

ハ 説明を行った職員は、その事実及び説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者の医療に関して作成すべき記録、帳簿等に記録する。

#### 4 事実調査とリハビリセンターとしての統一見解

(1) 事実経過の整理、確認と事実調査

イ リハビリセンターとしての事実調査を行い、統一見解をまとめる。

事故発生後、できるだけ早い時期に管理者、事故関係者等の関係者が集まり、事実を詳細に調査・検討し、事故の原因や過失の有無等についてリハビリセンターとしての統一見解をまとめる。

ロ 事実経過及び統一見解を記録に残す。

調査した事実及びリハビリセンターとしての統一見解等は文書として記録し、推進室が保管する。

ハ 関連する診療記録等を確実に保管する。カルテや看護記録、X線フィルム等は推進室で確実に保管する。

(2) 事実調査実施以降の患者、家族等への説明

イ できるだけ早い段階で患者、家族等への説明機会を設定する。

ロ 説明は複数で対応する。事故に関与した関係者の他、管理者が加わり、複数で対応する。

ハ 説明時には記録に基づき、誠意をもって分かりやすく説明する。

カルテなど記録に基づいて事実関係を慎重に説明する。憶測や個人的な見解は避けるようにする。専門用語や分かりづらい表現等は避け、図示する・参考文献等を用いるなど患者側が理解できるように努める。

ニ 説明の記録を正確に残す。説明者以外に記録係を決めて、正確な記録を残す。

#### 5 警察への届出

警察への届出は、医師法第21条の規定に従い、所轄警察署に届出を行う。なお、届出に当たっては、事前に患者、家族等に説明を行うものとする。

#### 6 事故の再発防止

医療事故発生後、できるだけ早い段階で、委員会等において、事故再発防止について検討し、再発防止策を策定し、職員全員に徹底する。

## **第6 その他**

### **1 職員の責務**

職員は、業務の遂行に当たっては、常日頃から患者への医療、看護等の実施、医療機器の取扱いなどに当たって医療事故の発生を防止するよう細心の注意を払わなければならない。

- (1) リスク発生要因を予測して対応し、インシデントの発生防止に努める。
- (2) 関与したインシデントは、速やかにインシデントレポートで報告する。
- (3) 院内で開催される医療安全に関する研修会に参加する。

### **2 本指針の見直し、改正**

- (1) 委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討する。  
また検討の有無を議事録に残す。
- (2) 本指針の改正は、委員会の決定により行う。

### **3 本指針の閲覧**

本指針の内容を含め、職員は患者との情報の共有に努めるとともに、患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとするとともに、ホームページ等で公開する。

### **4 患者からの相談への対応**

病状や治療方針などに関する患者からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師等へ内容を報告する。

### **5 奈良県障害者総合支援センターへの準用**

奈良県障害者総合支援センターにおける事故（福祉サービスの全過程において発生する全ての人身事故で身体的被害及び精神的被害が生じたもの）についても、医療事故に準ずるものとし、本指針を適用する。

## 2. 規程・要綱

### 1) 奈良県総合リハビリテーションセンター医療安全管理委員会規程

平成 26 年 4 月 1 日

改正 令和 4 年 5 月 25 日

(趣旨)

第 1 条 この規程は、奈良県総合リハビリテーションセンター（以下「センター」という。）医療安全管理指針第 3 の規定に基づき、医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）に関し必要な事項を定める。

(目的)

第 2 条 委員会は、センターにおける医療事故の発生を未然に防ぎ、医療安全に関するセンター内全体の諸問題を討議し、患者が安心して安全な医療を受ける環境を創るため、安全管理体制の確保及び推進を図ることを目的とする。

(委員会の任務)

第 3 条 委員会の任務は、次のとおりとする。

- (1) 医療安全対策の検討及び推進に関すること。
- (2) 医療安全管理に関する調査及び情報交換に関すること。
- (3) 医療事故等の原因分析、評価及び再発防止対策の検討に関すること。
- (4) 医療事故防止のための職員に対する指示に関すること。
- (5) 医療事故防止のために行う提言に関すること
- (6) その他医療安全管理に関すること。

(委員会の組織)

第 4 条 委員会は、委員長、副委員長及び委員をもって組織する。

2 委員長に医療安全推進室長、副委員長に医療安全推進室副室長をもって充てる。

3 委員は、院長、院長補佐、副院長、副院長兼看護部長、事務部長、整形外科部長、総務課長、医事課長、療法士長、副療法士長、医療安全専従看護師、看護師長、放射線科副技師長、検査科副技師長、薬剤科係長、施設部長、その他委員会が必要と認める者とする。

4 委員長は、委員会を代表し、会議の議長となり、会務を処理する。

5 委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代理する。

(委員会の開催)

第 5 条 委員会は、原則として、毎月 1 回開催するほか、必要に応じて委員長が招集する。

(関係者の出席等)

第 6 条 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に対し、委員会に出席を求めることができる。

(セーフティマネージャー)

第 7 条 委員会は、その総括の下に、インシデント事例等の報告内容の把握、検討を行い、医療

事故の防止に資するため、セーフティマネージャーを置く。

- 2 セーフティマネージャーは、基本として各所属にそれぞれ1名置くとし、当該所属長の推薦により院長が指名する。
- 3 セーフティマネージャーの任務は、次の各号に掲げるとおりとする。
  - (1) 各所属における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言
  - (2) 各所属におけるインシデント事例等の内容の分析
  - (3) 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の所属職員への周知徹底、その他委員会及び部会との連携調整
  - (4) 職員に対するインシデント事例等の積極的な提出の励行
  - (5) その他医療安全対策に関する必要事項

(事務局)

第8条 委員会の事務局は、医療安全推進室において行う。

- 2 委員会の議事録は、医療安全推進室が作成し保管する。

附 則

この規程は、平成26年4月1日から施行とする。

この規程は、令和4年5月25日から施行とする。

## 2) セーフティマネージャー会議設置要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、奈良県総合リハビリテーションセンター（以下「センター」という。）医療安全管理委員会規定第7条に規定するセーフティマネージャー会議に関する必要な事項を定める。

(目的)

第2条 インシデント事例等の報告内容の把握、検討を行い、センターにおける医療安全対策を推進し、医療安全文化が醸成するように活動することを目的とする。

(会議の任務)

第3条 会議の任務は、次のとおりとする。

- (1) 各所属における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言
- (2) 各所属におけるインシデント事例等の内容の分析
- (3) 医療安全管理委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の所属職員への周知徹底、その他委員会及び部会との連携調整
- (4) 職員に対するインシデント事例等の積極的な提出の励行
- (5) 医療安全研修への積極的な参加呼びかけ

(6) その他医療安全対策に関する必要事項

(組織)

第4条 会議は、各所属のセーフティマネージャーで構成する。

2 議長は医療安全推進室専従看護師をもって充てる。

(会議・運営)

第5条 会議は、原則として、毎月1回開催する。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関して必要な事項は、院長が別に定める。

附 則

この規程は、平成28年4月1日から施行する。

この規程は、令和4年9月30日から施行する。

### 3. インシデントレポート

#### 1) 報告すべき範囲

対象	対象外
<p>① 患者に傷害が発生した事態 (ただし、右欄に掲げる事項を除く。)</p> <p>②患者に傷害が発生する可能性があった事態</p> <p>③患者や家族からの苦情 (医療行為に関わるもの)</p> <p>※ 上記①・②に含まれるもの</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・与薬、調剤</li><li>・注射、処置、検査</li><li>・輸血</li><li>・機械類操作</li><li>・医療用具(医療材料や医療機器)の不具合</li><li>・チューブ類のはずれ</li><li>・転倒・転落</li><li>・誤嚥・誤飲</li><li>・食事(経管栄養を含む)</li><li>・熱傷・凍傷</li></ul>	<p>① 院内感染</p> <p>② 食中毒</p> <p>③ 職員の針刺し</p> <p>④ 暴行傷害(事件), 窃盗盗難(事件)</p> <p>⑤ 患者や家族からの医療行為に関わらない苦情</p> <p>※ 上記については、</p> <p>①～③は感染リンク</p> <p>④⑤は医療課に報告する。</p>

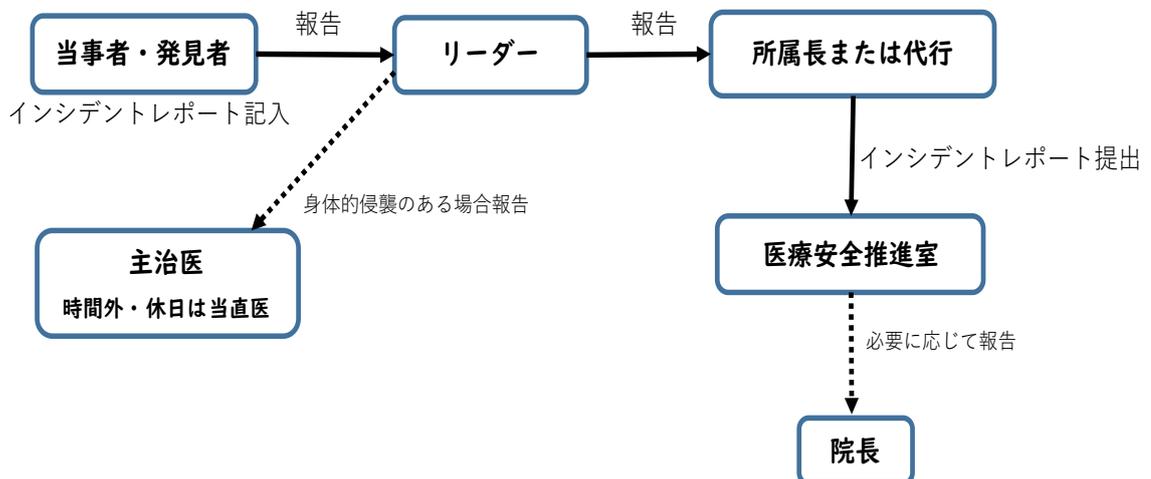
<ul style="list-style-type: none"> <li>・抑制に関すること</li> <li>・自殺・自傷行為</li> <li>・皮膚の損傷（受傷・打撲・床ずれなど）</li> <li>・無断離院</li> <li>・暴力、暴言</li> <li>・患者の針刺し</li> <li>・予期しない合併症</li> <li>・発見，対処（処置）の遅れ</li> <li>・自己管理薬の服薬ミス</li> <li>・書類管理</li> <li>・診療情報管理</li> </ul>	等
---	---

## 2) インシデントレポートの内容別種類

- ①治療・処置・リハビリ関係
- ②処方・与薬関係
- ③調剤・製剤管理関係
- ④輸血
- ⑤医療機器等の使用・管理
- ⑥ドレーン・チューブ・ラインの管理
- ⑦検査
- ⑧療養上の世話（褥瘡、食事、配膳、誤飲・誤嚥、患者確認、外出・泊、患者周辺物品管理など）
- ⑨給食・栄養（異物混入など）
- ⑩管理関係（物品、情報管理など）
- ⑪その他（患者家族への説明、院内感染など）

## 3) インシデントレポートの流れ

インシデントレポートの流れ



#### 4) 院内インシデント報告制度

##### (1) 目的

- ①発生したインシデントから医療事故に繋がる可能性のある問題点を把握し、対策を講じて再発を防止および医療事故発生を防止する。
- ②発生した事象の背景に潜む要因を探求し、組織全体の課題を把握し、改善に努める。
- ③発生した医療事故に対し、組織で対応するために報告を求める。

(2) 報告の基準：患者に行われる医療の過程で、患者に実施する前に発見・訂正されたもの、想定を超えた治療を必要としたものを含め、本来のあるべき姿から外れた状況を報告対象とする。

(3) 報告の方法：インシデント発生の当事者、または関与者は速やかに上司に報告すると共に、インシデントレポートを記載する。報告者は、報告書記載を通じてインシデントの背景要因を明確にすると共に改善策の提案を行う。

(4) 報告対象者：病院に勤務する全職員が報告を行う。

##### (5) レベル評価

表1医療事故等(転倒・転落を除く)分類

レベル	傷害の継続性	傷害の程度	傷害の内容と基準
0			エラー・不具合に気づき、患者には実施されなかった
1	なし		エラー・不具合に気づかず実施したが、患者への実害はなかった
2	一過性	軽度	行った医療または管理により、患者に影響を与えたが、処置や治療を要しなかった
3 a	一過性	中等度	行った医療または管理により、本来必要でなかった簡単な処置や治療(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの)を要した
3 b	一過性	高度	行った医療または管理により、本来必要でなかった濃厚な処置や治療を要した
4	永続的	軽度 ～ 高度	行った医療または管理により、永続的障害が残った 〔 障害が軽度から中等度の場合は4 a 障害が中等度から高度の場合は4 b 〕
5	死亡		行った医療または管理により、死亡

(注) レベル0及び1は、ヒヤリ・ハット事例

表2 医療事故等（転倒・転落）分類

レベル	傷害の程度	傷害の内容と基準
A	なし	患者に損傷はなかった
B	軽度	包帯、冷湿布、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
C	中軽度	皮膚接合テープ・皮膚接着剤、縫合、副子が必要となった、または筋肉・関節の傷害を招いた
D	重度	骨折をきたして、ギプス、牽引、手術が必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため治療が必要となった
E	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
F	不明	記録からは判定不可能

#### (6) その他

インシデントレポートは、医療事故を防止するためのシステム等の改善に使用し、人事評価や処分の判断材料としては用いない。また、発生したインシデントが医療紛争に発展しそう、した場合、報告が行われていると病院としての対応が早く行える。

## 5) インシデントレポート

### (1) インシデント発生時の報告

- ①インシデントの当事者・関与者・発見者は、報告手順により報告する。
- ②複数の職種や関与者が関わっている場合は、個々の立場で各々報告する。

### (2) インシデントレポートの意義

- ①チームで事故の情報を共有し、類似事例や事故の再発予防が行える。
- ②事故の詳細を振り返り、スタッフによる危機要因の発見と事故防止策の提案が行える。
- ③チーム・組織における情報共有と、組織全体へ情報提示が行える。
- ④管理責任者は、組織内で起き得る危険性が把握でき、組織的な事故防止に向けた対策の立案・実施の取り組みが行える。
- ⑤より良い医療の質の向上に繋げる。

### (3) インシデントレポートの記載

- ①事実を客観的に書く。  
インシデントの詳細は、客観的な言葉を使用し、事実を正確に記述する。
- ②必要な情報を明確に書く。  
インシデントが、いつ、どこで、何が、どのような状況で、なぜ発生したのかが分かるように記載する。  
内容に個人名は記載しない。

- ③根拠のない主観的な意見や、噂、憶測、感想、非難などの感情は記載しない。
- ④改善策も記載する。

#### (4) インシデント報告

##### ①院内の報告

全事例対象で、インシデント発生時は、報告書を記載し、医療安全推進室に報告する。報告書は、無記名で記載する。

##### ②院外への報告

院外への医療事故報告書:患者影響レベル4以上の重大事例対象

#### (5) ポジティブインシデント報告

- ①それがあったから重大事故を未然に防ぐ事ができたという視点から原因を究明する。
- ②レベル0で未然に防げたものも含まれる。

#### (6) 記録の適切な保管

- ①インシデント報告書は診療記録と一緒に保管しない。
- ②各部署でインシデント発生・対策を周知後は、特別な事例を除いて長期的に保管はしない。
- ③インシデント内容が記載された書類は、保管及び廃棄時の取り扱いに注意する。

## 6) 診療経過記録等への記載について

### (1) 診療経過記録

- ①診療経過記録等の記載内容は医療従事者の判断や医療行為を証明できる唯一の証拠書類となる。
  - ・事故発生時は記録方式を「経時記録」に変更する。
- ②時間軸に沿って、患者の状態や検査所見、処置、ケアなどを記載する。
- ③検査実施時間、結果が出た時間、結果確認時間などタイムラグも記載する。
  - ・単純な事実（客観的事実）と、医学的評価を含む事実（アセスメント）を意識して正確に記載する。
  - ・インシデント発生後に実施された治療・処置、ケア及び患者の反応について記載する。
  - ・分かる範囲で正確な記録を心がけ、事実が明らかではない場合にはあえて記載しない。
  - ・事実を評価する際は、複数の選択肢の中から、治療・検査の選択理由、判断根拠を明確に記載する。また有力な選択肢を選択しなかった理由も記載する。
  - ・有害事象と因果関係がありそうな他の原因がある場合はそれを記載する。
  - ・医療機器の内蔵時計の設定時間や医療者間で時間に違いが生じないように注意する。
  - ・過去の記載を補足修正する場合は、新しく正しい情報を24時間以内に記載する。（追記は原則として行わない。）

(2) インフォームド・コンセントの記載

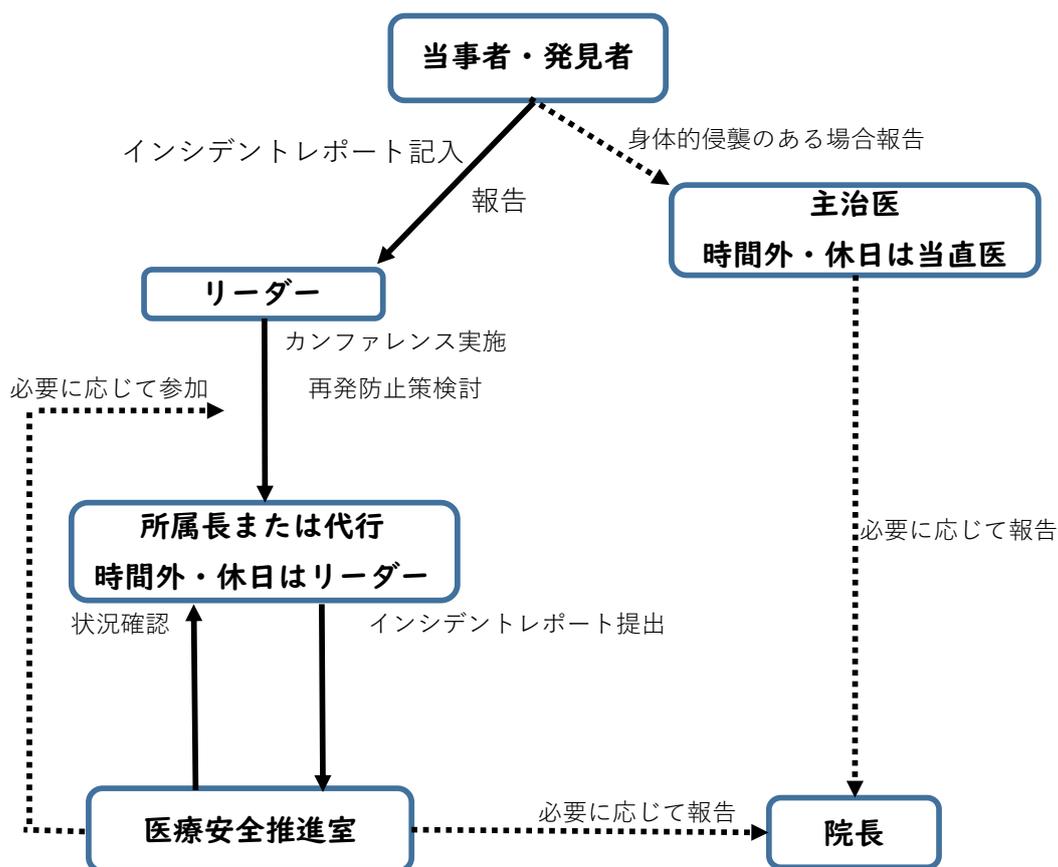
- ・経過記録への記載（いつ、誰が、誰に、説明内容、Q&A、患者・家族の理解度、反応等）
- ・同意書・説明文書の保管

(3) 記載上の留意点

- ・他の医療従事者の非難や、患者・家族について偏見に満ちた表現、感情的表現はしない。
- ・事故後に報告した医師名、時刻、その後の対応、患者の状態、患者や家族への医師の説明内容及びその理解度、反応などを客観的に記載する。
- ・説明に同席した家族や医療者を記載する。
- ・カルテ記載時は、専門用語、略語や外国語の使用は控える。
- ・事故発生時に家族に連絡が取れなかった場合も記録に残しておく。

## 7) 報告ルート

インシデントレポート報告の流れ



8) 報告用紙

(1) インシデント・アクシデント報告

インシデント・アクシデント報告書

報告日: 年 月 日 医療安全推進室受理: 年 月 日

概要(一行で簡潔に記載)							
報告者部署		職種		経験年数		所属年数	
患者名		ID		性別		年齢	
病名		診療科		担当医		所属責任者	
入院日	年 月 日	入院後	日	手術後	日	検査後	日
発生場所	発生日時	年 月 日 ( )	時 分				
	発見日時	年 月 日 ( )	時 分				

【患者に関する事項】

意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 混濁 ( JCS: ) <input type="checkbox"/> 認知症 (長谷川式 点 )
	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 ( <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 遂行機能 <input type="checkbox"/> 社会的行動 ) 障害
	<input type="checkbox"/> せん妄状態 <input type="checkbox"/> 問題なし
身体的障害	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害
	<input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 骨・関節異常(拘縮) <input type="checkbox"/> 欠損・変形・荷重制限 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺
	<input type="checkbox"/> 下肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 ) <input type="checkbox"/> 上肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 )
活動領域	<input type="checkbox"/> 床上安静 <input type="checkbox"/> 移動見守り <input type="checkbox"/> 移動時要介助 <input type="checkbox"/> 歩行時要介助
	<input type="checkbox"/> 車椅子移動介助 <input type="checkbox"/> 車椅子移動許可 <input type="checkbox"/> 歩行許可
発見者	<input type="checkbox"/> 当事者本人 <input type="checkbox"/> 同職種者 <input type="checkbox"/> 他職種者 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 同室者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他
影響度	<input type="checkbox"/> 0(エラー・不具合に気付き、患者には実施しなかった) <input type="checkbox"/> 1(エラー・不具合に気付かず実施したが患者への実害はなし)
	<input type="checkbox"/> 2 (行った医療または管理により、患者に影響を与えたと処置や治療は要しなかった)
	<input type="checkbox"/> 3a ( " 本来必要でなかった簡単な処置や治療を要した)
	<input type="checkbox"/> 3b ( " 本来必要でなかった濃厚な処置や治療を要した)
	<input type="checkbox"/> 4a ( " 軽度から中等度の永続的障害が残った)
	<input type="checkbox"/> 4b ( " 中等度から高度の永続的障害が残った) <input type="checkbox"/> 5 (死亡)

【発生状況と内容】

指示・情報伝達関係	<input type="checkbox"/> オーダー・指示 <input type="checkbox"/> 情報伝達過程
	<input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 間違い <input type="checkbox"/> その他 ( )
治療・処置・リハビリ 関係	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> リハビリ
	<input type="checkbox"/> 取り違え <input type="checkbox"/> 方法の誤り <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 日程時間の誤り <input type="checkbox"/> 順番の誤り
	<input type="checkbox"/> 不必要行為の実施 <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 患者体位の誤り <input type="checkbox"/> その他 ( )
処方・与薬関係	<input type="checkbox"/> 与薬準備 <input type="checkbox"/> 処方・与薬
	<input type="checkbox"/> 処方量間違い <input type="checkbox"/> 与薬量間違い <input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 重複与薬 <input type="checkbox"/> 速度間違い
	<input type="checkbox"/> 無投薬 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の組み合わせ <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤間違い <input type="checkbox"/> 単位間違い
	<input type="checkbox"/> 与薬方法間違い <input type="checkbox"/> その他 ( )
調剤・製剤管理関係	<input type="checkbox"/> 処方箋監査間違い <input type="checkbox"/> 調剤・製剤間違い <input type="checkbox"/> 薬剤・血液の交付間違い <input type="checkbox"/> 薬剤紛失
	<input type="checkbox"/> 薬剤・血液製剤管理 <input type="checkbox"/> 薬袋の記載間違い <input type="checkbox"/> 薬袋入れ間違い <input type="checkbox"/> その他 ( )
輸血	<input type="checkbox"/> 製剤取り違え <input type="checkbox"/> 患者取り違え <input type="checkbox"/> 輸血速度間違い <input type="checkbox"/> その他 ( 発注忘れ )
医療機器等の使用・管理	<input type="checkbox"/> 機器の誤操作 <input type="checkbox"/> 機器の不適切使用 <input type="checkbox"/> 機器の誤作動 <input type="checkbox"/> 機器の故障・破損
	<input type="checkbox"/> 機器の修理ミス <input type="checkbox"/> 機器の点検管理ミス <input type="checkbox"/> その他 ( )
ドレーン・チューブ・ラインの管理	<input type="checkbox"/> 点滴漏れ <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 自然抜去 <input type="checkbox"/> 接続外れ <input type="checkbox"/> 未接続 <input type="checkbox"/> 閉塞
	<input type="checkbox"/> 接続間違い <input type="checkbox"/> 三方活栓操作間違い <input type="checkbox"/> クランプエラー <input type="checkbox"/> 空気混入 <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査	<input type="checkbox"/> 検体検査 <input type="checkbox"/> 生理機能検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 放射線検査 <input type="checkbox"/> 検査技術・判定の間違い
	<input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 試薬管理 <input type="checkbox"/> 検体取り違え <input type="checkbox"/> 検体紛失 <input type="checkbox"/> 検体破損
	<input type="checkbox"/> 検体コンタミ <input type="checkbox"/> 機械操作間違い <input type="checkbox"/> その他 ( )
療養上の場面	<input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他の療養上の場面
	<input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 無断外出・外泊 <input type="checkbox"/> その他 ( )
給食・栄養	<input type="checkbox"/> 内容間違い <input type="checkbox"/> 延食の忘れ <input type="checkbox"/> 中止の忘れ <input type="checkbox"/> 調理不十分 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> その他 ( )
管理関係	<input type="checkbox"/> 物品搬送 <input type="checkbox"/> 放射線管理 <input type="checkbox"/> 診療情報管理
その他	<input type="checkbox"/> 予想外の副作用 <input type="checkbox"/> 院内感染 <input type="checkbox"/> 危険な廃棄物による事故 <input type="checkbox"/> 患者・家族への説明
	<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> その他 ( )

発生時の状況報告	
患者・家族への説明と対応及びその反応	

当事者の個人的要因	<input type="checkbox"/> 確認不十分 <input type="checkbox"/> 観察不十分 <input type="checkbox"/> 判断の誤り   知識 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 誤り   技術 ( <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 誤り )	
	報告・記録	<input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 間違い <input type="checkbox"/> 不適切
	身体的状況	<input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 薬剤使用中 <input type="checkbox"/> 疲労
	心理的状況	<input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> イライラしていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 気をとられていた <input type="checkbox"/> 思い込み <input type="checkbox"/> 無意識 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 該当せず
環境要因	システムの不備	<input type="checkbox"/> 連絡・報告 <input type="checkbox"/> 指示・伝達 <input type="checkbox"/> コンピューター <input type="checkbox"/> 作業マニュアル
	教育・訓練	<input type="checkbox"/> 教育・訓練不十分 <input type="checkbox"/> マニュアルの不備 <input type="checkbox"/> カリキュラムの不備
	連携・コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 医師と看護師間 <input type="checkbox"/> 医師と技術職間 <input type="checkbox"/> 医師と事務間 <input type="checkbox"/> 医師間 <input type="checkbox"/> 看護師間 <input type="checkbox"/> 看護師と技術職間 <input type="checkbox"/> 事務間 <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	患者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 説明不十分 <input type="checkbox"/> 説明に誤り <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解不十分
	記録	<input type="checkbox"/> 字が汚い <input type="checkbox"/> 小さく読みにくい <input type="checkbox"/> 形式の不統一 <input type="checkbox"/> 記入漏れ <input type="checkbox"/> その他
	作業状況	<input type="checkbox"/> 作業の割り込み <input type="checkbox"/> 平行作業 <input type="checkbox"/> 追われ作業 <input type="checkbox"/> 複雑作業 <input type="checkbox"/> その他
	患者の類似	<input type="checkbox"/> 外見 <input type="checkbox"/> 容姿 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 姓名
機械・施設に関する要因	環境	<input type="checkbox"/> 災害時 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> システムダウン <input type="checkbox"/> 照明暗い <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	薬剤等	<input type="checkbox"/> 容器類似 <input type="checkbox"/> 薬剤の色形態の類似 <input type="checkbox"/> 薬剤名の類似 <input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 管理 <input type="checkbox"/> 複数の規格 <input type="checkbox"/> 薬剤の性質 <input type="checkbox"/> 薬効の類似 <input type="checkbox"/> 薬剤の略号 <input type="checkbox"/> その他
	医療機器の問題	<input type="checkbox"/> 欠陥品・不良品 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 複数の規格 <input type="checkbox"/> 扱いにくい <input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 数量不足 <input type="checkbox"/> 機械の誤作動 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 薬剤の略号 <input type="checkbox"/> その他
	諸物品の問題	<input type="checkbox"/> 欠陥品・不良品 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 複数の規格 <input type="checkbox"/> 扱いにくい <input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 数量不足 <input type="checkbox"/> 機械の誤作動 <input type="checkbox"/> その他
その他	施設・設備の問題	<input type="checkbox"/> 保守・管理不十分 <input type="checkbox"/> 施設・構造物の問題 <input type="checkbox"/> その他設備等の問題 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 該当せず
	その他	
該当者の勤務状況	勤務交代	<input type="checkbox"/> 三交替 <input type="checkbox"/> 二交替 <input type="checkbox"/> 常日勤 <input type="checkbox"/> 変則勤務 <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	当日の勤務	<input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 準夜 <input type="checkbox"/> 深夜 <input type="checkbox"/> 当直 <input type="checkbox"/> 早出 <input type="checkbox"/> 遅出 <input type="checkbox"/> その他
	直前1週間の夜勤回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回以上 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	直前1週間の労働時間	<input type="checkbox"/> 48時間 <input type="checkbox"/> 49～79時間 <input type="checkbox"/> 79時間以上 <input type="checkbox"/> なし
再発防止策		
所属責任者の記入欄	所属責任者署名 ( )	

インシデント・アクシデント発生時



2017/7月改訂

(2) 転倒転落の事故およびハットヒヤリ報告

転倒・転落の事故およびハットヒヤリ報告書

報告日: 年 月 日 医療安全推進室受理: 年 月 日

報告者部署		職種		経験年数		所属年数	
患者名		ID		性別		年齢	
病名		診療科		担当医		所属責任者	
入院日	年 月 日	入院後	日	手術後	日	検査後	日
<input type="checkbox"/> 初めて転倒・転落した <input type="checkbox"/> 入院前に転倒したことがある <input type="checkbox"/> 入院後に転倒したことがある							
<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみなどの症状がある <input type="checkbox"/> 意識消失したことがある（失神・痙攣の既往がある）							
発生場所	発生日時		年 月 日	( )	時	分	
	発見日時		年 月 日	( )	時	分	

【転倒・転落時の外傷】

分類レベル	A:損傷なし B:擦過傷等 C:処置・筋肉関節の挫傷 D:骨折等神経・身体内部の損傷 E:死亡 F:判定不可					
程度	外傷:部位		程度	→		
(軽度):打撲・擦り傷・内出血 (中等度):縫合・捻挫 (重度):骨折・頭蓋内出血・意識障害						

【内因的ハイスリスク要因(患者側要因)】

意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 混濁 ( JCS: ) <input type="checkbox"/> 認知症 (長谷川式 点 )					
	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 ( <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 遂行機能 <input type="checkbox"/> 社会的行動 )障害					
感覚	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害					
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> しびれ感 <input type="checkbox"/> 骨・関節異常(拘縮) <input type="checkbox"/> 欠損・変形・荷重制限 <input type="checkbox"/> 下肢筋力低下 <input type="checkbox"/> 障害の部位や状態 →					
活動領域	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきりであるが、手足は動かせる <input type="checkbox"/> キプス・装具装着中 <input type="checkbox"/> 持続点滴中 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ類 <input type="checkbox"/> その他のチューブ類					
薬物使用	<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 鎮痛剤・解熱剤 <input type="checkbox"/> 睡眠・精神安定剤 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 抗パーキンソン病薬					
	<input type="checkbox"/> 洗腸・緩下剤 <input type="checkbox"/> 抗けいれん剤 <input type="checkbox"/> インスリン・血糖降下剤 <input type="checkbox"/> その他ハイスリスク薬 ( ) 患者の行動に影響が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					
排泄	排泄場所	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> トイレ				
	排泄状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便・尿失禁 <input type="checkbox"/> 膀胱内留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ造設				
	介助の有無	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
病状段階	<input type="checkbox"/> リハビリテーション訓練中 <input type="checkbox"/> 退院前 ( 日前) <input type="checkbox"/> 悪化					
患者の特徴	<input type="checkbox"/> ナースコールを押さずに行動する <input type="checkbox"/> ナースコールを認識できない・使えない <input type="checkbox"/> 目立った行動や様子がみられる <input type="checkbox"/> 環境の変化(入院・転入)に慣れてない <input type="checkbox"/> 特記すべき特徴(頑固・何事も自分でやろうとする・人の話に耳をかさない)					

【外因的ハイスリスク因子(環境因子)】

<input type="checkbox"/> 床が濡れていた <input type="checkbox"/> コードにひっかかる <input type="checkbox"/> 段差 <input type="checkbox"/> 点滴スタンド使用中 <input type="checkbox"/> 靴下着用 <input type="checkbox"/> スリッパ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレの位置 <input type="checkbox"/> 暗い <input type="checkbox"/> ストッパーがかかっていた(ベッド・床頭台・オーバーベッドテーブル・車椅子・ストレッチャー) <input type="checkbox"/> その他→	
ベッド柵	<input type="checkbox"/> 使用せず <input type="checkbox"/> L字柵使用 <input type="checkbox"/> はめ込み式ベッド柵使用      →      本 <input type="checkbox"/> 使用していたが外していた <input type="checkbox"/> 固定していた      →      方法 ( )
安全ベルト	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している
離床センサー	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していたがOFFになっていた <input type="checkbox"/> 使用せず <input type="checkbox"/> 使用していても防げなかった <input type="checkbox"/> 使用していたら防げた
現場に介護者がいたか	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> 同室者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 誰もいなかった 状況→

**【事故のきっかけになる患者の行動】**

<input type="checkbox"/> ホール/トイレへ移る	<input type="checkbox"/> トイレ使用中(部屋・車椅子)	<input type="checkbox"/> ベッドへ移る	<input type="checkbox"/> ベッドからから移る	<input type="checkbox"/> ベッドから車椅子へ移る
<input type="checkbox"/> 車椅子へ移る	<input type="checkbox"/> 車椅子から移る	<input type="checkbox"/> 物( )をどろうとして	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> 車椅子上
<input type="checkbox"/> カーテンを(開ける・閉める・つかむ)	<input type="checkbox"/> 歩行中(トイレに行く途中・その他)	<input type="checkbox"/> 靴の着脱	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱	
<input type="checkbox"/> 歩こうとして	<input type="checkbox"/> 立とうとして	<input type="checkbox"/> 体勢を整えようとして	<input type="checkbox"/> 柵乗り越え	
<input type="checkbox"/> 車椅子からプラットホームへ移る	<input type="checkbox"/> プラットホームから車椅子へ移る			
<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> その他			

**【患者への事故前の対策】**

アセスメントスコアシート	<input type="checkbox"/> 使用	→ 最近の評価日	月	日	危険度( )	<input type="checkbox"/> 未使用
<input type="checkbox"/> 危険を予測していた <input type="checkbox"/> 危険を予測していなかった						
どのような危険を予測されたか				患者にどのような対策をとっていたか		
対策の妥当性 <input type="checkbox"/> 妥当 <input type="checkbox"/> 妥当でなかった						

**【事故の経緯(どのようにして事故がおこったのか)】** \*カルテ記載のコピー可

	図
--	---

**【対応後の患者の状況】**

家族へ連絡	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	→ 日時( 月 日 時 分頃)	誰に( )
患者家族への説明内容	誰が→		誰に→	
	内容→			
患者家族の反応				
その後の対応	CT撮影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	X線撮影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	創傷処置等 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経過観察 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

**【事故後の対策】** \*事故を起こさないためにはどうしたらよいか(管理・環境・看護上からの対策)

報告者記入
管理者記入
所属長または主任

印  
2017/7月改訂

(3) ポジティブインシデントレポート

ポジティブインシデントレポート 【レベル0報告書】

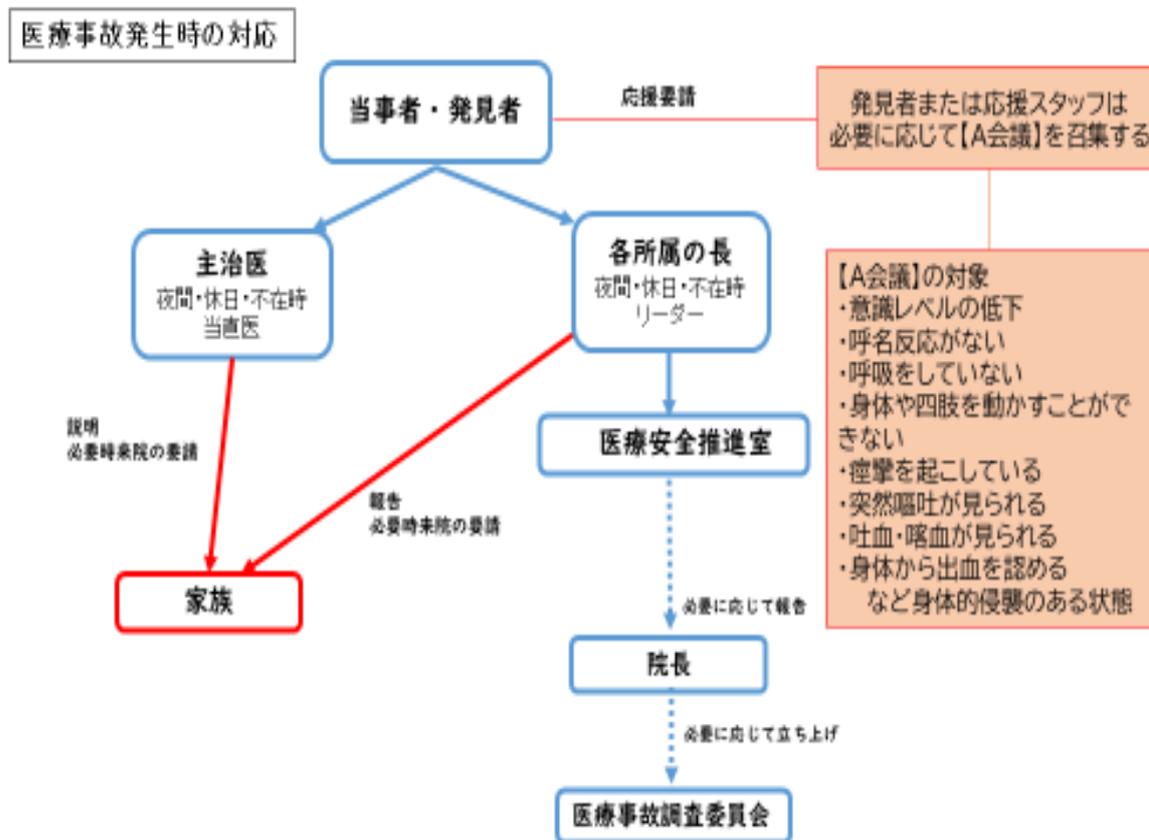


～日々の気づきを大切に～

報告部署	
患者氏名	
発生・発見場所	
発生・発見日時	月 日( ) :
発生・発見時の状況	
改善案	
ご報告ありがとうございました	

## 4. 緊急・重大事態発生時の対応手順

### 1) 緊急時の連絡体制



### 緊急時の連絡方法(平日)

1. 院内電話9番に、「〇〇でA会議です」連絡
2. 受けた電話交換手が、2回院内放送  
「A会議、A会議、〇〇でA会議です。」
3. 放送を聞いた職員は〇〇へ急行し対応  
\*リハビリ中:緊急笛を鳴らす。  
職員が来るまで続ける。

奈良県総合リハビリテーションセンター 医療安全推進室 2022.9.30



### 緊急時の連絡方法 (時間外・休日)

1. 病棟:大きな声でスタッフを呼ぶ。  
リハビリ中:緊急笛を鳴らす。  
→職員が来るまで続ける。
2. 当直医 (PHS:637)に連絡

奈良県総合リハビリテーションセンター 医療安全推進室 2022.9.30



\* 緊急対応時の報告のポイント

# I-SBAR-C

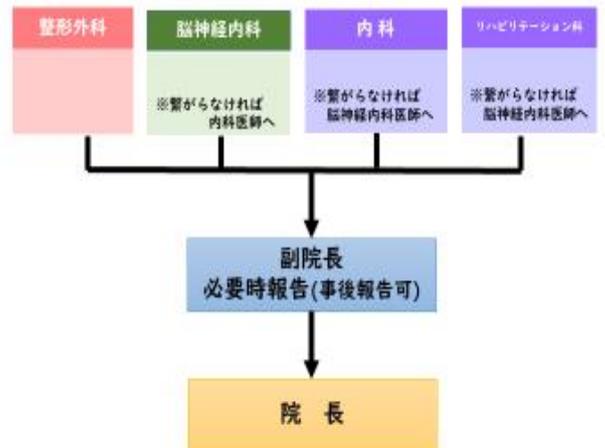
～最低限必要な情報を、確実に相手に伝える～

<b>I</b> Identify: 自分	・「自分の所属と氏名, 患者の氏名」 〇〇の△です. 患者Aさんの件ですが…
<b>S</b> Situation: 患者状態	・「今、(患者に)何が起きているか?!」 緊急性のあることを、簡潔に
<b>B</b> Background: 背景	・「状況を理解する上で必要な情報は？」 バイタルサインや既往、身体所見、意識状態など
<b>A</b> Assessment: 評価	・「自分は何が問題と考えるか」 ～の可能性があるかと思えます
<b>R</b> Request: 要請	・「どうして欲しいか、どうしたら良いか」 指示が欲しい、診察して欲しいなど
<b>C</b> Confirm: 確認	・「最後に受けた指示内容を復唱して確認」 ～して経過をみれば良いのですね?

奈良県総合リハビリテーションセンター 医療安全推進室 2016.10.12

\* 主治医不在時の連絡ルート

★主治医に連絡がつかない、又は来院できない場合★



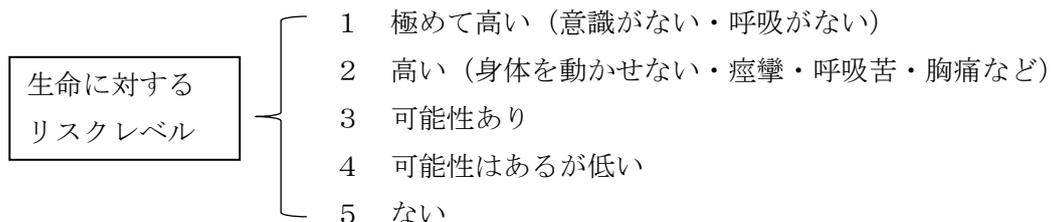
※医師の判断により、看護師に救急車同乗を依頼することがある。原則、所属部署の看護師が同乗する。

## 2) 緊急・重大事態発生時の当事者および関係者の対応

【大原則】いかなる事故であっても、患者の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する

### (1) 状況の把握と対処

事故の第1発見者は、第1に患者の状況を把握し、リスクレベルを判断する。患者のバイタルサインなどからその緊急性を判断し、それに応じ何を優先させるか、速やかに判断し行動する。対応の遅れは、患者の生命や予後に大きな影響を及ぼす。



### (2) 患者の安全確保と救急処置

- ①第1発見者は、声を上げて他の医療スタッフに知らせる。
- ②医師(当直・担当医師)への連絡、および緊急応援要請の連絡を行い、人員を確保する。
- ③患者に対する最善の処置を行う。
- ④患者に処置を行う場合は、患者に処置の必要性を説明し、できれば複数人で対応する。
- ⑤部署の管理者に速やかに報告する。
- ⑥発見者・関与者は情報を収集・整理し、可能な限り事実関係を明らかにしておく。
- ⑦状況により医療安全推進室に報告する。



- ・ゴミは最終的な調査が終了するまで捨てずに置いておく。
- ・縊頸の場合は、結び目をほどかずに首に巻き付いているものを切り取るようにする。
- ・保管が不可能なものは、画像や写真などを撮って保存を考慮する。
- ・患者の状況が異常の場合は、可能な範囲で現場保存を考慮する。
- ・警察が介入するような事例では、証拠物件として提出する必要がある。破棄すると証拠隠滅と見なされる可能性が高いので注意する。

#### ②データを確保する。

- ・心電図モニターなどから、事故発生時の記録を呼び出して描記しておく。
- ・時計機能を有している医療機器は、機器個々の時間のズレに注意し、基準時計(各部署に設置されている有線で管理している壁掛け時計)との差を把握しておく。

#### ③患者関連の記録類(X線フィルム、検査結果などすべて)を一括してまとめ、散逸しないように努める。

### 4) 医療事故の記録

【大原則】重大医療事故発生時には、記録方式を経時記録に変える。

『医療に起因する予期せぬ死亡又は死産が発生した際の対応』日本看護協会 参考)

- ・複数の職員が関わっている場合は、正確な時間を確認して記録する。
- ・処置が一段落後に事故関与者、発生時の職員が集まり、事実経過を詳細にしておく。

### 5) 患者・家族への対応

(1) 事故発生後、可能な限り早い時期に家族に状況を説明する。

- ・発生した事実を伝え、救命処置を行うことを説明する。
- ・患者の連絡者に連絡がつかない場合は、連絡した時間、連絡先、状況を記録しておく。
- ・その後も連絡をとり続け、とり続けた状況も記録しておく。
- ・連絡は、家族の気持ちを考慮しつつ、発生した事実を伝え、至急来院していただきたいことを主眼にして伝える。

(2) 患者・家族への説明者を決定し、以後の説明は、同一の説明者が行う。

(3) 患者・家族への説明は、事実関係に基づき、誠意を持って行う。

(4) 説明は、複数の医療従事者のもとで行い、看護管理者も必ず同席する。

(5) 説明内容はカルテに記載する。いつ、誰が、誰に、どのように説明したか、家族の反応も記載する。

(6) 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ので、この時点では事故当事者は同席しない。

### 6) 当事者職員への配慮

- ・できるだけ現場から離し、誰かを付き添わせ、独りにしない。
- ・状況に応じて職員の家族にも連絡を行い一緒にサポートする。

## 7) 組織管理者への報告

患者の生死や、健康に重大な影響を及ぼす可能性のある重大事故については、ただちに手順に従って報告する。

## 5. 救急カートの整備・管理基準

### 1) 目的

- 1) 院内で患者急変時に、適切な救急処置を実施するために、カート内の統一を行う。
- 2) 迅速かつ安全に使用できる救急カートの整備・管理の基準を示す。

### 2) 救急カートの薬品・物品の統一

- (1) 院内で統一されている薬品・物品を削減してはいけない。
- (2) 救急カート内の薬品配置も統一されているため、変更してはいけない。

一段目：薬品（共通した薬品）\*劇薬に関しては赤枠で囲み、白地に赤文字で明示



ネオフィリン注 250mg 10ml [1]	ニトロベン舌下錠 0.3mg [3]	硫酸アトロピン注 0.5mg [2]	メイロン静注7% 20ml [1]	ブドウ糖液50% 20ml [3]
フェノバル注 100mg 1ml [2]	ペラバミル注 5mg 2ml [5]	アドレナリンシリンジ注 1mg 1ml [5]	セルシン注10mg 2ml [2]	フェエバル注 100mg 1ml [2]
ペラバミル注 5mg 2ml [5]	アドレナリン シリンジ注1mg 1ml [5]	蒸留水 20ml [3]	ヒドロコルチゾン リン酸エステルNa 100mg 2ml [5]	ドバミン塩酸塩注 100mg 5ml [1]
プレタノール注 0.2mg 1ml [5]	キシロカイン静注 2% 5ml [5]	生理食塩水 20ml [3]		

二段目：



挿管チューブ、ナーザル、エアウェイ、カフ圧計、トラヘルパー、Y字管、バイトブロック、マッキントッシュ喉頭鏡、開口器、聴診器、スタイレット、舌鉗子、マギール鉗子、潤滑ゼリー、舌圧子、挿管チューブ固定用テープ、スタイレット、吸引チューブ、タイマー

三段目：



注射器、注射針、点滴ルート類、テープ類、駆血帯、滅菌手袋

四段目：



輸液（ラクテック、KN3号、5%ブドウ糖、メイロン）  
アンビューバック、酸素マスク、ジャクソンリリース  
レールダルポケットマスク、フローメーター、滅菌手袋、  
滅菌ガウン、ディスポキャップ

側 面：酸素ボンベ（流量計付）、蘇生板

### 3) 救急カートの管理

配置場所のセーフティマネージャーと医療機器ワーキングメンバーが中心に管理する。  
救急カートの鍵は規程の場所（最下段4段目の左側）でケースに入れて保管する。

### 4) 救急カートの薬品・物品チェック

- (1) 「救急カート点検表」を用いて行う。
- (2) 定数確認は、毎日実施する。

薬品・喉頭鏡は毎日点検、それ以外の物品は使用後もしくは毎月1日点検とする。

配置されている救急カート1段目の薬剤、4段目の点滴について月に1回、薬剤師により薬剤使用期限などチェックする。

※使用後は、すぐに使えるように使用した者が責任を持って点検・補充する。

滅菌物は使用期限1か月前に請求し交換する。

シリンジ・注射針などの消耗品は、年1回4月に全て交換する。

### 5) 救急カートの設置場所

設置場所を把握し、緊急時に対応できるようにしておく。

- ・各病棟：重症観察部屋（ナースステーション横）
- ・外 来：処置室（休日はリハビリテーションPT室）

## 6) 緊急薬品セット

救急カート内以外で薬品が必要な場合に薬剤科に緊急薬品セットが配置されている。医師の指示により使用する場合は、薬剤科に電話を入れリフターで運搬してもらうか、直接薬剤科に取りに行く。時間外・休日の場合は直接薬剤科に取りに行く。

<緊急薬品セットの内容>

	薬品名	本数	
(劇)	アドレナリン注0.1%シリンジ	1	ハイリスク
(劇)	アトロピン硫酸塩注0.5%	10	
(劇)	エフェドリン注射液40mg	10	
(劇)	静注用キシロカイン2%	5	ハイリスク
(劇)	ノルアドレナリン注 0.1%1mL	2	ハイリスク
(冷)	ニコランジル点滴静注用12mg	2	
	ヘパリンNa注N5000単位/5ml	1	ハイリスク
	メイロン7%20ml	5	
	フロセミド注20mg（ラシックス注）	1	
(劇)	ネオシネジン注1mg	5	
(劇)	ポスミン注1mg 0.1%	10	ハイリスク
(劇)	オノアクト点滴静注用50mg	1	ハイリスク
(劇)	ドパミン塩酸塩点滴静注液100mg	5	ハイリスク
(劇)	ドブタミン点滴静注液100mg	5	ハイリスク
(劇)	プロタノールL注0.2mg 1mL	2	ハイリスク
(劇)	ベラパミル注5mg2ml（ワソラン静注）	1	ハイリスク
(冷)	ピトレシン注射液20単位	1	

薬剤科冷蔵庫（大）の下段に配置



緊急薬品添付文書ファイル別添

## 6. AEDおよびDC、人工呼吸器の管理

### 1) 目的

院内で患者急変時に、適切な救急処置を実施するために、常時使用できるよう管理する。

### 2) 点検

AED：1日1回（外来・自訓センターは日勤帯、4階は夜勤帯）、緑ランプが点滅しているか確認する。確認後、点検リストに確認者の名前を記載する。

DC：1日1回日勤帯で 行う。確認後点検リストに確認者の名前を記載する。

人工呼吸器：3階重症観察室に常備する。毎月1回月末に点検リストに沿って点検を行う。

点検は、3階、4階、外来・手術室の看護師が、順番に行う。（年4回ずつ）

### 3) AEDおよびDCの設置場所

AED（3台）	4階ナースステーション内
	守衛室前（外来が管理）
	自立訓練センターディルルーム内
DC（3台）	3階重症観察室内
	外来処置室内
	手術室1室内

## 7. 個人情報管理について

職員は、業務を行ううえで得た個人情報を、遺漏のないように取り扱う。

### 1) 個人情報の収集について

患者の個人情報を収集する場合、診療・看護及び患者の医療にかかわる範囲で行う。その他の目的に個人情報を利用する場合は、利用目的をあらかじめ患者に知らせ、了解を得た上で実施する。

### 2) 個人情報の利用及び提供について

個人情報の利用について、以下の場合を除き、本来の利用目的の範囲を超えて使用しない。

- ①患者の了解を得た場合
- ②個人を識別できない状態に加工して利用する場合
- ③法令等により提供を要求された場合

法令の定める場合等を除き、患者の許可なくその情報を第三者に提供しない。

### 3) 個人情報の適正管理について

収集した患者の個人情報を適正かつ安全に取り扱い、不正アクセス・紛失・改ざん又は情報漏洩が発生しないよう適切な安全管理措置を講じる。

なお、患者の取り違い防止等の安全面を考慮することを優先する。

### 4) 個人情報の確認・修正等について

患者の個人情報について、患者が開示を求めた場合には、遅滞なく内容を確認し、当センターの「個人情報保護規程」に従って対応する。また、内容が事実でない等の理由で訂正を求められた場合も、調査し適切に対応する。

### 5) 法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善

個人情報の保護に関する法令、その他の規範を遵守するとともに、上記各項目の見直しを適宜行い、個人情報保護の仕組みの継続的な改善を図る。

### 6) 問い合わせ窓口

個人情報保護方針に関しての質問や患者の個人情報の問い合わせは、『個人情報保護相談窓口』：

総務課』で対応する。

## 7) 個人情報の利用目的

### (1) センター内

- ①患者様に提供する医療サービス
- ②医療保険事務
- ③入退院等の病棟管理
- ④会計・経理
- ⑤医療事故等の報告
- ⑥患者への医療サービスの向上
- ⑦医療実習への協力
- ⑧医療スタッフの教育・研修
- ⑨医療の質の向上を目的とした症例研究
- ⑩研究、治験及び市販後臨床試験
- ⑪その他、患者に係る管理運営業務

### (2) センター外への情報提供としての利用

- ①他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ②他の医療機関等からの照会への回答
- ③患者様等の診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④検体検査業務の委託・その他の業務委託
- ⑤家族等への病状説明
- ⑥保険事務の委託
- ⑦審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出
- ⑧審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑨事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等への結果の通知
- ⑩医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- ⑪第三者機関への質向上・安全確保・医療事故対応・未然防止等のための報告

### (3) その他の利用

- ①医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ②外部監査機関への情報提供
- ③学会、医学誌等への発表

特定の患者・利用者・関係者の症例や事例の学会、研究会、学会誌等での報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。

## 8. インフォームド・コンセント

すべての人はその必要に応じて、安全で自分にとって最善の医療を受ける権利がある。すべての人は医師およびその他の医療従事者から自らが受ける医療行為の目的、方法、危険性、予後、選択しうる他の治療手段、担当者の氏名や経歴、治療や検査の結果等につき、十分理解できるまで説明を受けた上で、自らの納得と自由な意思にもとづき医療行為に同意し、選択し、あるいは拒否する権利がある。安全で最善の医療を提供し医療を受ける方の「知る権利」と「自己決定権」を支えるために、誠意ある説明、助言、協力、指導を行う。この一連の「説明と同意&理解と選択」の流れをインフォームド・コンセントと定義する。

患者と医療従事者が対等な関係を保ち、治療に関する意思決定を共同作業で行っていくことは、医療の透明性を高め、水際での医療事故防止にも効果的である。医療行為は常にリスクを内在しており、結果に対する誤解や不満を生じやすい。不必要なトラブルを避けるためには、インフォームド・コンセントの主体は、あくまでも「患者」であって「医師」ではないことを再認識し、患者・家族との十分なコミュニケーションをとることが重要である。

### 1) 患者の意志決定に必要な情報提供

患者自身が、ある医療行為を受けるかどうかを判断、決定するために医療従事者から以下の情報提供が必要である。

- (1) 現在の病状及び診断病名
- (2) その治療行為を採用する理由（必要性、有効性）
- (3) 治療行為の具体的内容（目的・内容）
- (4) 治療行為に伴う危険性の程度（偶発症の発生率や発生時の対応）
- (5) 治療を行った場合の予後や改善の見込み、その程度
- (6) その治療を受けなかった場合の予想される経過
- (7) 代替的治療法がある場合には、その内容及び利害得失
- (8) セカンドオピニオンについて など

### 2) 同意を必要とする範囲

治療行為に伴う危険性については、人によって誤解を生じる恐れがある。誤解を生じさせないためには、客観的な数字で表現できるものは、きちんと数字で示すことが必要である。例えば、生命への影響が高い合併症については学会が調査した全国的な発生率と本院での発生率を提示する等である。

時には「他にも治療方法があると知っていたら、この手術は受けなかったのに」というようなトラブルもしばしば発生している。保存的治療を含めた代替的治療法の存在とその利害得失に関する説明については特に注意を要する。

### 3) 対象となる医療行為

検査・処置・手術などの侵襲的な行為や重い副作用の可能性のある注射・処方・与薬など予後に

大きな影響を与える医療行為については、個別性を考慮した必要性と危険性について十分に説明する必要がある。また、入院中の診療・リハビリ計画や退院にむけた指導（計画）など、患者や家族自身の参加が重要な事項に関しても、インフォームド・コンセントを重視する。

#### 4) 説明者

説明は原則として主治医または指示医、担当職員が行う。時間外など場合によっては当直医など他の医師や他の職種が行うこともある。説明した内容は必ず診療録に記録しておく。

#### 5) 説明方法

- (1) 誠意ある態度で対応する。
- (2) 分かりやすい言葉を用いる。
- (3) 患者や家族に質問の機会を与えながら十分な時間をかけて行う。
- (4) 理解できているかどうか、適宜、確認をする。

医師と患者・家族との間で、治療のゴール、期待、認識が解離していることによるトラブルも時に見られる。

- (5) 患者が1人で理解・判断できない場合には、家族あるいはキーパーソンとなる代理人の同席を原則とする。（平成13年6月国立大学医学部附属病院長会議常置委員会による「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）」より一部抜粋）

#### 6) 同意書の作成と保管

検査・処置・手術など侵襲的な行為や重い副作用の可能性のある処方など予後に大きな影響を与える医療行為については、患者の個別性に考慮して必要性と危険性について十分に説明する必要がある。これらの説明をした場合、もしくは、文書での説明を希望された場合は必ず説明文書を作成し、原本を本人に渡し、複写は診療録に保存する。共通フォームの同意書（複写）を用いる場合は、添付する説明書もコピーをとり診療録に保存する。

いつ、誰に、どういう内容で説明したのかを記載し、医療を行う側の同席者や医療を受ける側の同席者の氏名、及び、本人との関係も明記しておく。自筆の場合は、押印不要とする。記名（印字、代筆、スタンプ等）の場合は、押印と必要とする。患者には説明直後に同意書への署名は求めず、十分な熟慮時間を確保する。

説明者または同意者の署名漏れは、適切な同意は得られていないとみなす。

もし、同意の撤回があった場合は、医師等は必ず同意の撤回があった事実、経緯、および同意の撤回を知った日時を診療録に記載する。

#### 7) セカンドオピニオン

自己決定の前に、セカンドオピニオン（同一施設あるいは他施設の別の専門家に意見を聞く）を希望された場合は相談に応じ適切に対処する。

#### 8) 看護師等同席基準及び記録について

手術等についての説明が医師からなされた時、患者は過度の緊張などで、説明を何も理解でき

ないことや覚えていないことがある。後日医師からの説明の内容が理解できなかったことや、手術に対する不安な思いを看護師等他の医療スタッフに伝えてくるものの、医師には直接言い出せずにいることがある。このような時に、不安な思いを受け止め、医師に対して患者の気持ちを伝え、再度、十分理解し納得できるまで手術等についての説明を依頼する必要がある。看護師等には、「患者の代弁者」「患者の弁護」「患者相談窓口」などアドボカシー（権利擁護）の役割がある。

#### (1) 患者、家族の反応に対するケア

不安な思いや不明なこと、戸惑い、希望など多くの反応が生じる。関係職種が情報を共有し、必要なケアを行う。また一旦医療行為について同意した後でも、同意を撤回できることを説明する。

#### (2) 同席基準：原則として、以下の場面においては同席する。また同席できるよう努める。

- ①入院決定時
- ②告知（特に予後不良の病名の場合）
- ③急変または病状悪化時、終末期の治療等の意思決定時
- ④侵襲的な治療・検査・処置を行う場合の説明時
- ⑤侵襲的な治療・検査・処置終了後の結果及び今後の治療計画の説明時
- ⑥安全確保のための身体拘束についての説明時
- ⑦退院後の療養の場や治療の継続に関する説明時
- ⑧その他、必要と考えられる場合

#### (3) 記録について

同席した職員は、同席者氏名欄に直筆で署名をする。署名欄がない説明用紙には、下段の空欄に、「同席者：職種（ ）、氏名（ ）」を直筆で記入する。

その他、「説明内容の補足」「患者・家族の反応」等は、診療録または看護記録等に記載し、説明した日時と記載者氏名も適切に記録しておく。

## 9. 指示受け

指示は、患者の検査・治療の予定を指示する情報である。医療チームの中で、医師は、情報伝達が確実に行われ、指示が正しく実施されるために、わかりやすい記載を心がけ、看護師は、指示を正しく実施するために、指示内容に疑問がある場合は、医師に確認を行う。指示出しについては、「診療録記載マニュアル」を参照とする。

### 1) 起こりやすいエラーと防止対策

#### (1) 口頭指示による情報伝達エラー

指示受けは指示簿記載を原則とし、口頭指示は極力さける。  
やむを得ず口頭指示を受ける場合は、復唱確認を行う。カルテに実施内容を必ず記載し、医師に指示簿への記載を依頼する。

## (2) 指示内容（患者氏名、日時、内容など）の誤り

指示受けは、リーダー看護師が行い同チームの看護師と記載内容についてダブルチェックを行う。不明確な指示は再確認する。また同姓、類似名に注意する。

## (3) 指示の見落とし（変更、中止、追加など）

手順通りに実施、時間外の指示出しは極力さける。出した場合は、声かけを行うなど伝達もれがないようにする。

## (4) 電話で受ける時

伝言メモを使用し、氏名・時間・指示（用件）を必ず復唱もしくは言い換えて確認する。

例：〇〇2錠 分2 ⇒〇〇2錠 朝・夕 食後 等

## 2) エラー発生時の対応

当事者は、医師、所属責任者（リーダー）に報告すると同時に、本来の指示が実施されるように対応する。

## 10. 患者誤認防止

### 1) 患者へ実施する時の確認方法

- ①フルネームで確認する。
- ②意識のある患者、会話可能な患者には自分で名前を名乗ってもらう。
- ③リストバンドを用いた患者誤認防止について

従来通り、名前を呼ぶ時はフルネームで呼ぶ・患者自ら名前を名乗ってもらう等の確認作業に加えリストバンドでの確認（バーコード認証）も行う。

特に確認すべき以下の医療行為・場面においては、リストバンドで確認する。

- 採血時
- 輸血時
- 薬剤投与時
- 手術室、外来、放射線科、検査科等に出室時
- 配膳時

### 2) 他部署へ引き継ぐ時の確認方法

- ①同時に二人以上の患者を出さない。
- ②患者搬送時は、1人の患者を1人の看護師が最初から最後まで責任を持って対応する。

- ③受け入れる側と送る側の両方で声を出して、患者の名前をフルネームで確認する。(バーコード認証)
- ④患者氏名の確認を行った後、記録された情報を正しく引き継ぎ、受け入れ側は復唱し確認を行う。
- ⑤意識のある患者、会話可能な患者には自分で名前を名乗ってもらう。
- ⑥入院患者には、必ずリストバンドを装着する。
- ⑦電話を受ける時、伝言メモを使用し、氏名・時間・指示(用件)を必ず復唱し確認する。



## 1 1. 静脈注射・採血による神経損傷リスクについて

採血や静脈注射などは日常的に行われる技術だが、採血時に穿刺した針によって穿刺部位付近の神経が損傷される可能性がある。採血後に一定の時間が経過した後(通常は翌日以降)も採血部位の近くに存在する神経の支配領域に疼痛、感覚異常、運動機能異常などの神経損傷による症状が残存する場合が問題となる。

採血時の神経損傷は一定頻度で生じるとされ、完全に回避できるものではないが、より安全に実施できるよう血管・神経の解剖学的位置関係など必要な知識を備えておくことが重要である。

### 1) 血管と神経の走行



#### (1) より安全な穿刺部位

##### ①肘正中皮静脈、橈側皮静脈

肘正中静脈が採血には最も適しているが、深層には上腕動脈や正中神経があるので注意が必要である。

##### ②肘窩部で採血できない場合は、前腕または手背

## (2) 注意を払う穿刺部位

### ①肘窩部内側の尺骨正中皮静脈

直下を正中神経本幹が走行している。

### ②手関節部の橈骨皮静脈

橈骨神経浅枝が近く、正しく穿刺しても神経損傷をきたす可能性がある。

### ③手関節部の橈骨茎状突起より中枢側12cm 以内の前腕

橈側皮静脈には橈骨神経の皮枝が密に絡まっている

## 2) 穿刺方法

①万一の神経損傷を考慮し、非利き手側から採取する。

②怒張する表在血管より採取を心掛ける。

③血管を捉えにくいときは、局所を加温する。(血管を怒張させる)

④静脈は貫かず、血管の周囲を針先で探らない。

⑤静脈ルートの確保時は、何度も穿刺したり深く穿刺しない。また、神経に与える損傷の度合いから考えると太い針で穿刺することは避けたほうがよい。

⑥穿刺に伴う電撃痛やしびれの有無を必ず確認し、訴えがあれば直ちに針を抜く。

## 3) 対処方法

①痛みや痺れが生じた場合にはすぐに針を抜く。同一部位からの採血を避ける。

②採血時及び後日であっても、異常な痛みや腫れ、知覚異常があれば主治医に報告する。また、その時の状況(穿刺部位・患者の訴え・対処など)をカルテに記載しておく。

③通常は一過性の症状として時間とともに消失するが、上肢の知覚障害・運動障害・冷感などが持続した場合は再受診するように勧める。

④反射性交換神経性萎縮(RSD)に注意する。

## 4) 予防策

皮神経と血管の走行は個人差があるため、完全に回避することは不可能である。

① 穿刺部周囲の解剖を十分に理解し、静脈の選択と手技を適切に行う。

② 針抜去時にも注意する。不必要に太い針での穿刺は避ける。

③ 穿刺前に、患者にいつもと違った症状(痺れ等)を自覚したら、我慢せずに教えてもらえるように説明しておく。

## 1 2. 放射線検査関連

### 1) タイムアウト

タイムアウトとは、手技が実施される場所において、手技の直前に行われる確認行為であり、検査に関するすべての医療者が参加して、いったん全員が手を止めて、確認作業を行うことである。身体的影響の大きい造影剤を使用する検査においてタイムアウトを実施する。

(1) タイムアウト用紙

放射線科タイムアウト

(主治医・看護師・照射線技師で行う)

<入室時>

患者氏名:		(患者に名乗ってもらう)
年齢:	性別:	
疾患名:		

看護師	技師
-----	----

<検査前>

<input type="checkbox"/> 患者確認: 氏名	(患者に名乗ってもらう)
-----------------------------------	--------------

検査名	使用薬剤
<input type="checkbox"/> 脊髄造影(ミエロ)	<input type="checkbox"/> イソピスト注240 10mL (脊髄・関節造影剤)
<input type="checkbox"/> 神経根ブロック	<input type="checkbox"/> イソピスト注240 10mL (脊髄・関節造影剤)
<input type="checkbox"/> CG(膀胱造影)	<input type="checkbox"/> ウログラフィン注60% 100mL (尿路・関節造影)
<input type="checkbox"/> 造影MR	<input type="checkbox"/> ガドピスト静注シリンジ 7.5mL (体幹・四肢造影)
<input type="checkbox"/> 造影CT	<input type="checkbox"/> イオパミロン注 300シリンジ 100mL (尿路・血管造影)
	<input type="checkbox"/> オイパミロン370注シリンジ 100mL (尿路・血管造影)
<input type="checkbox"/> VF(嚥下造影)	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ( )

検査医師	看護師	技師
------	-----	----

1 3. 手術関連

1) タイムアウト

タイムアウトとは、手技が実施される場所において手技の直前に行われる確認行為であり、手術に関するすべての医療者が参加して、いったん全員が手を止めて確認作業を行うことである。

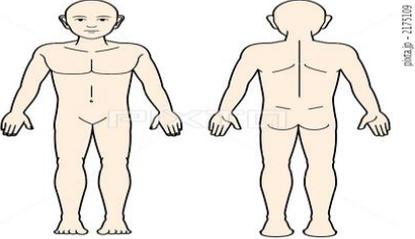
(1) 手術安全チェックリスト 手術安全チェックリスト(2019年作成版)

年 月 日 整形外科 患者名 年齢 歳 (男・女)

麻酔導入前(サインイン) (看護師、麻酔科医、医師で)	皮膚切開前(タイムアウト) (主治医、麻酔科医、看護師で)	手術終了前 (主治医、麻酔科医、看護師で)					
<input type="checkbox"/> 患者確認: 氏名 <看護師> <input type="checkbox"/> 持参薬の確認(ない・ある) 内容( ) <input type="checkbox"/> Infectionの確認(ない・ある) <input type="checkbox"/> アレルギーは?(ない・ある) <麻酔科医> <input type="checkbox"/> 動揺歯 (ない・ある) <input type="checkbox"/> 麻酔器と薬剤のチェックは(はい) <input type="checkbox"/> モニターの装着(はい) <input type="checkbox"/> 気道確保困難、誤嚥のリスクは?(ない・ある) <医師> <input type="checkbox"/> 手術部位・手術体位の確認 <input type="checkbox"/> マーキング (ない・ある)(左・右)	<主治医> 別紙参照 <input checked="" type="checkbox"/> 患者氏名、年齢、性別、(血液型) <input checked="" type="checkbox"/> 予定術式、手術部位(特に左右) <input checked="" type="checkbox"/> 予想手術時間 <input checked="" type="checkbox"/> 予想出血量 <input checked="" type="checkbox"/> 準備血液は? <input checked="" type="checkbox"/> 術中に発生しうる問題は? <麻酔科医> <input type="checkbox"/> ラインが確保されている(Aライン・末梢) <input type="checkbox"/> 術前抗菌薬の投与 <input type="checkbox"/> 術中の問題は? <看護師> <input type="checkbox"/> 手術機器の滅菌の確認 (オートクレーブ) <input type="checkbox"/> 対極板貼用の確認 <input type="checkbox"/> 間欠的空気圧迫装置の装着と始動確認	<主治医> <input type="checkbox"/> 病名・術式の確認 <input type="checkbox"/> ドレーン位置の確認 <input type="checkbox"/> 標本の確認: 患者名 <input type="checkbox"/> 術中・術後の問題は? <麻酔科医> <input type="checkbox"/> 術中・術後の問題は? <看護師> <input type="checkbox"/> 器具・ガーゼカウント・針のカウント完了 上記のサインアウトの結果を3者で共有					
<table border="1"> <tr> <td>看護師</td> </tr> </table>	看護師	<table border="1"> <tr> <td>看護師</td> </tr> </table>	看護師	<table border="1"> <tr> <td>主治医</td> <td>麻酔科医</td> <td>看護師</td> </tr> </table>	主治医	麻酔科医	看護師
看護師							
看護師							
主治医	麻酔科医	看護師					

備考:

(2) タイムアウト用紙 (手術チェックリスト皮膚切開前タイムアウト別紙)

患者氏名			
年齢	才	性別	男 ・ 女
病名			
予定術式			
手術部位 (特に左右)			
予想手術時間	時間	分	
予想出血量	ml		
血液型	型	Rh ( )	
準備血液	自己血	ml	輸血 E
術中に発生しうる問題	出血	骨折	神経損傷 硬膜損傷 その他 ( )

奈良県総合リハビリテーションセンター

2022/3/8

## 14. 静脈血栓塞栓症の予防

### 1. 周術期静脈血栓症予防マニュアル(平成 22 年 12 月 8 日施行)

#### 1) はじめに

当センターでは、2004年(平成16年)に10学会が参加して作成された「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」に基づき平成16年7月より「奈良県心身障害者リハビリテーションセンターにおける肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン」を作成し、周術期肺血栓塞栓症予防対策を行っている。この時点では、日本国内で使用可能な抗凝固薬の種類が少なかったことから理学的予防法を中心とした対策を行ってきた。

その後平成19年より低分子量ヘパリンと選択的Xa因子阻害薬が相次いで日本国内で使用可能となり当センターでも使用されるようになった。2008年(平成20年)には、新たな抗凝固薬を使用した抗凝固療法にも言及した「日本整形外科学会 静脈血栓塞栓症予防ガイドライン」も発表された。

この数年間の静脈血栓塞栓症予防対策の変化や2008年(平成20年)に発表された日本整形外科学会静脈血栓塞栓症予防ガイドラインを参考にし、今回、当センターでもリスク群分類、リスク分類方法の大幅な見直しを行い、さらに以前の理学療法を中心とした予防対策に新しい抗凝固薬の使用を加えた新たなマニュアルを作成した。

なお、このマニュアルは参考としたガイドラインと同様、主に日本人成人(18歳以上)の整形外科処置・手術を行う患者と外傷患者を対象とする。

## 2) 用語の解説

肺血栓塞栓症(pulmonary thromboembolism:**PTE**)：肺動脈が塞栓子により閉塞する病態が肺塞栓症(pulmonary embolism:**PE**)で、その塞栓子が血栓である場合には肺血栓塞栓症と呼ぶ。

深部静脈血栓症(deep vein thrombosis:**DVT**)：深筋膜より深部を走行する静脈を深部静脈と呼び、この深部静脈に血栓が生じる病態が深部静脈血栓症である。

静脈血栓塞栓症(venous thromboembolism:**VTE**)：肺血栓塞栓症と深部静脈血栓症は連続した病態であるという考えから、これらを合わせて静脈血栓塞栓症と呼ぶ。

## 3) 予防策

周術期の深部静脈血栓症(DVT)予防の対応については、基本的に2004年の予防ガイドラインとその後に策定された2008年の日本整形外科学会のガイドラインに沿って行うこととする。具体的には手術や外傷の程度により階層分けされたリスク(表1)に個々の患者の危険因子(表1-1)を加味し最終リスクを決定しリスク分類に沿って予防方法を選択することとする。

さらに今回、個々の患者の危険因子を点数化し最終リスクレベル決定および予防方法決定の標準化を図ることとした。

参考としたガイドライン

- ①日本整形外科学会 静脈血栓塞栓症予防ガイドライン(2008、南江堂)
- ②肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン(2004)

表1. 整形外科手術におけるVTEのリスクの階層化と推奨する予防方法

(2008 日本整形外科学会ガイドライン)

リスクレベル	整形外科手術	推奨される予防法
低リスク	上肢手術	早期離床および積極的下肢運動
中リスク	腸骨からの採骨や下肢からの神経や皮膚の採取を伴う上肢手術 脊椎手術 脊椎・脊髄損傷 下肢手術 大腿骨遠位部以下の単独外傷	弾性ストッキングあるいは 空気圧迫方

高リスク	人工股関節置換術・人工膝関節置換術 股関節骨折手術（大腿骨・骨幹部を含む） 骨盤骨切り術 下肢悪性腫瘍手術 重度外傷（多発外傷）・骨盤骨折 下肢手術に VTE の付加的な危険因子が合併する場合	間欠的空気圧迫法あるいは 抗凝固療法
最高リスク	「高リスク」の手術を受ける患者に VTE の既往あるいは血栓性素因の存在がある場合	抗凝固療法 (弾性ストッキングあるいは 間欠的空気圧迫法併用)

表 1-1 危険因子の強度

危険因子の強度	危険因子
強い	VTE の既往・血栓性素因・下肢麻痺・下肢ギプス固定
中等度	高齢・長期臥床・うっ血性心不全・呼吸不全・悪性腫瘍・ 中心性静脈カテーテル留置・癌化学療法・重症感染症
弱い	肥満・エストロゲン治療・下肢静脈瘤

付加的な危険因子があればリスクを上げる。「強い」危険因子が 1 個以上、あるいは「中等度」または「弱い」危険因子が 2 個以上あればリスクを上げる。

最近の研究により日本人における周術期肺血栓塞栓症(PTE)発症頻度は欧米人と差がないことが示され、欧米並みの予防策が求められるようになってきている。

	腹部外科		人工膝関節	
	DVT	PTE	DVT	PTE
日本	23.7%	0.6%	50-60%	0.5-1.9%
欧米	15-40%	0.5-1.6%	41-85%	1.5-10%

さらに 2002 年から 2004 年の日本麻酔科学会周術期肺血栓塞栓症調査によると、周術期肺血栓塞栓症(PTE)の発症時期は疾患・術式により大きく異なり、大腿骨・骨盤の骨折手術患者は術前から深部静脈血栓症(DVT)の発症の可能性を考え予防を行うことが適切と考えられている。

以上のことより、

- ① 症候性深部静脈血栓症(DVT)のスクリーニングを目的とした質問票の導入(資料 1)
- ② 上肢手術以外の整形外科手術症例に対して D-ダイマーを用いた 1 次スクリーニング
- ③ D-ダイマー高値症例に対しては 2 次スクリーニングとして下肢静脈エコー実施を行うことにより入院前・術前より症候性/無症候性深部静脈血栓症(DVT)を積極的にスクリーニングすることとした。

### 【予防対策】

予防対策としては、静脈血栓塞栓症(VTE)についての説明および予防対策の必要性を説明し

たうえで、『静脈血栓塞栓リスク確認票』（資料 2～4）によるリスク分類に沿った術前・術中・術後予防方法をとることとする。さらに予防対策の標準化を図るためクリニカルパスを導入し周術期の予防対策を行うこととした。

早期よりの予防対策を行うことは有益であり、最終リスク分類で中リスク以上と判断された症例では、術前早期からの予防策を行うこととする。

具体的予防方法は、理学的予防方法として①早期離床、下肢自動運動の指導、②弾性ストッキング、弾性包帯固定、③間欠的空気圧迫法、薬物的予防法として①ワルファリン、②フォンダパリヌスクを使い分けることとする。

脊椎手術、特に神経組織の除圧を目的とした手術では、特別に抗凝固療法を行わなくても一定の確率で硬膜外血腫が生じ、症例によっては血腫除去術が適応となる。このような理由で例外として脊椎手術では血栓予防のために抗凝固療法は選択しないこととした。

### ①下肢自動運動について

臥床時の下肢自動運動としては、足関節の自動底背屈運動が最も優れており、これをできるだけ行うことが良いとされている。回数が多いほど効果が高いと考えられるが、具体的な回数、運動の間隔についての定説はない。また患者のコンプライアンスが悪いことが多いため、指導するだけでなく臥床期間中きっちりと実施できているかを確認することが大事である。

出血リスクを増加させない、抗凝固療法による血栓予防効果を増強する可能性があるといった利点があるが、近位型下肢深部静脈血栓症(DVT)の存在が明らかな場合は、血栓の存在する側の下肢の自動運動は原則として禁止する。

### ②弾性ストッキングについて

弾性ストッキングは、ふくらはぎと足首のサイズを基準に選択し病院で用意したものを使用する。着用が容易で不快感が少ないなどの点からハイソックスタイプを使用することとする。装着については、手術室入室前より病室で装着を開始する。一般的な日常生活に近い程度に歩行を行えるようになるまで、24 時間装着する。歩行を開始していても現実的にはリハビリテーションの時間以外は座っているような場合では弾性ストッキングの装着を続行する。退院まで装着を継続することが現実的な方法と考える。

ただし、皮膚に創がある、弾性ストッキングにより接触性皮膚炎を起こす、下肢に動脈血行障害(足背動脈触知不能、足関節血圧/上腕血圧 0.6 未満)を認める、下肢に著しい知覚障害(知覚脱失に近い状態)が存在するなどの場合は使用しないこととする。以上の場合などで弾性ストッキングの使用が困難な場合は、圧迫力が不確実になりやすい欠点があるが、弾性包帯で代用する。

### ③間欠的空気圧迫法について

装着する場合は原則として手術中もしくは外傷の場合は受傷後すみやかに装着し、十分な歩行が可能となるまで装着する。間欠的空気圧迫法を手術中のみ行う場合は、十分な歩行が可能となるまで弾性ストッキングを装着する。

下肢深部静脈血栓症(DVT)の存在が明らかな場合は、血栓の存在する側の下肢には間欠的空気圧

迫法の使用は原則として禁止する。(下肢深部静脈血栓症(DVT)が存在する症例に間欠的空気圧迫法を用いて、血栓が遊離し肺血栓塞栓症(PTE)を起こした症例が報告されている。)

#### ④抗凝固療法について

現在、日本で使用可能な抗凝固薬は①ワルファリン、②未分画ヘパリン、③エノキサパリン(低分子量ヘパリン)、④フォンダパリヌスク(選択的 Xa 因子阻害薬)がある。そのうちワルファリン、フォンダパリヌスクが当センターの採用薬のため、この 2 種類の抗凝固薬を用いて抗凝固療法を行う。

フォンダパリヌスク(アリクストラ)使用にあたっては、術後 24 時間経過以降に手術創などから出血がないことを確認して開始する。低体重、高齢者、腎機能低下などの例では、投与量減量や投与中止を考える必要がある。

具体的には、当センターでの使用は『アリクストラ投与前チェック票』(資料 5)に沿って年齢、体重、クレアチニンクリアランス、出血既往などを確認し、投与可否や減量を決定する。使用は術後 2 日目の午前中に創部処置で出血がないことを確認したのち使用開始し、以降は毎日定時(午前中)に投与する。

フォンダパリヌスク(アリクストラ)が使用不可の例で、抗凝固薬使用が適当と判断された例は、ワルファリンを使用する。ワルファリン使用時は、プロトロンビン時間の国際標準化比(PT-INR)をモニタリングし、PT-INR の目標値を 1.5~2.5 となるように用量を調節する。ワルファリン内服開始から効果発現までは通常 3~5 日間を要するため効果発現時期を逆算して投与開始日を決定する必要がある。

抗凝固薬の使用が推奨されるリスク群の患者においても、一律に使用が義務付けられるわけではなく、抗凝固薬を使用する場合は以下のようなリスク・ベネフィットを考慮した上で、投与の可否、投与開始時期、投与量減量などを個々の症例で判断することが必要である。そのため最終的な抗凝固薬投与の判断は主治医が決定できることとする。

##### ・. ベネフィット

理学的予防法(弾性ストッキングや間欠的空気圧迫法)は静脈血栓症発症に一定の予防効果を有するが、単独での予防効果はリスクの高い手術には不十分で、また、大規模臨床研修も少なくエビデンスに乏しい。Cochrane review によると、理学的予防法に抗凝固療法を併用すると、理学的予防法単独の場合に比べて静脈血栓症の発症リスクは約 60%低下することが示されている。また、実際に肺血栓塞栓症に至った場合、抗凝固療法を施行していた患者では理学的予防法のみを行っていた患者よりも死亡率が低いことが日本麻酔科学会の調査により示されている。

##### ・. リスク

周術期の患者では創出血のリスクがあること、消化管出血や脳出血などを合併した場合、重篤な結果になり得ることを考慮して抗凝固薬を使用する必要がある。術後未分画ヘパリン投与により、出血のリスクは 1.6 倍(60%増加)になると言われている。未分画ヘパリンと比較すると低分子用ヘパリンや選択的 Xa 阻害薬は出血のリスクは低いとされているが、低腎機能患者や高齢者ではリス

クが高まるとされている。

静脈血栓塞栓症(VTE) のリスクは術後 1~2 週間が高いが、それ以降でも発症するリスクもある。第 8 回 ACCP ガイドラインによると下肢整形外科手術では最低 10 日間以上の抗凝固療法の継続が推奨されている。しかし、出血合併症が存在するので、上記のリスク・ベネフィットを天秤にかけたうえで、投与の可否、投与開始時期、投与期間、投与量減量などを個々の症例で判断することが必要である。抗凝固薬による予防をいつから開始していつまで続けるかについては、当センターでは術後の抗凝固薬投与は出血リスクが少なくなった時点(術後 2 日目・3 日目)から開始し、10 日間(最大 14 日間)継続することが現実的な方法と考える。

#### 4) 術前に深部静脈血栓症(DVT)が認められた場合

術前に深部静脈血栓症(DVT)が認められた場合については、現時点の当センターの医療水準を考慮すると、

- ①慢性疾患例については手術を延期し、深部静脈血栓症(DVT)の治療後に手術を行うこととする。
- ②骨折・外傷例では、近位型深部静脈血栓症(DVT)については肺血栓塞栓症(PTE)発症のリスクが高いため下大静脈フィルター留置や抗凝固療法の必要性も検討し、当センターで対応困難なため転院治療を検討する。
- ③遠位型深部静脈血栓症(DVT)については近位型に比べ肺血栓塞栓症(PTE)の危険性が減少するため、静脈血栓塞栓症(VTE)の最高リスクである旨を説明し同意を得られた場合は、早期離床を第一に考えて早期に手術をおこない出血の危険性が減った時点ですぐさま抗凝固療法をおこなうこととする。

#### 5) インフォームドコンセントの必要性

静脈血栓塞栓症(VTE)は種々の予防を行っても一定の確率で生じる疾患であり、予防法についてもそれぞれ副作用が存在するため、静脈血栓塞栓症(VTE)については整形外科の処置・手術に関して『合併症』として生じる可能性があることと、その予防に関して合併症が生じる可能性が存在することを十分説明しておく必要がある。

具体的には、周術期の予防の必要性、予防対策の効果、予防対策によって生じる可能性のある合併症などを文書化し説明することとする。(資料 6)

#### 6) 肺血栓塞栓症(PTE)が発症した場合の対応

静脈血栓塞栓症(VTE)の予防を行っても、一定の確率で深部静脈血栓症(DVT)は発生し、その結果肺血栓塞栓症(PTE)を生じることは十分考えられる。急性の致死的な肺血栓塞栓症(PTE)は発症すれば当センターあがての対応を行っても救命できない場合がある。そのため急性肺血栓塞栓症(PTE)を疑った時には、整形外科医のみでの対応だけでなく、循環器科の医師にも治療を依頼する必要がある。当センターだけでの対応が困難な場合は、全身状態に注意を払いながら転院での治療を考慮する。

## 7) DVT質問票

### DVT質問票



肺血栓塞栓症（はいけっせんそくせんしょう）をどの程度発症しやすいかを判断するために、以下に記述した病気や症状が現在ある方は『いまある』に、または以前あったという方は『以前あった』に、ない場合は『ない』に印（まる）をつけてご記入のうえ提出してください。

『以前あった』と答えた方は、いつ頃あったかについてもご記入ください。

また、現在の状態について『はい』『いいえ』に印（まる）をつけてください。

- ① 静脈血栓塞栓症（肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症）と言われたことがありますか  
いまある・以前あった（いつ頃）） ・ ない ・ わからない
- ② 血液が固まりやすいと診断されたことがありますか  
いまある・以前あった（いつ頃）） ・ ない ・ わからない
- ③ 心不全と言われたことがありますか  
いまある・以前あった（いつ頃）） ・ ない ・ わからない
- ④ 下肢静脈瘤がありますか  
いまある・以前あった（いつ頃）） ・ ない ・ わからない
- ⑤ 足が腫れたりむくんだりしたことや、痛みがあったことがありますか  
いまある・以前あった（いつ頃）） ・ ない ・ わからない
- ⑥ 自然流産を繰り返したことがありますか  
はい ・ いいえ ・ わからない
- ⑦ 現在、4日以上歩いていない（寝たきりである）状態ですか  
はい ・ いいえ ・ わからない
- ⑧ 現在、脳卒中や事故のため麻痺がありますか  
はい ・ いいえ ・ わからない
- ⑨ 現在、経口避妊薬や女性ホルモン剤を服用していますか  
はい ・ いいえ ・ わからない

記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_

8) 静脈血栓塞栓リスク確認票（低リスク用・中リスク用・高リスク用）

静脈血栓塞栓リスク確認表（低リスク用）		上肢手術		
患者氏名	テスト 患者 1 1	評価日		
生年月日	昭和 4 6 年 5 月 5 日	手術日		
性別	女	主治医		
		電子 次郎		
<b>患者下肢観察項目</b>				
患肢	腫脹	_____	圧痛	_____
	疼痛	_____	静脈瘤	_____
	色調変化	_____	Homans	_____
臨床症状	SpO2	_____ %	身長 (cm)	175
	血圧	_____ mmHg	体重 (kg)	65
	脈拍	_____ 回/分	BMI	21.22
	呼吸	_____ 回/分	胸痛	_____
	呼吸困難	_____		
	その他	_____		
<b>付加的リスク選択</b>				
項 目			スコア	点数
<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI>25目安)			各 1 点	0
<input type="checkbox"/> 経口避妊薬、エピスタ、ヒビアント				
<input type="checkbox"/> 60歳以上	<input type="checkbox"/> 48時間以上の安静臥床		各 2 点	0
<input type="checkbox"/> 悪性疾患	<input type="checkbox"/> 癌化学療法の既往			
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル留置	<input type="checkbox"/> 重症感染症			
<input type="checkbox"/> うっ血性心不全・呼吸不全	<input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤			
<input type="checkbox"/> 下肢麻痺	<input type="checkbox"/> 下肢ギプス固定		各 3 点	0
<input type="checkbox"/> 静脈血栓症既往あり	<input type="checkbox"/> 血栓性素因		各 9 点	0
<input type="checkbox"/> 下肢静脈エコーでDVTあり				
付加的リスク合計				0
0~1点はそのまま、2~3点は1段階、4~6点は2段階、7点以上は3段階上げる				
<input type="checkbox"/> 0~1点	低リスク	早期離床および積極的な下肢運動		
<input type="checkbox"/> 2~3点	中リスク	弾性ストッキングあるいは間欠的空気圧迫法		
<input type="checkbox"/> 4~6点	高リスク	間欠的空気圧迫法あるいは抗凝固療法		
<input type="checkbox"/> 7点以上	最高リスク	抗凝固療法 (間欠的空気圧迫法或いは弾性ストッキング併用)		
<b>決定予防法</b>				
<input type="checkbox"/> 弾性ストッキング	<input type="checkbox"/> 間欠的空気圧迫法	<input type="checkbox"/> 抗凝固療法		
( )	( )	( )		

静脈血栓塞栓リスク確認表（中リスク用）

脊椎・下肢手術

患者氏名 テスト 患者 1 1  
 生年月日 昭和 4 6 年 5 月 5 日  
 性別 女

評価日 2022/2/23  
 手術日  
 主治医 電子 次郎

患者下肢観察項目

患肢 腫脹 \_\_\_\_\_ 圧痛 \_\_\_\_\_  
 疼痛 \_\_\_\_\_ 静脈瘤 \_\_\_\_\_  
 色調変化 \_\_\_\_\_ Homans \_\_\_\_\_

臨床症状 SpO2 \_\_\_\_\_ % 身長 (cm) 175  
 血圧 \_\_\_\_\_ mmHg 体重 (kg) 65  
 脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分 BMI 21.22  
 呼吸 \_\_\_\_\_ 回/分 D-dimer \_\_\_\_\_ μg/ml  
 呼吸困難 \_\_\_\_\_ 胸痛 \_\_\_\_\_

その他：

付加的リスク選択

項 目	スコア	点数
<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI>25目安)	各 1 点	0
<input type="checkbox"/> 経口避妊薬、エビスタ、ピピアント		
<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 48時間以上の安静臥床	各2点	0
<input type="checkbox"/> 悪性疾患 <input type="checkbox"/> 癌化学療法の既往		
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 重症感染症		
<input type="checkbox"/> うっ血性心不全・呼吸不全 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤		
<input type="checkbox"/> 下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 下肢ギプス固定	各3点	0
<input type="checkbox"/> 静脈血栓症既往あり <input type="checkbox"/> 血栓性素因	各9点	0
<input type="checkbox"/> 下肢静脈エコーでDVTあり		

付加的リスク合計 0

0～1点はそのまま、2～3点は1段階、4点以上は2段階上げる

- 0～1点 中リスク 弾性ストッキングあるいは間欠的空気圧迫法
- 2～3点 高リスク 間欠的空気圧迫法あるいは抗凝固療法
- 4点以上 最高リスク 抗凝固療法 (間欠的空気圧迫法或いは弾性ストッキング併用)

決定予防法

- 弾性ストッキング  間欠的空気圧迫法  抗凝固療法
- 今日から ( ) 今日から ( ) 今日から ( )

静脈血栓塞栓リスク確認表（高リスク用）

人工関節・股関節骨折・骨盤骨折

患者氏名 テスト 患者 1 1  
 生年月日 昭和 4 6 年 5 月 5 日  
 性別 女

評価日  
 手術日  
 主治医 電子 次郎

患者下肢観察項目

患肢 腫脹 \_\_\_\_\_ 圧痛 \_\_\_\_\_  
 疼痛 \_\_\_\_\_ 静脈瘤 \_\_\_\_\_  
 色調変化 \_\_\_\_\_ Homans \_\_\_\_\_

臨床症状 SpO2 \_\_\_\_\_ % 身長 (cm) 175  
 血圧 \_\_\_\_\_ mmHg 体重 (kg) 65  
 脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分 BMI 21.22  
 呼吸 \_\_\_\_\_ 回/分 D-dimer \_\_\_\_\_ μg/ml  
 呼吸困難 \_\_\_\_\_ 胸痛 \_\_\_\_\_

その他：

付加的リスク選択

項 目	スコア	点数
<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI>25目安)	各1点	0
<input type="checkbox"/> 経口避妊薬、エビスタ、ピピアント		
<input type="checkbox"/> 60歳以上	各2点	0
<input type="checkbox"/> 悪性疾患		
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル留置		
<input type="checkbox"/> うっ血性心不全・呼吸不全		
<input type="checkbox"/> 下肢麻痺	各3点	0
<input type="checkbox"/> 下肢ギプス固定		
<input type="checkbox"/> 静脈血栓症既往あり	各9点	0
<input type="checkbox"/> 下肢静脈エコーでDVTあり		

付加的リスク合計 0

0~1点はそのまま、2点以上は1段階上げる

- 0~1点 高リスク 間欠的空気圧迫法あるいは抗凝固療法
- 2点以上 最高リスク 抗凝固療法 (間欠的空気圧迫法或いは弾性ストッキング併用)

決定予防法（複数選択可）

- 弾性ストッキング
- 間欠的空気圧迫法
- 抗凝固療法

開始日

( )

( )

( )

9) アリクストラ投与前チェック表

アリクストラ投与前チェック表											
患者ID 9990108											
患者氏名 テスト 患者11											
生年月日 昭和46年5月5日	性別 女										
<p><b>〈適応症〉</b>            下肢整形外科手術      <u>病名：右下腿悪性軟部腫瘍</u></p>											
<p><b>〈禁忌〉</b>            あり なし</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> アリクストラ（ ФондаパリナクスNa ） に対し過敏症の既往歴がある  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出血している  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 急性細菌性心内膜炎  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 重度の腎障害がある（Ccr:20mL/min未満）           </p>											
↓	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">血清クレアチニン値：</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">mg/dL</td> </tr> <tr> <td>Ccr：</td> <td style="text-align: right;">mL/min</td> </tr> </table>	血清クレアチニン値：	mg/dL	Ccr：	mL/min						
血清クレアチニン値：	mg/dL										
Ccr：	mL/min										
該当項目があれば投与禁忌											
<p><b>〈投与に注意が必要〉</b>            あり なし</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出血する可能性がある  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体重40kg未満      →      体重（      kg）  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腎障害がある（Ccr:50mL/min未満）  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 重度の肝障害がある  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）Ⅱ型の既往がある  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 高齢者（75歳以上）      →      年齢（      歳）  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗凝固剤、血栓溶解剤、血小板凝集抑制作用を有する薬剤の併用           </p>											
↓	$Ccr = \frac{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重 (kg)}}{72 \times \text{血清クレアチニン値 (mg/dL)}}$ <p style="text-align: center;">※女性は得られた値に×0.85 (Cockcroft &amp; Gault式)</p>										
該当項目があれば投与について考慮											
<div style="font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">↓</div> <p style="font-size: 1.5em; margin: 0;">投与判定</p> <p style="font-size: 1.5em; margin: 0;">適 ・ 否</p>											
<input type="checkbox"/> アリクストラ1.5mg <input type="checkbox"/> アリクストラ2.5mg	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Ccr (mL/min)</th> <th style="width: 60%;">投与量のめやす (1日1回)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 50</td> <td>2.5mg</td> </tr> <tr> <td>30 ~ &lt; 50</td> <td>2.5mg (出血の危険性が高いと 考えられる場合 1.5mg)</td> </tr> <tr> <td>20 ~ &lt; 30</td> <td>1.5mg</td> </tr> <tr> <td>&lt; 20</td> <td>禁忌</td> </tr> </tbody> </table>	Ccr (mL/min)	投与量のめやす (1日1回)	≥ 50	2.5mg	30 ~ < 50	2.5mg (出血の危険性が高いと 考えられる場合 1.5mg)	20 ~ < 30	1.5mg	< 20	禁忌
Ccr (mL/min)	投与量のめやす (1日1回)										
≥ 50	2.5mg										
30 ~ < 50	2.5mg (出血の危険性が高いと 考えられる場合 1.5mg)										
20 ~ < 30	1.5mg										
< 20	禁忌										
コメント	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">主治医</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">薬剤師</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	主治医	薬剤師								
主治医	薬剤師										
<p>※投与時はこのチェック表に記入のうえ処方箋と一緒に薬剤科に提出して下さい</p>											

## 10) 肺塞栓（エコノミークラス症候群）とその予防措置の説明・同意書

### 肺塞栓（エコノミークラス症候群）とその予防措置の説明・同意書

#### 【肺塞栓症とは】

肺塞栓症とは、静脈内にできた血栓、腫瘍、脂肪、空気などの血液以外の異物が混入し、心臓を経由して、肺動脈を閉塞してしまう病態のことを言います。エコノミークラス症候群（あるいはロングフライト症候群）は、肺塞栓症の一部です。肺塞栓症のほとんどは、下腿（ふくらはぎ）の静脈内にできる深部静脈血栓塞栓症からなるものです

#### 1. 肺塞栓症の症状

閉塞される肺動脈の規模によって症状は異なりますが、呼吸困難、動機から血圧低下（いわゆるショック状態）や意識消失など命に関わるような症状を引き起こすこともあります。

#### 2. 肺塞栓症の誘因

エコノミークラス症候群に代表されるように、長時間動かないことにより、下腿の静脈内に血栓ができることが大きな原因です。病院内での発生は、手術などで長時間安静になっている状態や脳梗塞などで体が不自由な状態で動けないために生じることがほとんどです。安静以外に脱水症状の方、肥満の方、一部薬剤を使用している方、生まれつき血栓ができやすくなっている方、膠原病や悪性腫瘍の患者さんの一部で肺塞栓症が発生しやすいと考えられます。

#### 3. 肺塞栓症の予防

体が不自由な状態であったり、手術で動けなくなっている方でも、できるだけ足首を動かしていただくことが大事です。術後、受け持ち医からの許可が出れば、できるだけ早めに歩き始めて下さい。手術を行う方では、医療用ストッキングをはいたり包帯を巻いて頂いたりするとか、空気圧で足をマッサージする器機を使用したりして予防します。また、手術後に影響がなければ、抗凝固薬（血を固まりにくくする薬）を使用することもあります。

#### 4. 肺塞栓症の発生

もしも、急に呼吸が苦しいとか、意識が遠のいたといった症状が出てきたら、速やかに医師または看護師にご連絡下さい。肺塞栓症の疑いが無いか診察、検査を行います。

#### 5. 抗凝固薬に副作用

抗凝固薬を使用すると、命に関わるような肺血栓塞栓症を起こす可能性が低くなることが知られています。しかしながら、血が固まりにくくする薬であるため出血しやすいという副作用が起こることがあります。

（予想される副作用）

手術部位、頭蓋内、脳内、後腹膜、消化管からの出血

副作用を未然に防ぐためにも、投与中におなかの痛み、めまい頭痛などの症状が出てきましたら速やかに医師または看護師にご連絡下さい。

今回の入院診療にあたり、肺塞栓症の予防措置が必要と思われまますので説明致しました。

説明年月日                      年    月    日

説明担当 医師 整形外科    電子 次郎

同席者

肺塞栓症およびその予防の必要性について説明を受け、予防措置を受けることに同意します。

患者署名欄 \_\_\_\_\_

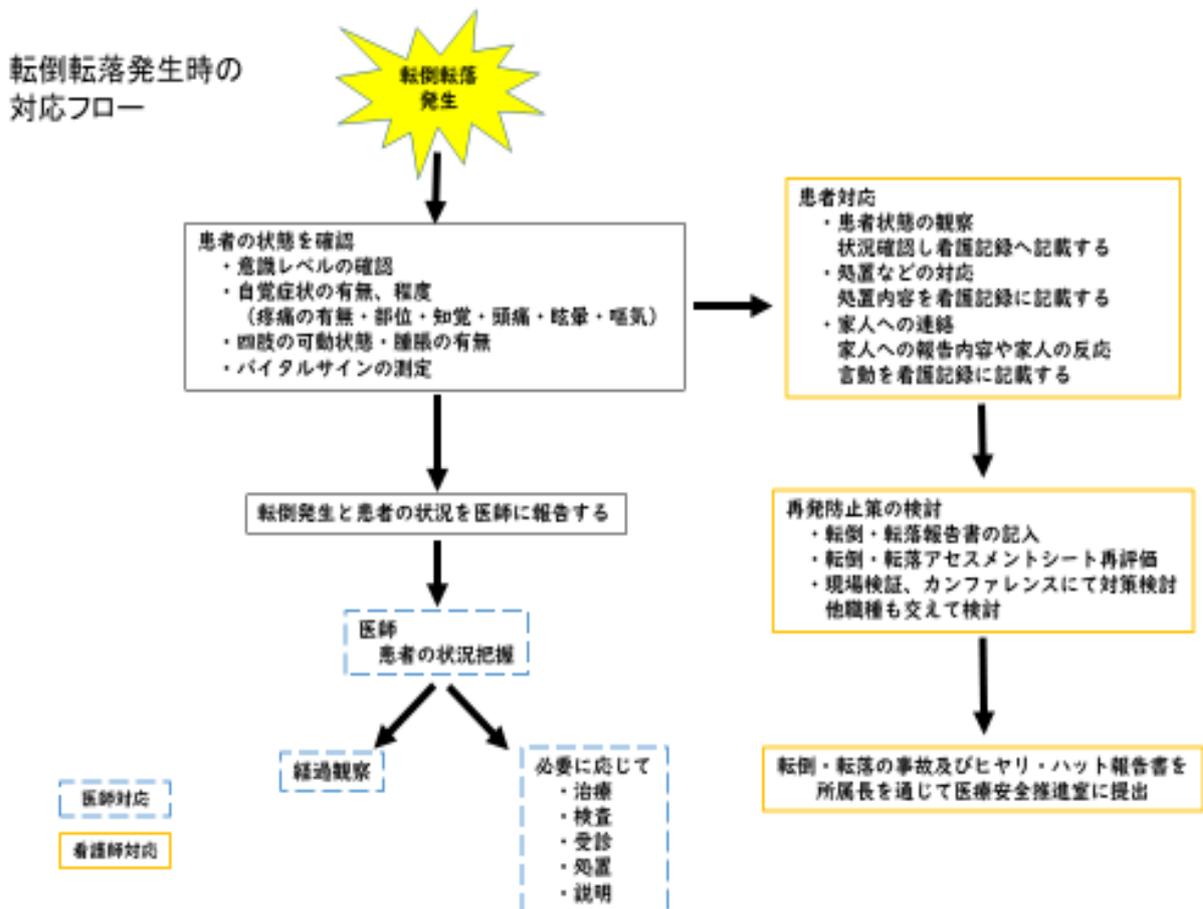
代理人（家族）署名欄 \_\_\_\_\_

## 15. 転倒・転落防止への対応

### 1) 患者の転倒・転落危険度のアセスメント

- ①看護師は「転倒・転落アセスメントシート」を用いて、全患者の入院時に転倒・転落危険度を評価する。
- ②看護師は入院時より患者及び家族に入院生活における転倒・転落の危険性や注意事項、防止策について説明し、転倒・転落の危険性と防止に向けた対策について理解と協力を得る。
- ③転倒・転落危険度がⅡ以上もしくは転倒歴が複数回あるなど危険性の高い患者に対し、予め『安全確保のための身体拘束についての説明書及び同意書』を説明し渡す。協力が得られたらサインをしてもらい、診療録に保管する。
- ④転倒・転落危険度の評価は原則、入院当日・3日目・7日目、それ以降は患者状態に合わせて1週間毎、ADLに変化があった場合に再評価する。
- ⑤全入院患者に看護計画を立案する。

### 2) 転倒転落発生時の対応



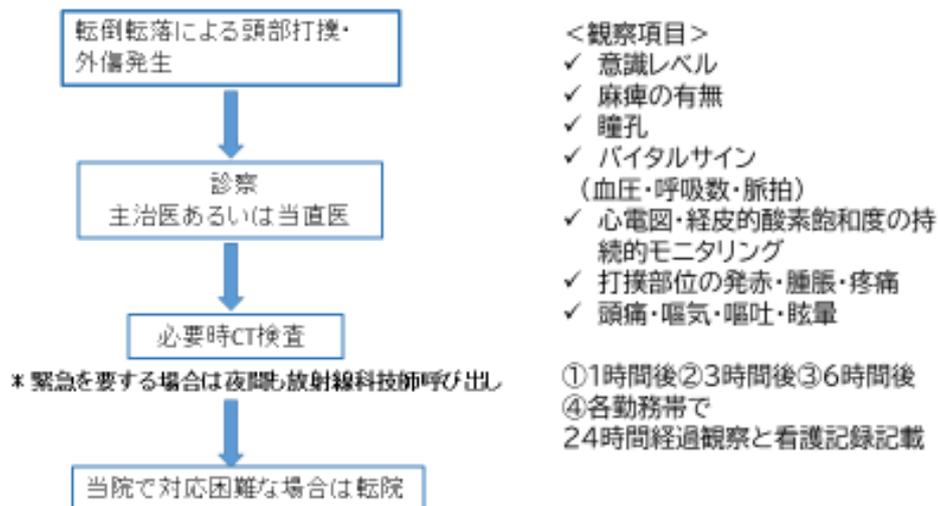
3) 転倒・転落アセスメントシート

転倒・転落アセスメントスコアシート

患者番号	病室	氏名	年齢	性別	病名	主治医	受持看護師
9990108		テスト 患者 11	50.9歳	女性			
項目	チェックポイント	評価スコア	評価日と状況				
A 年齢	65歳以上である	2点					
B 既往歴	転倒・転落したことがある（日常生活に支障をきたしているもの、転倒・転落を繰り返しているもの）	2点					
C 感覚	平衡感覚障害がある（めまい等）	2点					
	視力障害がある（日常的に支障がある）	1点					
	聴力障害がある（通常会話に支障がある）						
D 運動機能障害	足腰の弱り、筋力低下がある	3点					
	麻痺がある	1点					
	痺れ感がある						
E 活動領域	骨、関節異常がある（拘縮・変形）	3点					
	自力歩行ができるが、ふらつきがある						
	車椅子・杖・歩行器を使用している	2点					
F 認識力	自由に動ける	1点					
	移動に介助が必要である						
	寝たきりの状態だが手足は動かせる						
G 薬剤	認知機能の低下がある	4点					
	不穏行動がある						
	判断力・理解力・記憶力の低下がある						
H 排泄	見当識障害、意識障害がある	各2点					
	睡眠安定剤服用中						
	抗精神薬服用中						
	鎮痛剤服用中						
	麻薬使用中						
I 症状	下剤服用中	各1点					
	降圧利尿剤服用中						
	点滴中である						
J 患者特徴	尿・便失禁がある	各3点					
	頻尿がある						
	夜間トイレに行くことが多い						
危険度	ポータブルトイレを使用している	各1点					
	車椅子トイレを使用している						
	38.0℃以上の発熱中である		各2点				
貧血症状がある（Hb11g以下）							
手術後3日以内である							
危険度	トレーン類が挿入中である	各1点					
	リハビリ開始時期、訓練中である						
	症状・ADLが急に回復・悪化している時期である						
危険度	ナースコールは認識出来ているが押さないで行動しがちである	各4点					
	ナースコールが認識できなくて使えない						
	行動が落ち着かない		各3点				
何事も自分でやろうとする							
危険度	環境の変化（入院生活、転院、転入）に慣れていない	各1点					
	自宅では布団で寝ている（ベッドではない）						
	合計						
危険度 I	スコア合計	評価	合計				
危険度 II	1～9点	転倒・転落する可能性がある	危険度				
危険度 III	10～19点	転倒・転落を起こしやすい	看護師サイン				
	20点以上	転倒・転落を良く起こす	次回評価予定日				

#### 4) 頭部打撲・頭部外傷発生時の対応と観察項目

##### 転倒転落により頭部打撲・外傷が発生したときの対応と観察項目



#### 16. 患者無断離棟・離院時の対応

発生要因として、患者の認知障害、精神状態、治療・処置に対する不安・不満、医療従事者への不満、医療環境への不適合、社会的背景への不安などがある。

##### 1) 予防対策

- (1) 入院時、無断外出・外泊がないよう十分な説明を行う
- (2) 前病院での離院の既往の有無を把握する
- (3) 患者の高次脳機能障害、精神状態を把握する
- (4) 患者の日頃と異なる言動（「帰りたい」など）を注意して観察する
- (5) 医療スタッフは、患者の不安や精神的ストレスを理解し、軽減に努める
- (6) 離院の可能性が高い患者（ハイリスク患者）には、院内の移動に際し、付添い（看護・介護職、リハビリスタッフ・ご家族等）をつける
- (7) ハイリスク患者には、適宜に巡視を行う
- (8) ハイリスク患者には、無断離棟・離院のリスクおよび「センサーコール」の使用について家族に説明を行い、必要時同意書を記載する。（別紙）
- (9) ハイリスク患者の情報提供を院内全体に周知させ、離院防止に協力を求める各部署に顔写真を添付した情報提供する。

## 2) 搜索体制

患者が無断離棟・離院と判断した場合、その発生場所では、以下の手順により搜索を行う。

- (1) 患者が無断離棟・離院と判断したものは、リーダーに報告し、リーダーは所属責任者に報告する。(報告ルート参照)
- (2) 患者の情報収集を行う
  - ①患者の特徴(氏名・性別・服装・体型・髪型等)を把握する。
  - ②同室者より情報を得る。
  - ③所持品を確認する。
- (3) 発生部署および院内を搜索する。  
(守衛、インフォメーション、タクシー運転手等から該当患者の確認)

## 3) 院内で発見できなかった場合

- (1) 所属責任者は所属長、医療安全推進室に報告する。(報告ルート参照)
- (2) 患者家族に連絡をし、状況説明の上、搜索について協力を求める。
  - ①患者が行く可能性のある場所の確認
  - ②顔写真の入手
- (3) 院外搜索については、事務部(医事課、総務課)等の協力を得る。
- (4) 搜索後発見できず、2次的事故を引き起こすと判断した場合、警察に搜索願を提出する。
  - ①警察への搜索願提出の判断は院長または主治医が行う。
  - ②搜索願を提出する場合は、家族に事前に確認を行う。
  - ③警察への依頼は、所属責任者(時間外については代行)が行う。

## 4) 患者発見時

- (1) 患者を保護したことの連絡(報告ルート参照)
- (2) 患者状態の観察および確認
  - ①意識状態・バイタルサイン測定
  - ②外傷の有無
  - ③衣服の汚れや乱れ
- (3) 病室に戻った後の患者の行動に注意しながら観察を行う。

天理警察署 0743-62-0110
-----------------------

## 5) 報告等について

- (1) 当事者は、発生からの対応状況を正確に把握し、経時的に記録しておく。
  - ①不在に気付いた時間
  - ②警察に連絡した時間
  - ③発見した時間等
- (2) インシデント・アクシデント発生状況報告書を速やかに医療安全推進室に提出

## 6) 捜索を行う際の注意事項

- (1) 他の患者に動揺を与えないに配慮する。
- (2) 一人で解決しようとせず、他の職員に協力を求め、役割分担を決めて行動する。
- (3) 連絡方法、連絡場所を決めて行動する。
- (4) 家族への十分な説明と同意を得て、さらに家族の心情を考えて行動する。

## 7) 離棟防止対策への同意書

### 離棟防止対策への同意書

離棟・離院の危険性について説明を受けました。

必要に応じ、「顔写真の撮影」・「離棟・離院防止への協力依頼文書」を合わせて、関係部署に配布することに同意いたします。

A4サイズ

顔写真

名前と年齢

写真の患者さんが、センター内で迷っておられたり、一人で外に出られるのを見かけられましたら、(3)階病棟(302)まで、至急ご連絡ください。

(3)階病棟

奈良県総合リハビリテーションセンター 所長殿

平成 年 月 日

患者氏名 科

同意者氏名 印 続柄

説明者氏名

医師 科

奈良県総合リハビリテーションセンター

## 17. 暴力・暴言への対応

### 1) 暴力のレベル分類

レベル1：暴言/脅迫

レベル2：器物損壊

レベル3：暴力（被害者に医療処置を要する障害が生じた場合）

レベル4：暴力（被害者に生死に関わる重大な障害が生じた場合）

その他：セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、モラルハラスメント、アカデミックハラスメント

(看護業務基準集 2007 参照)

### 2) 対応

#### (1) 暴言・脅迫への対応

##### 【発生時の対応】

- ①日頃から、患者・家族などからの暴言に関する情報は共有しておく。
- ②一人に対応せず応援を呼び複数人に対応し、慌てず、落ち着いて、毅然とした態度で接する。
- ③相手を落ち着かせるようなコミュニケーションに努める。
- ④相手の暴言・脅迫の背景の理解に努め、傾聴の姿勢で対応する。
- ⑤患者等との距離を考慮して接し、ドアを背にして逃げ道を確保しておく。
- ⑥暴行を受けそうになった場合は、警察への通報も考慮する。
- ⑦部屋のドア、カーテンなどを開け、他の人が見えるようにする。
- ⑧被害者の救助と現場職員、患者・家族等の安全を確保する。

##### 【電話での暴言・脅迫の場合】

- ①落ち着いて相手の住所・氏名・電話番号を聞き、用件の確認を行う。
- ②メモや録音など、証拠を残す。
- ③相手の暴言・脅迫の内容を特定し、正当なものについては誠実に対応し理解を求める。
- ④即答を避ける。曖昧な返事はしない。

#### (2) 暴力行為（危険を感じた場合）の対応

##### 【発生時の対応】

- ①他の患者およびその家族の安全確保、被害者を保護する。
- ②早急に被害者、加害者の家族や主治医、看護師長、所属責任者、医事課長もしくは総務課長に連絡する。課長より院長に連絡をする。（\*夜間・休日は報告ルート参照）
- ③必要に応じて、守衛室や他部署への応援要請を行う。
- ④加害者が患者の場合、看護記録に記載する。
- ⑤被害者の暴力による障害の程度により、医学的処置を行う。
- ⑥必要あれば、警察署に通報する。また、通報時は、現場を保存、現場検証に協力する。

判断基準：凶器使用の有無、加害者の興奮状態など

天理警察署 0743-62-0110
-----------------------

⑦報告書を作成、医療安全推進室および上司に報告する。

**【発生後の加害者への対応】**

可能であれば、落ち着いて話せる環境へ誘導し、暴言・暴力行為となった事情を確認する。責める事なく、中立的に行う。

**【発生後の被害者への対応】**

①傾聴の姿勢で事情確認を行う。

②身体的、精神的影響を把握し、受診の必要性を判断する。

- ・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。
- ・目に見える外傷がなくても受診し、身体状況を確認しておく。
- ・受診の際は必ず上司が付き添う。
- ・帰宅時は一人にしない。

③必要時、カウンセリングや休養が受けられるようにする。

④事故後の身体的、精神的なフォローを継続して行う。

**【組織対応】**

①事故の影響を把握し、職員全員で対応する。

②院内暴力発生の要因を把握し、対応策を検討し、未然防止に取り組む。

③発生時の対応の評価、見直しを行い、必要時マニュアルの改訂を行う。

④情報を院内で共有する。

**(3) セクシャルハラスメントの場合**

**【被害者への対応】**

我慢、容認しなければいけないものではない。きっぱりと拒絶する態度が必要である。隠さず、上司に報告する。

**【管理者の対応】**

①事実関係を迅速かつ正確に確認する。

②心身への影響がないか確認し、状況に応じ勤務上の配慮を行う。

## 18. リハビリテーション関連

### 1) リハビリテーション中止基準

最新の処方内容に基づきリハを実施するが、リハ開始時あるいは実施中に下記の状態が認められた場合、積極的なリハビリテーションは行わない

#### (1) 積極的な訓練を実施しない場合

- ① 安静時脈拍 40/分以下または 120/分以上
- ② 安静時収縮期血圧 70mmHg 以下または 200mmHg 以上
- ③ 安静時拡張期血圧 120mmHg 以上
- ④ 労作性狭心症の方
- ⑤ 心房細動のある方で著しい徐脈または頻脈がある場合
- ⑥ 心筋梗塞発症直後で循環動態が不良な場合
- ⑦ 著しい不整脈がある場合
- ⑧ 安静時胸痛がある場合
- ⑨ リハ実施前にすでに動悸・息切れ・胸痛のある場合
- ⑩ 座位でめまい、冷や汗、嘔気などがある場合
- ⑪ 安静時体温が 38 度以上
- ⑫ 安静時酸素飽和度 (SpO<sub>2</sub>) 90%以下

#### (2) 途中で訓練を中止する場合

- ① 中等度以上の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛、頭痛、強い疲労感などが出現した場合
- ② 脈拍が 140/分を超えた場合
- ③ 運動時収縮期血圧が 40mmHg 以上、または拡張期血圧が 20mmHg 以上上昇した場合
- ④ 頻呼吸 (30 回/分以上)、息切れが出現した場合
- ⑤ 運動により不整脈が増加した場合
- ⑥ 徐脈が出現した場合
- ⑦ 意識状態の悪化

#### (3) 訓練を一時中止し、回復を待って再開する場合

- ① 脈拍数が運動前の 30%を超えた場合。ただし、2 分間の安静で 10%以下に戻らないときは以後のリハを中止するか、または極めて軽労作のものに切り替える
- ② 脈拍が 120/分を越えた場合
- ③ 1 分間 10 回以上の期外収縮が出現した場合
- ④ 軽い動悸、息切れが出現した場合

(4) その他の注意が必要な場合

- ① 血尿の出現
- ② 喀痰量が増加している場合
- ③ 体重増加している場合
- ④ 倦怠感がある場合
- ⑤ 食欲不振時・空腹時
- ⑥ 下肢の浮腫が増加している場合

(日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会：リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン、医歯薬出版 2006)

## 2) 起こしやすいエラーと防止策

休日リハや追加訓練導入により、初対面の患者に訓練を行う機会が増え、患者の取り違えや訓練時間の誤り、患者の行動特性や障害像を熟知していないことから起こる転倒転落などのリスクが増加している。これらについては以下のように対応する

(1) 患者取り違えや訓練時間の誤り

- ① 開始前に口頭での氏名の確認に加え、車椅子に掛けられた名札も確認するよう心掛ける。
- ② 毎日始業前、パソコン上のスケジュールと、自身が手帳等で管理しているスケジュールに相違がないか照合する
- ③ 訓練室や廊下で、ひとりで待っている患者がいれば、気付いたスタッフが5分以内に担当を呼び出す

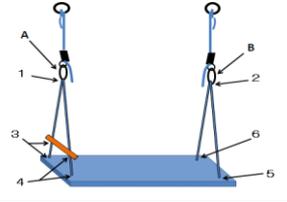
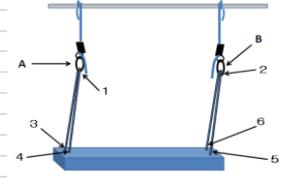
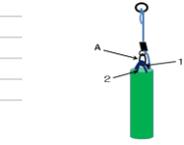
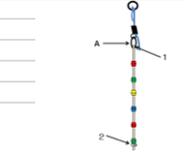
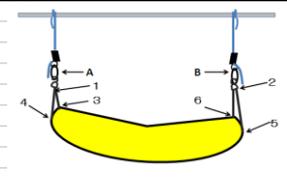
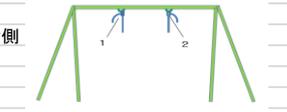
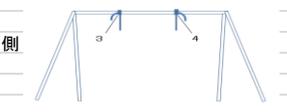
(2) 転倒転落などのリスク

- ① 具体的な注意事項を申し送り用紙に分かりやすく目立つように書き込む
- ② 小児の訓練の場合、必要に応じて保護者にも協力してもらう

## 3) 訓練機器、大型遊具の点検

訓練機器や大型遊具の不具合や破損は重大事故につながる危険性がある為、以下のようなチェックシートを各訓練室用に作成し、定期的に安全点検を行う

2階感覚統合療法室(例)

遊具	点検項目	点検結果									
		点検者 月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	ロープ	1 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		2 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		3 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		4 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		5 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
	6 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ										
	金具	A a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
		B a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
	本体	a. なし b. ぐらつき c. 破損									
備考欄											
	ロープ	1 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		2 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		3 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		4 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		5 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
	6 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ										
	金具	A a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
		B a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
	本体	a. なし b. ぐらつき c. 破損									
備考欄											
	ロープ	1 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		2 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
	金具	A a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
	本体	a. なし b. ぐらつき c. 破損									
備考欄											
	ロープ	1 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		2 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
	金具	A a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
	本体	a. なし b. ぐらつき c. 破損									
備考欄											
	ロープ	1 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		2 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		3 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		4 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		5 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
	6 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ										
	金具	A a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
		B a. なし b. 破損 c. 割れ d. 腐食									
	本体	a. なし b. ぐらつき c. 破損									
備考欄											
	ロープ	1 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		2 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
壁側	備考欄										
	ロープ	3 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
		4 a. なし b. 摩耗 c. ほつれ d. 切れ									
窓側	備考欄										

#### 4) 言語聴覚療法、摂食機能療法関連

言語聴覚士が行う「直接嚥下訓練」と、病棟サイドでの取り組みとして行う「摂食機能療法」にわけられる

##### (1) 直接嚥下訓練の開始基準

主治医からの指示の下、適切な評価を行った後、以下の基準を満たしている場合にすすめる

- ① 意識レベルが清明か覚醒（JCSで0～1桁）している  
傾眠傾向でも食事をすることが意識でき、指示に従える
- ② 全身状態が安定している  
重篤な心疾患、消化器合併症、痰がらみなどが無い  
発熱時は、誤嚥と関連のある呼吸器感染以外を除き、食欲があれば試みる
- ③ 脳血管障害の進行がないこと
- ④ 改訂水飲みテストで嚥下反射を認める
- ⑤ 十分な咳（随意的または、反射的）ができる
- ⑥ 著しい舌運動、喉頭運動の低下がない  
※水ではムセがみられても、トロミをつければムセない場合や、唾液の確実な嚥下が可能であれば良い

#### 5) 事故発生時の対応

リハビリテーション訓練実施中および訓練待機中に患者の容態が急変、あるいは転倒等の事故が発生した場合、緊急事態発生時の対応手順に準ずる。

緊急笛を携帯する。訓練中に患者が急変した、急な体調変化や転倒事例が発生した場合、応援職員を呼ぶため、緊急笛を使用する。緊急笛を鳴らし、応援職員が来るまで緊急笛を吹き続ける。平日、休日・祭日とも同様に使用する。

## 19. 食事関連

### 1) 入院（予約）のオーダー

- (1) 医師が食事内容の登録を行う。
- (2) アレルギー等の指示があるとき、医師または看護師は「患者基本：食物アレルギー情報」に登録し、その旨栄養管理科に連絡する。

### 2) 食事変更

- (1) 食事変更は食事オーダー登録にて行う。栄養管理科は患者と変更内容を確認し日次処理を行う。
- (2) 栄養管理科は、氏名・食種・部屋番号・コメントに注意して食札を作成する。
- (3) 新たにアレルギー情報を追加する場合は、「患者基本：食物アレルギー情報」に登録後、食事オーダーでも新たにコメント入力し、その旨栄養管理科へ連絡する。
- (4) 時間外での変更を依頼する時、食事変更が可能であれば、食事オーダーの登録をする。対応不可の場合は、次回食事から登録する。

食事オーダー締め切り時間：朝食→前日 16:30

昼食→当日 10:30

夕食→当日 16:00

### 3) 献立作成・修正

- (1) 予定献立は、「奈良県総合リハビリテーションセンター約束食事箋」に沿って作成する。アレルギー対応献立作成時は、(管理)栄養士は使用する食材を確認する。
- (2) 新規食品のアレルギー（新入院患者）があった場合、必要に応じて病棟看護師と情報共有する。
- (3) その他アレルギーの詳細は、ミーティング時に(管理)栄養士、調理師に周知する。
- (4) 使用する加工食品の変更がある時には、原材料内容を確認しデータを修正する。

### 4) 病室訪問・栄養指導

- (1) 栄養介入依頼があれば、管理栄養士は患者確認および指示内容を確認する。
- (2) 身体計測など、直接接触する際は、必要に応じて感染対策をする。
- (3) 情報収集の際は、会話が可能であるか、体調はどうかなどを確認する。

### 5) 起こりやすいエラーと対策

- (1) 配膳時の誤り(患者間違い、食種間違い、延食・絶食間違い、アレルギー食品の配膳等)
  - ①配膳時は、患者氏名・食札を確認して配膳する。(チーム毎)
  - ②配膳時は患者自身にフルネームを名乗ってもらい、食事をセッティングする。
  - ③配膳時、患者に食札に記載されている氏名の確認を依頼する。
  - ④絶食や延食時は、看護師が説明書やカードをベッドサイドに設置し、患者への説明を

行う。

⑤アレルギーのある患者には、食札の記載と食事内容を確認し配膳する。

## (2) 異物混入

①蓋のないものは、異物混入の有無に特に注意する。

②万が一、異物混入を発見した場合は、速やかに対処する。(異物混入マニュアル参照)

## (3) 誤嚥・誤飲

①患者の状態から、誤嚥・誤飲の発生リスクを評価する。

②誤嚥・誤飲が予測される患者への対応

- ・食前の対応および食事中、食後の観察
- ・異物誤嚥予防

## 6) 発生時の対応

上記発生時は、速やかかつ丁寧に対応する。

## 7) 異物混入マニュアル

### 『病院給食における異物混入対応について』

病院給食で提供される食事は、栄養的配慮はもちろんのこと、安心して食べられる安全な食事であることが大前提となる。病院給食に異物が混入していることで、不快な気持ちを持つことはもちろん、けがや健康被害に繋がる恐れがある。したがって異物混入が発生した場合、速やかに異物の識別及び混入原因の特定を行ったうえで再発防止策を講じ、給食の安全性を確保する必要がある。

また、異物混入は予期せぬことで発生していることから、あらゆる原因を想定し対策を講じることが必要であり、食材管理をはじめ、厨房の設備管理や作業管理等についても管理を徹底することが重要となる。

## 1. 食品に混入する異物について

### (1) 異物の定義

異物は、生産、貯蔵、流通の過程で不都合な環境や取り扱い方に伴って食品中に侵入したあらゆる有形外来物をいう。但し、高倍率の顕微鏡を用いなければ、その存在が確認できない程度の微細なものとは対象としない。(厚生労働省監修「食品衛生検査指針」より)

#### ①危険異物

患者に健康被害を及ぼすと判断される異物(金属類、ガラス類、鋭利なプラスチック類、薬物、薬品類など)

#### ②非危険異物

患者に健康被害を及ぼさないと判断される異物(虫、体毛、ビニール、繊維、スポンジ片など、単体で入っており毒性がないもの)

\*原料そのものに由来する物質や食品の変色部分などは「異物」に含まない。

## 2. 異物混入への対応について

### (1) 病棟で危険異物の混入を発見した場合

#### ■ 病棟（対応職員等）の対応

- ① 速やかに委託給食会社に第一報を入れる。
- ② 複数の危険異物混入を発見した場合、担当職員は病院管理栄養士等と協議し、病院全体の喫食を中止する。
- ③ 入院患者の安全確認を行うとともに、他に同様の事案がないかを確認する。
- ④ 異物発見時や喫食者の状況を確認する。
- ⑤ 危険異物が入っていた食器はできるだけ現状のまま保持し、病院管理栄養士または委託給食会社職員に提出する。
- ⑥ 食物由来のものであっても、人体に影響を及ぼすもの（豚の骨、鶏の骨、魚の大きな骨など）は危険異物に含む。

#### \* 緊急連絡経路 \*

患者 ⇒ 看護師 ⇒ 委託給食会社（内線：511）

↓

病院管理栄養士（PHS：610）

↓

医事課長（PHS：622）

↓

事務部長（PHS：656）

\* 委託給食会社の内線（511）は、休日も関係なく、7：30～19：00の間は対応可能。  
連絡がつかないときは病院管理栄養士または医事課長に連絡する。

#### ■ 病院及び委託給食会社の対応

- ① 委託給食会社は早急に予備のおかず（対応可能な場合）または対替品と交換をする。
- ② 病院及び委託給食会社は、喫食者及び家族へ経過と対応について説明し謝罪する。
- ③ 委託給食会社は速やかに、インシデント・アクシデント状況発生報告書を病院に提出する。病院及び委託給食会社は再発防止策について検討する。
- ④ 病院は奈良県食品衛生法施行条例第2の15の(3)に基づき、危険異物の混入について速やかに、中和保健所及び医療安全推進室に報告する。
- ⑤ 委託給食会社は異物鑑定を行い、鑑定結果を病院に報告する。

中和保健所食品衛生課監視指導係 0744-48-3032

夜間・休日の場合 0744-51-8133

## (2) 病棟で非危険異物の混入を発見した場合

### ■ 病棟（対応職員等）の対応

- ① 速やかに委託給食会社に第一報を入れる。
- ② 毛髪や虫、食材の包装材料の切れ端などの非危険異物については体への影響は少ないと考えられるが、不快であり不衛生なので早急に新しいものと交換をする。
- ③ 非危険異物であっても大量に混入した場合、又は入院患者の身体・生命への影響がある場合、または影響の恐れがあると判断される場合は危険異物混入の場合と同様にする。
- ④ 異物発見時や喫食者の状況などを確認する。
- ⑤ 非危険異物が入っていた食器はできるだけ現状のまま保持し、病院管理栄養士または委託給食会社職員に提出する。
- ⑥ 他に同様の事案がないか、また病棟での混入の可能性についても確認する。なお、食材由来のもの（魚の小骨やウロコ、野菜の皮、若干の変色など）は「異物」に含めない。

### \* 緊急連絡経路 \*

危険異物混入の場合に準ずる。

\* 委託給食会社の内線は休日も関係なく、7:30~19:00の間は対応可能。

### ■ 病院及び委託給食会社の対応

- ① 委託給食会社は早急に予備のおかず(対応可能な場合)または対替品と交換をする。
- ② 病院及び委託給食会社は、喫食者及び状況に応じて家族へ経過と対応について説明し謝罪する。
- ③ 委託給食会社は速やかに、インシデント・アクシデント状況発生報告書を病院に提出する。病院及び委託給食会社は再発防止策について検討する。
- ④ 委託給食会社は異物鑑定を行い、鑑定結果を病院に報告する。

## 20. 実習生がインシデントを起こした場合および遭遇した場合の対応

実習生とは当センターが受け入れている全ての実習生（看護学生やリハビリ療法学生及びそれ以外も含む）を示す。臨床実習中の医療事故は、実習生自身のみならず、患者または実習指導担当教職員をはじめとするスタッフも当事者となることがあり、事故発生に際しては迅速に対応し、関係各部署への連絡を滞りなく行う。

### 1) 臨床実習受け入れ担当部門等責任者の責務

臨床実習受け入れ担当部門等の責任者は、実習生受入時に、当センターのインシデント発生時の報告体制を説明し、周知させるとともに遵守を徹底する。

### 2) 実習生がインシデントを起こした場合

- ①実習生（当事者）は、インシデント発生後直ちに実習指導担当教職員と実習施設責任者（若しくはこれに同等な職員）に報告する。
- ②実習指導担当教職員及び実習施設責任者（若しくはこれに同等な職員）は、それぞれ自部署の決められた様式でインシデント報告書を記載する。
- ③記載後は、自部署の医療安全推進室に提出する。

### 3) 実習生がインシデントに遭遇した場合

- ①実習生は、近くにいるスタッフに知らせ、患者の救命を第一により安全・安心を配慮する。
- ②実習生は、実習指導担当教員にインシデントの詳細を報告する。
- ③実習指導担当教員及び実習担当職員は、「実習生がインシデントを起こした場合」と同様の手順で報告する。

## 2 1. 輸血関連

### 1) 『輸血マニュアル』 参照

### 2) 宗教的輸血拒否患者の対応

#### 【センターの方針】

1. 輸血を拒否する患者に対しては『相対的無輸血治療』で治療を行う。

相対的無輸血治療とは、できる限り無輸血治療に努力するが、輸血以外に救命手段がない事態に至った場合には輸血を行う治療

2. いかなる場合も『絶対的無輸血治療』は行わない。

絶対的無輸血治療とは、いかなる場合でも輸血は行わず、輸血をすることで救命できる場合にも輸血を行わない治療

3. 『免責証明書』など絶対的無輸血治療に同意する書類には、医師は同意および署名はしない。

4. 『絶対的無輸血治療』を希望される場合は、他院への情報提供など適切に対応する。

患者がエホバの証人である場合は、教団に「エホバの証人医療機関連絡委員会」が存在し、信者と医療機関との橋渡しを行っている。転院先などについて患者と同意の上で相談を行う。

5. 成人以外の患者に対しては、安全で適切な輸血療法を行う。

当センターでは、宗教上の理由などで輸血療法を拒否する患者に対して、輸血療法の必要性と副作用を十分に説明し理解を求め、その結果、輸血療法の同意が得られない場合は、上記方針に沿って対処する。宗教上の理由などで輸血療法を拒否する患者に対して、輸血拒否を理由に診療拒否をしてはならない。輸血療法以外での最善の治療や輸血療法の代替療法に関する検討も行われるべきである。