

士別市立病院

医療安全管理マニュアル

改訂第4版



医療安全管理室

目次

1 士別市立病院医療安全管理規定	1-1
2 医療安全管理体制に関する事故報告	2-1
2-1 事故報告フローチャート	2-1
2-2 現場の保全	2-2
2-3 事故発生時の初期対応フローチャート	2-3
3 医療安全管理者の業務指針	3-1
3-1 安全管理体制の構築	3-1
3-2 医療安全に関する職員への教育・研修の実施	3-1
3-3 情報の収集	3-2
3-4 事例分析	3-2
3-5 対応策の立案	3-3
3-6 フィードバック・評価	3-3
3-7 医療事故への対応	3-3
3-8 再発防止	3-4
3-9 安全文化の醸成	3-4
4 士別市立病院事故調査委員会の設置	4-1
4-1 委員会設置の背景	4-1
4-2 士別市立病院事故調査委員会設置要綱	4-1
5 インシデント・アクシデント事例	5-1
5-1 インシデント・アクシデント発生時に記録すること	5-1
5-2 インシデント・アクシデント報告方法	5-2
5-3 インシデント・アクシデント発生内容確認フローチャート	5-3
5-4 患者影響事故レベル分類表	5-4
5-5 インシデント・アクシデントレポートの報告期限	5-5
5-6 インシデント・アクシデントレポートのフローチャート	5-6
6 患者相談窓口に関する規定	6-1

7 苦情・相談対応	7-1
7-1 苦情・相談対応フローチャート.....	7-1
7-2 苦情・相談内容報告について.....	7-2
8 転倒・転落事故対応	8-1
8-1 高齢者の特殊性.....	8-1
8-2 薬剤による転倒転落.....	8-2
8-3 一般防止対策.....	8-4
8-4 個別的防止策.....	8-7
8-5 転倒・転落危険度別対応策(例).....	8-8
8-6 具体的留意点.....	8-10
8-7 転倒・転落時の対応・記録のポイント.....	8-13
9 身体抑制	9-1
9-1 定義.....	9-1
9-2 適応要件.....	9-1
9-3 適応要件の確認と承認.....	9-1
9-4 患者本人及び家族への説明.....	9-2
9-5 身体抑制の看護.....	9-2
9-6 身体抑制のフローチャート.....	9-4
9-7 身体抑制の方法.....	9-5
9-8 身体抑制解除の基準.....	9-6
9-9 身体抑制をしないための工夫、取り組み.....	9-6
10 院内暴力対応	10-1
10-1 標榜.....	10-1
10-2 院内暴力の定義.....	10-1
10-3 院内暴力のレベル.....	10-1
10-4 発生時の対応.....	10-2
10-5 コードホワイトとさすまたの設置.....	10-4
10-6 現場での対応、役割分担.....	10-4
10-7 院内暴力についての報告、評価分析.....	10-5
10-8 緊急事態発生時マニュアル.....	10-6

11	職員間暴力対応	11-1
12	Ai 対応マニュアル	12-1
13	患者の安全確保について	13-1
13-1	患者確認の基本行動	13-1
13-2	リストバンドによる確認	13-1
14	各種報告書	14
	インシデント・アクシデントレポート(Ver.1.0)	
	転倒/転落事故報告書	
	苦情・相談内容報告書	

1 士別市立病院 医療安全管理規程

(目的)

第1条 この規程は士別市立病院（以下、「本院」という。）において、必要な事項を定め、適切な医療安全管理を推進し、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整えることを目的とする。

(本院における医療安全管理に関する基本的考え方)

第2条 医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、本院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を施設及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。このため、本院は、本指針を活用して、医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置し、医療安全管理体制を確立するとともに、院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル（以下、「マニュアル」という。）を作成する。また、インシデント事例及び医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

(医療安全管理指針の患者等に対する閲覧)

第3条 医療安全管理指針については、患者及び家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、本院ホームページ及び待合室等に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

(医療安全管理委員会)

第4条 第1条の目的を達成するため、本院に医療安全管理委員会（以下、「委員会」という。）を設置する。

(1) 委員会は以下に掲げる各号の構成員からなる。

- | | |
|-----------|---------------|
| ア 副院長 | カ 薬剤科長 |
| イ 診療部長 | キ 臨床検査科長 |
| ウ 看護部長 | ク 診療放射線科長 |
| エ 経営管理部長 | ケ リハビリテーション科長 |
| オ 医療安全管理者 | コ 内視鏡技術科長 |
| | サ 医療機器管理科長 |

その他院長が指名した者

- ・ リスクマネジメント委員長
- ・ 院内感染管理者
- ・ 看護部次長
- ・ 医療ソーシャルワーカー（MSW）
- ・ その他必要と認めるもの

- (2) 委員会の委員長は院長が指名する。
 - (3) 委員会の副委員長は委員長が委員から指名する。
 - (4) 委員長に事故があったときは副委員長がその職務を代行する。
- 2 委員会の所掌事務は以下のとおりとする。
- (1) 医療安全の検討及び研究に関すること
 - (2) 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに委員会によって立案された防止対策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること
 - (3) 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること
 - (4) 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること
 - (5) 医療安全管理のための啓発、教育、広報に関すること
 - (6) 医療事故発生時の対応に関すること
 - (7) その他医療安全管理に関すること
- 3 委員会は委員長が招集しその議長となる。
- 4 委員会は原則として毎月1回とする。ただし、委員長が必要と認めたときは臨時に開催できるものとする。
- 5 委員長が必要と認めたときは委員以外の者を委員会に出席させ、意見を聞くことができるものとする。
- 6 委員会は所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
- 7 委員会の検討結果については、病院長に報告するとともに、医療安全管理担当者を通じて各職場に周知する。
- 8 重大な問題が発生した場合には委員会において速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施、並びに職員への周知を図る。
- 9 委員会の記録その他の庶務は、医療安全管理者が担う。
- 10 これに定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は別に定める。

(医療安全管理室)

第5条 組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理室を置く。

(1) 医療安全管理室は以下に掲げる各号の構成員からなる。

- ア 医療安全管理室長
- イ 医療安全管理者
- ウ 院内感染管理者
- エ 医薬品安全管理責任者
- オ 医療機器安全管理責任者
- カ 医療放射線安全管理責任者
- キ その他必要と認める者

2 管理室の分掌業務は以下に掲げる各号のとおりとする。

(1) 医療安全管理体制に関すること

- ア 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、並びにその他委員会の庶務に関すること
- イ 医療安全に係るカンファレンスの開催に関すること

(2) 職員教育、研修に関すること

- ア 医療安全に関する教育研修の企画・運営

(3) 医療事故防止に関すること

- ア マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
- イ 医療安全に関する職員への啓発・広報
- ウ 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知(他施設における医療事故事例の把握など)
- エ インシデント・アクシデント報告事例の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと収集結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価
- オ 各部門における医療安全管理担当者への支援、その結果の記録

(4) 医療事故の対応に関すること

- ア 診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について、職場責任者に対する必要な指示、指導
- イ 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導(患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長のほかそれぞれの部門の管理責任者が主として行う。)

- ウ 院長又は副院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全委員会を招集
 - エ 医療事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
 - オ 事故報告書の保管
- (5) 感染防止に関すること
 - (6) 転倒・転落に関すること
 - (7) 医薬品に係る安全管理に関すること
 - (8) 医療機器に係る安全管理に関すること
 - (9) 医療放射線に係る安全管理に関すること
 - (10) その他医療安全管理室に関すること
- ア 医療安全管理に係る連絡調整
 - イ 医療安全対策の推進に関すること
- 3 医療安全管理室は医療安全対策に係る取り組みのための評価等を行うカンファレンスを原則として週1回開催する。
 - 4 医療安全管理室長が必要と認めたときは室員以外の者をカンファレンスに出席させ、意見を聞くことができる。
 - 5 これに定めるもののほか必要な事項は別に定める。

(医療安全管理者の配置)

- 第6条 医療安全管理推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く。
- 2 医療安全管理者は、院長が指名した医療安全に関する十分な知識を有する者とし、医療安全対策に係る適切な研修を終了した者とする。
 - 3 医療安全管理者は医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携、協同の上、医療安全管理室の業務を行う。
 - 4 医療安全管理者の任期は5年間とし、再任は妨げない。ただし任期途中で交代したときは前任者の残任期間とする。
 - 5 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - (1) 医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価に関すること
 - (2) 職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること
 - (3) 医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること
 - 6 これに定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

(リスクマネジメント委員会の配置)

第7条 医療事故原因の分析および再発防止に資するため、リスクマネジメント委員会を置く。

- (1) リスクマネジメント委員会はリスクマネージャーを構成員とし、診療部各単位、薬剤部、看護部各看護単位、診療技術部各科、事務局にそれぞれ1名を置く。
- (2) リスクマネジメント委員長は院長が指名する。
- (3) 副委員長は委員長が指名し、委員長に事故があるときはその職務を代行する。

2 リスクマネジメント委員会は以下の業務を行う。

- (1) 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
- (2) 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のためのミーティングの実施などの励行等）
- (3) インシデント・アクシデント事例報告の内容の分析
- (4) 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各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整
- (5) 職員に対するインシデント・アクシデント事例報告の積極的な提出の励行
- (6) 年に1回以上、医療安全管理室の協力のもと RCA を行う

3 リスクマネジメント委員会は毎月1回開催するものとし、必要に応じて臨時に開催することができる。

4 リスクマネジメント委員長が必要と認めたときは、関係職員等の出席を求め、意見を聞くことができる。

5 リスクマネジメント委員長は、事例の分析と検討を行ったときは、速やかにその結果を医療安全管理委員会に報告する。

6 リスクマネージャーは、リスクマネジメント委員会の業務に積極的に参画するとともに、職員に対し医療安全管理委員会で決定した改善方策については、医療安全管理者とともに周知徹底を図らなければならない。

7 庶務は医療安全管理者が行う。

(院内感染対策のための指針の策定)

第8条 院内感染対策のための体制を確保するため、以下に掲げる事項を内容とした「院内感染対策指針」を策定する。

- (1) 院内感染対策に関する基本的な考え方
- (2) 院内感染対策のための委員会その他の組織に関する基本的事項

- (3) 院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針
 - (4) 感染症の発生状況に関する基本的事項
 - (5) 院内感染発生時の対応に関する基本方針
 - (6) 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - (7) その他の感染対策推進のために必要な基本方針
- 2 院内感染対策指針は、院内感染対策委員会の議を経て、策定及び変更するものとする。

(院内感染管理者の配置)

第9条 院内感染防止対策推進のため、医療安全管理室に院内感染管理者を置く。

- 2 院内感染管理者は、院内感染対策に対する十分な知識を有する者とし、感染管理認定看護師（CNIC: Certified Nurse in Infection Control）とする。
- 3 院内感染管理者は、院内感染防止対策に対処するための権限を持ち、医療安全管理室の感染防止に関わる業務のうち、以下に掲げる業務について主要な役割を担う。
 - (1) 感染制御チーム及び院内感染対策委員会への提言
 - (2) 院内で患者に発生する感染に関連したサーベイランスの実施
 - (3) 院内感染防止対策の企画立案及び実施評価
 - (4) 感染管理上必要な曝露対策および就業制限に関するサポート
 - (5) 病院職員および近隣施設に対する感染管理指導（実地指導含め）*委託業者を含む
 - (6) 院内外の感染防止に関わる相談への対応
 - (7) 施設内設備、物品及び環境等の衛生管理

(医薬品安全管理責任者の配置)

第10条 医薬品に係る安全管理のための体制を確保することを目的とし、医薬品安全管理責任者を置く。

- 2 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者とする。

(医療機器安全管理責任者の配置)

第11条 医療機器に係る安全管理のための体制を確保する事を目的とし、医療機器安全管理責任者を配置する。

- 2 医療機器安全管理者は、医療機器の保守管理に関する十分な知識を有する者とする。

(医療放射線安全管理責任者の配置)

第12条 診療用放射線に係る安全管理のための体制を確保する事を目的とし、医療放射線安全管理責任者を配置する。

- 2 医療放射線安全管理者は、診療用放射線に関する十分な知識を有する者とする。

(職員の責務)

第13条 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安全な医療を行うよう細心の注意を払わなければならない。

(患者相談窓口の設置)

第14条 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、院内に患者相談窓口を常設する。

- 2 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。
- 3 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、地域医療室長の報告等に関する規程を整備する。
- 4 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- 5 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し本院の安全対策の見直し等に活用する。
- 6 ここに定めるものの他、必要な事項は別に定める。

(インシデント・アクシデントへの対応)

第15条 目的

職員は常に患者の利益を最優先し、安全で安心感を与える医療の提供が責務である。インシデント及びアクシデント発生時の対応と防止対策についての具体的事項を定め、適切な対応の確保を図る。

(事故等の定義)

第16条 定義

- (1) アクシデント（医療事故）とは、医療従事者が患者に身体的被害を与えた場合で、患者影響事故レベル分類表（以下、「分類表」という。）によるレベル3以上に相当するものを言う。
- (2) インシデント（ヒヤリ・ハット事例）とは、医療従事者が患者に身体的被害を与えなかった場合で、分類表によるレベル2以下に相当するものを言う。

(事故等の発見)

第17条 発見

事故等の発見は次のいずれかに該当したときをいう。

- (1) 発生したことを知ったとき、又は知らされたとき。
- (2) 患者もしくは、その関係者からクレームの意思表示があったとき、又はその意思があることを知ったとき。(事後も含む)

(発生時の対応)

第18条 初期対応

事故等が発生したときは初期対応として、事故等の発生当事者、もしくは第1発見者が他の職員の協力を仰ぎ最善かつ適切な対応および処置を最優先に行う。

- 2 事故等が発生した状況の保全のため、現場の物品の持ち出し、廃棄を行ってはならない。状況を詳細に記録し、記録できないものについては現状を維持(医療機器の電源を切らない等)する。
- 3 医療安全管理者は発生した状況の保全のため適切な指示を行う。

(インシデント・アクシデント事例の報告および評価分析)

第19条 報告

- (1) 院長は、医療安全管理に資するよう、インシデント・アクシデント事例の報告を促進するための体制を整備する。
- (2) インシデント・アクシデント事例については、当該事例を体験した医療従事者が、インシデント・アクシデント報告書に記載し、速やかに医療安全管理者に報告する。
- (3) リスクマネジメント委員会は、インシデント・アクシデント事例報告等から当該部門と関係する部門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、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載し、医療安全管理室に提出する。
- (4) インシデント・アクシデント事例報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
- (5) インシデント・アクシデント報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。終了した報告書は、報告書の記載日の翌日から5年間保管する。

(医療事故の報告)

第20条 院内における報告の手順と対応

(1) 医療事故が発生した場合は、以下のとおり直ちに報告する。

- | | | |
|--|---|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ア 診療部：医局員→医長→診療部長 イ 薬剤部：薬剤師→薬剤科長→薬剤部長 ウ 看護部：看護師→看護科長→看護次長・部長 エ 診療技術部：各職員→所属科長→診療技術部長 オ 経営管理部：各職員→所属課長→経営管理部長 | } | 医療安全管理者 → 副院長 |
|--|---|---------------|

(2) 医療安全管理者は直ちに副院長へ報告し、受けた事項について、委員会に報告するとともに、事故の重大性等を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認められた事案は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

(3) 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合においては、医師、薬剤師、看護師、各診療技術部、経営管理部職員は、それぞれ、医長、薬剤科長、看護科長、各診療技術科長、総務課長に直ちに連絡が出来ない場合は、直接、診療部長又は副院長、薬剤部長、看護部長、診療技術部長、経営管理部長に報告する。

2 院内における報告

報告は、別に定める所定の書式により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。なお、医療事故報告書の記載は、①事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、②その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場長が行う。

インシデント・アクシデントレポートの記載は、電子カルテ内システム「ファントルくん」で入力とし、個人情報保護法に基づき行う。

3 保健所、警察等外部への報告

(1) 次項に規定する医療事故が発生した場合、院長へ報告の上速やかに保健所等外部機関へ報告する。

(2) 報告を要する医療事故の範囲

- ア 当該行為によって患者を死に至らしめ、または死に至らしめる可能性があるとき（レベル5相当）
- イ 当該行為によって患者に重大若しくは不可逆的障害を与え、または与える可能性があるとき（レベル4相当）
- ウ その他患者等から抗議を受けたケースや医事紛争に発展する可能性があるとき認められるとき

(3) 警察への報告を行うにあたっては、事前に患者又は家族等に説明を行う。

4 医療事故報告書の保管

医療事故の報告書については、医療安全管理室において、報告書の記載日の翌日から5年間保管する。

(患者・家族への対応)

第21条 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、明らかになっていない事実を逐次説明する。

- 2 患者及び家族に対する事故の説明等は、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。ほか、状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者等も同席して対応する。

(事実経過の記録)

第22条 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。

- 2 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。
 - (1) 初期対応が終了次第、速やかに記載すること
 - (2) 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと
 - (3) 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）

(医療安全管理のための職員研修)

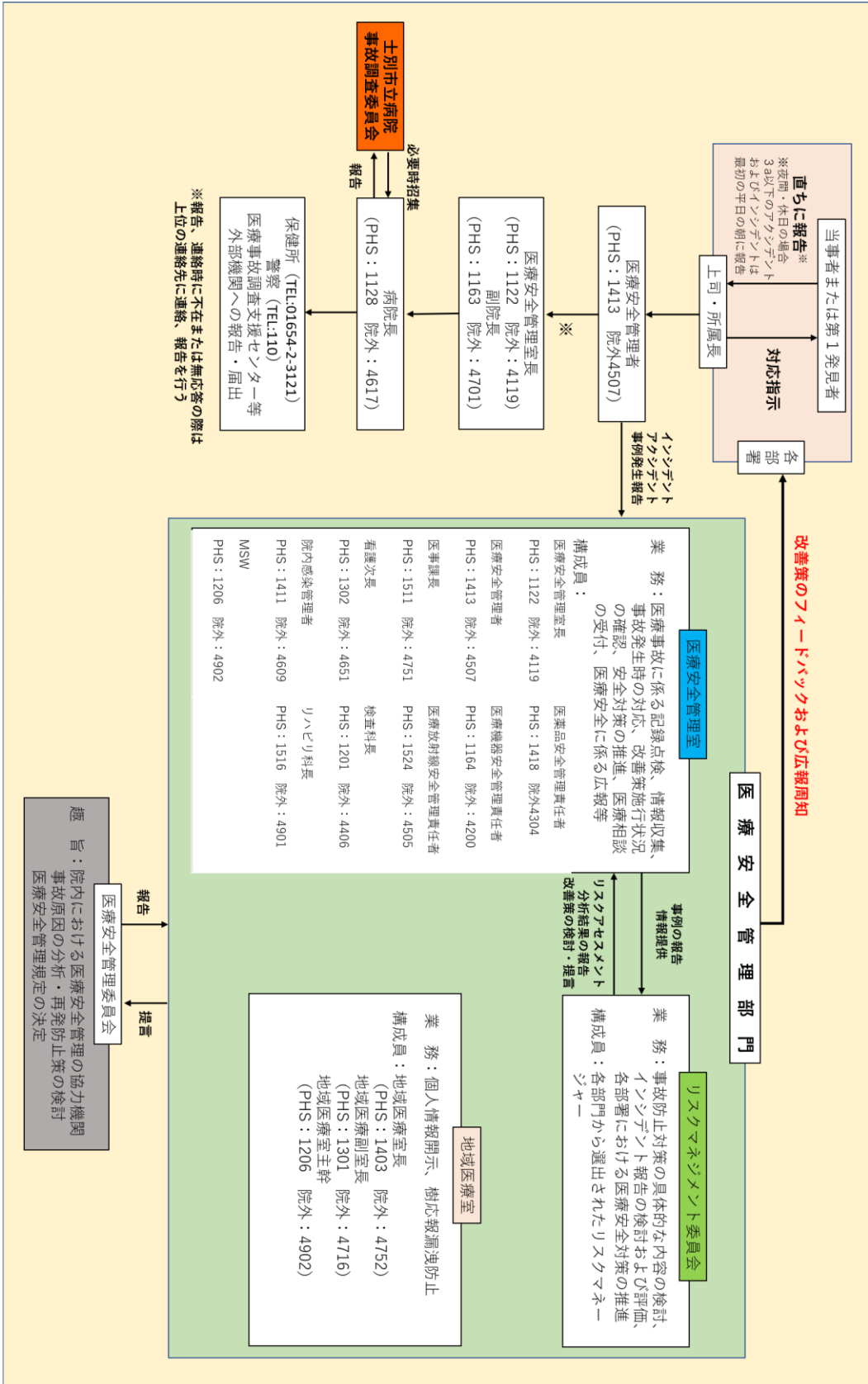
第23条 個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

- (1) 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする
- (2) 医療に関わる場所において業務に従事するものとする
- (3) 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する
- (4) 実施内容について記録を行う

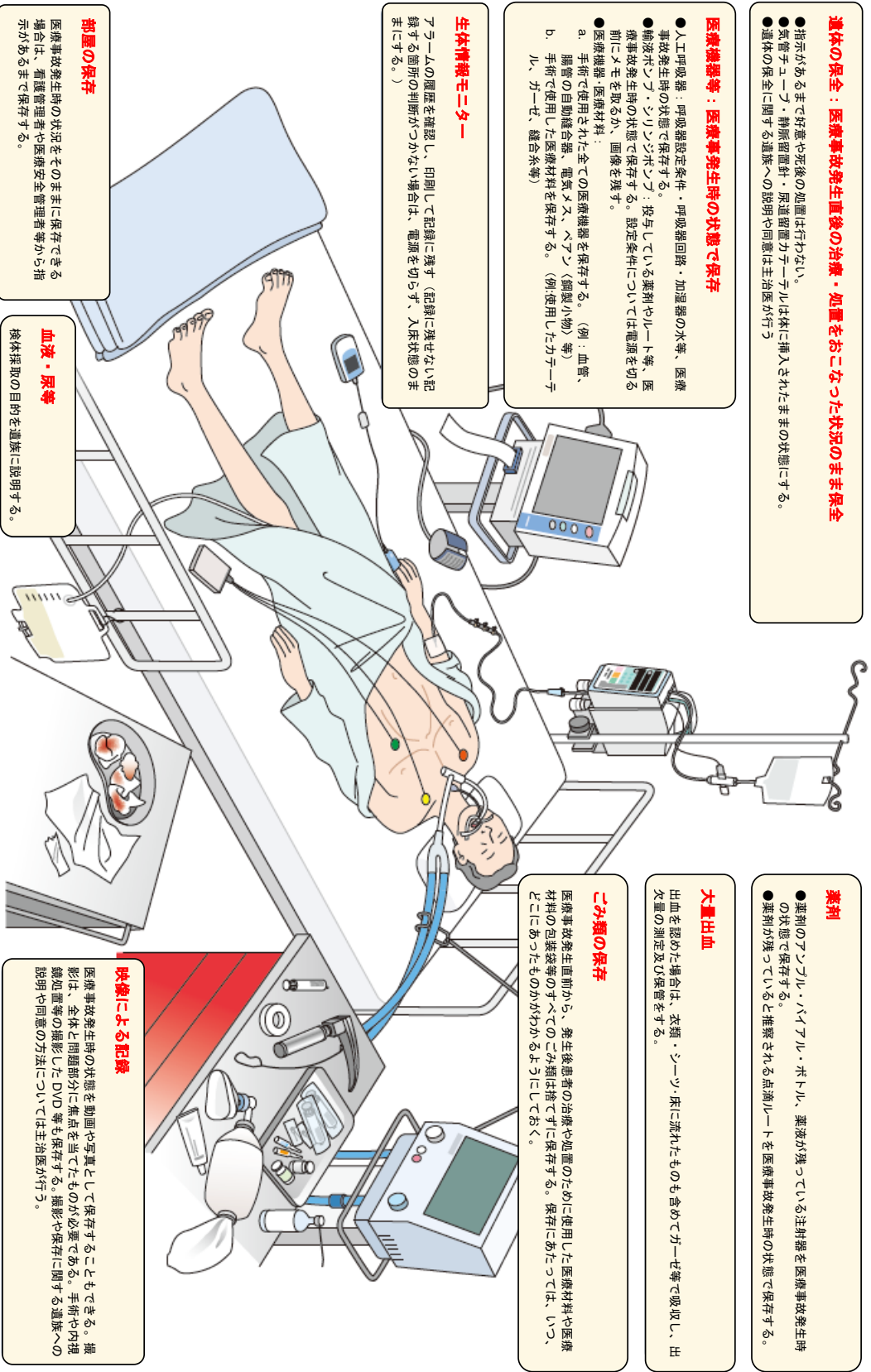
平成	28年	4月	作成
令和	4年	4月	改訂
令和	5年	4月	改訂
令和	6年	4月	改訂

2 医療安全管理体制に関する事故報告フローチャート

2-1 事故発生時の報告フローチャート



2-2 現場の保全



遺体の保全：医療事故発生直後の治療・処置をおこなった状況のまま保全

- 指示があるまで好意や死後の処置は行わない。
- 気管チューブ・精脈留置針・尿道留置カテーテルは体に挿入されたままの状態にする。
- 遺体の保全に関する遺族への説明や同意は主治医が行う

医療機器等：医療事故発生時の状態で保存

- 人工呼吸器：呼吸器設定条件・呼吸器回路・加湿器の水等、医療事故発生時の状態で保存する。
- 輸液ポンプ・シリンジポンプ：投与している薬剤やルート等、医療事故発生時の状態で保存する。設定条件については電源を切る前にメモを取るか、画像を残す。
- 医療機器・医療材料：
 - a. 手術で使用された全ての医療機器を保存する。（例：血管、腸管の自動縫合器、電気メス、メス（鋼製小物）等）
 - b. 手術で使用した医療材料を保存する。（例：使用したカテーテル、ガーゼ、縫合糸等）

生体情報モニター

モニターの履歴を確認し、印刷して記録に残す（記録に残せない記録する箇所の判断がつかない場合は、電源を切らず、入床状態のままにする。）

薬剤

- 薬剤のアンフル・バイアル・ボトル、薬液が残っている注射器を医療事故発生時の状態で保存する。
- 薬剤が残っていると推察される点滴ルーートを医療事故発生時の状態で保存する。

大量出血

出血を認めた場合は、衣類・シーツ・床に流れたものも含めてガーゼ等で吸収し、出血量の測定及び保管をする。

ごみ類の保存

医療事故発生直前から、発生後患者の治療や処置のために使用した医療材料や医療材料の包装袋等のすべてのごみ類は捨てずに保存する。保存にあたっては、いつ、どこにあったものがわかるようにしておく。

部屋の保存

医療事故発生時の状況をそのままに保存できる場合は、看護管理者や医療安全管理者等から指示があるまで保存する。

血液・尿等

検体採取の目的を遺族に説明する。

映像による記録

医療事故発生時の状態を動画や写真として保存することもできる。撮影は、全体と問題部分に焦点を当てたものが必要である。手術や内視鏡処置等の撮影したDVD等も保存する。撮影や保存に関する遺族への説明や同意の方法については主治医が行う。

保存の例

体内に挿入・留置されているカテーテル類

1



(胸腔ドレーン)

2



(胃管チューブ)

5

各種のモニター記録



(心電図 *印刷する)

6

関連が疑われる医療機器と操作記録



(輸液ポンプ)

3

関連が疑われる薬剤



(注入薬)

4

関連が疑われる医療材料



(注射薬・空アンプル)



(処置に使用した物品)



7

通信記録



(ナースコール履歴)

8 検体の保存



(尿)

9

関連が疑われる状況



(点滴刺入部)

10 ごみ類



(ごみ箱)

6月12日 2:00
処置室

(ラベリングの例)

日本医師会 研修ワークブック院内調査の進め方 (P13) より一部引用

2-3 医療事故発生時の初期対応フローチャート

当事者(発見者)	看護スタッフ	主治医(担当医)	所属長	看護部長・次長 診療部長	医療安全管理者	経営管理部	副院長(委員長) 事故調査委員会	院長	
予 期 で き な い 医 療 事 故 の 発 生									
<ul style="list-style-type: none"> 事故発生を認識 リーダーNSに報告 Drに報告 家族に連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 当事者より応援要請・報告を受ける 担当医/当番医へ報告 家族に連絡 <連携を取って行う> 	<ul style="list-style-type: none"> 担当医は報告を受け現場へ急行 主治医到着まで時間がかかる場合、当直医師に報告し対応する 							
患者の救命処置を実施									
	<ul style="list-style-type: none"> 上司に連絡する 関連部署に連絡する ※上司が不在の場合は医療安全管理者へ連絡する 	<ul style="list-style-type: none"> 上司に報告する 	<ul style="list-style-type: none"> 報告を受け、状況を把握する 関連部署への報告 ①医療安全管理者 ②不在時 副院長または院長 		<ul style="list-style-type: none"> 報告を受け、状況を把握する 関連部署への報告 ①院長 ②副院長(院内事故調査委員長) ③医療安全管理室長 ④経営管理部長 	医療安全管理者から報告を受ける			<ul style="list-style-type: none"> 医療スタッフに指示をする ①救命 ②家族対応 ③当事者サポート
事故の事実確認と記録 ・事故の事実の確認及び、時系列で記録する									
		患者、家族への対応							
現場の保全及び全ての物品の保全(2-2参照)				現場保全・物の保存指示					
<ul style="list-style-type: none"> 機器のデータ等を消さずに保管 	<ul style="list-style-type: none"> 部屋にある物は全て保管する 		<ul style="list-style-type: none"> 現場を保全する 現場の写真をとる 						
		状況把握・確認 ①患者の状態、何が起きたか							
			<ul style="list-style-type: none"> 現状を報告する 		<ul style="list-style-type: none"> 職場長より現状の報告を受ける 				
		<ul style="list-style-type: none"> 経緯と今後の病態に対する予測と治療方針について説明 今後全力を挙げて治療を行うことを伝える 説明内容を記録 	<ul style="list-style-type: none"> 家族来院の報告を受ける 医師の説明の同席する 説明中に理解できないことや質問はないか家族に確認する 	家族に精神的サポート					
事故の事実確認					<ul style="list-style-type: none"> 関係者へのヒアリング 現場に行って調査 記録の確認 				
					<ul style="list-style-type: none"> ヒアリング後、確認できた事故に関する事実を副院長・院長に報告する 	事故の詳細について医療安全管理者から報告を受ける			
				<ul style="list-style-type: none"> 事故の要因が他部署・部門に関連する場合の点検を指示 				<ul style="list-style-type: none"> 事故の要因が他部署・部門に関連する場合の点検を指示 	
				<ul style="list-style-type: none"> 家族への対応を指示 	中間管理職のサポート				
			<ul style="list-style-type: none"> 家族への指示を受ける 家族への対応をする 	<ul style="list-style-type: none"> 患者、家族への対応について職場長に指示をする 					
<ul style="list-style-type: none"> 不安なことは躊躇せずに話す場合には勤務から離れる 			当事者のサポート		<ul style="list-style-type: none"> 部署運営 ①勤務人数 ②物品 ③入院患者コントロール 	<ul style="list-style-type: none"> 事故事実の詳細なまとめに対しアドバイスを行う 			
			<ul style="list-style-type: none"> 当事者サポートの調整 病棟運営 ①部署の業務遂行の判断 ②職員の勤務調整 	事実を確認し、今後の対応について確認していく					
			<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族への事故内容説明について確認 困ったことがあれば職能団体に相談する 	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族への事故内容説明について確認 	<ul style="list-style-type: none"> 顧問弁護士に相談する 	<ul style="list-style-type: none"> 説明内容確認 ①医療過誤の是非 ②有害事象原因がわかっている場合は説明する ③明らかでない場合は不明と説明する 	<ul style="list-style-type: none"> 説明内容確認 顧問弁護士に相談する 		
組織管理者による緊急会議を開催									
* 外部機関への届け出(義務・任意報告があるので確認して決定する) 届出先： 所轄の警察 所轄の保健所 医療事故支援センター									
警察への届出									
* 警察への届け出(届出義務は、異常死亡にかんしては、医師法21条に基づき24時間以内に警察に届ける義務がある) * 証拠としての記録を準備する ・会議録 ・決定事項記載 ・内部文書と公文書を明確にする									



3 医療安全管理者の業務指針

士別市立病院医療安全管理規定に基づき、医療安全管理者に対する必要な事項を定め、安全文化の醸成を促進するために次の業務を行う。

3-1 安全管理体制の構築

医療安全管理者は安全管理体制の構築のために、医療事故防止・安全かつ適切な医療を提供するために院内の安全管理を行う。

- 1) 医療安全管理委員会の運営に参画する
- 2) リスクマネジメント委員会の運営に参画する
- 3) 安全管理に関する基本的な考えや、安全管理に関する組織体制等基本的事項等について明示しマニュアルの作成、及び改定を行う
- 4) 医療安全確保のための各部署との調整を図る
- 5) 感染管理、医薬品安全管理、医療機器安全管理、医療放射線安全管理の責任者と相互に連携して医療安全対策を進める

3-2 医療安全に関する職員への教育・研修の実施

職種横断的な医療安全活動の推進や、部門を超えた連携に考慮し職員教育・研修の企画、実施、実施後の評価と改善を行う。

- 1) 研修は年2回全職員を対象にとして実施・評価をする
- 2) 研修は実際の事例を用いて、対応策を導き出せる内容とする
- 3) 企画に際しては、現場の職員だけでなく患者・家族、各分野の専門家等の外部講師を選定するなど、対象および研修の目的に応じたものとする
- 4) 研修について考慮する事項
 - (1)研修の対象者
 - a.職種横断的な研修か、限定した職種への研修か
 - b.部署・部門を横断する研修か、部署及び部門別か
 - c.職種別の研修か、経験年数別の研修か
 - (2)研修時間とプログラム
 - a.研修の企画においては、対象者や研修内容に応じて開催時刻を考慮する

- b. 全員への周知が必要な内容については、複数回の実施やビデオ研修等により全員が何らかの形で受講できるようにする
- c. 研修への参加状況、参加者の意見、反応等を把握し、研修の企画・運営の改善に活かす

(3) 研修内容

- a. 医療の専門的知識や技術に関する研修
- b. 心理学・人間工学・労働衛生など、他分野から学ぶ安全関連知識や技術に関する研修
- c. 法や倫理の分野から学ぶ医療従事者の責務と倫理に関する研修
- d. 患者、家族や事故の被害者から学ぶ医療安全に関する研修
- e. 医療の質の向上と安全の確保に必要な知識と技術に関する研修
- f. 患者、家族、医療関係者間での信頼関係を構築するためのコミュニケーション能力の向上のための研修

(4) 研修実施後は参加者の反応や達成度等についての評価を行い、改善を行う

3-3 情報の収集

1) 院内情報

- ・ インシデント・アクシデントレポートの分析
- ・ 患者相談窓口などを通して寄せられた患者、家族からの相談・苦情（地域連携室と連携する）
- ・ 医療安全に関する各部門や部署の情報収集、実態調査、分析
- ・ 院内ラウンドによる監視

2) 院外情報

- ・ 各種メディアやインターネットなどの医療安全に関する報道
- ・ 医療安全に係る情報を発信している専門機関からの情報

3-4 事例分析

インシデント・アクシデントレポートから収集した医療事故及び再発防止に資する事例について、分析を行うとともにリスクマネージャーに対する支援を行う。

- 1) インシデント・アクシデント報告内容の種類・発生状況（場所・時間・人員環境・連携等）

- 2) 事例の事実確認をする

3-5 対応策の立案

事例分析とともに医療安全に関する情報・知識を活用し、医療安全確保のため対応策を立案する。また、必要に応じて院内関係者と協力して事故の内容や緊急性に応じて適宜対応策を立案できる体制を構築する。

- 1) 本院の組織として対応可能であること
- 2) 院内の組織目標と矛盾しない事
- 3) 対応策に根拠があり信頼性がある事
- 4) 管理者や職員が受け入れ可能であること
- 5) 実施上大きな問題がなく、実施時期が適切であること
- 6) 有効な解決策であり、結果が評価、測定可能であること

3-6 フィードバック・評価

- 1) 定期的な院内ラウンドにより、医療安全対策の実施状況を把握し必要時指導する
- 2) 実施策に関する評価、指導を行う
- 3) マニュアルの作成および点検ならびに見直しを行う
- 4) 医療安全に関する職員への啓発・広報・周知を図る

3-7 医療事故への対応

事前に事故発生に備えて対応を検討するとともに、医療事故が発生した場合は病院長指示のもと院内の関係者の事故対応について支援を行う。また、事故によって生じる他の患者への影響拡大を防止するための対応策を行う。

- 1) 事故発生前の対応策
 - ・職員に対して事前に時間内・外の初動連絡網を整備して周知する
- 2) 事故発生時の対応策
 - ・事故発生時、以下の通り対応する
 - ・現場からの一報に基づき、一時的な対応指示を行う
 - ・現場確認が必要な場合はできるだけ速やかに現場に行き、関係者から詳細な事実確認を行う

- ・ 病院長、副院長、経営管理部長、看護部長へ報告し、必要に応じて関係機関への報告を行う
- ・ 主治医、所属長とともに患者および家族への説明と理解に努める

3-8 再発防止

事故後に収集された事故調査報告や対応策立案の協力を行う。

3-9 安全文化の醸成

職員からのインシデント・アクシデントレポートや事故情報が遅滞なく報告され、医療安全委員会において原因分析が行われ、必要な対応策が検討、実施され現場に活かされるよう全職員へ働きかける。

提供された情報が適切に活かされている事例の紹介などにより意識的に医療安全文化が醸成されるよう努める

平成	28	年	9	月	作成
平成	28	年	11	月	改訂
平成	29	年	6	月	改訂
令和	2	年	4	月	改訂
令和	3	年	4	月	改訂

4 士別市立病院事故調査委員会の設置

4-1 委員会設置の背景

2014年（平成26年）の医療法改正（平成27年10月1日施行）により、「医療の提供に起因（疑い）する死亡かつ予期せぬ事故」について「医療事故調査・支援センター」に報告するとともに「遺族への説明」、「必要な調査」が義務付けられた。

これに従い、本院に「事故調査委員会」についての要綱が無いことから、新たに設置する。

4-2 士別市立病院事故調査委員会設置要綱

（目的）

第1条 この要綱は、医療法第6条の10に定める「医療事故（士別市立病院に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産のうち死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この要綱において同じ）」が発生した際、同法6条の11に基づき原因を明らかにするため必要な事項を定めるものとする。

（事故調査委員会の設置）

第2条 士別市立病院において医療事故に該当すると疑われる事例が発生時した場合、院長は関係者を招集し「緊急対策会議」を開催のうえ、必要と判断したときは、事故調査委員会（以下、「委員会」という）を設置する。

（所掌事項）

第3条 委員会は院長の命を受け、当該医療事故に関する次の事項を所掌する。

- （1）事実関係の調査と記録の作成・保管に関すること
- （2）医療事故調査・支援センターへの報告に関すること
- （3）医療事故の原因究明・調査に関すること
- （4）患者・家族等への対応の検討に関すること
- （5）その事例に関する病院としての方針（初期、長期）の決定に関すること
- （6）その他事故調査に関すること

2 前項で所掌された結果は速やかに院長へ報告する。

(組織)

第4条 委員会は、次に掲げる者で構成する。

- (1) 副院長
- (2) 医療安全管理室長
- (3) 医療安全管理者
- (4) 看護部長
- (5) 経営管理部長
- (6) 薬剤科長
- (7) 外部委員（必要に応じて院長が指名する）

2 前項第1号から第5号の委員が、当該医療事故に直接関係する場合は、当該医療事故を扱う委員会の審議に参加することができない。

3 前項の場合において、院長が必要と認めた場合には、臨時の委員を指名することができる。

4 委員の任期は、当該委員会発足日から任務の完了する日までとする。

(委員長)

第5条 委員会に委員長を置き、委員長は第4条第1項第1号から第6号の委員の中から院長が指名する。

- 2 委員長は委員会を招集する。
- 3 委員長は会務を総括し、委員会を代表する。
- 4 委員長に事故あるときは、院長の指名する委員が職務を代理する。

(意見聴取等)

第6条 委員会は、必要と認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、意見を聴き、または資料の提出を求めることができる。

(秘密の保持)

第7条 委員は、当該委員会の委員として知り得た事項に関しては、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、医療安全管理室において処理する。

(その他)

第9条 本規定に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項に関しては、院長が別に定める。

5 対象となる事例

資料 1

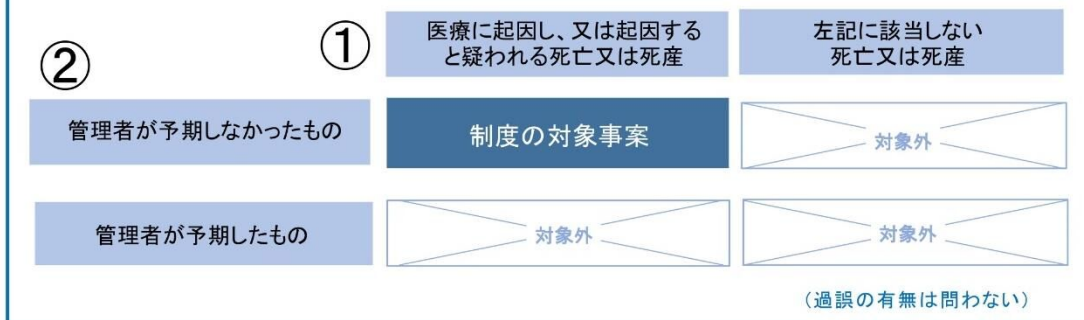
● 医療事故の定義

「医療法 第6条の10」の規定で、次のように定められています。

『病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。』

● 医療事故調査における「医療事故」の範囲

本制度における「医療事故」の範囲は、①「医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産」であつて、②「当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」です。発生した有害事象(死亡事例)が①、②の2つとも満たす死亡または死産が報告の対象に該当します。



上の①・②について厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)および医療法第6条の10第1項に規定する省令では、以下のようになっています。

① 医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産

医療に起因し、又は起因すると疑われるもの

- 「医療」に含まれるものは制度の対象であり、「医療」の範囲に含まれるものとして、手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為(検査、医療機器の使用、医療上の管理など)が考えられる。
- 施設管理等の「医療」に含まれない単なる管理は制度の対象とならない。
- 医療機関の管理者が判断するものであり、ガイドラインでは判断の支援のための考え方を示す。

死産について

- 死産については「医療に起因し、又は起因すると疑われる、妊娠中または分娩中の手術、処置、投薬及びそれに準じる医療行為により発生した死産であつて、当該管理者が当該死産を予期しなかったもの」を管理者が判断する。
- 人口動態統計の分類における「人工死産」は対象としない。

厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発0508第1号)

資料 2

「医療に起因する(疑いを含む)死亡又は死産」の考え方

「医療」(下記に示したものに)起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産(①)	①に含まれない死亡又は死産(②)
<p>○ 診察</p> <ul style="list-style-type: none"> - 徴候、症状に関連するもの <p>○ 検査等(経過観察を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 検体検査に関連するもの - 生体検査に関連するもの - 診断穿刺・検体採取に関連するもの - 画像検査に関連するもの <p>○ 治療(経過観察を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 投薬・注射(輸血含む)に関連するもの - リハビリテーションに関連するもの - 処置に関連するもの - 手術(分娩含む)に関連するもの - 麻酔に関連するもの - 放射線治療に関連するもの - 医療機器の使用に関連するもの <p>○ その他</p> <p>以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> - 療養に関連するもの - 転倒・転落に関連するもの - 誤嚥に関連するもの - 患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの 	<p>左記以外のもの</p> <p><具体例></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設管理に関連するもの <ul style="list-style-type: none"> - 火災等に関連するもの - 地震や落雷等、天災によるもの - その他 ○ 併発症 (提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患) ○ 原病の進行 ○ 自殺(本人の意図によるもの) ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> - 院内で発生した殺人・傷害致死、等

※1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。
 ※2 ①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。

厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発 0508 第1号)

② 「当該死亡又は死産を予期しなかったもの」の考え方について

医療法第6条の10第1項に規定する厚生労働省令で定める死亡又は死産は、次の各号のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。

- (1) 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該医療の提供を受ける者又はその家族に対して当該死亡又は死産が予期されることを説明していたと認めたもの
- (2) 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されることを当該医療の提供を受ける者に係る診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
- (3) 病院等の管理者が、当該医療を提供した医療従事者等からの事情の聴取及び第1条の11第1項第2号の委員会からの意見の聴取(当該委員会を開催している場合に限る。)を行った上で、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産を予期していたと認めたもの

医療法施行規則 第1条の10の2

上記の解釈について

- 省令第1号及び第2号に該当するものは、一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること。
- 患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第1条の4第2項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること。

厚生労働省医政局長通知(平成27年5月8日医政発 0508 第1号)

附 則

この要綱は、平成 27 年 10 月 1 日より施行する。

この要綱は、平成 28 年 12 月 1 日より改訂する。

この要綱は、平成 31 年 2 月 1 日より改訂する。

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日より一部改訂する。

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日より一部改訂する。

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日より一部追加する。

5 インシデント・アクシデント事例

5-1 インシデント・アクシデント発生時に記録すること

<インシデント・アクシデント発生時に記録すること>

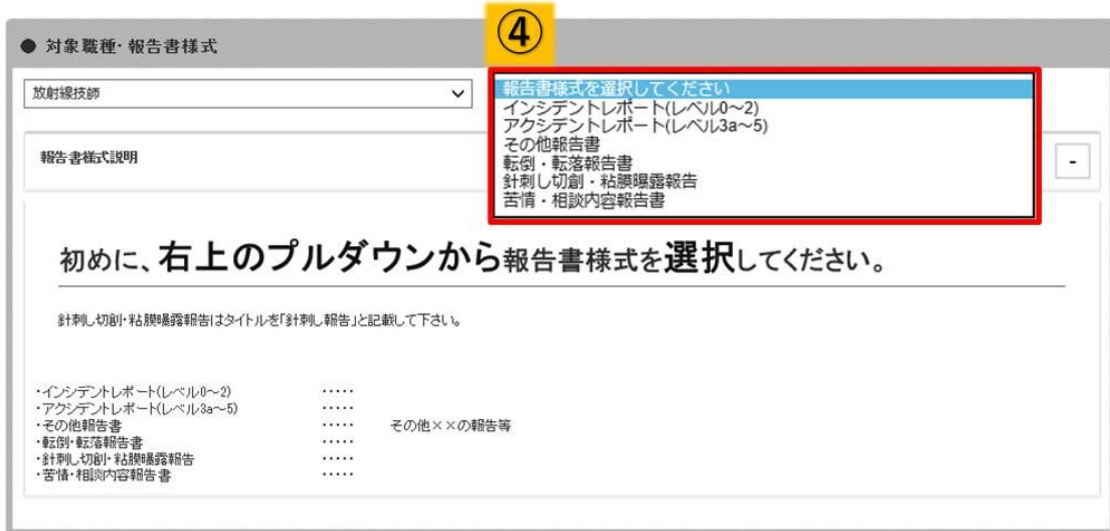
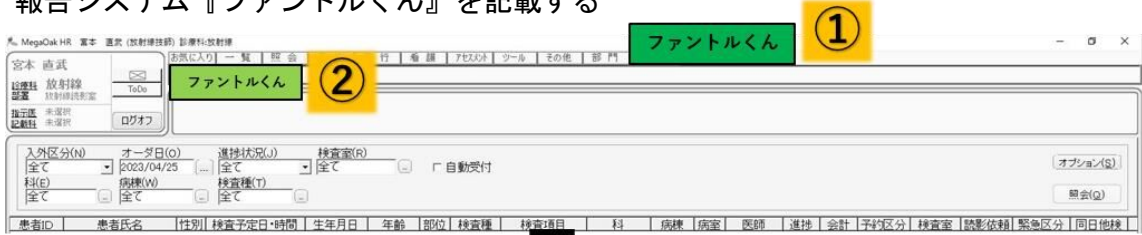
1. 発生前の巡視時の状況から時系列記録する。
 - 1) 発生・発見時間と場所
 - 2) 状況（客観的事実）
 - 3) 対策をしていた場合は対策内容（体動センサーの使用、ベッド柵など）
 - 4) 必要な観察項目
 - 5) 事故後の対応
 - 6) 患者への説明、患者の反応
 - 7) 事故後の経過
 - 8) 医師への報告時間
 - 9) 医師の到着時間
 - 10) 医師の指示内容
 - 11) 患者、家族への説明の有無
 - 12) 今後の対策及びアセスメント
2. 発生後の経過、継続事項を記録（または計画立案、修正）し、次に引き継ぎ、途切れないようにする
3. 経過記録表の場合、看護記録に記入する。
（状況に応じ、継続事項を観察項目に追加するなど）

<ジャパン・コーマ・スケール(JCS)>

Ⅲ.	刺激しても覚醒しない	3桁の点数
	痛刺激にまったく反応しない	300
	痛刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめたりする	200
	痛刺激に対し、払いのけたりする	100
Ⅱ.	刺激すると覚醒する	2桁の点数
	痛刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて覚醒する	30
	大きな声または身体を揺さぶると開眼する	20
	普通の呼びかけで開眼する	10
Ⅰ.	刺激しないまでも覚醒している	1桁の点数
	自分の名前・生年月日が言えない	3
	見当識障害がある	2
	意識清明とは言えない	1

5-2 インシデント・アクシデント報告方法

電子カルテにログインし、下記の①～④の項目に沿ってインシデント・アクシデント報告システム『ファントルくん』を記載する



5-3 インシデント・アクシデント発生内容確認フローチャート

①報告書の選択	②事故概要	③種類	④場面
・ インシデント ・ アクシデント ・ その他 ・ 転倒、転落 ・ 針刺し切創 粘膜暴露	薬 剤	・ 薬剤・製剤の種類	・ 処方・調剤 ・ 製剤管理 ・ 与薬準備・与薬
	輸 血		・ 処方・輸血検査 ・ 放射線照射 ・ 輸血準備 ・ 輸血実施
	治療・処置	・ 手術・麻酔・分娩、人工妊娠中絶 ・ その他の治療・一般的処置・緊急措置	・ 指示 ・ 管理 ・ 準備 ・ 実施
	医療機器等	・ 人工呼吸器・麻酔器・除細動器・ペースメーカー ・ 血液浄化用機器・内視鏡・心電図、血圧モニター ・ 高気圧酸素療法装置・酸素療法機器・人工心肺 ・ IABP・輸血、輸液ポンプ・パルスオキシメーター・など	
	ドレイン チューブ	・ 中心静脈ライン・動脈ライン・気管カニューレ ・ 尿道カテーテル・腹腔ドレイン・皮下持続吸引ドレイン ・ 血液浄化用カテーテル、回路・末梢静脈ライン ・ 気管チューブ・栄養チューブ（NG・ED）・三方活栓 ・ 胸腔ドレイン・脳室、脳槽ドレイン・硬膜外カテーテル	
	検 査	・ 検体採取・生理検査・画像検査 ・ 内視鏡・機能検査	
	療養上の世話	・ 療養上の世話（介助者がいるもの） ・ 療養上の場面（患者が単独で行ったもの） ・ 給食、栄養（介助者がいるもの）	・ 計画又は指示 ・ 管理、準備、実施
	食 事	・ 配膳・異物混入・窒息・誤指示	・ 誤配膳・遅配膳 ・ 未配膳
その他	自由入力形式 例）・ 禁止品持ち込み・離院、離棟・自傷、過失・受傷 ・ 電話トラブル・診察中トラブル、患者間トラブル ・ 窓口対応トラブル・院内器具設備の破損 ・ 自殺企画・医療機器の破損、故障・など		

原因に対する分析	項 目	
発見者行動に係る要因	・ 不可効力 ・ 観察を怠った ・ 確認を怠った ・ 判断を誤った	・ 記録などの不備があった ・ 患者への説明が不十分であった（怠った） ・ 報告が遅れた（怠った） ・ 連携ができていなかった
ヒューマンファクター	・ ファクターなし ・ 気持ちのあせり ・ 手順を守らなかった ・ 知識が不足していた	・ 技術、手技が未熟だった ・ 通常とは異なる身体的条件下にあった ・ 通常とは異なる心理的条件下にあった ・ 勤務状態が繁忙だった
環境の問題	・ 医薬品の問題 ・ 医療機器の問題 ・ 諸物品の問題	・ コンピューターシステムの問題 ・ 施設、設備の問題 ・ 患者側の問題
その他	・ ルールの不備 ・ 仕組みに問題があった	・ 教育、訓練に問題があった

5-4 患者影響事故レベル分類表

患者影響事故レベル分類表				
事故分類項目				
	影響度レベル		障害の継続性	障害の程度
インシデント	レベル0	0a	-	・間違ったことが発生、あるいは医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
		0b		・レベル0の状況であるが、実施されていたら、「レベル4・5」が予想される
	レベル1		なし	・事故による患者への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある ・観察を強化し、心身への配慮の必要性が生じた
	レベル2		一過性	軽度 ・事故により患者観察の強化の必要性と、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査等の必要性を生じた ・処置や治療は行わなかった
アクシデント	レベル3	3a	一過性	中等度 ・事故により、簡単な処置や治療の必要性が生じた(消毒・湿布・皮膚の縫合・鎮痛剤の与薬) ・麻薬事故(インシデントレベル1、2)についてはレベル3aに含める
		3b		高度 ・事故により、濃厚な処置や治療の必要性が生じた。(本来必要でなかった治療や処置) (バイタルサインの高度変化、手術、人工呼吸器の装着、骨折、入院日数の延長、外来患者の入院等)
	レベル4	4a	永続的	軽度～中等度 ・事故により、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
		4b		中等度～高度 ・事故により、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を伴う
	レベル5		死亡	・事故が死因となった (原疾患の自然経過によるものを除く)
その他				・医薬品、物品などの紛失・破損 ・医療従事者に発生した事態等(針刺し、粘膜暴露)

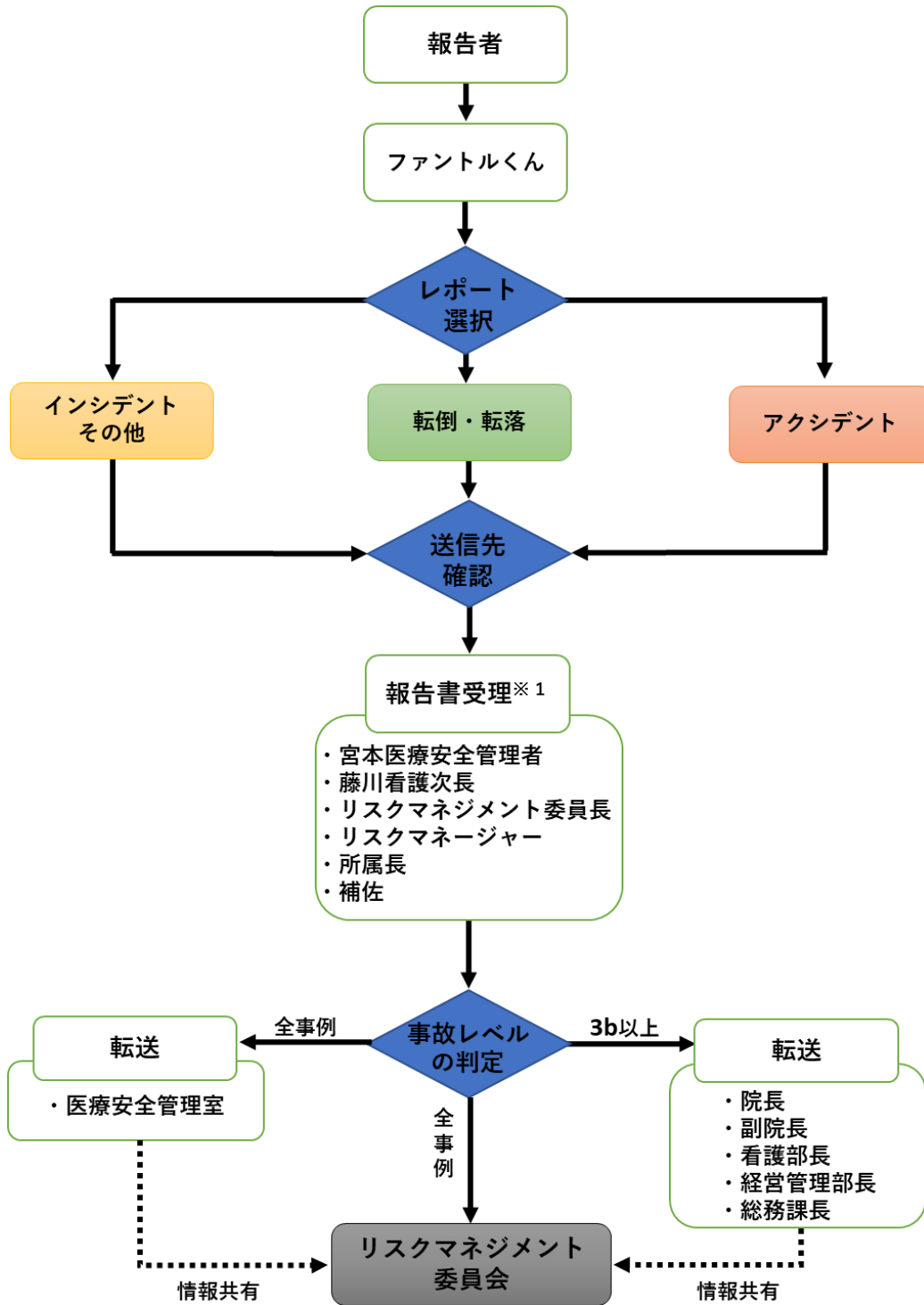
5-5 インシデント・アクシデントレポートの報告期限

エラーを起こした職員または発見した職員は、速やかに所属部署の上司またはリスクマネージャーに報告し、インシデント・アクシデントレポートをシステム画面^{※注}から入力する。報告期限は事故レベルに応じて下記に記載する。

事故レベル	報告先	報告期限	提出期限
レベル0a~1	所属長 (リスクマネージャー)	72 時間以内	1 週間以内
レベル2~3a	主治医・所属長	24 時間以内	72 時間以内
レベル3b	主治医・所属長 看護次長	直ちに一報 処置後報告	48 時間
レベル4a~4b	主治医・所属長 医療安全管理者 看護次長・部長	直ちに一報 処置後報告	速やかに
レベル5	主治医・所属長 医療安全管理者 看護次長・部長 副院長・院長	直ちに一報 救命措置後報告	速やかに
その他	所属長 (リスクマネージャー)	72 時間以内	1 週間以内

報告の順序は【医療安全管理体制に関する事故報告フローチャート】に準ずる。

5-6 インシデント・アクシデントレポートの報告フローチャート



※毎月第1火曜日16時30分～

この規則は、令和4年4月1日より施行する。

令和4年10月1日より改訂する。

令和5年4月1日より改訂する。

令和6年4月1日より改訂する。

6 患者相談窓口に関する規程

(活動の趣旨)

第1条 士別市立病院医療安全管理規程第14条により、患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するため、地域医療室に患者相談窓口を常設する。

(責任者及び担当者)

第2条 相談窓口の責任者を地域医療室室長とする。

- 2 責任者は、相談窓口の業務を掌り、担当職員を統括する。
- 3 相談窓口の担当者は、医療ソーシャルワーカーが担当する。

(設置場所)

第3条 相談対応を行う場所は2階、地域医療室とする。

(受付時間)

第4条 窓口の受付時間は、原則として診療日の午前9時から午後5時までとする。

(相談後の取扱)

第5条 患者等から苦情・相談を受けた場合の取扱いについては、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 担当者は、別に定める報告書に相談内容等を記載し、責任者に報告する。
- (2) 責任者は、報告を受けた相談内容について精査したうえで、関係する診療科等へその処理について依頼する。
- (3) 前号により依頼を受けた診療科等は、迅速にその解決にあたるものとし、その処理状況を責任者に報告するものとする。
- (4) 関係する診療科等において処理できない場合には、責任者は病院長と相談のうえ、その解決にあたるものとする。
- (5) 責任者は、医療事故再発防止等に有効と判断する相談事例については、病院内に周知徹底し、病院の運営改善に積極的に活用するものとする。

(相談情報の秘密保護)

第6条 責任者及び担当者は、職務上知り得た相談内容等の情報については、関係者以外の者に漏らしてはならない。

(患者や家族等が不利益を受けない配慮)

第7条 責任者は、窓口相談をした患者等が不利益を受けないように適切な配慮をしなければならない。

(報告)

第8条 責任者は、相談内容及びその処理状況等について医療安全管理室医療安全管理者に報告する。

(事務)

第9条 相談窓口業務に関する事務は、地域医療室が担当する。

(雑則)

第10条 この規程に定めるもののほか、相談窓口業務の運営に関して必要な事項は別に定める。

附則

この規程は、平成19年4月1日から施行する。

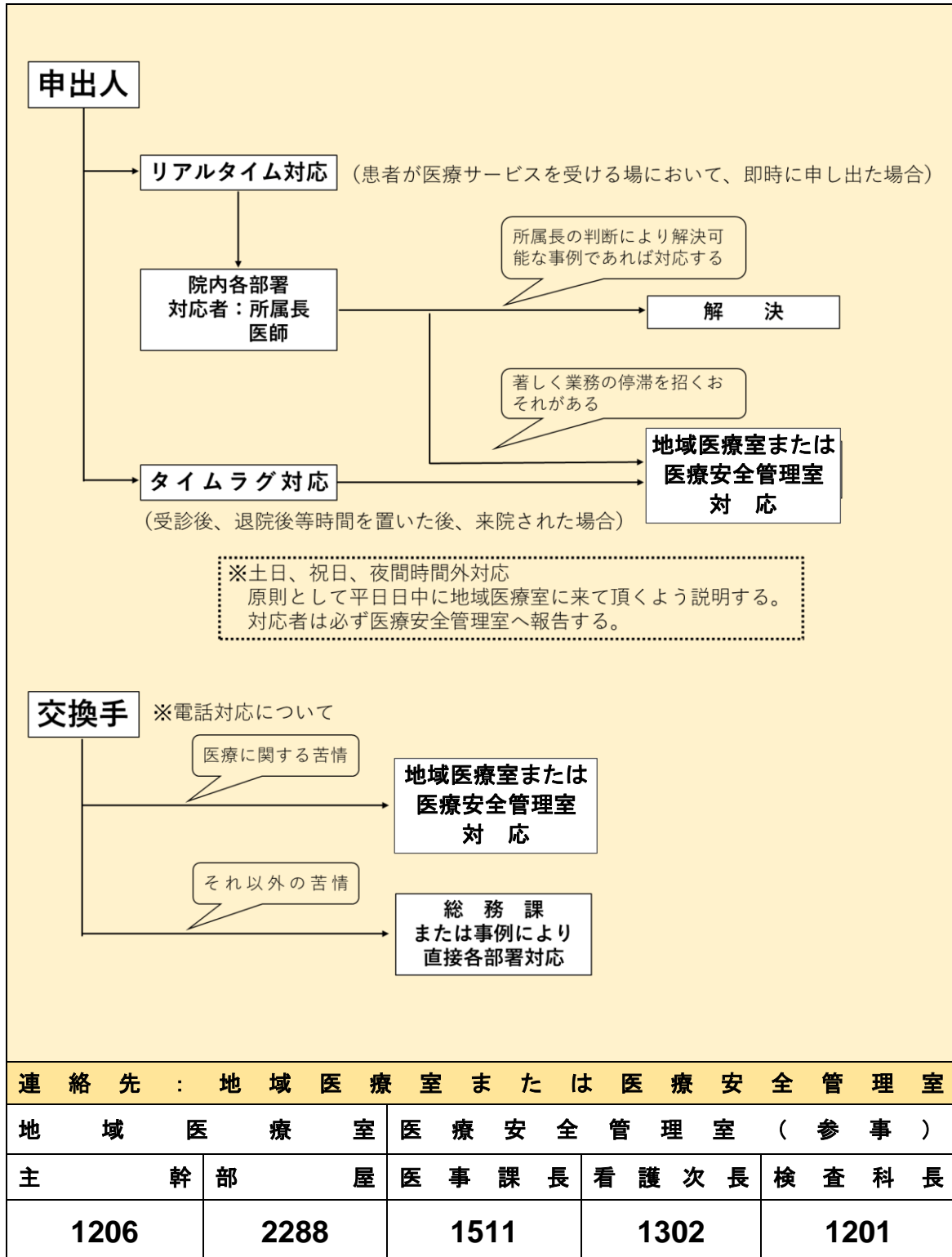
この規程は、平成19年11月1日から改訂する。

この規定は、平成28年11月1日から改訂する。

この規定は、令和4年4月1日から一部改訂する。

7 苦情・相談対応

7-1 苦情・相談対応フローチャート



7-2 苦情・相談内容報告について

電子カルテ端末の「ファントルくん」に報告内容を入力する。報告を受けた医療安全管理室は早期に情報共有するため、関係者へ報告内容を転送（ファントルくん）に加え決裁を回覧すること。

※記入は所属長が記載すること

この規則は、令和4年4月1日より一部改訂する。

令和5年4月1日より一部改訂する。

令和6年4月1日より一部追記する。

8 転倒・転落事故対応

転倒・転落とは、視聴覚障害、脳神経疾患、薬剤の副作用などの内的要因や、住環境、衣類などの外的要因がからみ合った結果、ある動作に何らかのさわりが生じたために発生した事故を言う。不慮の事故のひとつであるが、不可抗力で起こるもの以外は比較的、不穏との関連が強いとも言われる。

転倒・転落事故防止にはアセスメントが重要である。特に高齢者は転倒すると骨折する可能性が高く、日常生活への影響が大きくなるため、一度転倒すると、再発防止のために生活行動を制限してしまう傾向がある。従って、対象者のアセスメントを十分に行い安全な転落・転倒対策を実施する事が必要である。

8-1 高齢者外傷の特殊性

転倒・転落における高齢者で特に注意が必要な損傷は頭部外傷、多発肋骨骨折、骨盤外傷である。これは加齢とともに感覚機能や運動機能が低下し、危険に対しての防御能力が低下するため、外傷が生じやすい事が言われている。

1. 頭部外傷の注意点

- 1) 高齢者が若年者に比べ急性硬膜外血腫の頻度が低く、急性硬膜下血腫の頻度が高い。これは加齢による頭蓋内の解剖学的な変化が伴うものとされている。
- 2) 受傷時は会話が可能でも意識レベルの急速な悪化をきたし予後不良な talk & die(deteriorate)は、高齢者の急性硬膜下血腫や脳挫傷に多い。
- 3) 初期診療時に意識清明で CT 上異常所見がなくても、数か月以内に慢性硬膜下血腫を発症することがある。
- 4) 特に高齢者においては直接頭部をぶつけていなくとも、転倒・転落時の衝撃や剪断により、脳表の架橋静脈からの出血により硬膜下血腫をきたす場合がある

2. 肋骨骨折の注意点

- 1) 高齢者は胸壁の変化や骨密度低下のため肋骨骨折のリスクが高い
- 2) 肋骨骨折の本数が多いほど死亡リスクが上昇する

3. 骨盤骨折の注意点

- 1) 入院中の転倒・転落による骨盤骨折は入院期間も長期化し、独立した生活に戻ることが困難となりうる。
- 2) 高齢者は骨密度の低下の他に、血管も脆弱な上に軟部組織が粗であり、骨折が原因における出血が持続しショックとなり得る事があるため注意が必要である。

8-2 薬剤による転倒・転落

1. 薬剤と転倒の関係

現状そのものによる動作障害などに加え、薬剤の与薬により、転倒の危険性が高まる可能性がある。例えば、もともと脱力のある患者に抗不安薬等を与薬した場合や、抗うつ剤等によるパーキンソン症候群などは、新たな転倒の危険性を作り出す事もある。

(表 8-1 参照)。

疾病を抱えた高齢者等では、微妙なバランスの上に日常生活活動が維持されている。薬剤の投与は、そのバランスを整えることもあるが、逆に崩す事もある。また、薬剤の反応も複雑で、さらにいくつもの疾病に罹患していることもあり、投与薬が多剤併用に陥りがちで、そのことにより、転倒リスクが増加すると報告されている。

代謝機能の低下等により、薬剤に対する耐性が低下していることもあり、高齢者への薬剤投与に当たっては、有益性と副作用を吟味した特別な配慮が求められる。

また、近年ベンゾジアゼピン系睡眠薬が転倒リスクを増加させると言われており、特に高齢者への処方では慎重に検討すべきと言われている。当院の不眠・不穏時（入院中）の必要指示は表の通りとなる（表 8-2 参照）

2. 対策

- 1) 危険薬剤の投与例について、常に転倒の可能性を考えて対応する。
- 2) 危険薬剤の投与に際して、特に、高齢者では少量から始めて必要最小限を投与する。また、可能な薬剤では、薬剤血中濃度の測定を行い、過量投与を避ける。必要に応じての薬剤の併用を見直す。
- 3) 転倒があった場合、薬剤の可能性がないか再確認をする。
- 4) 同効薬の中で転倒リスクを伴わない薬剤を選択する。
- 5) 危険度の高い患者をリストアップし対策を考える。
- 6) 転倒・転落リスクの高い患者への、ベンゾジアゼピン（BZ）系薬剤の使用は慎重に行う

3. 転倒後の問題を増悪させる薬剤

- 1) 抗血栓薬（抗凝固剤、抗血小板剤）等は転倒に伴う外傷による出血に注意する。
- 2) 出血は外傷部位、局所からのものにとどまらず、頭蓋内・深部臓器に起こる可能性も考えて観察する。

表 8-1 転倒リスクを増す薬剤

リスクをもたらす副作用	薬剤の種類
脱力 筋緊張低下	筋弛緩剤 抗不安薬
めまい ふらつき	抗不安薬 睡眠薬 抗てんかん薬 麻薬 非麻薬性鎮痛剤 抗がん剤
失神 起立性低血圧	降圧剤 利尿剤 抗うつ剤 向精神薬(睡眠薬除く)
せん妄状態	抗パーキンソン薬 ジキタリス製剤 麻薬 H2拮抗剤 β遮断薬 抗がん剤
視力障害	抗コリン薬 抗てんかん薬
眠気 覚醒水準低下 (集中力・注意力低下)	睡眠薬 抗不安薬 抗てんかん薬 抗ヒスタミン剤 血糖降下剤 麻薬 非麻薬性鎮痛剤
パーキンソン症候群	向精神薬 抗うつ剤 制吐剤 胃腸機能調整薬

表 8-2 当院における不眠・不穏時の必要時指示

不眠・不穏時における必要時指示の統一のお知らせ

変更 2023年11月13日より

※必要時指示の優先順位は①からです
※下記の対応困難の場合は医師へ連絡

不眠時

①デエビゴ錠^{※1} 5mg 1回/1錠

②トラゾドン錠 25mg 1回/1錠 ⇒ 1時間あけて 2回まで

※1:70歳未満であればエズピクソン錠(1mg 1回/1錠)を①と変更可

不穏時

①ペロスピロン錠^{高齢!} 4mg 1回/1錠 ⇒ 1時間あけて 4回まで

②ハロペリドール^{※2} 0.5A 静注/筋注 ⇒ 1時間あけて 2回まで

(0.5A+生食20ml 静注/0.5A筋注)

※2:パーキンソン症等の禁忌であればアタクソP(25mg/1回/静注)を②と変更可

高齢! : 日本老年医学会(編)『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015』高齢者の処方適正化スクリーニングツールで「特に慎重な投与を要する薬剤のリスト」に掲載

8-3 一般防止対策

1. 危険度評価

- 1) 転倒・転落の起きやすい要因を知っておく。
- 2) 既往歴、現象から患者の危険性を正確に把握する。
- 3) 「転倒・転落アセスメントスコアシート」から情報を共有する。
- 4) スタッフ間の連携を強化しチーム全体で共有する。
- 5) 患者の危険だけでなく、病棟の状況も把握しておく（重症患者、緊急入院等）。

2. 説明

- 1) 患者、家族への説明と協力要請
- 2) 入院案内の「転倒・転落防止策」（資料1）の用紙を使い患者・家族に説明を行う。

3. 環境整備

- 1) 病棟内の整理・整頓（障害物の除去、ベッドサイド、サイドテーブル、オーバーテーブル、通路等）、分かりやすい表示

4. 日常の注意事項

- 1) 観察、巡視を密にする。
- 2) 移動中は目を離さない（離れる時は安全の確保をする）。
- 3) 体位変換は原則二人で行う。
- 4) 転倒・転落防止用品の使用。
- 5) 抑制は基準に従い、適切な方法で行う。（身体拘束マニュアルに沿って）
- 6) 危険度評価は繰り返し行う。

表 8-3 転倒転落の発生要因

患者側の要因	
身体的機能	運動・知覚障害、言語・視力・聴覚障害、骨・関節の異常（骨粗しょう症、骨転移、拘縮・変形）筋力低下
精神的機能	理解力・判断力低下、不眠・不穩、多動、徘徊等
活動状況	車椅子、歩行器、杖使用、移動に要介助、点滴類、胃管、ドレーン類、尿カテーテル
薬剤の服用	鎮痛剤・睡眠薬、降圧剤、利尿剤、筋弛緩薬、向精神薬（睡眠薬を除く）等
排泄	障害あり、要介助、頻尿、夜間尿、下痢、ポータブルトイレ使用
当日の状態	発熱、貧血、脱水、腹水、食事摂取量低下、検査後、手術後、リハビリ訓練中、せん妄
今迄の生活状況	過去に転倒、失神、めまい、痙攣発作あり
環境の変化	入院・転入後 10 日以内、ベッド・トイレ・浴室の不慣れ
性格	自立心強い、遠慮深い、我慢強い

環境（施設、設備）の要因

- 環境整備：廊下、ベッドサイド等に障害物、介助バーがない
- ・ ベッド：高さ、大きさの不適、棚の不適切な使用
 - ・ ナースコール、床頭台：位置が不適切
 - ・ 床の状態：滑りやすい、つまずきやすい（清掃中、床の材質、敷物、段差など）
 - ・ 構造、表示：どこに何があるか分かりにくい、暗い（照明の不足）

ケア提供者側の要因

- リスクに対する意識が低い
- ・ 患者の危険度の把握が不十分
 - ・ 監視体制の不備：センサー類不十分、多忙
 - ・ 入院、転入患者へのオリエンテーションが不十分
 - ・ 眠剤投与薬後の注意、観察が不十分
 - ・ 適切な履物・衣服の選択、歩き方の指導が不十分
 - ・ 補助具、ポータブルトイレ、点滴架台の選択や設置場所が不適切
 - ・ 車椅子のストッパー、安全ベルトの装着忘れ、介助運転の不慣れ

5. その他

- 1) 定期的に評価と再発防止検討
- 2) 転倒・転落アセスメントスコアシートを利用する。
- 3) 危険度Ⅰの場合は入院一週間後に再度評価を行う

転倒転落アセスメントスコアシート

項目	観察内容	点数
年齢	<input type="checkbox"/> 65歳以上	2
転倒歴	<input type="checkbox"/> 転倒・転落したことがある(入院前・入院中)	4
感覚	<input type="checkbox"/> めまいがある <input type="checkbox"/> 視力・聴力障害がある	1
運動機能	<input type="checkbox"/> 足腰の弱り、筋力の低下がある <input type="checkbox"/> しびれ感がある <input type="checkbox"/> 拘縮・変形・跛行がある <input type="checkbox"/> 麻痺がある	1
活動	<input type="checkbox"/> 車椅子・杖・歩行器(オパールも含む)を使用する <input type="checkbox"/> ふらつきがある <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきりだが手足は動く	1
認識力	<input type="checkbox"/> 不穩行動がある <input type="checkbox"/> 認知症ある <input type="checkbox"/> 理解力・記憶力の低下がある <input type="checkbox"/> ナースコールを押さない <input type="checkbox"/> ナースコールを認識できない	3
薬剤	<input type="checkbox"/> 抗血栓剤服用中	2
	<input type="checkbox"/> 癌の薬物治療中(化学療法・分子標的療法・内分泌療法)	2
	<input type="checkbox"/> 麻薬使用中	1
	<input type="checkbox"/> 抗パーキンソン剤	1
	<input type="checkbox"/> 睡眠安定剤	1
	<input type="checkbox"/> 降圧利尿剤	1
	<input type="checkbox"/> 下剤服用	1
排泄	<input type="checkbox"/> 尿便失禁がある	3
	<input type="checkbox"/> 頻尿である	
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している	
病状	<input type="checkbox"/> ドレーンが入っている	2
	<input type="checkbox"/> 酸素療法中	
	<input type="checkbox"/> 発熱している(38.0度以上)	
	<input type="checkbox"/> 貧血がある(治療を要する状態)	
	<input type="checkbox"/> 点滴治療中	
環境	<input type="checkbox"/> 起立性低血圧がある	1
	<input type="checkbox"/> 転棟・転室をした	
合計		

危険度Ⅰ(転倒・転落の可能性が低い)：1～7点

危険度Ⅱ(転倒・転落の可能性が高い)：8点以上

転倒計画(有)	
認知計画(有)	
認知計画(無)	

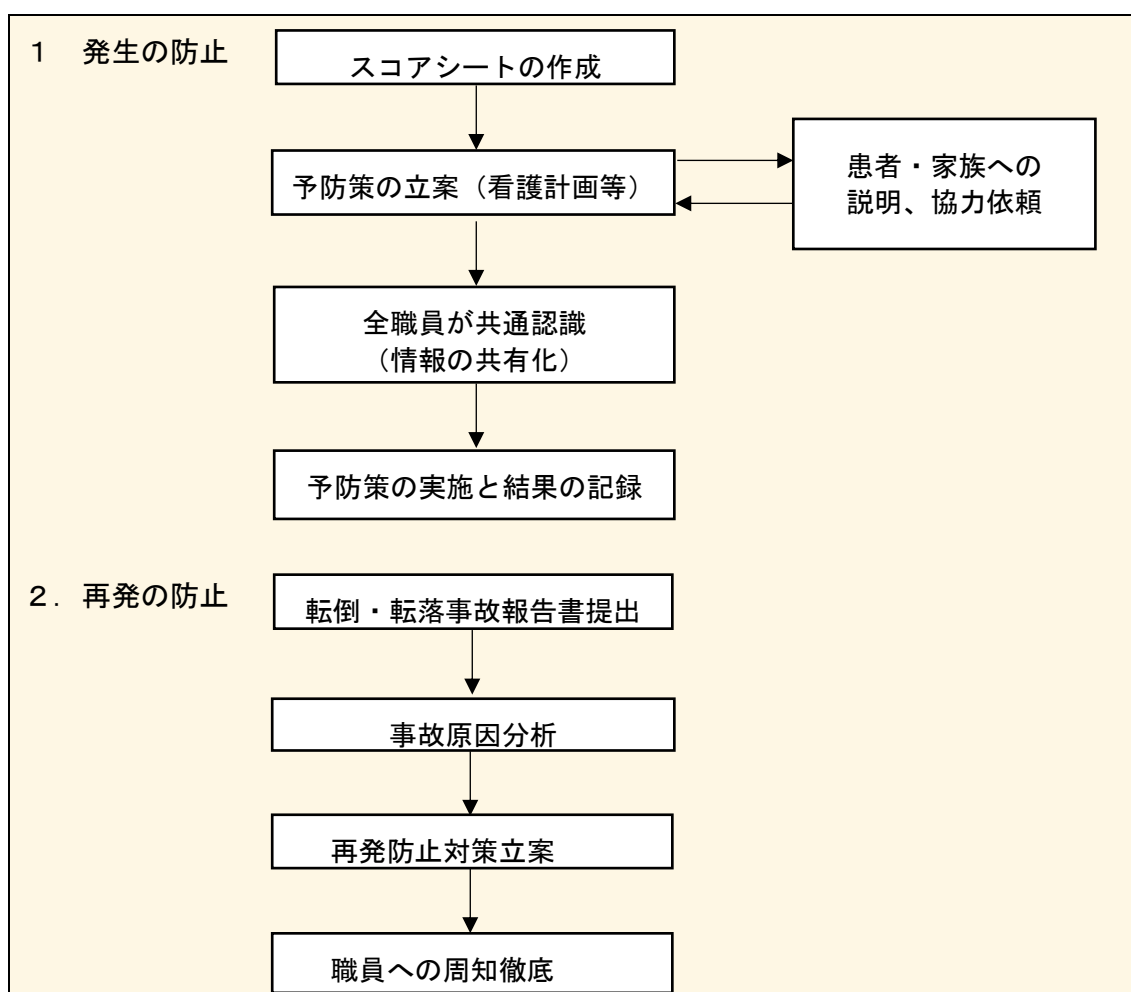
○対象○	入院患者全員
○評価○	危険度Ⅰ(1～7点) ①入院時 ②入院後1週間 ※ ②で点数が高い場合は看護計画を立案 危険度Ⅱ(8点以上) 看護計画立案 ※ 認知症ケア計画と転倒転落計画のどちらかを立案

8-4 個別的防止策

転倒・転落防止フロー

- 1) 転倒・転落アセスメントスコアシートをつける。
- 2) 転倒・転落予防策をたてる（している ADL・出来る ADL の区別）。
- 3) 予防策は、「転倒・転落危険度別対応策」（別紙）を参考に看護計画立案、実施、結果は、記録に残す。
- 4) 予防策は患者、家族に十分説明し、協力して取り組む。必要時は入院案内の「転倒・転落予防策」（資料 1）を利用する。
- 5) 「行動制限に関する同意書」（資料 2）を利用する。
- 6) 転倒・転落が起きた場合は「転倒・転落対応シート」（8-13）に沿って対応し、「転倒・転落事故報告書」を提出する。
- 7) 転倒・転落場面を見ていない場合は、全身状態に注意し、継続して観察すること。
- 8) 報告書をもとに分析し、再発防止策をたてる。

表 8-4 転倒・転落防止フローチャート



8-5 転倒・転落危険度別対応策 (例)

患者観察	① 身体的機能障害(視力・聴力・麻痺・痺れ・骨・関節の異常(拘縮、変形等)筋力の低下・ふらつき・突進歩行・その他)
	② 精神的機能障害(意識混濁・見当識障害・痴呆・判断力、理解力、注意力の低下・鬱状態・不穏行動(多動・徘徊)その他)
	③ 活動状況(車椅子・杖、歩行器を使用・移動時介助・姿勢の異常・寝たきり状態・付属品(点滴類・胃管、ドレーン類等・その他)
	④ 薬剤の服用(鎮静剤・睡眠薬・抗血栓薬・降圧・利尿剤・麻薬・血糖降下剤・抗パーキンソン薬浣腸暖下剤・抗癌剤・多剤併用・その他)
	⑤ 排泄の頻度(頻尿・夜間トイレに起きる・トイレ介助が必要・歩行行動に時間がかかる・尿、便失禁がある・その他)
	⑥ 当日の状態(発熱・貧血・脱水・食事摂取量・その他)

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ
ベッド上	① ベッドの高さ・ストッパーの固定 ② ベッド柵 ③ ナースコールの位置 ④ ポータブルトイレの位置 (必要時設置) ⑤ 足マットの位置 (必要時設置) ⑥ 照明 ⑦ 床頭台・オーバーテーブルの位置 ⑧ 声かけ	①～⑦の確認 ⑧体位変換は2人で ⑨離床センサー・マットの位置 ⑩特殊ナースコールの設置 ⑪床マットの設置を検討 ⑫観察しやすい部室への移動を検討 ⑬安全ベルトの使用 (説明と同意が必要)
歩行	① 出来るだけバリアーフリーにする ② 靴・寝巻きの裾丈に注意 ③ 床の水は必ず拭く ④ 廊下・階段の障害物の整理 ⑤ コード等の配線に注意 ⑥ 点滴スタンド・輸液ポンプ類の可動性の確認 ⑦ 歩行の指導	①～⑦の確認 ⑧階段は手すり、杖の利用 ⑨介助者の視野に入れる ⑩歩行時付き添う

	危険度Ⅰ	危険度Ⅱ
トイレ	<ul style="list-style-type: none"> ① 状態と ADL に合わせた対応 ② 側を離れる時は声を掛ける ③ ナースコールの確認 ④ 車いすトイレは患者さんがおせる位置にあるか確認 	<ul style="list-style-type: none"> ①～④の確認 ⑤患者の側を離れない
夜間トイレ	<ul style="list-style-type: none"> ① 状態と ADL に合わせた介助 ベッド上・ベッドサイド・トイレの歩行 ② 排泄パターンの確認 ③ ナースコールの確認 ④ 照明の確保 ⑤ 必ず覚醒させ説明する 	<ul style="list-style-type: none"> ①～⑤の確認 ⑥患者の側を離れない
浴室	<ul style="list-style-type: none"> ① 入浴可能な状態か判断 ② 浴室の環境整備（段差・手すり障害物等） ③ ナースコール確認 	<ul style="list-style-type: none"> ①～③の確認 ④必ず付き添う ⑤介助者は同時に2つの行為を行わず患者を視野内に入れておく ⑥特殊浴槽介助は原則2人（看護師1名以上）
歩行補助具	<ul style="list-style-type: none"> ① 補助具の点検を行う ② 正しい使用方法の説明（杖・歩行器・車いす） ③ 杖の長さの調整やすべり止めの摩耗点検 ④ 車いすストッパー・安全ベルトの装着・確認・点検 	<ul style="list-style-type: none"> ①～④の確認 ⑤患者の側を離れない
移動・搬送	<p><移動></p> <ul style="list-style-type: none"> ① ストッパーの固定 ② 移動間のストレッチャーの高さは同じにする ③ 移動は最低でも2名で行うのが望ましい <p><搬送></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 柵をする ② 安全ベルトの装着 ③ スピードに注意 ④ 搬送は2名で行うのが望ましい 	<p>移動は①～③の確認</p> <p>搬送は①～④の確認</p>

※入院時、医師、看護師が患者、家族に転倒転落について十分な説明を行うとともに行動制限について同意と理解を得ること。

8-6 具体的留意点

1. ベッド

- 1) 転倒・転落の危険度の高い患者はベッドの高さを検討する。
- 2) ベッドのストッパーは固定する
- 3) 転倒・転落の危険度の高い患者のベッドサイドを離れる時は、必ずベッド柵を使用する。
- 4) ベッド周囲の環境整備を行う（ナースコールの位置・危険物の排除・オーバーテーブル・床頭台・照明等の確認）。
- 5) 転倒・転落の危険度の高い患者のベッドを離れる時は、1)～4)の事項を確認し、患者に声をかける。
- 6) ベッド上での体位変換は原則2名で行う。
- 7) 理解力が低下している患者の場合は、離床センサー等を利用する。
- 8) 認知症のある場合は、患者に動きを感知するナースコールを利用する。
- 9) 認知症や意識障害の為体動が激しい場合は、
 - (1) 床に床マットの設置が望ましい。
 - (2) より観察しやすい部屋を検討する。
 - (3) 抑制等も考慮する（家族への説明・同意を忘れずに行う）

2. 歩行（廊下・階段）時

- 1) 出来るだけバリアーフリーにする。
- 2) 履きなれた靴や、裾丈を調整した寝衣にする。床の状態を把握しておく。
- 3) 廊下には歩行の障害になるものは置かない。
- 4) 点滴スタンドや輸液ポンプの可動性を確認、コード類の整理をする。
- 5) 歩行の指導をする。
- 6) 階段や手すりや、杖の使用で安全に利用するように指導する。
- 7) 転倒・転落の危険性がある患者の歩行時は、介助者の視野に入れておく。
- 8) 転倒・転落の危険性が高い場合は、歩行時付き添う。

3. トイレ

- 1) 患者の状態と ADL に合わせた対応を行う。
- 2) 患者から離れるときは必ず声かけし、ナースコールを患者に持たせるか側に置く。
- 3) トイレ使用中はプライバシーに考慮し、音の聞こえる所に待機する
- 4) 転倒・転落の危険度の高い患者を誘導したときは、患者の側から離れない。
- 5) 車椅子対応型トイレでは、ナースコールを患者の膝もとに置くか、若しくは手に持てる物を選択する。
- 6) ポータブルトイレを設置の際には、ポータブルトイレ自体が滑らないことを確認し、患者層に合わせた配置を考える。
- 7) 転倒・転落の危険性がある患者がポータブルトイレを使用する際には、使用時ナースコールを押させ、付き添う。

4. 夜間トイレ介助時

- 1) 患者の状態と ADL に合わせた介助を行う（ベッド上・ベッドサイド・トイレ歩行）。
- 2) 排泄パターンを把握し、患者の状態に応じたトイレ誘導。
- 3) ナースコールの使用法説明と確認、適切な証明を確保する。
- 4) 必ず覚醒していることを確認する。
- 5) 誘導後は排泄することを認識してもらう。
- 6) 危険度の高い患者は、排泄終了するまで側をはなれない。

5. 浴室

- 1) 浴室の環境整備（段差・手すり・障害物の排除等）
- 2) ナースコールの使い方を説明する。
- 3) 転倒・転落の危険度の高い患者は側を離はなれない。
- 4) 患者は視野に入れておく。
- 5) 特浴槽の介助は、原則 2 名（看護師 1 名以上）で行う。

6. 歩行補助具使用時

- 1) 補助具（杖・歩行器・車椅子等）の定期点検。
- 2) 補助具の正しい使用方法の説明をし、理解をしてもらう。
- 3) 杖の長さは患者に合わせ、滑り止めゴムを点検しておく。
- 4) 車椅子のストッパーや、安全ベルトの装着を確認しておく。
- 5) 転倒・転落の高い患者の場合の場合は付き添う。

7. 移動時・搬送時

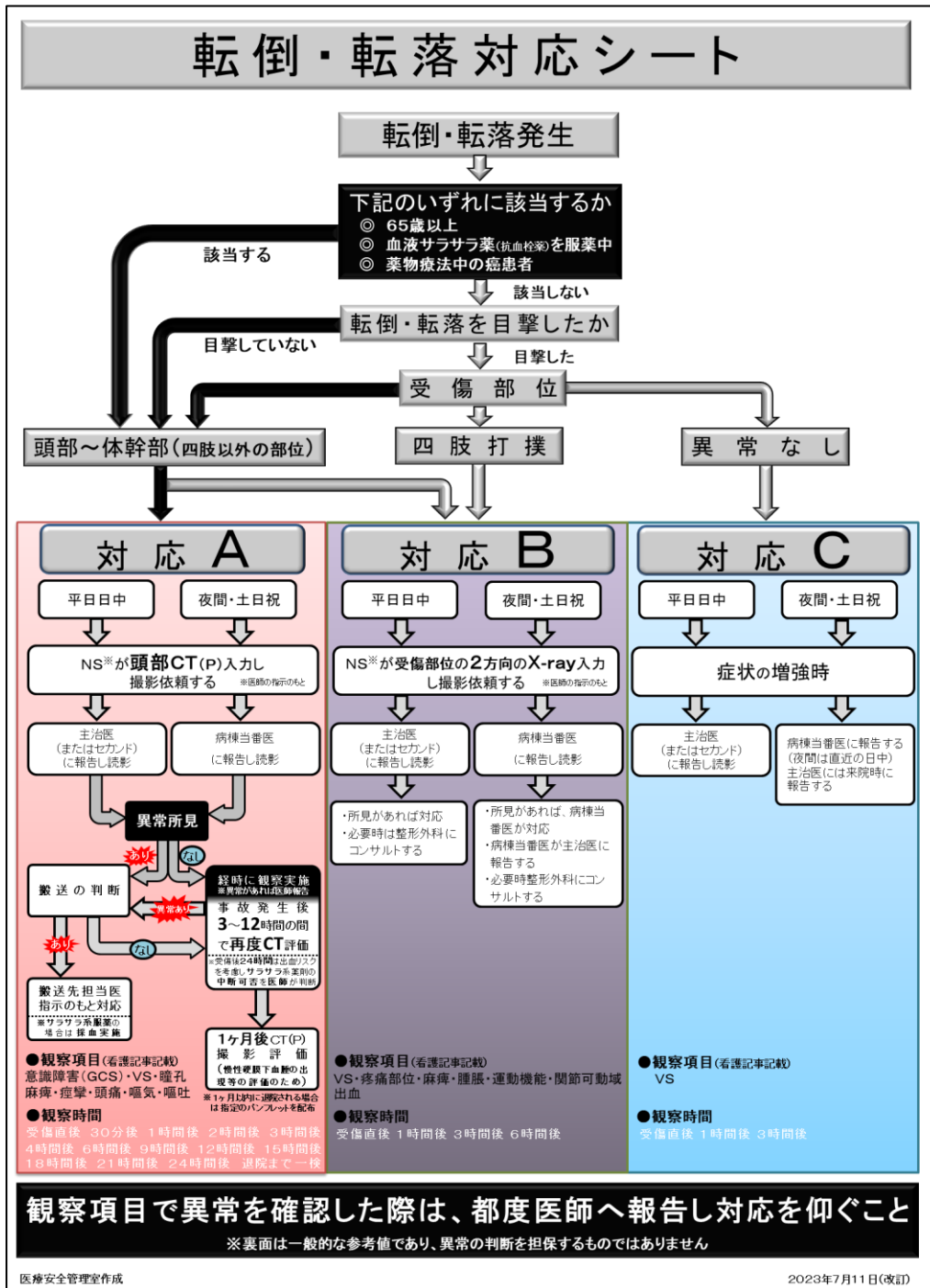
1. 移動時
 - (1) ストッパーは固定する。
 - (2) 移動間のストレッチャーの高さを同じにする。
 - (3) 移動は原則2名で行う。
2. 搬送時（ベッド・ストレッチャー・車椅子）
 - (1) ベッド・ストレッチャーは柵をする。必要時に応じて安全ベルトを使用する。
 - (2) 適度なスピードで搬送する。

8-7 転倒・転落時の対応・記録のポイント

1. 転倒・転落時の対応

- 1) 転倒・転落時は、頭部外傷や骨折などが発生することがあるため、初期～中期の対応が重要である。本院では、脳外科がないため、早期発見、早期治療を行ない。そのため統一した対応ができるよう対応シートに沿って対応する。

(転倒・転落対応シート)



2. 計画・立案・評価

- 1) スコアシートに基づいて、具体的な計画を立案する。
- 2) 立案した計画を患者、家族に説明する。
- 3) 看護計画は具体的でわかりやすく記載する。
- 4) 24時間継続した観察と記録をする。
- 5) 評価日を決めて評価を行う。

3. 記載事項

転倒・転落が起きた時から POS から経時記録に切り替える

- 1) 発生・発見時間、場所
- 2) 客観的事実
- 3) 必要な観察項目
- 4) 対策をしていた場合は対策内容（体動センサーの使用、ベッド柵など）
- 5) 事故後の対応
- 6) 患者への説明、患者の反応
- 7) 事故後の経過
- 8) 医師への報告時間
- 9) 医師の到着時
- 10) 医師の指示内容
- 11) 患者、家族への説明の有無
- 12) 今後の対策およびアセスメント（転倒転落ケア項目に沿って経時記録実施）
※転倒・転落後1ヶ月以内の退院であれば（資料3）を用いて説明

4. 注意事項

- 1) 推測や憶測の記載はしない。
- 2) 発見時の状況を記載する。

資料1

転倒転落防止対策について

当院では療養環境を整備することにより、転倒転落予防に努めていますが、思いがけない転倒やベッド等からの転落事故が起こることが少なくありません。安全な入院生活を送るために、患者様やご家族の方々と共に転倒転落予防に努めますのでご協力をお願いします。

1) 今まで転倒や転落を起こしたことがある場合は

その内容を看護師にお伝えください。

2) ナースコールはいつも手元に置きましょう。

具合が悪い時やふらつきなどは遠慮せずに

ナースコールでお知らせください。

3) スリッパは滑りやすいので、履きなれた歩きやすい

ものを用意して下さい。靴タイフが安全です。

4) 点滴台を押して歩く時は、カーテンなどにひつかからない

ように気を付けてください。



5) 床頭台やベッドサイドテーブルは動きやすいので

もたれたりしないで下さい。ベッドから降りる際は、

柵につかまって下さい。

6) 必要に応じて、ベッド柵を増やしたり、

ナースステーションに近い部屋に移動して頂くことがあります。



7) 患者さまの不安が強く、危険が伴うと判断した時は夜間でもご家族に連絡させていただくことがあります。

病状によって患者さまの行動で危険が予測される場合は、安全のため体動センサーの装着や、止むを得ず身体抑制が必要と認めた場合、抑制させていただく場合があります。

抑制を行う場合は、事前にご家族の了承を得て実施していますが、緊急の場合は事前の了承なしに抑制させていただくことがありますのでご了承ください。

抑制帯を使用中は細心の注意を払い、危険性がなくなれば速やかに抑制を解除します。

※以上の対策にて予防しきれずに転倒・転落が発生してしまった場合、院内規定(転倒・転落対応シート)に沿った対応を取らせて頂き、経時的に患者さまの容態を確認いたします。

例) 受傷部位に応じた、処置やX線検査・CT検査の実施、抗血栓薬(サラサラ薬)の一時中断の検討、他院への搬送など

資料2

行動制限に関する説明・承諾書

今回 様 の入院中、下記のような危険性を回避する為
やむを得ず、必要最小限の行動制限を行う事があります。

あらかじめ説明して、ご承諾をいただいておりますが
緊急の場合は事前の了承なく、行動制限する場合がありますので、
ご了承ください。

患者様の危険性を有する状況

- ①転倒・転落の危険がある場合
- ②点滴や治療のためのチューブを抜いてしまう場合
- ③著しい精神不穏状態
- ④離棟、離院の恐れがある場合
- ⑤その他、目的とした治療に支障をきたす場合

行動制限方法の具体例

安全ベルト、ミトン、ベッド柵(4点柵)、体動センサー
車イス安全帯

令和 年 月 日

医師

看護師

私は行動制限についての説明を受け、理解しましたので、上記内
容について承諾します。

令和 年 月 日

患者氏名

承諾者氏名

(患者様との続柄)

士別市立病院

資料3



入院中に頭部を打った・またはその可能性があった時の注意

____年 ____月 ____日に _____様が

入院期間中に、転倒転落が発生しております。入院期間中は入念に経過観察を行い頭部異常はなかったと判断しましたが、退院後は周囲の人が状態の変化に注意して下さい。

また**高齢者の場合は、3週間～数か月かけて**徐々に頭の中で血の塊が大きくなり症状が出現してくる場合があります（これを慢性硬膜下血種という）。この事から、下記の症状が出たり、周囲からみて以前と違うと感じられる場合は日中再受診するか、直接脳神経外科を受診して下さい。

☆以下のような症状がある場合には当院へ連絡して頂くか、直接脳神経外科を受診して下さい。急速に症状が悪化する場合は救急車を要請して下さい。

- ① 元気がなくぼんやりしていることが多くなった（活動性低下・意識障害）
- ② 顔色が悪くぐったりして繰り返し嘔吐する
- ③ 頭が重苦しい、頭痛やめまいがする
- ④ 会話がおかしい、うまく話せない
- ⑤ 尿失禁が多くなった
- ⑥ けいれん（ひきつけ）が起きる
- ⑦ しびれがある、片側の手足の動きが悪い（麻痺）



★その他心配なことが御座いましたら、病院にご連絡下さい。

電話：0165-23-2166 士別市立病院



- 平成 30 年 10 月 転倒転落事故報告書様式改訂
- 令和 元年 7 月 転倒・転落初期対応シート様式改訂
- 令和 2 年 1 月 転倒・転落初期対応シート様式改訂
- 令和 4 年 4 月 転倒・転落初期対応シート様式改訂
転倒・転落アセスメントスコアシート追記
- 令和 5 年 4 月 報告記載例削除
- 令和 5 年 8 月 転倒・転落アセスメントシート改訂
転倒・転落対応シート様式改訂
不眠時の必要指示の追記
高齢者外傷の特殊性の新設
- 令和 5 年 11 月 不眠・不穏時の必要時指示の改訂
- 令和 6 年 4 月 転倒・転落危険度別対応策危険度一部追記

9 身体抑制

身体抑制や拘束は、患者の生命の危機と身体的損傷を防ぐために必要最小限に行うもので、患者の人権を尊重し、安全を優先させ他に代替手段が無い場合にのみ実施する。

その際、患者・家族に説明し、二次的な身体障害や合併症が発生しないよう十分注意して、常に解除できないか評価しながら行う必要がある。

9-1 定義

身体抑制とは、道具または薬剤を用いて、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制することを言う。

9-2 適応要件

身体抑制は「1. 対象の状態」の1)～5)のいずれかの状態で有り、かつ、「2. 対象の置かれた状況」のa)～c)の要件をすべて満たす場合にのみ実施する。

1. 対象の状態

- 1) 意識障害、興奮性があり、身の危険を予知できない。(認識障害)
- 2) 治療上の必要な体位を守れず、医療機器やライン類を抜去しようとする。
(治療が円滑に進まない)
- 3) 自傷、自殺、他人に損傷を与える危険がある。(破壊・粗暴行為)
- 4) 転倒・転落の危険が高い。(転倒の危険)
- 5) 皮膚搔痒、病的反射などがあり、意思で体動を抑えられない。(その他)

2. 対象の置かれた状況

- a. 生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い(切迫性)
- b. 身体抑制などの行動制限を行う以外ほかの方法が見つからない(非代替性)
- c. 身体抑制やその他の行動制限が一時的である(一時性)

(9-6 身体抑制のフローチャート参照)

9-3 適応要件の確認と承認

医師、看護師が「9-2 適応要件」から協議し決定する。

9-4 患者本人及び家族への説明

- 1) 医師は患者・家族に身体拘束について説明し、「行動制限に関する同意書」に同意を得る。
- 2) 緊急に身体抑制の必要性を生じた場合は、電話にて説明し承諾を得て後日同意を得る。（詳細は電子カルテの診療記事に記載する）
- 3) 同意を得られない場合は、危険を回避できないことがあることを医師が説明し、電子カルテの診療記事に記載する。
- 4) 患者に家族がいない場合で、本人に同意を得られない状況でない時は電子カルテの診療記事にそのことを記載し、医師・看護師で協議の上、身体拘束の実施を検討する。

9-5 身体抑制の看護

身体抑制が必要な際は看護計画を立案する。

1. 抑制方法

- 1) 抑制部位に適した拘束用具（安全ベルト、ミトン手袋、体動センサー、柵ベルト等）を選択し、必要部位にしっかり装着する。
- 2) 安全ベルトはベッド柵ではなく、ベッドの枠に固定しスライドを予防する。
- 3) 安全ベルトは関節可動域を残して固定、必要に応じてタオルなどで保護する。

2. 観察について

1) 観察期間

- ・抑制直後に問題がないかを確認し、その後は巡視ごとに観察を行う。

2) 観察事項

- ・患者の精神状態（不安・ストレス等）
- ・体動状況
- ・抑制による二次的障害の有無（呼吸・循環障害、末梢の循環障害、神経障害関節拘縮等）
- ・抑制部位の皮膚の状態
- ・状況に応じてバイタルサイン測定

3. 記録

- 1) 身体抑制の目的、それに至るまでの患者の状況
- 2) 患者及び家族への説明内容と同意の有無、説明した家族の続柄
- 3) 抑制開始時間・抑制部位・抑制に使用した物品
- 4) 観察時間・観察事項

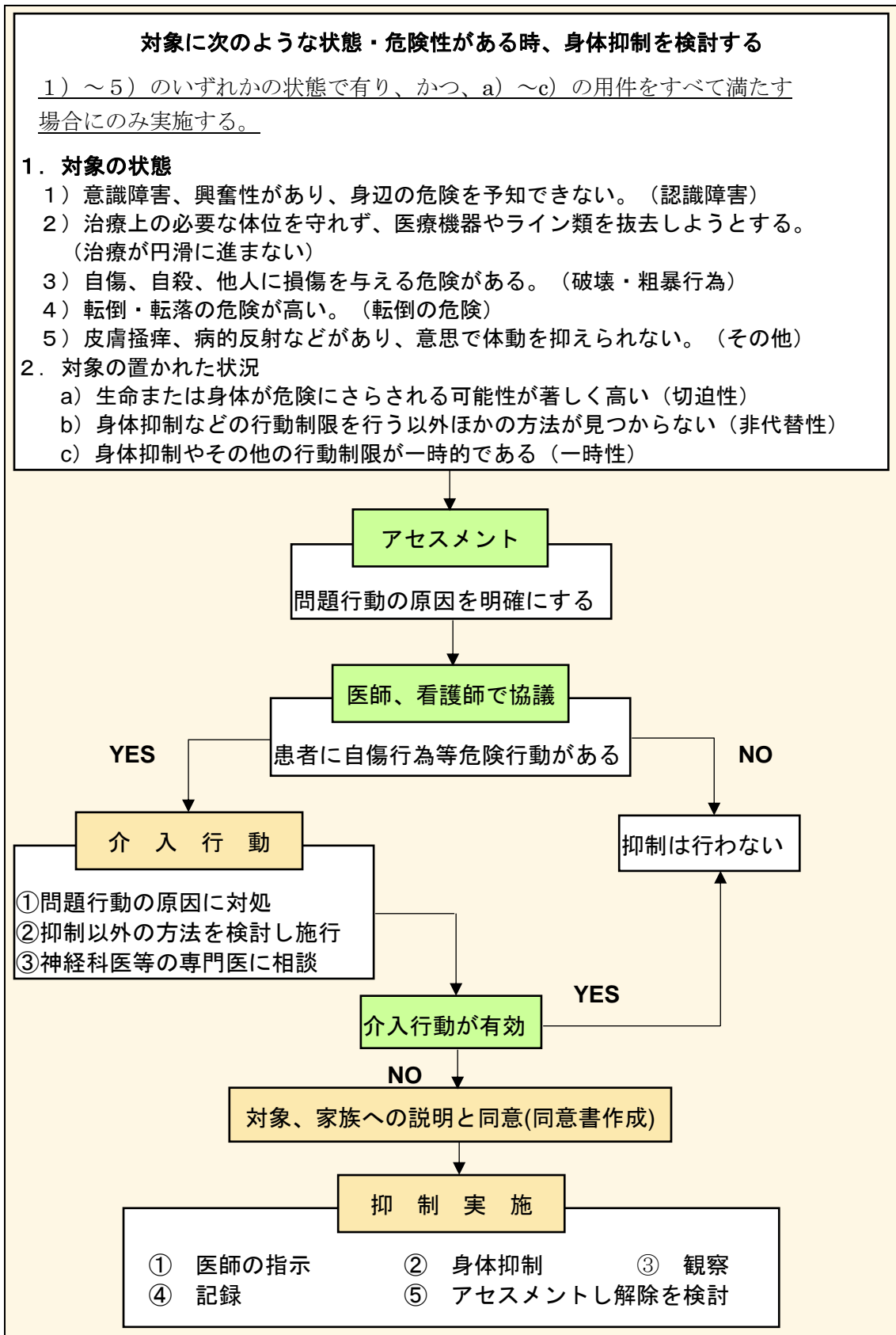
4. 注意事項

- 1) 行動制限に関する同意書があることを確認する
- 2) チューブ類に手が届かないことを確認する
- 3) 身体抑制による二次的障害に注意する
- 4) 患者の訴えに注意を払う
- 5) 誤嚥や窒息など不慮の事態に備え、対策を考慮しておく
- 6) ナースコールは手元に設置する
- 7) 抑制の部位や期間は最小限にとどめるよう、心身の観察とアセスメントを行い記載する
- 8) 身体抑制の必要性を常にカンファレンス等で検討し記録する。
- 9) 記録内容はスタッフ間・家族等関係者間で共有する
- 10) 身体抑制の開始、終了の記録を記載する

5. その他

- 1) 必要に応じ精神科などの専門医に相談する

9-6 身体抑制のフローチャート



9-7 身体抑制の方法

1. 必要物品

各種安全ベルト（ミトン型手袋、体幹用安全ベルト、車いす用安全ベルト、四肢抑制帯等）用具に破損がないか、使用前に必ず確認する。

2. 抑制手技の実際

1) ミトン型手袋

- (1)患者・家族に抑制の必要性、方法を説明し「行動制限に関する同意書」サインしてもらう。
- (2)患者にミトンを装着する。
- (3)抑制部位と抑制の状況、二次的障害の有無を観察して記録する。

2) 体幹用安全ベルト

- (1)患者・家族に抑制の必要性と方法を説明し、「行動制限に関する同意書」サインしてもらう。
- (2)安全ベルトをベッド中央に置き、ゆるみがないようしっかりマグネットで固定する。
- (3)安全ベルトの中央に患者を寝かせ、安全ベルトを腹部中央に合わせて、きつすぎず緩すぎないように固定する。
- (4)抑制部位と抑制の状況、二次的障害の有無を観察して記録する。

3) 車いす用安全ベルト

- (1)患者・家族に抑制の必要性と方法を説明し、「行動制限に関する同意書」サインしてもらう。
- (2)車いすに安全ベルトを置き、股下のベルトを座席と背もたれの下部に通す。
- (3)患者を車いすの中央に座らせ、腰回りのベルトを背もたれの後方でジョイントし、ベルトの長さを調整する。
- (4)抑制部位と抑制の状況、二次的障害の有無を観察して記録する。

4) 四肢抑制帯

- (1)患者・家族に抑制の必要性と方法を説明し、「行動制限に関する同意書」サインしてもらう。
- (2)手首、足首の太さにあった抑制帯を選ぶ。
- (3)手や足の動きをみてベルトの長さを調整する。
- (4)抑制部位と抑制の状況、二次的障害の有無を観察して記録する。

5) その他

- (1)身体抑制中は頻回に訪室し、体位交換する。車いすでは臀部の除圧を図る。
- (2)抑制部位の圧迫や摩擦を生じる場合は、ガーゼやタオルで保護する。
- (3)解除用マグネットキーは紛失しないよう管理する。

9-8 身体抑制解除の基準

1. 身体抑制の適用要件を満たさなくなった場合には、速やかに解除する。
解除する場合は、どのように判断したかその根拠を記録に残す。
2. 二次的な障害が発生した場合は、速やかに医師に報告する。

9-9 身体抑制をしないための工夫、取り組み

1. 観察の強化
 - 1) ナースステーションの近くの部屋へ移動する。
 - 2) 離床センサーの活用
 - 3) 車いすに移乗し目の届く範囲で観察する
 - 4) 患者のそばを離れるときは、スタッフ間で声をかけ注意し合う。
2. ベッドを含めた病室環境の工夫
 - 1) 転落の危険性がある場合、ベッドの高さは低くする。
 - 2) ベッド柵の周囲の隙間をクッションやカバーなどで埋める。
 - 3) ベッド上及び周囲の整理整頓を行い、不必要なものを置かない。
3. 静脈ルート、ドレーン、カテーテル類の固定方法の考慮、患者の自己抜去防止
 - 1) チューブ類は目や手の届かない位置に固定する。
 - 2) 輸液ポンプ類は患者の手の届かないところに設置する。また、必要時には患者に見えないようにする。
 - 3) 手袋、包帯、介護衣などを使用する
 - 4) 点滴は刺入部位に直接手が届かないように包帯などで保護し、ルートは見えないよう寝巻の袖を通すなどの工夫をする。
4. 静脈ルートやドレーン類、膀胱留置カテーテルはできるだけ早期に抜去する。
5. ルート挿入中でも ADL 低下を防ぎ気分転換を図る。
6. 必要時には患者の精神的安定を図るため家族への協力を依頼する。

平成 28 年 9 月作成

平成 28 年 12 月一部修正

令和 4 年 4 月一部修正

令和 5 年 4 月一部修正

10 院内暴力対応

10-1 標榜

私たちは、院内、それに準じる場での身体的・精神的暴力を一切認めません。

患者様、職員に危害が及ぶ行為については断固、阻止いたします。

10-2 院内暴力の定義

診察中、病棟内、又はそれに準じる場所において、患者及び患者家族から医療従事者に対しての暴力行為を対象とする。

10-3 院内暴力のレベル

1. レベルⅠ

暴言・ハラスメント

具体例：大声を出したり、すごんだりして身の危険を感じるようなレベル

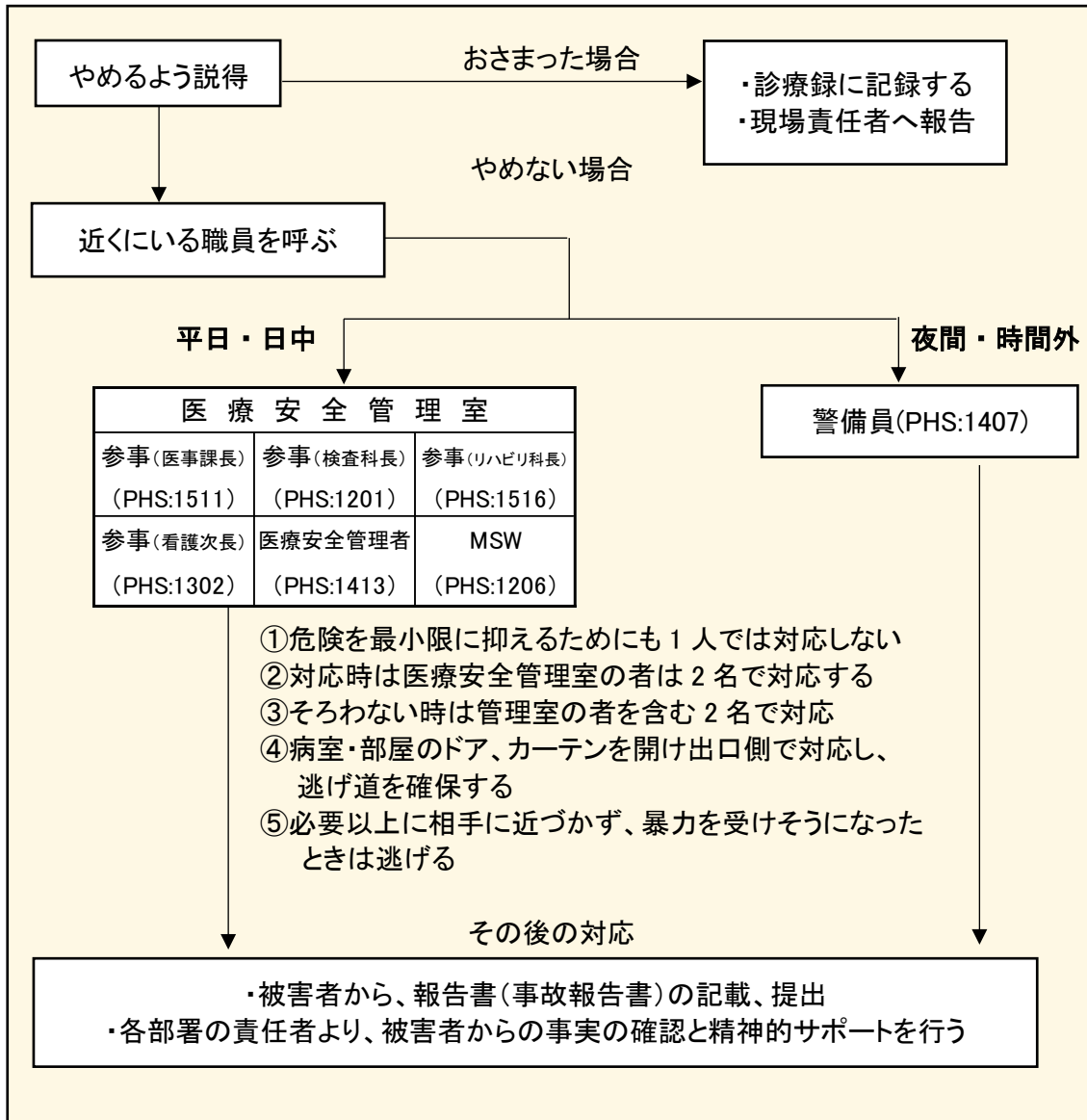
2. レベルⅡ

脅迫・暴力行為及び器物の破損、傷害行為。もしくは、LvⅠでは収まらない暴言行為

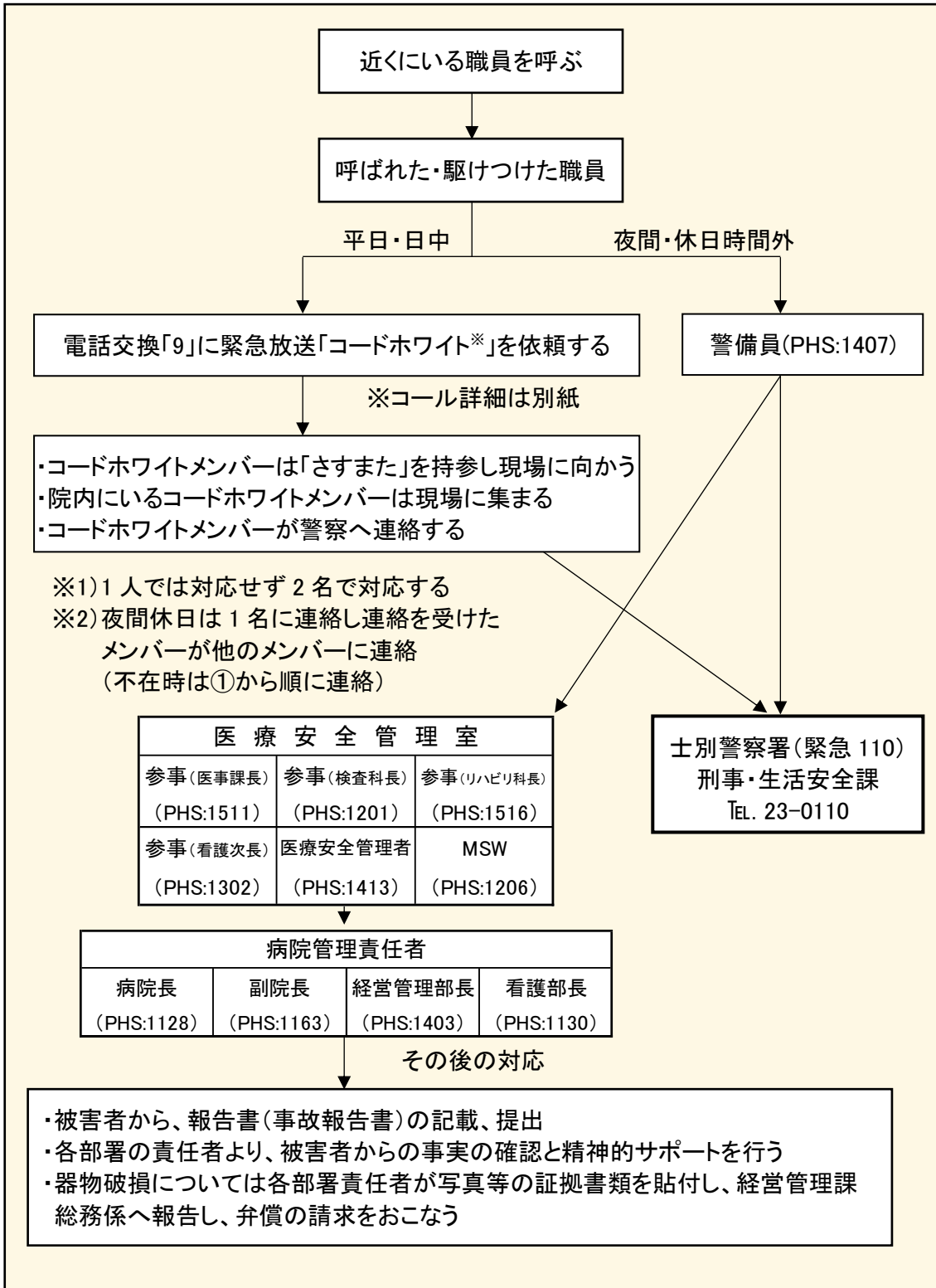
具体例：暴力を振るう、凶器を持ち出す等のレベル

10-4 発生時の対応

1. レベル I : 暴言、ハラスメント



2. レベルⅡ：脅迫・暴力行為及び器物の破損、障害行為、もしくはレベルⅠではおさまらない暴言行為



10-5 コードホワイトとさすまたの設置

コードホワイト構成メンバー			
氏名	所属	PHS	備考
田上 泰成	経営管理部	1511	医事課長
佐藤 孝一	臨床検査科	1201	臨床検査科長
宮本 直武	診療放射線科	1413	医療安全管理者
小野 健一	リハビリテーション科	1516	リハビリ科長
細川 雅嗣	地域医療室	1206	MSW
春名 進之介	看護部	1411	認定看護師
藤川 有紀子	看護部	1302	看護部次長
池田 亨	経営管理部	1403	経営管理部長

「さすまた」設置場所		
設置場所	本数	備考
院内保育所	1本	入口窓側
1階経理室	1本	受付窓側
1階医事課	1本	会計窓口（奥 医事課 事務室）
夜間事務室	2本	
2階病棟	2本	ホール窓側奥
3階総務課	1本	入口左奥
4階病棟	2本	配膳室エレベーター横
5階病棟	2本	配膳室エレベーター横

10-6 現場での対応、役割分担

1. 現場での役割

- 被害者救済・・・・・・・・・・・・・・・・・・医師、看護師
- 院内患者・職員の安全確保・・・・・・・・・・医療職員、経営管理課医事係
- 現場保存、加害者の確保・・・・・・・・・・コードホワイトメンバー・警備員（夜間）
- 警察への対応、弁護士への連絡等・・・・経営管理課総務係

2. 対応についての注意点

- ・決して1人では対応しない
- ・当事者と相対している職員は身動きできない場合が多い為、近くの職員、駆け付けた職員はすみやかに連絡役として行動を取る。
- ・救急外来における診療の際、医師が危険を感じた場合、1人では対応せず各科当番医の協力を仰ぐ

10-7 院内暴力についての報告、評価分析

1. 報告方法

1) 報告は、事故報告書により行う。

2) 報告順路は以下の通りに行う。

(1)診療部 当事者→科長補佐→医長(科長)→室長(局長)→部長→副院長→院長

(2)看護部 当事者→科長補佐→科長→次長→部長→副院長→院長

(3)経営管理部 当事者→副長→課長→部長→副院長→院長

(4)診療技術部 当事者→科長補佐→科長→部長→副院長→院長

(5)薬剤部 当事者→科長補佐→科長→部長→副院長→院長

2. 評価分析について

当該報告については、医療安全管理委員会において効果的な評価分析を行い、事故の防止を図るため対策を講じ、関係職員に周知する。

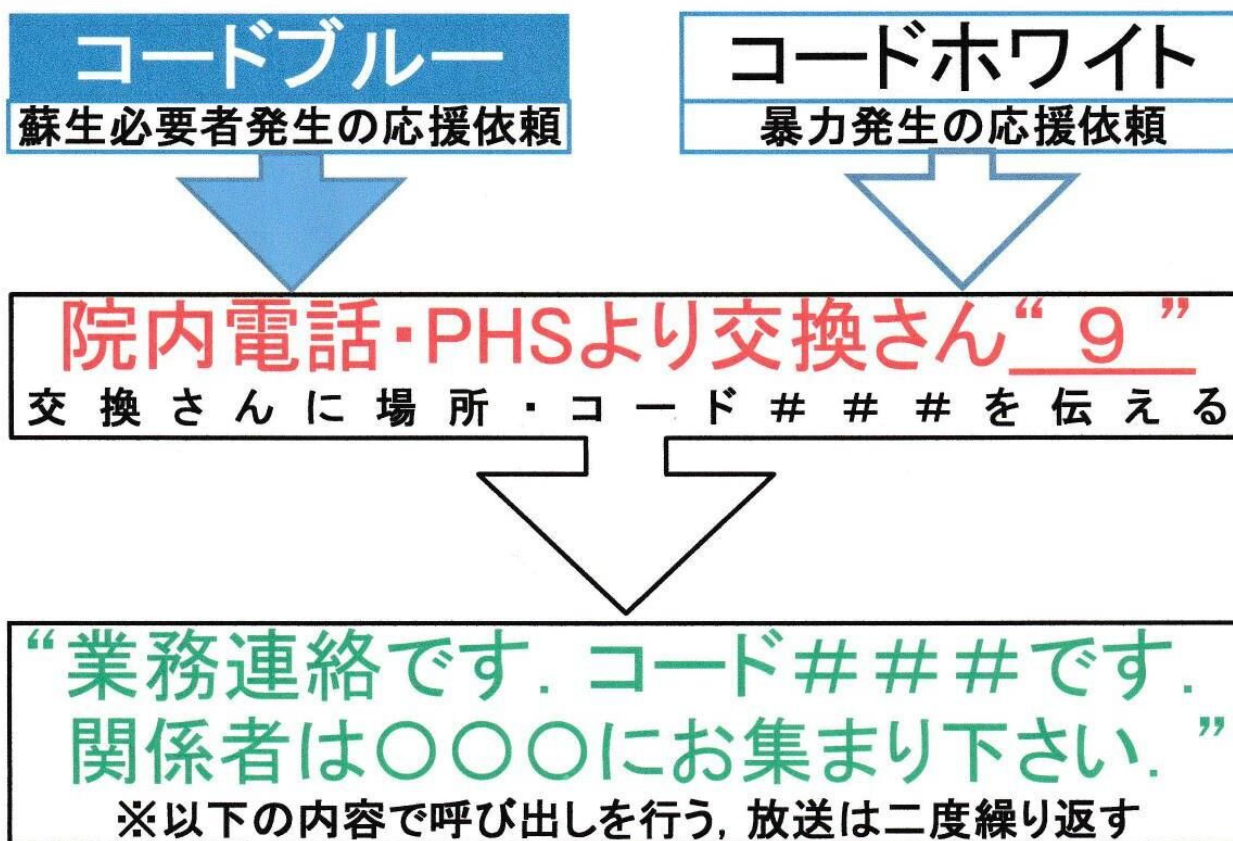
緊急事態発生時マニュアル

【緊急放送依頼マニュアル】

日中において院内で救急事態が発生し、そこに立ち会った職員は以下の行動を行

- 1) 必要な処置を行いつつ、直ちに応援を要請する。
- 2) 応援は緊急放送、主治医への連絡を平行で行う。
- 3) 緊急放送依頼は以下の番号に連絡し緊急放送である事を告げ場所を明確に告げる。

【緊急放送の内容と流れ】



【緊急放送への対応】

緊急放送があった場合、コードに該当する職員は直ちに指定の場所に向かう。

- ※コードブルー ⇒ 院内にいるコードブルーメンバーのうち可能なものが現場へ集まる。
- ※コードホワイト ⇒ 院内にいるコードホワイトメンバーのうち可能なものが現場へ集まる。

令和 2 年 1 月一部改訂

令和 3 年 4 月一部改訂

令和 4 年 4 月一部改訂

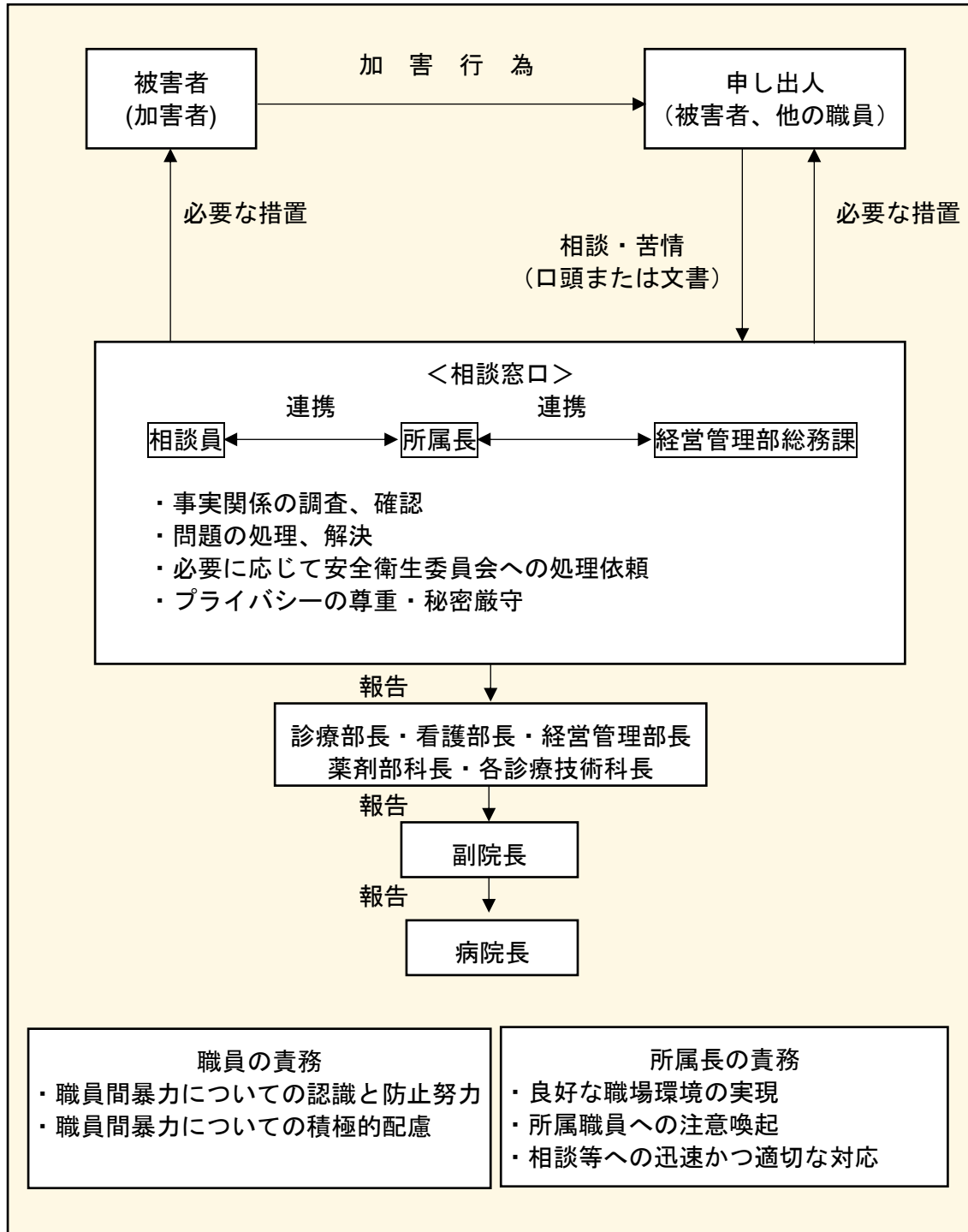
令和 5 年 4 月一部改訂

令和 6 年 4 月一部改訂

11 職員間暴力対応

相談員の選任に当たっては、士別市職員セクシュアル・ハラスメント相談員と兼務とする。

職員間暴力に関する相談窓口を、総務課、所属長、相談員の3ヶ所とする。職員間暴力の申出について、連携を取り対応することとする。



12 Ai 運用マニュアル

Autopsy imaging（オートプシー・イメージング、以下、Ai）は、死亡時画像診断または死亡時画像病理診断のことをいう。CTやMRIなどによって撮影された死後画像により、死体にどのような気質的病変を生じているかを診断することによって、死亡時の病態把握、死因究明などを行うシステムである。当院においてAiとは原則CT検査をいう。

1. 目的

死因や死亡時病態の特定と解剖の必要性を判断する。

2. 適応

- ① CPA患者や救急外来死亡患者で、死因が特定できないもの。
- ② 病棟急変等で、死因が特定できないもの。
- ③ 死因や死亡時病態が不明であり、主治医や診察医が異状死^{*1}と判断したもの。
- ④ 院内死亡時に患者家族から望まれたもの。
- ⑤ 警察から検査依頼があったもの。

※1：医師によって病死であると明確に判断された内因死による死以外の死のことをいう。具体的には、外因死や医療事故による死亡、不詳の死（病死か外因死か判断が下せない死）など。医師が検案によって異状死体であると判断すれば、医師法第21条「異状死体等の届出義務」に基づき、24時間以内に所轄警察署に届出をしなければならない。

3. 御家族へのインフォームド・コンセント

同意書は必要ないが、家族へ説明した内容も診察記事に記載する。

4. 施行結果

読影結果は診療録に記載し、患者家族へ説明した内容も診療録に記載する。

5. 運用手順

- ① Aiが必要か否かの判断は、基本院内死亡を確認した医師が判断する。

- ② Aiが必要と判断された場合は、オーダーリングでAiをオーダーする。
(別紙参照)
- ③ 撮影可能となったら、放射線科から部署に連絡する。搬送時には他者から見えないように配慮する。

6. Aiの分類および費用

- ①Ai 医師依頼 頭部～骨盤腔
 - ・ 医師からの検査依頼で、画像診断料は当院で負担する。
- ②Ai 家族依頼 頭部～骨盤腔
 - ・ 患者家族からの検査依頼で、画像診断料は患者家族に請求する。
- ③Ai 警察依頼 頭部～骨盤腔
 - ・ 警察からの検査依頼で、画像診断料は警察に請求する。

7. 依頼方法

①オーダーリング画面の「オーダー入力」タブから「画像生理」をクリックする。
 ②「画面オーダ メイン画面」から「*3 CT(単純)」をクリックする。
 ③以下の画面で 内の項目から選択する。

単純CT 画像オーダー メイン画面

日時	項目名	保険	緊急
*1. 一般(単純) *2. 生理検査 *3. CT(単純) *4. CT(造影) *5. MRI *6. ホ-タ *7. ホ-タ(OP室) *8. X線TV *9. 骨密度 *10. 内視			
	《脳部単純》	《脳幹部単純》	《脳幹部単純 椎体》
脳	胸部(肺・肋骨)	全大動脈	左鎖骨
眼窩	胸部～腰部	胸部大動脈	右鎖骨
眼窩+脳	胸部～骨盤腔	腰部大動脈	右肩関節
中耳	胸部+HRCT	左鎖骨	右肩中骨
副鼻腔	腰部～骨盤腔	左腕	右腕
顔面	骨盤腔	頸椎	右腕
耳下腺	骨盤	胸椎	右肘
顎下腺	骨盤	腰椎	右肘
頸部		仙・尾骨	右肘
甲状腺	肋骨		右肘
	胸骨	《脳幹部単純 ミエロ後》	《左下肢 単純》
		左股関節	《右下肢 単純》
頭部～骨盤腔	DIC-CT	頸椎ミエロ後CT	左股関節
		胸椎ミエロ後CT	左大腿
		腰椎ミエロ後CT	左膝
			左下腿
			左足関節
			左踵骨
			左足部
			両足関節
			両踵骨

Aiの種類からいずれかを選択

8. その他

運用、マニュアルの修正・追加は医療安全管理室で行う。

平成 28 年 11 月作成

令和 5 年 4 月一部修正

令和 6 年 4 月一部改訂

患者確認の基本行動

<名前が言える方の場合>

①病棟の場合

フルネームで名乗ってもらう。

リストバンド、ベッドネームで確認する。

②外来の場合

生年月日とフルネームで名乗ってもらう。

<名前が言えない方の場合>

①病棟の場合

リストバンドとベッドネームで確認する。

②外来の場合

家族、付添いの方に生年月日とフルネームを名乗ってもらう。必要時には住所で確認する。

当院では診療や処置や検査の際には
この確認行動を基本とする。

リストバンドについて

入院患者の患者確認のため、基本全入院患者にリストバンドを装着する。

リストバンドは、皮膚トラブル防止のため約1か月ごとに新しいものに取り換える。

その際 DNAR の表示に変更がないか確認し、必要時に記載する（DNAR の決め事参照）

また、皮膚トラブルがあった場合は、WOC に報告し必要なケアを行う。

装着方法は、下図のように装着する。



医療者側が
見やすい方向に
装着する

令和3年12月

令和1年5月24日 医療安全管理マニュアルに追加
令和3年12月1日 リストバンドについて追加

14 各種報告書

事業番号 0

事例報告番号 〇—〇—〇

インシデント・アクシデントレポート

報告日		1900年1月0日	
表題 0			
患者名	0	性別	0
年齢	0	登録番号	0
報告者	0	職種	0
経験年数	0	部署経験	0
発生日	1900年1月0日	時刻	0:00
発生場所	0	発生場所	0
報告日時	職場長 1900年1月0日	事例概要	0
医師	0	事例項目	0

事故発生状況
0

原因に対する自己分析
0

背景要因
0

再発防止対策・改善策
0

その他備考欄
0

事業番号 0

事例報告番号 転〇-〇-〇

転倒・転落事故報告書

報告日		1900年1月0日	
表題 0			
患者名	0	性別	0
年齢	0	登録番号	0
報告者	0	職種	0
経験年数	0	部署経験	0
発生日	1900年1月0日	時刻	0:00
発生場所	0		
報告日時	職場長 1900年1月0日	事例概要	転倒・転落 0
医師	0	直接関連する疾患名	0
事故発生状況 ○ 0			
0			
患者側要因			
活動状況	0	感覚	0
直前患者状態	0		
排泄場所	0	状況	0
患者の特徴	0		
薬物使用	0		
アセスメント	スコア: 0	危険度	0
入院経過日数	0		
環境要因			
ベッド柵	0	ベッドの高さ	0
リスク回避器具	0		
拘束用具	0		
身体拘束行為	0		
履物	0	ナースコール	0
事故後状況			
受傷部位	0	症状	0
転倒・転落初期対応シート	0		
診察時刻	0:00	診察医師	0
指示内容	0		
X線検査	0	CT検査	0
患者・家族への説明			
0			
事例の背景要因 (0)			
0			
改善・防止策			
0			
その他備考欄			
0			

院長	副院長			看護部長	地域医療		医療安全管理室					対応者
	子野日	石井	中館		室長	副室長	管理者	藤川参事	田上参事	佐藤参事	MSW	

苦情・相談内容報告書

報告日	1900年1月0日		事例番号	202304-0003		
表題						
受付	日時					
	担当部署		職・氏名	0	0	
区分	0					
相手方	氏名	性別	年齢	歳	病名	-
	登録番号		住所		電話	
発生場所					その他()	
発生日時					発生	
報告(職場長へ)					報告	

苦情・相談内容(現状)

0

処理状況(各診療科等)

原因

分析・改善策

その他備考欄

2017年 5月1日	転倒・転落アセスメントスコアシート看護計画 様式改訂
2018年10月1日	転倒・転落事故報告書 様式 改訂
2019年 2月1日	2-1 事故発生時の報告フローチャート 改訂 4-2 士別市立病院事故調査委員会設置要綱 改訂
2019年 3月1日	患者影響事故レベル分類表 改訂
2019年 5月1日	1-2 事故発生時の対応 追加 1-2-1 医療事故発生後の初期対応フローチャート ①事故直後 1-2-2 医療事故発生後の初期フローチャート ②事故当日
2019年5月24日	1-3 患者の安全確保について 追加 1-3-1 患者確認の基本行動 1-3-2 リストバンドによる確認
2019年 7月1日	7-5 転倒・転落の対応・記録のポイント 改訂 各種報告書 転倒・転落初期（6時間）対応シート 改訂
2020年1月24日	転倒・転落事故報告書 様式 改訂 各種報告書 転倒・転落初期（6時間）対応シート 改訂 院内暴力対応 改訂
2020年 4月1日	士別市立病院医療安全管理規定 改訂 2-1 事故発生時の報告フローチャート 改訂
2021年 4月1日	士別市立病院医療安全管理規定 改訂 医療安全管理者の業務指針 改訂
2022年 4月1日	士別市立病院医療安全管理規定 改訂 2 医療安全管理体制に関する事故報告フローチャート 2-1 事故発生時の報告フローチャート 改訂 2-2 現場の保全 改訂 2-3 医療事故発生直後のフローチャート 改訂 4 士別市立病院事故調査委員会の設置 一部改訂 5 インシデント・アクシデント事例 新設

2022年 4月1日	6	患者相談窓口に関する規定	改訂
	7-1	苦情・相談対応フローチャート	改訂
	7-2	苦情相談内容報告について	改訂
	8-1	転倒転落アセスメントスコアシート	改訂
	8-3	転倒・転落危険度別対応策	改訂
	8-4	具体的留意点	改訂
	8-5	転倒・転落初期（6時間）対応シート	改訂
	8-6	行動制限に関する説明・承諾書	追加
	10-4	レベルⅠ：暴言、ハラスメント	一部改訂
		レベルⅡ	一部改訂
	10-7	院内暴力についての報告、評価分析	改訂
	11	職員間暴力対応	改訂
	12	Ai 運用マニュアル	一部改訂
2022年10月1日	5-4	インシデント・アクシデントレポートの報告期限の新設	
2023年 4月1日	1-5	リスクマネジメント委員会の配置	一部追記
	5-2	インシデント・アクシデント方向方法	改訂
	5-3	インシデント・アクシデント発生内容確認フローチャート システム変更のため改訂	
	5-6	インシデント・アクシデントの報告フローチャート	追記
	7-2	苦情・相談内容報告について	一部改訂
	10-4・5	発生時の対応	連絡部署一部修正
	12	Ai 運用マニュアル	一部修正
	14	各種報告書	システム変更に伴い改訂
2023年 8月1日	8	転倒・転落事故対応	
	8-1	高齢者外傷の特殊性	新設
	8-2	不眠時の必要指示	追記
	8-3	転倒・転落アセスメントシート	改訂
	8-7	転倒・転落対応シート様式	改訂
2023年11月1日	8-3	不眠・不穏時の必要時指示	改訂
2024年 2月1日	10-5	さすまた設置場所	追記

- 2024年 4月 1日
- 1-3 医療安全管理室の内規 追加
 - 1-5 リスクマネジメント委員会の配置 追記
 - 1-6 院内感染管理者の配置 一部改訂
 - 1-8 インシデント・アクシデント事例の報告および評価分析 追記
 - 1-9 医療事故の報告 追記
 - 2-3 医療事故発生時の保存例 新設
 - 4-3・4 医療事故の対象となる事例説明 新設
 - 5-4 患者影響事故レベル分類表 改訂
 - 7-1 苦情・相談対応フローチャート 修正
 - 8-3 表8-2 当院における不眠・不穏時の必要時指示 修正
 - 8-8 転倒・転落危険度別対応策(例) 追記
 - 10-3 ハラスメント レベルⅡ 改訂
 - 10-5 さすまた設置場所 追記
 - 12-1 A i 運用マニュアル 追記