
プログラム

(敬称略)

10：25～ 入室開始

10：30～ 事務局からの説明

10：35～ 開会挨拶・イントロダクション

寛 淳夫（工学院大学 建築学部 建築デザイン学科 教授／部会長）

10：55～ 事例発表・質疑応答

司会：寛 淳夫

質疑応答進行：宮崎 浩彰（関西医科大学 医療安全管理センター 副センター長／部会員）

① 「病棟内ドアでの指の挟み込み」

特定医療法人さっぽろ悠心の郷 ときわ病院 看護部 看護師長 菅藤 善徳

② 「トイレ内の転倒による右上腕骨骨折事例」

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 医療安全管理室 室長 上野 正子

③ 「固定ネジの外れによる吸引ボトルの落下」

横須賀共済病院 医療安全管理部 村上 弓子

<休憩10分>

④ 「エアーマットコードの破損による発火事例」

茨城県厚生農業協同組合連合会 茨城西南医療センター病院

医療安全管理室 看護副部長・専従医療安全管理者 高谷 智子

⑤ 「病院敷地内での歩行訓練中のわずかな段差による転倒事例」

社会医療法人 さいたま市民医療センター リハビリテーション科 科長 大熊 克信

⑥ 「認知症患者の車椅子自走による転落」

医療法人社団東光会 戸田中央総合病院 医療の質・安全管理室 副室長 原 美香

12：17～ 総括・閉会挨拶

寛 淳夫

12：27～ 事後アンケートについての説明

セミナーにご参加いただくにあたっての ご案内と注意事項

ーご案内

【質疑応答の参加方法】

ご質問は、画面下部の「Q&A」にご入力ください。

特定の発表者に質問したい場合は、その旨が分かるよう「〇〇さんに（または〇〇病院に）質問です」と頭に記載してください。

【受講証明書】

受講証明書は下記の3点をすべて満たした方に発行します。

- ①本セミナーへのお申し込みがある
- ②セミナー開始から終了まで参加した記録がある（開始から20分以上の遅刻または途中退席があった方、他の参加者の画面で視聴したためにご自身の記録が残らなかった方には発行できません）
- ③事後アンケートへの回答がある*

(*)事後アンケートのページはセミナー終了後、自動的にブラウザが開きます。

もし、その場で回答ができなかった場合は、セミナー翌日に配信されるメールに記載されているリンクからご回答ください。

回答期限：1月13日（水）24時まで

【複数視聴】

セミナーの模様をプロジェクターで投影するなどして複数名でご視聴いただいても問題ございません。

【開催後】

セミナー終了後、協議会ホームページにて期間限定で見逃し配信を行います。

（会員ログインが必要です。ご視聴による受講証明書発行はございません）

ー注意事項

【注意事項】

- ① インターネット回線速度の確認及び、パソコンの動作検証は、受講者の皆様にて行ってください。
- ② インターネット接続の通信状態やパソコンの不具合により、本オンラインセミナーに参加できない場合や受講に不具合が生じた場合、事務局ではご対応できかねますのでご了承ください。

【禁止事項】

- ① セミナーの録音・録画・スクリーンショットは固く禁止いたします。
- ② Q&A等での他の参加者のご迷惑になるような書き込みは固く禁止いたします。

困った時の対処法



■ Zoomウェビナーに入れない

➡招待メールから入っていますか？

お送りしたリンク以外からは入室できません。

メールアドレスとお名前の入力を求められた場合は、お申し込み時にご入力いただいた情報を記載してください。

■ 誤って退出してしまった

➡再度、招待メールのリンクから入室してください。

■ 音が聞こえない

➡スピーカーがミュートになっていないか確認してください。

➡イヤホンを使用する場合、使用するデバイスとして認識されているか確認してください。

➡パソコンの起動不良などで、一時的にスピーカーが使えないことがあります。一度退出し、再起動してから入室しなおしてください。

■ 画面がカクカクする／音が途切れる

➡インターネット接続が不安定な可能性があります。

有線LANを使用するか、強いWifiに繋ぎなおしてください。

参加者側の不具合は、事務局では対応できかねますのでご了承ください。

認定病院患者安全推進協議会 2020年度活動概要図



施設・環境・設備安全部会の活動 (2015年度設置)

- 物的環境に関連するインシデント・アクシデント事例の収集と公表
(検索システム)

2016～2020年度 計418事例

- セミナーの実施

	2017		2018		2019		2020	
	第1回	第2回	第1回	第2回	第1回	第2回	Covid-19	第2回
医師	1	0	0	3	3	1	8	
看護師	33	15	30	42	20	30	68	
その他医療技術者	8	5	10	14	9	17	30	
事務	11	10	8	37	6	24	19	
建築・メーカー			7	10		13	25	
不明							40	
合計	53	30	55	111	38	85	190	



当日会場でのコメント・質問

【アサリシーターから】
 ■ 遠距離コッドを引く→たばこにたたりしてやる部隊がみられる。非敵部隊が一歩前進。
 そこから他大などの非敵部隊に警戒の可能性もある。ドゥミヤーは主力軍の大きな部隊に
 該当するので、協定部隊にアサリシーターを受けた方がよい。大規模な戦いは、統制
 コッドでの使用は避けたいはずがよい。

■ コンセントの位置は法定がなければ床から30cm、低い位置で抜き差しをする必要は無く、安全引き取り方をしてプラグの接触部に負担をかける。実際に両脚を踏放すだけで、簡単にでも抜き差しできるように高めの位置に設置してある。接触に抜き差しするような場合は、コンセントの位置を自由に設定するものはない。

Q. 成気層の様子で、局内で情報共有や教育をしていることがあれば教えてほしい。

3. 電報タイプ（電報コード）にも対応があり、完全対応はもう百年と言われている。組み・別家が生じて消滅した電報タイプ（電報コード）を拾い集めると、トコナシ電報の地図に繋がる。1年に1回は公開し、数量が少れば新しいものに取替える。

部会員からのフィード

バック・転落

セミナーにおける質

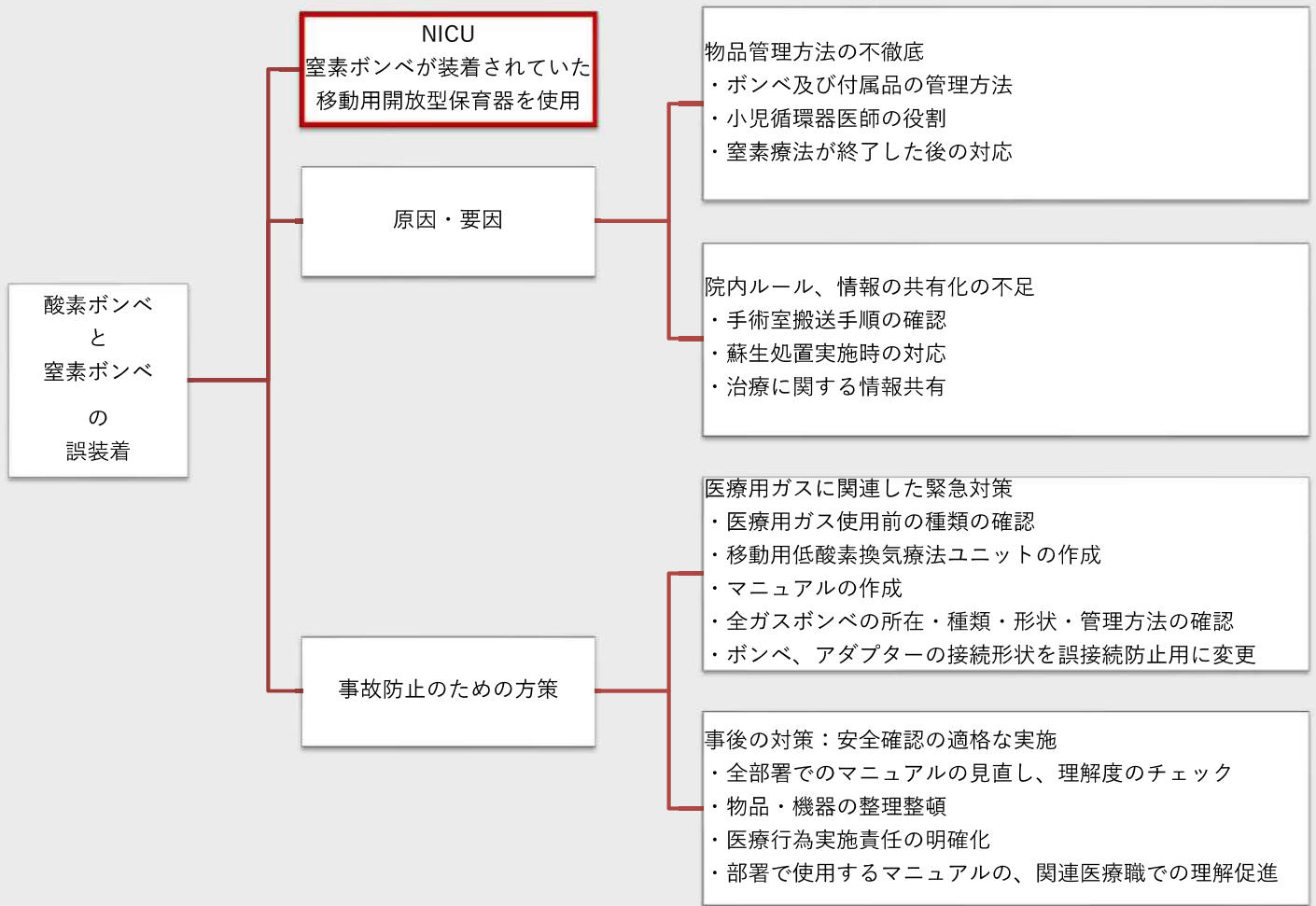
セミナーにおける質疑応答を含め、本事例をどのように教訓としていけばよいのか、藤沢・塚原・辻

発表時の資料：——

セミナー当日の発表スライドです。

認定病院患者安全推進協議会 施設・環境・設備安全部会
「物的環境に関連するインシデント・アクシデント事例集2019年度版
～第2回セミナー内容の紹介」、2020.5





施設・環境・設備による安全

医療スタッフの作業・労働環境



患者を取り巻く環境



物的環境に関連するインシデント・アクシデント事例のリスク分類

A. 患者による使い方・置き方のリスク

B. 物の性能のリスク

C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク

D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク

E. 不適切な作業環境によるスタッフの作業上のリスク

A. 患者による使い方・置き方のリスク

「エスカレータによる転倒」

シルバーカーを使用している外来患者が、エスカレータを使用した際に転倒

患者によるエスカレータの使い方にはリスクがあったのではないかと。

（「C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク」:

EVの位置が分かり難かったなど）

B. 物の性能のリスク

「車椅子フットレスト裏側の接触による下肢切創」

排泄の際、車椅子から便座への移乗は自力で可能であるため、看護師が傍について見守りを行っていた。車椅子のフットレストを移乗の前に跳ね上げていたが、フットレストの裏側が患者の右下腿に接触し、切創を生じた。

そもそもフットレストの仕様にリスクがあったのではないか。

(「E. 不適切な作業環境によるスタッフの作業上のリスク」:
適切な車椅子の置き方ができなかったなど)

C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク

「歩行器の車輪がエレベータの扉の溝に引っかかり転倒」

患者がエレベータに乗る際、歩行器の車輪がドアの溝に引っかかり、前方へ倒れ込んだ。

エレベータの設置方法にリスクがあったのではないか。

「エレベータと床面の段差につまずいて転倒」

歩行器を使用している患者がエレベータを降りる際に、歩行器のタイヤがエレベータと病棟フロア一面の段差(1cm)に挟まり歩行器が倒れ、転倒した。

エレベータのメンテナンスにリスクがあったのではないか。

D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク

「ダブルパイピングの目詰まりによる人工呼吸器の酸素供給不十分」

ICUで人工呼吸器を使用。酸素供給圧アラームが鳴り続け、60%の設定に対して表示は21%であった。点検により、プラスチックの様な物が入っており閉塞していたことがわかった。パイピングシステムへの取り付け、取り外しの際に乱暴に扱い、一部が割れた、または削れた可能性が考えられる。

スタッフによる不適切な取り扱いがあったのではないか。

（「E. 不適切な作業環境によるスタッフの作業上のリスク」:

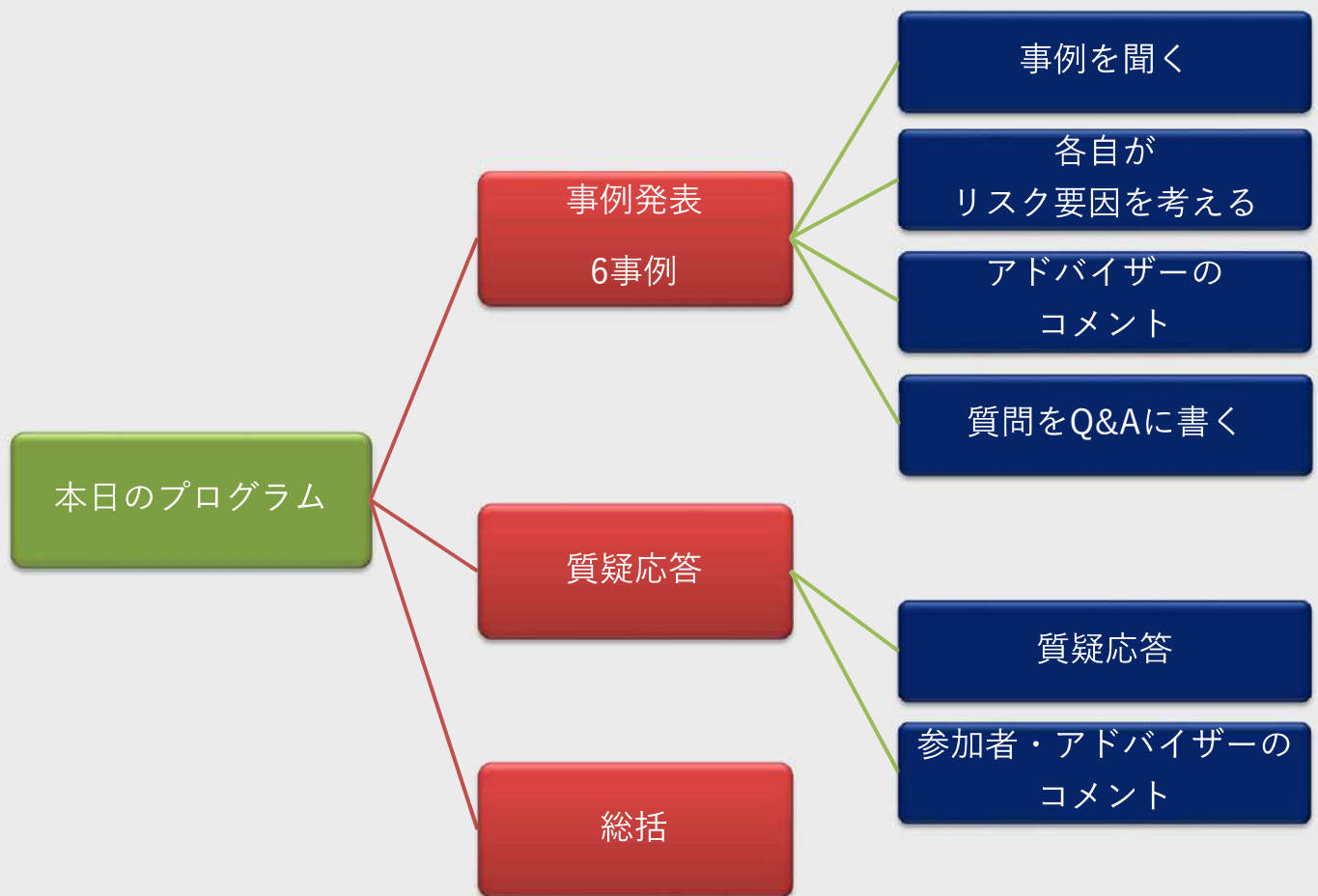
斜めに引っ張らなければならないアウトレットの位置など）

E. 不適切な作業環境によるスタッフの作業上のリスク

「吸引器ライナー交換時の暴露リスク」

壁付けアウトレットに吸引器をセットすると、蓋がアウトレットカバーに引っかかり開かない。隙間からライナーを出し入れしているが、廃棄時は内容物で引っかかってしまう。もともと壁に装着したまま操作する吸引器。大量吸引で吸引中に交換が必要になった時は、ライナー交換がスムーズに出来ないため、吸引が間に合わずスタッフが暴露する心配がある。

看護師がライナーを交換（作業）する上で、蓋を正しく開けることが出来ず、そのことによる問題が生じるリスクがあるのではないか。



病棟内ドアでの 指の挟み込み

物的環境に関するインシデント・アクシデント事例

特定医療法人さっぽろ悠心の郷

ときわ病院

菅藤 善徳

病棟概要



- 認知症治療病棟（48床）

主にAD68%と最も高く、次いでDLBや血管性
認知症の患者様が入院中

- 精神療養病棟（59床）

- 精神科救急病棟（46床）

- 精神療養病棟（53床）

事例概要①



- 職員がエリア移動のためドアを開ける
- ドア付近に患者様が着席している
- ドアが閉まる際に、患者様が突然ドア側へ移動し、手を伸ばす
- 蝶番の隙間に、左第**3**指が挟まる

事例概要②



- 痛みで大声を上げ体を硬直させる
- 左第**3**指の裂傷と出血あり
- 左第**3**指末節骨の開放骨折
- 保存的治療（シーネ固定）

発生要因

- 開閉時の職員による確認不足
- ドア付近にテーブルなどもあり、患者様の休息空間となっていた
- 扉の固定（蝶番）板がホール側で開くことにより、その隙間に指などが挟まる状態であった
- 患者様の位置関係を把握する時に、壁によって死角となる所がある

対 策

- 開閉時の確認徹底

特に死角となる場所の危険行動予知（KYTの徹底）

- テーブルの配置変更

位置を変更し、ドア付近での休息者を減少させる

- 設備による安全対策

フィンガーアラートの設置

結 果

- 同様なインシデント発生報告なし

今後の課題

- 患者様の危険行動を完全予知することは困難である
- KYTなどを活用し、継続的に訓練を実施していく必要がある
- ハード面での安全対策にも協力依頼を求めている

ご清聴ありがとうございました。

下記は製品の参考画像です



2020年度第2回
施設・環境・設備安全セミナー
2021年1月9日

トイレ内の転倒による 右上腕骨骨折事例

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院
医療安全管理室
上野正子

無断転載・二次利用を禁じます

事例紹介

- 87才女性、施設入所中。軽度認知症、パーキンソン病、右股関節手術既往あり。
- 施設内で転倒され、右上腕骨近位端骨折の手術目的で入院された。
- 6月9日、骨接合術を施行。
- ナースコールのご理解が難しく、離床センサーを設置。
- 術後11日目の深夜3時20分、車いすでトイレへ案内した。その前のトイレ誘導のときはナースコールで終了を知らせていたため、その場を離れた。
- 数分後にトイレ内で大きな音がしたため中に入ると、右上肢を下にした状態で転倒していた。
- レントゲン・CT検査で大結節骨片転位があり、再手術となった。

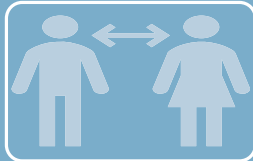
無断転載・二次利用を禁じます

現状分析

夜間（排泄介助）は転倒リスクが高い



夜間は眠気や睡眠薬の影響などでふらつき



夜勤は人員が少ない（休憩になるとさらに）
他患者の対応と重なり、トイレ内付き添いが難しい



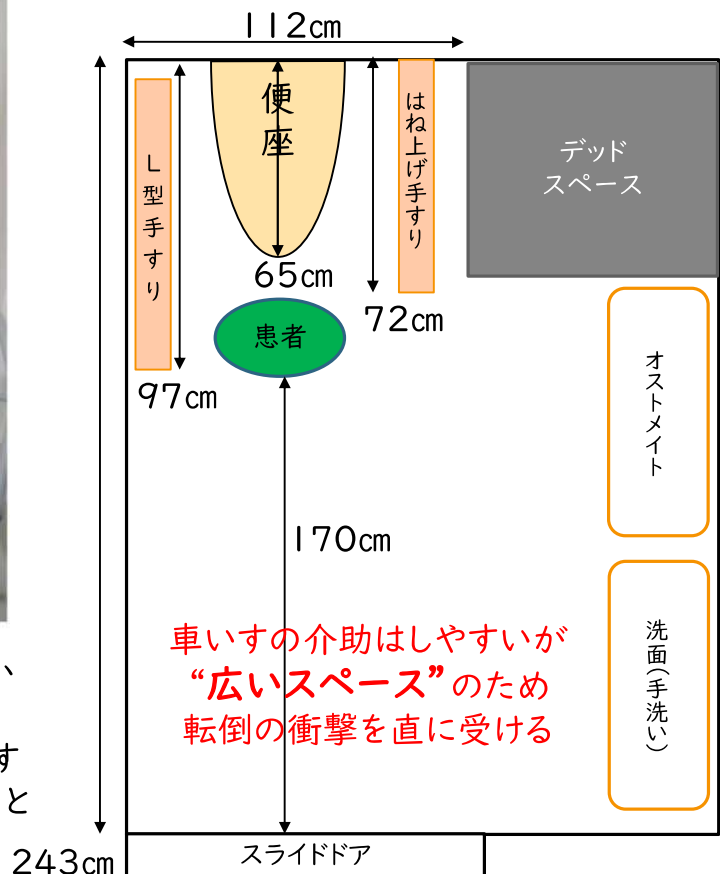
羞恥心を伴う排泄場面は、トイレ内付き添いの判断に迷う（患者によりお断りされる場合も）

無断転載・二次利用を禁じます



- ・右手の術後で右側のL型手すりをつかめない
- ・前方に転倒すると左側のはね上げ手すりが身体の後方にあるため、つかまることができない

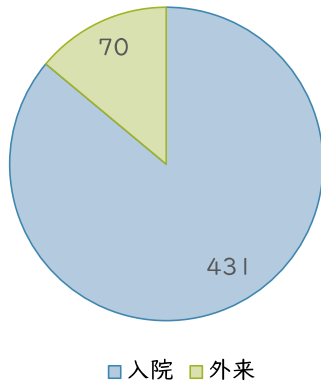
構造的な問題



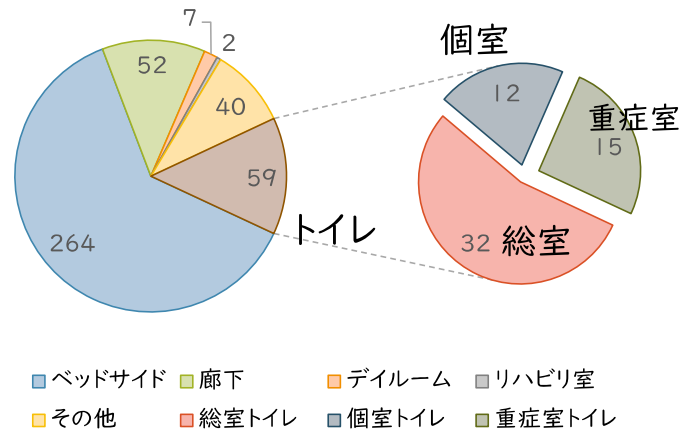
無断転載・二次利用を禁じます

転倒転落 発生場所

2019年度 転倒転落件数



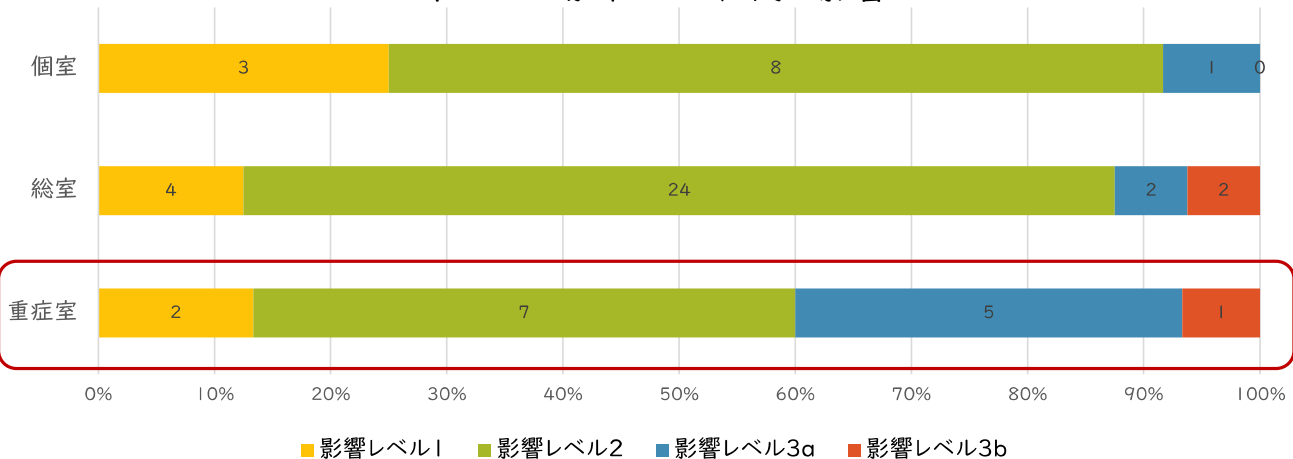
2019年度 転倒発生場所



- ・入院中の転倒発生場所のうち、トイレの発生は59件、約15%であった
- ・トイレの発生場所、それぞれの転倒による影響レベルを分析した

無断転載・二次利用を禁じます

2019年 トイレ場所による転倒の影響レベル



- ・総室側と重症室前のトイレ構造は同じ(ハンディキャップ用トイレ)
- ・総室側の転倒は約80%が影響レベル1~2の軽症事例であったが、重症室側の転倒は40%が怪我や骨折を伴う重症事例であった

重症室前トイレ



前方ボード(手すり)

無断転載・二次利用を禁じます

before



手すりが届かず前方に転倒しても
患者を支えられない

after

前方ボードを
右側の壁に設置

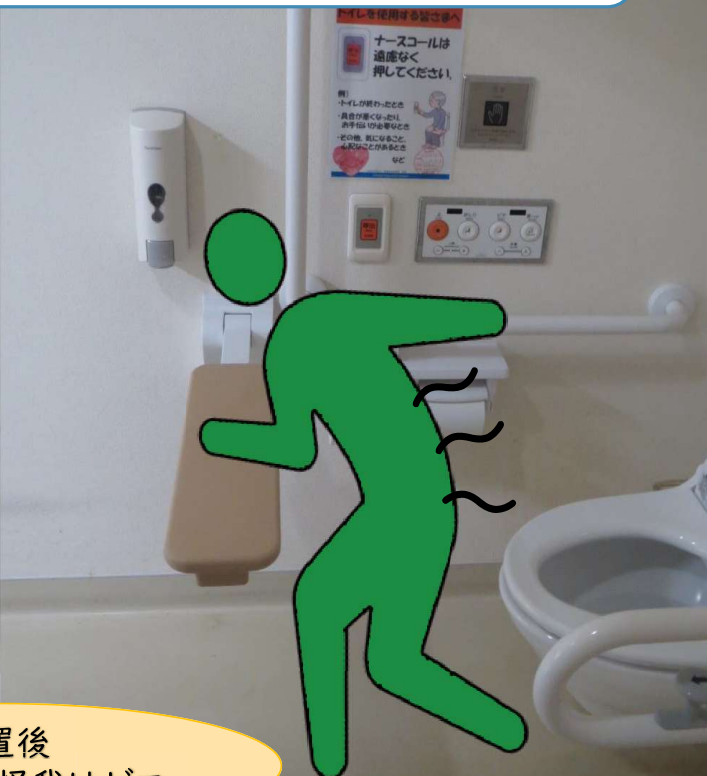


無断転載・二次利用を禁じます

もしトイレ内で立ち上がったときにふらついても支えになる
前のめりに転倒しそうになっても、前方ボードでキャッチできる



便座に座った後、前方ボードを倒す



設置後
転倒による怪我はゼロ

無断転載・二次利用を禁じます

まとめ

- 転倒転落は施設構造面の環境に大きく影響される
- しかし、夜間の人員が少ないときは「目を離せないから付き添いたい」という気持ちがあっても、他患者の対応でやむを得なくそばを離れざるを得ない現状があり、看護師はジレンマを抱えている
- トイレ内の環境を安全に整備することで、患者にも安全な環境を提供でき、看護師も安心して排泄の援助や他患者の援助が行える
- 転倒転落をゼロにすることは難しいが、少しでも怪我がなく安全に安心して入院生活を送ることができる療養環境を今後も考えていきたい

固定ネジの外れによる 吸引ボトルの落下

2021年1月9日

横須賀共済病院 医療安全管理部

医療安全管理者 村上 弓子

事例紹介

- 吸引ボトルを患者のベッドに準備した際、吸引ボトルを取り付けるネジが外れ、吸引ボトルが落下した。
- 吸引ボトルはベッド下に落下したが、ネジが患者の額に落下し、擦過傷を負った。



当院の状況

1. これまでは病室に設置された医療ガス関連について、病棟責任者が目視による点検を行っていたが、ネジの緩みまでは確認していなかった
2. 吸引ボトル固定の部品は3種類ある
3. 吸引ボトルは患者の頭側の壁に設置されている
4. 患者の状態等によってベッドの位置を変更することがある

吸引ボトル固定部品





医療ガス配管は
どの病室も同じ

柱や入口との
位置関係で
ベッドの位置
が変更される



出入り口方向

出入り口方向



改善策

- ◆ 吸引ボトルが落ちないための方策
→ 固定用部品の検討、点検の実施
- ◆ 吸引ボトルが万が一落ちてても患者に
当たらないための方策
→ 吸引ボトル設置場所の検討



当院の対策

1. 日常点検の実施
2. 定期点検の実施

日常点検・定期点検

1. 日常点検

病棟スタッフが吸引ボトル取り付け時、
ライナー交換時にネジの緩み等がないか
を確認

2. 定期点検

施設課スタッフが3か月に1回病棟ラウン
ドを行い点検

継続課題

- 日常点検は、部署によって継続できているところと、そうでないところがある
- 本体の取り付け時、ライナーの交換時に点検することになっている。しかし、取り付け時の点検より、片付け時の点検の方が確実に実施できる

→定期的な情報発信と現場の状況を確認

医療安全ラウンド（2回/月） 各部署の医療安全推進者によるラウンドを実施



薬剤師や理学療法士、
臨床工学技士など、
多職種がそれぞれの
視点で点検を実施



施設課スタッフ
も同行



エアーマットコードの破損による発火事例



茨城県厚生農業協同組合連合会
茨城西南医療センター病院
医療安全管理室 高谷智子・長谷川猛・前田裕史

無断転載・二次利用を禁じます

事例の概要

個室に入院患者を受け入れるため、看護師がエアーマットの電源を入れ、30分後に様子を見に行った。エアーマットが十分に膨らんでいたのに、部屋を出ようとした所、破裂音と同時に閃光が走り、コード全体が火花を出して床に焼け落ち、火が消えた。

連絡を受けた職員が駆け付けると、部屋に煙が充満し、焼け焦げた異臭がした。

煙を室外に出すために窓を開ける際、ロック錠の開錠方法をスタッフが知らなかったのに強引に錠を外して窓を全開にした。

現場の状況

写真1

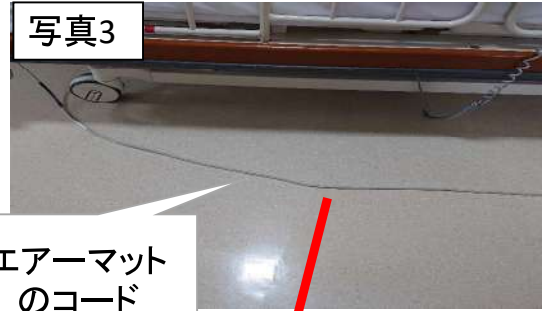


プラグの根元から
火が出て
コンセントから抜けて
床に落ちた

写真2



写真3



エアーマット
のコード

コードの敷力所が
熱で溶けて焦げていた。

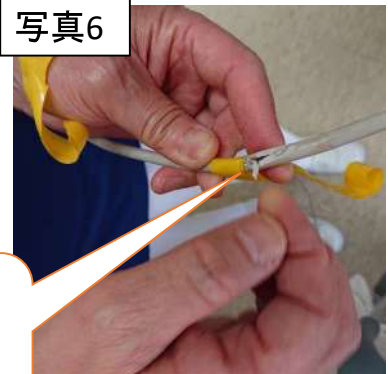
写真4



発生要因

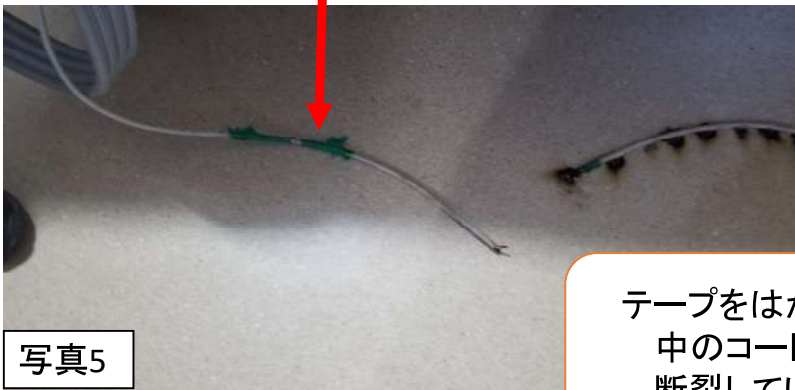
エアーマットのコードの被覆が破損したため、
ビニールテープで**補修**がされていた。

写真6



テープをはがすと
中のコードが
断裂していた

写真5



コードの補修が不十分であった為にショート
して**発火**した。**漏電**を**感知**して、コンセントの
ブレーカーはすぐに落ちた。

臨床工学部に協力を得て一緒にラウンド。



対策

赤信号ニュース
発行
注意喚起

臨床工学部からの
お知らせ
電源コード補修に関
する注意

赤信号ニュース5月号

医療安全管理事務局 No.62 令和2年5月

高知や大分県学生！

インシデント内容分類詳細

認すため、18 時すぎに訪室。廊らんでゐることを確認し、病室を出ようとしたところで発熱倉と共に閃光が
り、コンセント部分が焼け落ち、機におおわれた。

＜各病棟のコードを予エック！＞

コードは
破け果けて
使用不可の
状態
床は焦げ跡が
残ってしまった

ベットの車輪に
しみや損傷が
見受けられまし

黄色のビニールテープで養生されていました。はがしてみると中のボードが腐蝕されているのが分かりました。

コードをまとめて
車輪にかからない
ように設置した

コード1本火事の元



こうなる前に



この段階で



できればこの
時点で

CE PHS $\wedge$

写真10

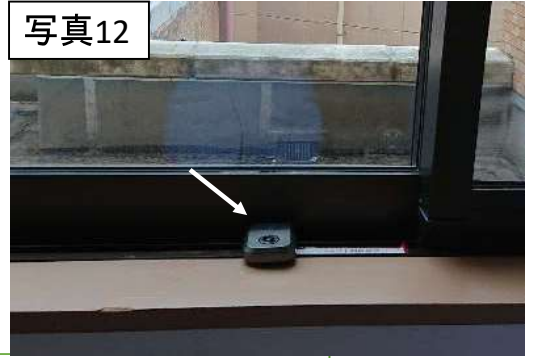


写真11

発生要因

煙を室外に出すために窓を開ける際、**ロック錠を強引に外して窓を全開**にした。

写真12



窓の開閉制限のロック錠を開錠するための鍵の保管場所をスタッフが知らなかった。

写真13



ロック錠の鍵の保管場所と開錠方法の**周知度を調査**
再度、ロック錠の開錠方法について周知徹底

事後対応

- 1、幸い火災にはならなかったが、後日消防署に連絡。現場検証と医療機器の取り扱いについて指導を受けた。
- 2、ブレーカーを復旧させた後コンセントの使用確認を、関東電気保安協会に連絡して検査を実施。
- 3、火災報知機の点検を依頼。
室内は熱感知式
廊下は煙感知式

写真14





病院敷地内での歩行練習中の わずかな段差による転倒事例

社会医療法人さいたま市民医療センター
診療技術部リハビリテーション科 大熊 克信



無断転載・二次利用を禁じます

事例概要

- 右大腿骨転子下骨折術後の患者が屋外歩行練習中に、病院正面玄関付近において、高さ約2cmの段差につまづき、両手と膝を地面につき、軽微な処置を行った。
- 当該コースは、4回目でそれまで全く問題なく通過できていた。また杖を使用し、理学療法士が右側で介助をしていたが転倒を防止できなかった。



要因 1

【段差について】

1. 建物の引継ぎ時、欠陥はないことは確認済み。
2. 田んぼを地盤改良しており、元々の地盤は現在の1m下のため、その分を周辺道路とすりあうように、1m盛土した。
3. その部分で盛土の転圧が弱く、経年変化で地盤が下がったと推察される。



段 差
約2cm

3

要因 2

【事前に段差を発見できなかったことについて】

1. 発生場所は人通りが少ない場所。
2. 職員も気が付かなかった。
3. 建物周辺を細部に定期的に点検するルールがなかった。

正面玄関の通用口のうち、
2か所は使用していないため、
人通りが少ない。



4

対 応 1

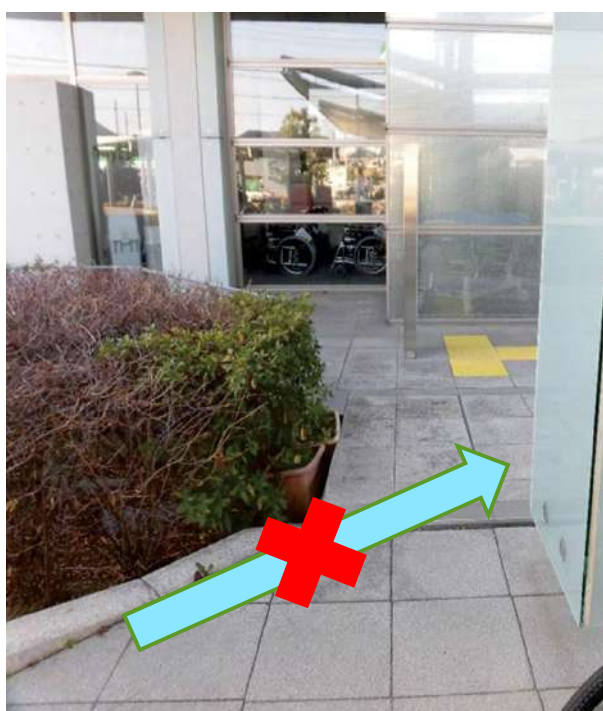
- 修繕後



✓ 段差はゼロではないので、今後も注意が必要

5

対 応 2



- 屋外歩行練習時のコースを変更した。
- 医療安全管理委員会へ報告し、共有を行った。
- リハ科スタッフへ周知を行った。

考 察

【リハ中の転倒と発生場所】

日本医療機能評価機構医療事故防止事業部医療事故情報収集等事業第62回報告書によると、リハビリテーション中の事故は、転倒・転落が最も多く、発生場所はリハ室、病室、院内廊下と続く。屋外は事故・ヒヤリハット事例を合わせても3件と少ない。屋外歩行は、理学療法士と患者が転倒を注意する意識が高く、介助もリハ室や院内よりも多く行っている。それでも転倒が生じる原因は、今回のような外的要因である場合が多い印象がある。

- ✓ リハスタッフは、屋外歩行コースを設定する際に、危険な箇所を調査し、見える化をする必要がある。
- ✓ 見える化することで、外的要因による転倒事故を予防できるかもしれない。



認知症患者の 車椅子自走による転落



病床数512床
病床稼働率92.1%
平均在院日数13.2日

2021年1月9日（土）

戸田中央総合病院 医療の質・安全管理室
副室長（医療安全管理者）原 美香



【事例紹介】

患者：75歳 女性 認知症（自宅にて徘徊や転倒歴） デイサービス 3回/週

診断：左大腿骨頸部骨折

経過：大腿骨骨頭置換術施行後、サークル歩行練習中

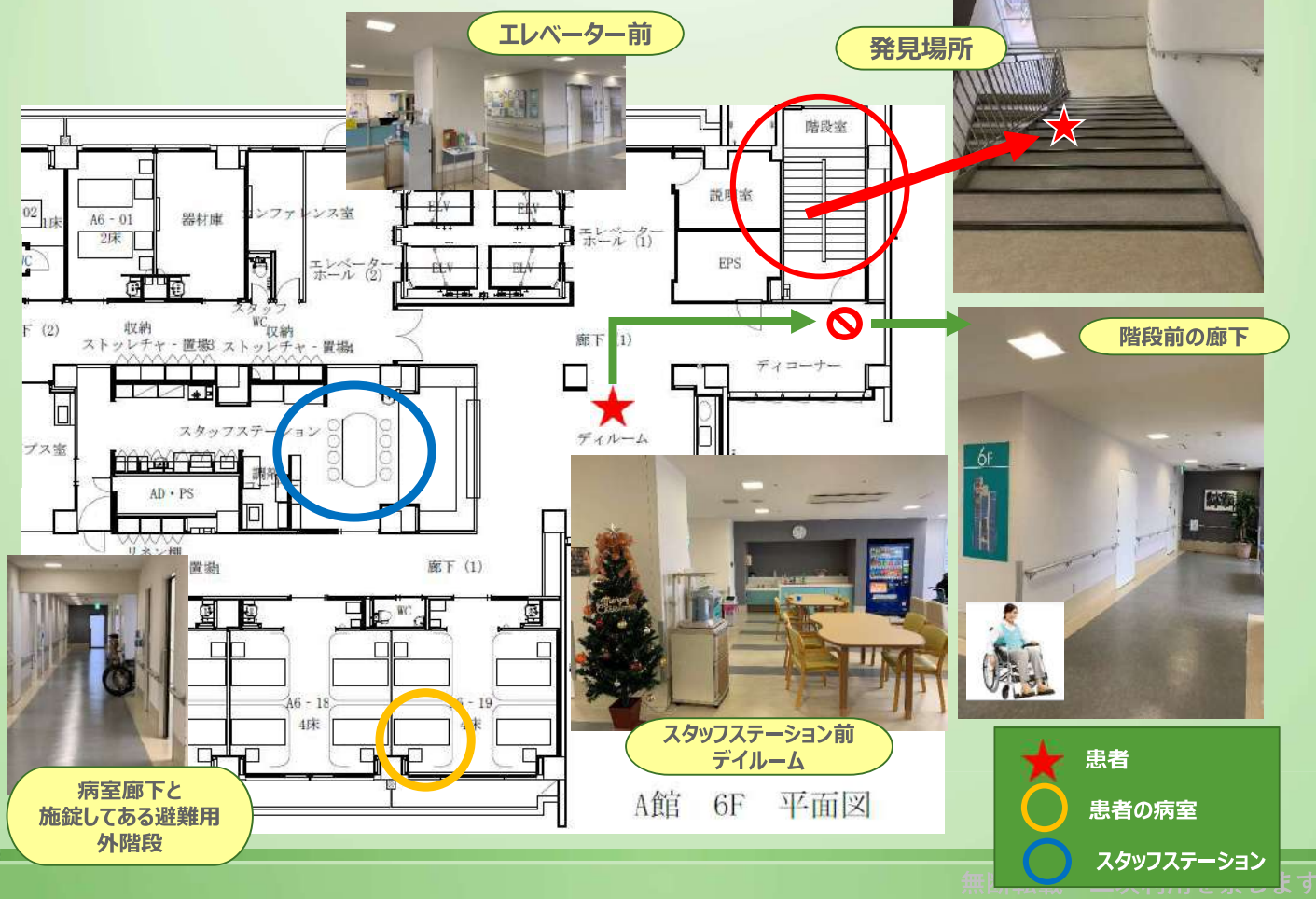


イメージ写真

〈転落当日の経緯〉

- ・ 術後第29病日朝、患者が自室にてベッド柵を外しているのを発見。
- ・ 車椅子用の抑制ベルトを装着しデイルームへ移送。
- ・ デイルームで食事摂取することとし、看護師は配膳の準備でその場を離れた。
- ・ 病棟の6階から5階に降りる階段の途中で車椅子ごと横に倒れているところを発見。

【転落があった病棟の見取り図】



【再発防止対策の提案：階段扉を閉める】

急性期病院は、認知症患者さんの療養環境を考えた構造になっていない。
しかし、転倒などで手術を余儀なくされる患者の入院は継続される。

認知症患者が知らずに出てしまうなど、転倒・転落リスクがある。
階段扉を閉めることを医療の質・安全管理委員会にて提案・検討した。

【各部門と相談】

- ・施設課
- ・看護部
- ・専門科医師

その他、リハビリ科など



【再発防止策の実行】

施設課との相談

- ・消防法に影響
しませんか
- ・扉を閉めたまま
可能か

看護部での聴き取り

- ・ガードする障壁が
無く、困っている
- ・いなくなる時は
素早い

専門医との相談

- ・認知症患者さんの
扉表示に対する
認識について

- ・消防署に確認
閉めたまま可能



扉を閉めて下さい！



表示：多種く単語
文字色：黒字く赤字



無断転載・二次利用を禁じます

【階段扉の開いた状態と閉めた状態】



無断転載・二次利用を禁じます

【階段扉の開いた状態と閉めた状態】



無断転載・二次利用を禁じます

【認知症患者の特徴と認知症ケア加算】

表示の工夫

〈病棟側〉

関係者以外

立入禁止

〈階段側〉

ゆっくり開けて



開閉注意

認知症ケア加算用テンプレート

記録日 ▼ / /

自立度

認知症高齢者の日常生活自立度評価

【せん妄】
☐ なし ☐ あり

【激しい体動】
☐ なし ☐ あり

【ルートに触る行動】
☐ なし ☐ あり

【過去の自己抜去】
☐ なし ☐ あり

【自傷・他傷行動】
☐ なし ☐ あり

【鎮静剤の使用】
☐ なし ☐ あり

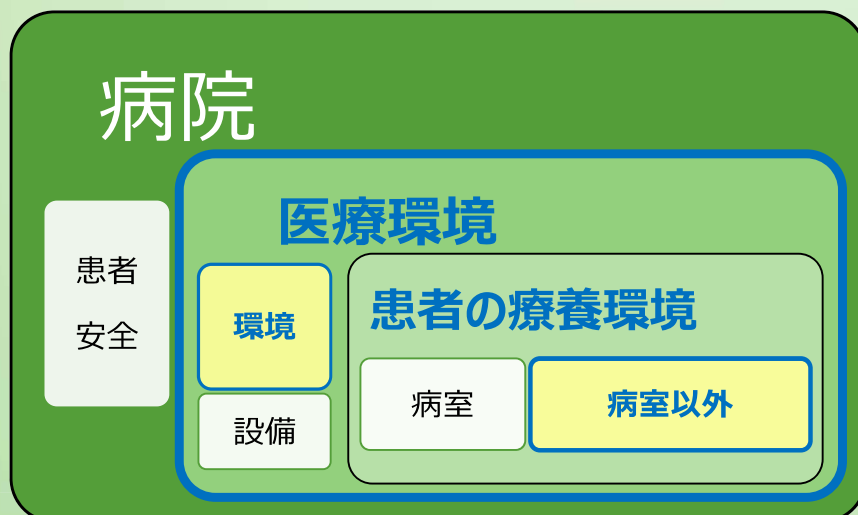
【挿入中のチューブ類】
☐ 気管内挿管 ☐ CV ☐ 末梢ライン ☐ 胃管 ☐ ドレーン ☐ バルーン
 その他

笑顔	周辺症状:精神症状	周辺症状:行動障害
評価項目	アセスメント 見られる行動症状(過去1週間ほどの程度)	アウトカムを高めるケア
【周辺症状:行動障害】 徘徊、多動、不眠、暴言、暴力、介護への抵抗など	☐ 全くない ☐ まれにある(1~3日/週の短時間) ☐ 時にある(3日/週の短時間) ☐ しばしばある(3日/週以上、ほとんど毎日) ☐ 毎日ある ☐ その他	☐ 原因・背景の追求 ☐ 環境整備 ☐ 訴えを聴く ☐ 安心させるやさしい声かけ ☐ 薬の副作用の確認 ☐ 今の不安を受け止める ☐ 徘徊に付き合う ☐ 散歩をする ☐ 不快なものを取り除き、快適刺激を提供する ☐ その他
		アウトカム判定 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化

無断転載・二次利用を禁じます

【まとめ：安全管理者の視点】

- ・患者の療養を含めた医療環境を整えることが、安全な医療を提供する基盤となる。
- ・認知症患者が急性期病院で治療し、先を見通した医療提供を受けられるよう、「認知症ケア加算適応テンプレート」など、多方面から提供されるツールを活用する。
- ・事例報告レポートを確認し、安全な医療環境か否か評価する。



ご清聴いただき
ありがとうございました。