

第 1 章 総則

(目 的)

第 1 条 この規程は、個人情報が個人の人格尊重の理念のもとに慎重に取り扱われるべきものであることに鑑み、社会医療法人さいたま市民医療センター（以下「センター」という。）が保有する個人情報の適正な取り扱いの確保に関し必要な事項を定めることにより、センターの適正かつ円滑な運営を図りつつ、個人の権利利益を保護することを目的とする。

(本規程の対象)

第 2 条 この規程は、センターが保有する個人情報を対象とする。

(定 義)

第 3 条 この規定における用語の定義は、以下のように定める。

(1) 個人情報

生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記術等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む）をいう。ただし、医療においては死者の情報も個人情報保護の対象とすることが求められており、センターでは個人情報と同様に取り扱う。

(2) 個人情報データベース

特定の個人情報を一定の規則（例えば、五十音順、生年月日順など）に従って整理・分類し、特定の個人情報を容易に検索することができるよう、目次、索引、符号等を付し、他人によっても容易に検索可能な状態においているものをいう。紙媒体、電子媒体の如何を問わない。

(3) 個人データ

「個人情報データベース等」を構成する個人情報をいう。検体・検査結果については、診療録等と同様に検索可能な状態として保存されることから、個人データに該当する。

(4) 保有個人データ

センターが保有する個人データで、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を行うことのできる権限を有するものをいう。ただし、①その存否が明らかになることにより、公益その他の利益が害されるもの、②6ヶ月以内に消去する（更新することは除く）ものは除く。

(5) 個人情報管理責任者

個人情報の取扱（保護）、収集、保管、利用、破棄、評価、教育等の個人情報保護のための業務について、統括的責任と権限を有する者であつて、病院長があたる。

(6) 個人情報管理担当者

個人情報管理責任者の代わりに個人情報保護についての管理を行う担当者をいい、各部門長があたる。

(7) 個人情報取扱担当者

個人情報のコンピューターへの入力・出力、台帳・申込書等の個人情報を記載した帳票・帳表を保管・管理等する担当者をいい、各部署長があたる。

(8) 預託

センター以外の者にデータの処理等の委託のためにセンターが保有する個人情報を預けること。

第2章 個人情報の収集

(収集の原則)

第4条 個人情報の収集は、収集目的（第5条に記載）を明確に定め、その目的達成に必要な限度において行わなければならない。

- 2 収集目的を変更するときは、診療情報管理委員会にて協議を行わなければならない。
- 3 診療情報管理委員会の長は、前項の協議結果を個人情報管理責任者に報告し、承認を得なければならない。個人情報管理責任者の承認後、変更された収集目的は公表しなければならない。公表後、新しい目的で個人情報の収集が可能になる。

(個人情報を収集する目的)

第5条 患者・関係者から個人情報を取得する目的は、患者に対する医療の提供、医療保険事務、入退院等の病棟管理等、病院運営に必要な事項などで利用することである。

職員についての個人情報収集の目的は雇用管理のためである。

通常の業務で想定される「個人情報の取り扱いについて」（別紙1）は、インターネットホームページ、ポスターの提示、パンフレットの配布等にて広報する。

(個人情報を収集する方法)

第6条 患者・関係者から個人情報を収集する方法は以下である

- 1) 本人の申告および提供
- 2) 患者家族、知人、目撃者、救急隊員、関係者等からの提供
- 3) 他の医療機関、介護施設等からの紹介状等による提供
- 4) 15歳未満の方の個人情報については、診療に関して必要な事項以外は原則として保護者等から提供をうける。
- 5) その他の場合は、本人、もしくは家族の（意識不明、認知症等で判断できない時）同意を得て収集する。

(特定の個人情報の収集の禁止)

第7条 次に示す内容を含む個人情報の収集、利用又は提供を行ってはならない。

- 1) 門地、本籍地（所在都道府県に関する情報を除く）、犯罪歴、その他の社会的差別の原因となる事項
- 2) 思想、信条及び宗教に関する事項
- 3) 上記1)および2)は治療上必要とする場合に限定し利用、収集できる
- 4) 勤労者の団結権、団体交渉及びその他の団体行動の行為に関する事項
- 5) 集団示威行為への参加、請願権の行使及びその他の政治的権利の行使に関する事項

第3章 個人情報の利用

(利用範囲の制限)

第8条 個人情報の利用は原則として収集目的の範囲内で、業務の遂行上必要な限りにおいて行う。

- 2 個人情報管理責任者の承諾を得ないで、個人情報の目的外利用、第三者への提供・預託、通常の利用場所からの持ち出し、外部への送信等の個人情報の漏えい行為をしてはならない。
- 3 センター職員、派遣職員、委託外注職員および関係者は、業務上知り得た個人情報の内容をみだりに第三者に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。その業務に係る職を退いた後も、同様とする。

(利用目的の範囲)

第9条 個人情報は、定められた利用目的に従い、以下の範囲にて利用する。

- 1) 患者・関係者が同意した医療業務
- 2) 患者・関係者が当事者である契約の準備又は履行のために必要な場合
- 3) センターが従うべき法的義務の履行のために必要な場合
- 4) 患者・職員・関係者の生命、健康、財産等の重大な利益を保護するために必要な場合
- 5) 裁判所および令状に基づく権限の行使による開示請求等があった場合

(目的範囲外利用の措置)

第10条 収集目的の範囲を超えて個人情報の利用を行う場合は、患者・職員・関係者本人の同意を必要とする。

(個人情報の入出力、保管等)

第11条 個人情報のコンピューターへの入力・出力、台帳・申込書等の個人情報を記載した帳票・帳表の保管・管理等は、個人情報取扱担当者が行わなければならない。ただし、個人情報取扱担当者は、個人情報管理担当者の承諾を得て当該部署の職員に代行させることができる。

第4章 個人情報の適正管理

(個人情報の正確性の確保)

第12条 個人情報管理責任者は、個人情報を利用目的に応じ必要な範囲内において、正確かつ最新の状態で管理しなければならない。診療情報に関する管理は「さいたま市民医療センター 診療情報管理室診療記録管理規程」に記載する。

- 2 患者から個人情報の訂正、追加、削除、利用停止等の希望を受けた場合は、「診療情報管理室」が窓口となり申請書（別紙2）を提出後、個人情報管理責任者は、すみやかに措置する。

（個人情報の安全性の確保）

第13条 個人情報管理責任者は、個人情報への不当なアクセス又は個人情報の紛失、破壊、改ざん、漏えい等の危険に対して調査、策定、実施、評価、改善等をしなければならない。個人情報管理責任者は、必要に応じて診療情報管理委員会に調査、策定、実施、評価、改善等を指示することができる。

（個人情報の委託処理等に関する措置）

第14条 第三者により個人情報の預託を受ける場合においては、個人情報を適正に扱っている事業者を委託先として選定しなければならない。

2 委託契約にあたっては、次の各号の項目を契約内容に加えなくてはならない。

- （1）個人データの利用の制限
- （2）個人データに関する秘密保持
- （3）個人データの安全管理に関する事項
- （4）事故時の責任分担
- （5）委託契約終了時の個人データの取り扱い

3 個人情報管理責任者は委託先が個人情報を適切に取り扱っていることを定期的に確認する。

（個人情報の第三者への提供）

第15条 個人情報の第三者への提供は本人の同意がない場合は禁止する。

例外として、以下の場合には第三者に提供することがある。

- ①令状等により要求された場合
- ②公衆衛生、児童の健全育成に特に必要な場合
- ③人の生命、身体又は財産の保護に必要な場合

2 第三者への提供は、原則として個人情報管理責任者の承諾を得て、必要な措置を講じた後でなければならない。

3 前記の通知あるいは報告を受けた個人情報管理責任者は、速やかにその是非を検討しなければならない。

（個人情報の共同利用）

第16条 個人情報を第三者との間で共同利用する場合、本人の同意をえた後、担当者は申請書（別紙3）を作成の上、個人情報管理担当者に届け出なければならない。

2 前項の通知を受けた個人情報管理担当者は、直ちにその是非を検討し、個人情報管理責任者の承諾を得なければならない。

第5章 自己情報に関する情報主体からの諸請求に対する対応

（自己情報に関する権利）

第17条 センターが保有している個人情報について、患者からの説明、開示を求められた場合には、別に定める「さいたま市民医療センター 診療情報開示規程」によるものとする。

2 家族あるいは第三者への個人情報の提供は、あらかじめ、本人に対象者を確認し、同意を得る。一方、意識不明の患者や認知症などで判断能力がない場合は、本人の同意

を得ずに家族等に提供する場合もある。意識不明の患者に関しては、本人の家族等であることを確認した上で、本人の意識が回復した際には、速やかに、提供及び取得した個人情報の内容とその相手について本人に説明する。

- 3 開示した結果、誤った情報があつた場合で、訂正、追加又は削除を求められたときは、個人情報管理責任者は、遅滞なくその請求が妥当であるかを判断し、妥当であると判断した場合には、訂正等を行い、遅滞なく患者に対してその内容を通知しなければならない。訂正しない場合は、遅滞なく患者に対してその内容を通知しなければならない。
- 4 死者の情報は、患者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重しつつ、「診療情報の提供等に関する指針」において定められている規程により、遺族に対して診療情報の提供を行なう。

（自己情報の利用又は提供の拒否権）

第18条 センターが保有している個人情報について、患者・職員から自己情報についての利用又は第三者への提供を拒まれた場合、これに応じなければならない。ただし、裁判所および令状に基づく権限の行使による開示請求等又は当院が法令で定められている義務を履行するために必要な場合については、この限りでない。

第6章 管理体制

（管理・監督責任）

- 第19条** 個人情報管理責任者は、個人情報の保護についての統括的責任と権限を有する責任者である。
- 2 個人情報管理責任者は、個人情報管理担当者に個人情報保護についての業務を行わせ、これを管理・監督しなければならない。
 - 3 個人情報管理担当者は、部に所属する個人情報取扱担当者を管理・監督しなければならない。
 - 4 個人情報取扱担当者は、自己の部署内の個人情報適切に取り扱われていることを管理・監督しなければならない。

（個人情報保護苦情・相談窓口の設置）

第20条 診療情報管理室は、個人情報等に関する苦情・相談を受け、この連絡先を患者に告知しなければならない。

（法令及びその他の法規範）

第21条 個人情報管理責任者は、個人情報に関する法令及びその他の法規範を遵守しなければならない。

（文書の管理）

第22条 個人情報管理責任者は、この規程に基づき作成される文書（電磁的記録を含む）を管理しなければならない。

(研修実施)

第23条 個人情報管理責任者は、職員その他個人情報の預託先等の関係者に対して、次のような研修をしなければならない。

- 1) 個人情報保護法の内容
- 2) 個人情報保護方針、本規程の内容
- 3) セキュリティ教育

第7章 破棄

(個人情報の破棄)

第24条 個人情報を破棄する場合は、匿名化もしくは、適切な廃棄物処理業者に廃棄を委託する。

- 2 個人情報を記録したコンピューターを破棄するときは、特別のソフトウェア等を使用して個人情報を消去し、フロッピー、CD、MO等の記録媒体は物理的に破壊する。
- 3 個人情報を記録したコンピューターを他に転用するときは、特別のソフトウェア等を使用して個人情報を消去してから転用する。
- 4 研修医、実習生等の雇用管理に利用した個人情報についても、同様の処理をする。
- 5 個人情報の廃棄作業は、個人情報管理責任者の承認を得た上で、個人情報管理担当者が決定する。

第8条 罰則

(罰則)

第25条 センターは、本規程に違反した職員に対して就業規則に基づき懲戒を行うことがある。

- 2 懲戒の手続きは職員就業規則に定める。

第9章 規則の改廃

(規則の改廃)

第26条 この規則の改廃は、診療情報管理委員会が発議し、個人情報管理責任者の承認を得て、施行する。

附則

- 1、この規程は、平成21年03月01日から施行する。
- 2、この規程は、平成25年10月29日から改正施行する。

診療情報開示規程

（目 的）

第 1 条 当規程は、患者と医療者・医療従事者とのより良い信頼関係を築くために、「診療情報の提供に関する指針」に基づき、さいたま市民医療センターにおける診療情報の提供を適切に行うため必要な事項を定めるものである。

（用語定義）

第 2 条 当規程で用いる主な用語は、下記のとおりである。

診療情報・・・診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医師またはその指揮監督下にある医療従事者が知り得た情報

診療録・・・医師法第 24 条所定の文書

診療記録等・・・診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、エックス線写真、看護記録、その他診療の過程で患者の身体状況、病状等について作成、記録された書面、画像等の一切

（診療録等の開示）

第 3 条 院長は、インフォームド・コンセントの理念に基づき、患者等の求めに応じて、原則として患者自身の診療録、その他の診療記録等を開示するものとする。なお、開示方法は、診療録等の閲覧もしくは謄写の提供とする。

（開示を求めうる者）

第 4 条 診療情報等の開示を求めることができる者は、原則として下記の通りとする。

①患者が成人で判断能力のある場合は、患者本人。

②患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。ただし、満 15 才以上の未成年については、本人のみの請求も認める。

③診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人。

④患者本人から代理権を与えられた 3 親等以内の親族

⑤患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者

⑥患者が死亡している場合、法定相続人である者。

(身分確認)

第 5 条 開示申請者は、自身が第 4 条に定められている者であることを証明しなくてはならない。身分確認書類は、下記のものとする。

<患者本人が申請の場合>

①運転免許証 ②健康保険証と診察券 ③パスポート

④その他、本人の氏名、住所、生年月日、顔写真がついていて個人の特定ができるもの。

<代理人が申請の場合>

①委任状もしくは患者の代理人である証明書類

②申請者の身分証明書（氏名・住所・生年月日の記載と、顔写真がついているもの）

<相続人が申請の場合>

①申請者の身分証明書（氏名・住所・生年月日の記載と、顔写真がついているもの）

(開示手続き)

第 6 条 開示手続きについては、下記の通りとする。

①開示申請者は、「診療情報開示申請書」（別紙 1）を作成し、総合受付へ提出する。

②総合受付は、診療情報管理室へ「開示申請」の報告をする。

③診療情報管理室職員は、「開示の流れ」の説明と申請者の身分確認を行い、「開示申請書」を受理する。

④受理後、15 日以内に開示の可否と開示日時・場所を「診療情報開示取扱回答書」（別紙 2）により通知するものとする。

⑤院長は開示の可否等の決定にあたり、「診療情報開示委員会」の意見を予め聞くものとする。
ただし開示することに特に問題がないと院長が判断した場合は、委員会での審議を省略することができる。

⑥開示実施は、基本的に診療情報管理室職員にて行う。

⑦開示終了後、開示申請者は 1 階会計にて精算をする。

(開示を拒みうる場合)

第 7 条 病院は、申請のあった開示が下記の事由に当たるときは、診療情報の提供、診療録等の開示の全部または一部を拒むことができる。但し、開示を拒む場合はその旨を書面にて開示申請者に対し回答しなくてはならない。

①対象となる診療情報の提供、診療記録等の開示が、第三者の利益を害する恐れがあるとき

②診療情報の提供、診療記録等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき

③上記の他、診療情報の提供、診療記録等の開示を不相当とする相当な事由が存するとき

(説明申請)

第 8 条 開示後、開示申請者が開示内容について説明を要する場合は、所定の書式（別紙 3）に、以下 2 点を添えて申請するものとする。

①質問事項

②同席者の希望がある場合、同席者の身分証明書（氏名・住所・生年月日の記載と、顔写真がついているもの）のコピー

(説明手続き)

第 9 条 説明手続きについては、下記の通りとする。

①開示申請者は、「診療情報説明申請書」と必要書類を用意し、診療情報管理室へ提出する。

②診療情報管理室職員は、提出書類の内容を確認・受理する。

③受理後、15 日以内に説明日時・場所を「診療情報説明取扱回答書」（別紙 4）により通知するものとする。

④院長は説明の実施にあたり、主治医等関係者をあつめて説明内容を協議するものとする。
ただし説明することに特に問題がないと院長が判断した場合は、協議を省略することができる。

⑤説明実施は、原則として開示申請者が提出した質問事項に関する説明のみとする。

⑥説明終了後、開示申請者は 1 階会計にて精算をする。

(問い合わせ窓口)

第 10 条 診療情報の提供、診療記録等の開示手続きにかかる「問い合わせ窓口」は、診療情報管理室とする。

(費用請求)

第 11 条 診療記録等の開示にかかる費用として開示申請者に対し、開示実施の場合は、開示手数料を、説明実施の場合は面談料を請求するものとする。なお、申請者の希望により謄写を行った場合は、別途、実費を請求できるものとする。

(附 則)

第 1 条 この規程は、平成 21 年 3 月 1 日より施行する。

第 2 条 この規程は、平成 21 年 5 月 1 日より改正施行する。

第 3 条 この規程は、平成 21 年 6 月 1 日より改正施行する。

第 4 条 この規程は、平成 21 年 7 月 1 日より改正施行する。

第 5 条 この規程は、平成 21 年 10 月 1 日より改正施行する。

IX. 医療倫理

9. 医療倫理について

9-1 臨床倫理委員会について

臨床に関する倫理的諸問題を迅速に検討するために臨床倫理委員会を定める。また、高齢者・障害者等虐待対応マニュアル（別途定める）並びに小児虐待の疑いがある場合の対応（医療安全マニュアル112ページ）も別途定める。臨床倫理委員会はさいたま市民医療センターにおける医療行為全般において、当事者のみでは判断しがたい倫理的問題が発生した場合に、その解決を図ることを目的として設置される。委員会組織は院長、副院長、事務局長、診療部長、看護部長、医療安全管理室課長、当該事例患者担当医師、当該事例患者担当部署部長、その他院長が必要と認める者で構成される。

9-2 宗教上の理由により輸血拒否に対する方針

医療安全マニュアル7 輸血拒否患者への対応を参照

9-3 DNAR（心肺蘇生を行わない）ガイドラインについて

緒言と定義：心肺蘇生不要指示（do not attempt resuscitation、DNAR）で重要なのは医学的介入の無益性（無用、無意味、設定した目標を達成できない）、そのためのQOL低下、患者の自律的意思決定能力が低いあるいは極めて重篤な病状にある、等がある。DNAR指示が適切に下される医師の判断要件として、

- （1）意思決定能力を有する患者が十分な理解の基、自律的判断で心肺蘇生を拒否
- （2）心肺蘇生が不可能
- （3）患者の心肺機能の再開が無利益
- （4）患者の負担が延命から得られる利益に勝る

が挙げられる。

高齢者医療の問題点は、高齢者への経管栄養、侵襲的治療、家族による代行判断、いわゆる終末期ではない患者に関する判断と困難な問題が多い。尊厳、自律、権利、自由、安全性、有用性、社会的合意、人権、差別、QOL、伝統、文化、個々の価値観、思想、信仰、恣意性排除、患者の最善の利益、家族の思いなど考慮すべきことは多い。DNARについては慎重な判断が必要であり、インフォームドコンセントを得ることは当然であるが、他職種への説明と同意も必要である（カンファレンス等で）。看護師は特に患者の立場から考えた意見を述べるなど独立した判断ができるような環境が必要である。また、患者の意思が確認できない場合も多いことから、その場合には代行者の判断が重要となる。代行判断については代行判断者の理解と態度が問題となるが、下記の代行判断者チェックリストを参考にして判断する。

以上の総合的判断の元、DNARの判断がされた場合当院では以下の狭義の心肺蘇生法を実施しなくてもよいこととする

狭義の心肺蘇生法

1. 胸骨圧迫
2. 電氣的除細動
3. 気管挿管
4. 人工呼吸器を用いた治療

DNAR 許諾後の治療について、鎮痛、鎮静などの緩和ケア、抗生剤投与、抗がん剤投与、その他の必要性の判断も重要である。これらの治療とケアは家族（代行判断者）を含む患者の意向（推定意思を含む）を尊重しながら、患者に不利益にならないように検討しインフォームドコンセントに基づいて行う。

DNAR の方針決定時期と条件（下記 1～2 のいずれかを必要とする）

1. 上記医師の判断（1）から（4）並びに DNAR への家族の同意がある場合
2. 上記医師の判断（2）から（4）があり、家族から心肺蘇生を望まないという申し出があったとき：この場合患者の意思決定能力がないことが前提となる
3. 上記医師の判断（1）から（4）あるいは（2）から（4）があっても家族の同意が得られない場合は生命維持を続けながら患者の意思が尊重されるよう家族と調整する

患者に意思決定能力がある場合、必要十分な情報を知らせたうえで意思決定の自律的かつ明確な意思表示がある場合 DNAR の方針が決定されるが、患者の意思が変化する場合もあることを念頭に置き、患者意思確認後時間が長く経過している場合の患者の意思の再確認は必要である。

患者・家族・医療者間の意思統一について

1. 患者と家族間の意見が異なる場合：患者の自律性と自己決定能力がある場合は患者の意見を尊重するように調整が必要である
2. 多職種カンファレンスの必要性：特に看護師、薬剤師その他等との異なる視点からの検討は必要である
3. DNAR の方針が決定された場合医師はカルテにその理由と共に記載する
4. DNAR の決定後も基本的な看護と緩和ケアは継続されなくてはならない

DNAR で説明されなくてはならない事項

1. 全身状態特に病状の説明と、根治治療の欠如、予測される状態と予後
2. 回復の見込みがないことと、心肺蘇生を行うことでの患者の不利益、DNAR は患者の苦痛緩和であること
3. DNAR 決定後も蘇生以外の治療は患者・家族の意思を尊重しながら検討する

4. D N A Rは取り消すことも可能であること

記録及び同意書

説明内容の記載をカルテに記録、同意書の保管とその複写を本人または代行判断者に保管

代行判断者（家族）のチェックリスト、参考

代行判断者をたてることの妥当性のチェック	
・ 患者は独力では自己決定が困難である	
・ 患者は代行判断者をたてることを強く望んでいる	
代行判断者として誰が適任であるかのチェック	
・ 法的保護者がいる	
・ 家族の中のキーパーソン（代行判断における中心者）	
・ 患者と家族との間に意見の対立はないか	
・ 家族は患者の最善の利益以外の事項を優先していないか（例：遺産、年金）	
・ 家族間に対立はないか	
・ 患者が情報開示、意思決定参加を望まない家族員はいないか	
・ 血縁のない知人・友人を代行判断者に指名する希望を持っているか	
代行判断者が「義務と責任を遂行する能力」のチェック	
・ 家族の医療情報に関する理解度は十分か	
・ 家族員間の情報と意思の疎通は十分か	
代行判断者に開示すべき情報の範囲の確認	
・ 患者は個人情報をもどの範囲まで開示してよいと考えているか	

してもらうこと

その他：病状の変化に応じて他職種カンファレンスでD N A Rの再検討もおこなうこと

平成28年11月作成

9-4 判断能力が欠如している患者への対応

終末期・高齢者医療においての患者本人の判断能力が欠如している場合、急性期医療現場で重篤な患者あるいは意識障害がある場合の患者対応はしばしば遭遇するが、その場合に家族で代行能力のある判断者がいる場合には10-3の代行者チェックリストを参考に治療方針を決定することができるが、代行判断能力者がいない場合には救命処置を優先すべきである。その他の状況で、代行者の判断を求めることができる場合にはその意見を参考にして決定されるが、判断が困難な場合は倫理カンファレンス（他職種）で検討することが望ましい。これらの基本的医療倫理指針は本さいたま市民医療センターマニュアル1 理念・基本方針・患者の権利の臨床における倫理に関する方針にも述べてある。

9-5 ドナーカード持参患者への対応マニュアル（さいたま市民医療センター）

入院患者がドナーカードを持参していることが判明した場合の手順を以下に示す
患者自身に虐待を受けていないことが前提であるので、その確認がまず必要。

ドナーカードが入院中に確認された場合

1. 患者が入院中に亡くなる可能性が低い場合はそのまま経過観察
2. 予後不良が予測される場合、ドナーカードに記載されていて、患者に告知がされている場合、臓器提供の意思表示が変わらないかどうかの再確認をとる必要があるが（この場合患者にこの質問を受け入れることが可能かどうかの判断を主治医または担当医は事前に検討しておく必要がある。多職種カンファレンス等は有用である）、患者に臓器提供の意思がない場合（気が変わった）あるいは曖昧な意思であることが面談の結果判明した場合には脳死判定は行わないことを患者に告げ、そのことをカルテに記載し、脳死判定並びに臓器提供は行わない。また、臓器提供のドナーカードを保持していても、以下の患者からは臓器提供を受けることはできない。

（ア）知的障害者であった場合

患者に上記の質問をする場合には細心の注意を払う必要があることは当然であり、医療者側では看護師等の同席者も必要と思われる。これらの結果はカルテに記載をする。
患者の予後告知がされていない場合は告知の是非を検討することとする。

3. 臓器移植の意思が生前確認された場合は次頁のフローチャートに従う。

脳死疑い状態後にドナーカードが確認された場合

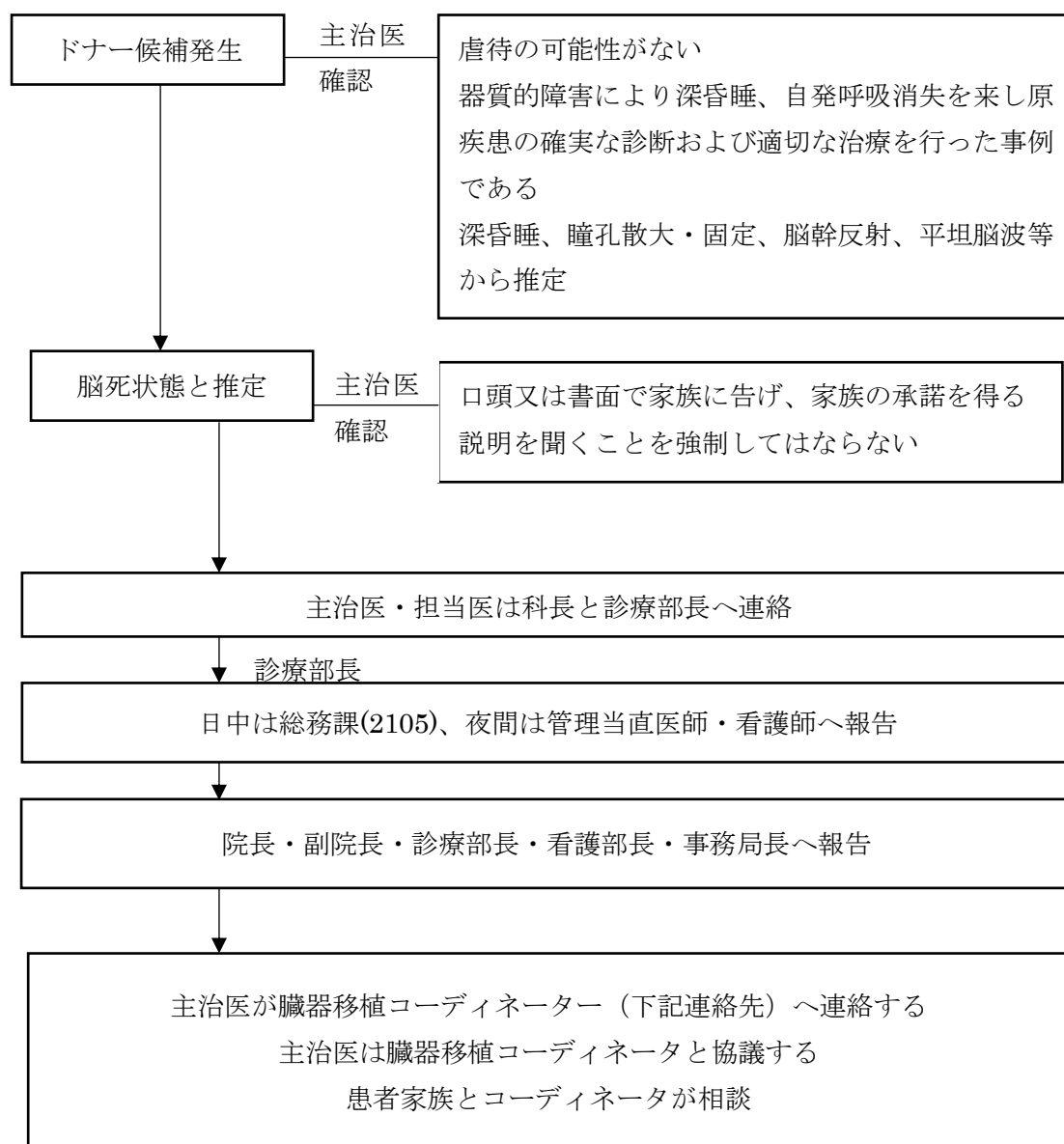
4. 本人の臓器提供の意思確認が不明のまま脳死疑い状態となり、臓器提供の意思が記載されたドナーカードがその後に発見された場合は以下の手順へと進む。
5. 脳死前意思として臓器提供がドナーカードあるいは口頭で確認できた場合には臓器提供について家族に説明する。書面による家族の承諾がある場合、臓器移植コーディネータへ連絡手続きを進めることができる。

ここでの家族（親族）とは配偶者、子、父母とする。しかし、家族の承諾が得られない場合には脳死判定は行わない。この場合の医療者側並びに家族側は複数の同席者の元に確認を取る必要がある。

臓器提供への具体的進め方：当院では脳死判定についての委員会は未整備である。したがって、臓器提供への意思がある患者が亡くなり家族の承諾が得られた場合には速やかに、公益社団法人日本臓器移植ネットワークに連絡する必要がある。この場合合法的な脳死判定並びにその後の手続きはコーディネータの指示に従うこととする。詳細は以下のフローチャートを参照

主治医が患者に臓器移植の意思を含めて話をする機会としてはいわゆる終末期あるいは前終末期に相当すると思われる。多職種カンファレンス等で検討を重ねることが必要であり、臨床倫理委員会に諮ることも考慮する。

ドナーカード確認なく、かつ脳死疑い状態後に家族からの臓器提供の申し出があった場合



社団法人日本臓器移植コーディネータへの連絡（①～③いずれでも可、24 時間対応）

- ① 社団法人日本臓器移植ネットワーク 0120-22-0149
- ② 東日本支部（東京） 電話 03-3593-0149, ファックス 03-3593-0148
- ③ 都道府県コーディネータ（埼玉医科大学臓器移植センター（国際医療センター内））
電話 042-984-0298

留守番電話の場合：連絡先を録音する。折り返し電話が来る。

例：臓器移植提供について相談したいことがございます。さいたま市のさいたま市民医療センターの医師〇〇まで連絡下さい。電話番号は 048-626-0011 です。

参考資料（臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）平成 24 年 5 月 1 日一部改正より）

さいたま市民医療センター臨床倫理委員会（平成 29 年 6 月）

9-6 高齢者虐待マニュアル

1. 高齢者・障害者等虐待について

医療機関は高齢者虐待、障害者虐待について早期発見に努めなければならないことが法において定められている（高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律）（平成十七年十一月九日法律第百二十四号）。本マニュアルは、**65 歳以上**の高齢者、**18 歳以上**の障害者で虐待をうけている、もしくは受けていると疑われる人（配偶者虐待を含む）に対し適応される。

2. 高齢者・障害者等虐待の定義と通報について

1) 高齢者・障害者への虐待とは

養護者や障害者福祉施設従事者、会議施設従事者、職場の使用者による以下の行為をいう。

- (1) 身体的虐待：高齢者・障害者の身体に外傷を生じ、または生じるおそれのある暴行を加え、または正当な理由なく身体を拘束すること
- (2) 性的虐待：高齢者・障害者に対し、わいせつな行為をすること、または、わいせつな行為をさせること
- (3) 心理的虐待：高齢者・障害者に対し、著しい暴言または著しく拒絶的な対応、その他著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。高齢者・障害者に対し、不当な差別的言動を行うこと
- (4) ネグレクト：高齢者・障害者の健康を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による身体的、性的、心理的虐待と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること
- (5) 経済的虐待：高齢者・障害者の財産を不当に処分すること、その他、高齢者・障害者から不当に財産上の利益を得ること

2) 通報について

- (1) 高齢者虐待、障害者虐待を発見したものは、市町村等に通報しなければならないとされている
- (2) この場合、医療従事者が守秘義務違反、秘密漏示罪に問われないとされている

3. 臨床倫理委員会の役割

臨床倫理委員会は、虐待の発見や通報など重要な局面における判断を個人による対応で済ませるのではなく、組織的に対応することで、個々の職員の責任と負担を軽減し、役割を明確にし、当院での対応方針を統一化し、関係機関との連携を円滑化する役割を持つ。また、高齢者等、虐待のリスクの高い家族に介入し、虐待を未然に防ぐ役割を担う。

4. 院内連絡体制・虐待対応の流れ

1) 医師用【フローチャート P.5】

- (1) 虐待を疑った担当医は「早期発見チェックリスト」(P.7)を参考に虐待の有無・入院の必要性を判断する。同時に情報共有シート(P8)を記載する。
- (2) 入院が必要と判断された場合は、原則養護者に虐待の疑いを指摘せず、医学的理由から入院が必要な旨を養護者に説明し、入院の同意を得る。ただし、養護者の同意が得られなくても、虐待を理由とする場合は担当医の判断により入院は可能である。虐待の有無について迷う場合は、原則入院扱いにする。同時に地域連携課 (MSW) に連絡し、チェックリストと情報共有シートを提出する。
- (3) 養護者が入院に同意せず、無理に連れて帰った場合、担当医は緊急に市町村と犯罪や生死にかかわる場合等には所轄の警察署に通報し、高齢者・障害者の安全を確保する。同時に地域連携課 (MSW) と総務課に連絡し、チェックリストと情報共有シートを地域連携課(MSW)へ提出する。
- (4) 入院には至らなかったものの、少しでも虐待が疑われる場合は、担当医から地域連携課 (MSW) へ連絡し、チェックリストと情報共有シートを提出する。
- (5) 夜間・休日対応の場合、担当医による地域連携課 (MSW) への連絡は翌日もしくは休日明けに行う。
- (6) 地域連携課 (MSW) は連絡内容について臨床倫理委員会委員長（不在時は副委員長あるいは他のコアメンバー）に報告する。

※入院後に虐待を疑った場合は「早期発見チェックリスト（仮称）」(P.7)を参考に判断し、地域連携課 (MSW) へ連絡し、チェックリストを提出する。

2) 院内職員用

- (1) 虐待を疑った院内職員は「早期発見チェックリスト」と情報共有シートに状況を記載し、担当医（主治医）に連絡する。
- (2) 担当医は地域連携課 (MSW) にチェックリストと情報共有シートと共に連絡する。
- (3) 地域連携課 (MSW) は臨床倫理委員長（不在時は他のコアメンバー）に報告する。

3) 注意点

- (1) 担当医は必要に応じて各診療科に意見を求め、適切な対応に努める。
- (2) 高齢者等虐待については、組織的な対応が求められるため、臨床倫理委員会（連絡窓口の地域連携課）への連絡は、患者本人の安全を確保した後、可能な限り速やかに行う。

- (3) 虐待（疑いを含む）に関する院内対応や児童相談所等関係諸機関との連絡調整については、原則カルテ記載をせず紙ベースでの記録等（あるいは掲示板記載）で対応する。

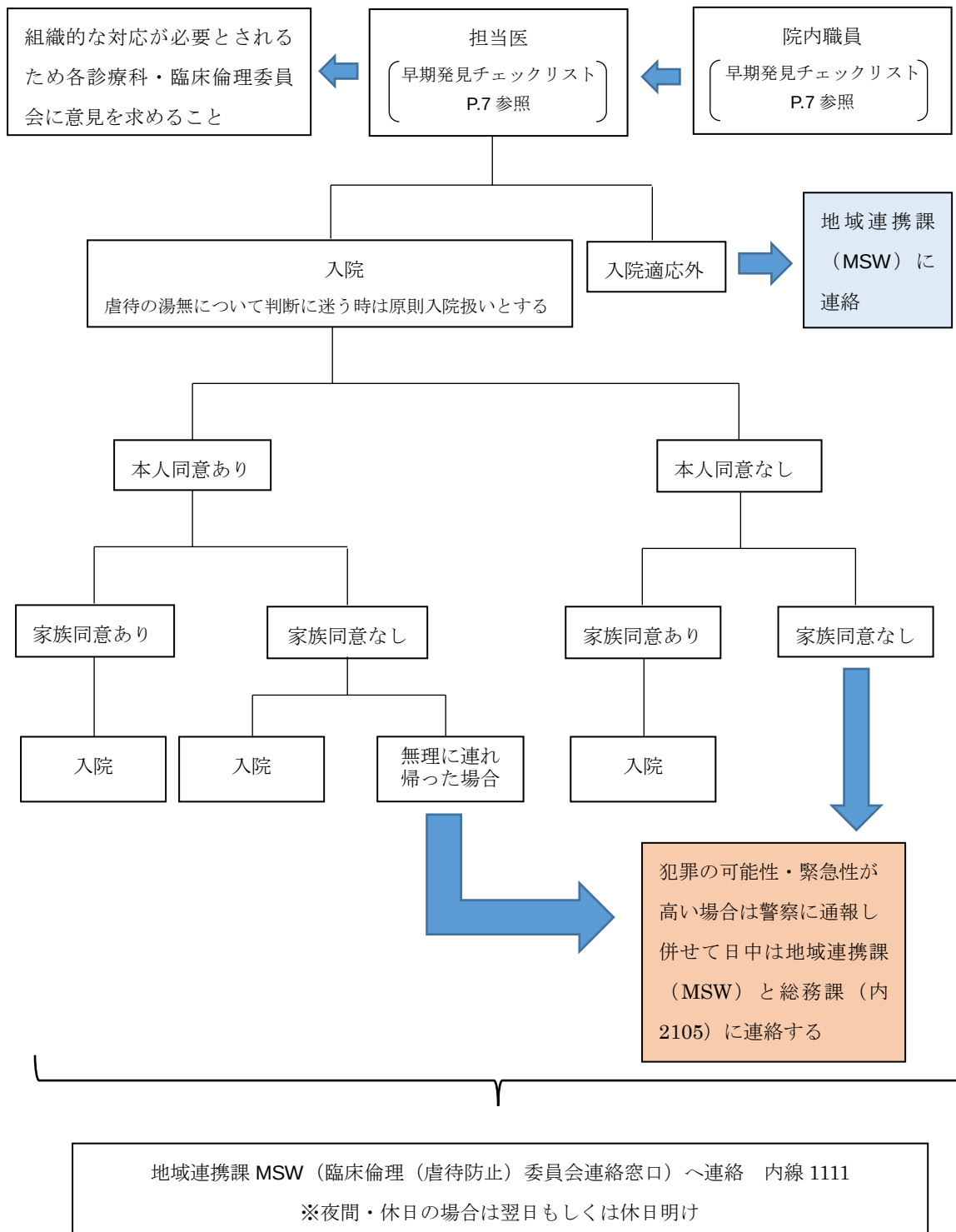
5. 臨床倫理委員会の開催(P6)

- 1) 委員長は、担当医もしくは地域連携課からの連絡を受けた場合、早期に検討会を開催する
- 2) 参加者：担当医、担当看護師あるいは師長、臨床倫理委員会委員（臨床倫理委員会規定による）、地域医療連携課
- 3) 検討内容
 - (1) 情報収集
 - (2) 問題点整理
 - (3) 危険度評価
 - (4) 院内対応計画：入院病棟・情報管理
 - (5) 虐待者への対応
 - (6) 通報を含む関係機関連絡について
 - (7) マスコミ対応
- 4) 院長への報告：警察等に通報する場合、委員長（委員長代行）は院長へ報告する。緊急の場合は事後に報告する（委員長が院長の場合は省略）。

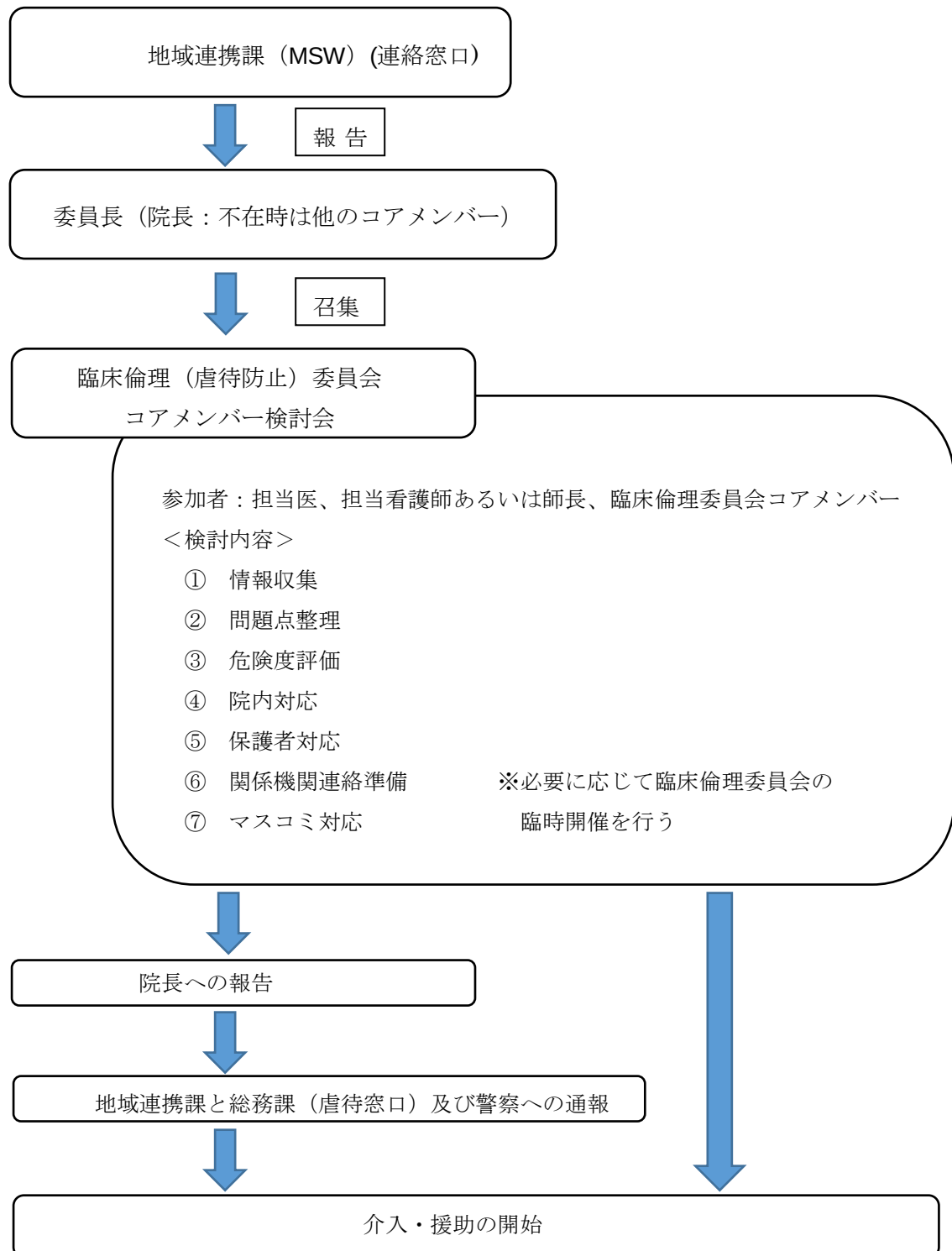
6. 通報

- 1) 臨床倫理委員会検討会で通報が決定した場合、通報する。
- 2) 高齢者虐待通報先：高齢者虐待を受けた、受けたと思われる人の住所地の役所に連絡する。住所不定の場合はさいたま市に連絡する。
- 3) 障害者虐待通報先：障害者虐待を受けた、受けたと思われる人の住所地の役所に連絡する。住所不定の場合はさいたま市に連絡する。
- 4) 詳しい病状などの情報提供を求められた場合は、臨床倫理委員会と協議し担当医が回答する。
- 5) 必要に応じて警察署へ通報する。

【虐待対応の流れ（高齢者・障害者等）】



【虐待対応の流れ】臨床倫理（虐待防止）委員用



早期発見チェックリスト（高齢者・障害者等）

院内で虐待を疑った職員はこのチェックリストを参考に地域連携課 MSW（内線 1111）に連絡する

記載日 平成 年 月 日

記載者

職 種

患者 ID _____

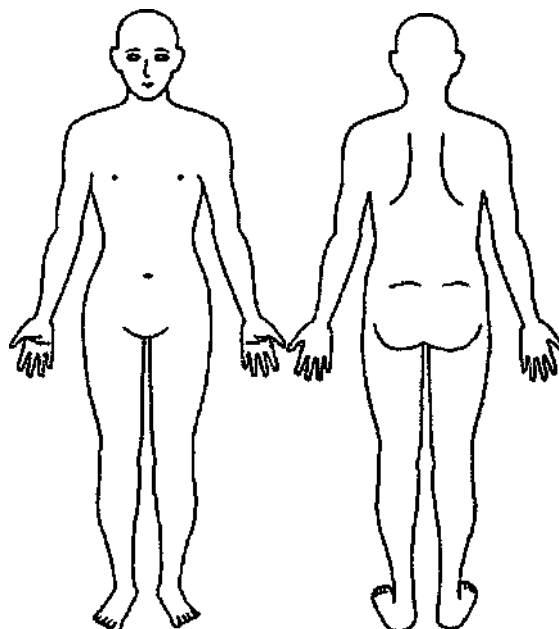
患者氏名 _____ 年齢（ _____ 歳）

- 《受診状況》 ☐救急搬送 ☐救急外来 ☐一般外来 ☐入院中
- 《疑われる虐待の種類》 ☐身体的虐待 ☐性的虐待 ☐心理的虐待 ☐ネグレクト
- ☐経済的虐待 ☐その他
- 《付添者》 有 ・ 無 （有の場合続柄 _____）
- 《本人からの訴え》 有 ・ 無
- 有の場合内容（簡潔に）

《当てはまるものに○》

《受傷部位》

- 1 患者の状況
 - 1) 多数の打撲や傷
 - 2) 不自然なやけどの跡
 - 3) 不自然な皮膚出血・痕
 - 4) 不潔な皮膚・頭髮など
 - 5) 患者の不自然な不安やおびえ
 - 6) その他（ _____ ）
- 2 養護者の態度等
 - 1) 不自然な説明
 - 2) 患者への接し方が荒々しい
 - 3) 患者の病状を心配しない
 - 4) 医療関係者に対する挑発的態度や被害的態度
 - 5) その他（ _____ ）



情報共有シート（高齢者・障害者共有）

記載日 平成 年 月 日

所 属

記載者

患 者	氏 名	ID 男 ・ 女
	生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日 （ 歳）
	住 所	
	認 知 症	有（症状 ）・無・不明
	障 害	有（身体障害・知的障害・精神障害・その他）・無
	意 思 疎 通	可能 ・ 不可能
	外 来 ・ 入 院	入院患者（病棟 ）・外来患者（入院・帰宅可能）
	種別疑い含む	高齢者虐待・障害者虐待・その他
相 手	氏 名	関係（ ）
	付 き 添 い	付き添っている・付き添っていない
家族構成		
患者の状態		
暴力が疑われた理由		
通報		患者が通報に（同意している・同意していない・意思疎通不可） その他（ ）
臨床倫理委員会 開催の有無		有・無 コメント
その他		

【高齢者虐待（65歳以上）相談・通報先】

各市（区）役所高齢介護課（患者の住所地管轄）、地域包括支援センター（患者の住所地管轄の担当）

※さいたま市は地域包括支援センターではなく、シニアサポートセンターの名称

＜さいたま市各区の担当課＞ 月 - 金 8:30～17:30

西区役所高齢介護課	TEL:048-620-2667
北区区役所高齢介護課	TEL:048-669-6067
大宮区役所高齢介護課	TEL:048-646-3067
見沼区役所高齢介護課	TEL:048-681-6067
中央区役所高齢介護課	TEL:048-840-6067
桜区役所高齢介護課	TEL:048-856-6177
浦和区役所高齢介護課	TEL:048-829-6152
南区役所高齢介護課	TEL:048-844-7177
緑区役所高齢介護課	TEL:048-712-1177
岩槻区役所高齢介護課	TEL:048-790-0168

＜さいたま市各区のシニアサポートセンター＞

*管轄地域は別紙参照

西区北部圏域シニアサポートセンター三恵苑	TEL:048-620-1312 (9:00～18:00)
西区南部圏域シニアサポートセンターぐるみ	TEL:048-622-8103 (9:00～17:00)
北区北部圏域シニアサポートセンター見沼緑水苑	TEL:048-622-7350 (8:30～18:00)
北区東部圏域シニアサポートセンター諏訪の苑	TEL:048-662-7600 (9:00～18:00)
北区西部圏域シニアサポートセンターゆめの園	TEL:048-653-0544 (8:30～17:30)
大宮区東部圏域シニアサポートセンター白菊苑	TEL:048-658-5588 (8:30～17:30)
大宮区西部圏域シニアサポートセンター春陽苑	TEL:048-661-8611 (8:45～17:30)
見沼区北部圏域シニアサポートセンターさいたまやすらぎの里	TEL:048-680-3288 (9:00～17:30)
見沼区東部圏域シニアサポートセンター敬寿園	TEL:048-686-2611 (8:30～17:30)
見沼区西部圏域シニアサポートセンター大和田	TEL:048-685-8791 (8:30～17:00)
中央区北部圏域シニアサポートセンターナーシングヴィラ与野	TEL:048-859-5375 (8:30～17:30)
中央区南部圏域シニアサポートセンターきりしき	TEL:048-858-2121 (8:30～17:30)
桜区北部圏域シニアサポートセンター彩寿苑	TEL:048-857-6517 (8:30～17:30)
桜区南部圏域シニアサポートセンターザイタック	TEL:048-836-3503 (9:00～17:30)
浦和区北部圏域シニアサポートセンターかさい医院	TEL:048-823-3031 (9:00～17:30)

浦和区東部圏域シニアサポートセンタースマイノレハウス浦和

TEL:048-813-7710 (9:00~17:00)

浦和区中部圏域シニアサポートセンタージェイコー埼玉

TEL:048-834-3782 (8:30~17:15)

浦和区南部圏域シニアサポートセンター尚和園

TEL:048-813-8915 (8:30~17:15)

南区東部圏域シニアサポートセンター社協みなみ

TEL:048-871-1230 (8:30~17:15)

南区中部圏域シニアサポートセンターハートランド浦和

TEL:048-836-2929 (8:30~17:30)

南区西武圏域シニアサポートセンターけやきホームズ

TEL:048-710-7555 (9:00~17:00)

緑区北部圏域シニアサポートセンターリバティハウス

TEL:048-875-3111 (9:00~18:00)

緑区南部圏域シニアサポートセンター浦和しぶや苑

TEL:048-876-1770 (8:30~17:30)

岩槻区北部圏域シニアサポートセンター松鶴園

TEL:048-795-2653 (8:30~18:00)

岩槻区中部圏域シニアサポートセンター社協岩槻

TEL:048-758-4395 (8:30~17:15)

岩槻区南部圏域シニアサポートセンター白鶴ホーム

TEL:048-790-3311 (8:30~18:00)

【障害者虐待相談・通報先】

各市（区）役所支援課、障害者生活支援センター

《さいたま市各区の支援課》 8:30~17:15

西区役所支援課 TEL:048-620-2662

北区役所支援課 TEL:048-669-6062

大宮区役所支援課 TEL:048-646-3062

見沼区役所支援課 TEL:048-681-6062

中央区役所支援課 TEL:048-840-6062

桜区役所支援課 TEL:048-856-6172

浦和区役所支援課 TEL:048-829-6143

南区役所支援課 TEL:048-844-7172

緑区役所支援課 TEL:048-712-1172

岩槻区役所支援課 TEL:048-790-0163

＜さいたま市各区の障害者生活支援センター＞

西区障害者生活支援センター（ゆめの園） TEL:048-623-1768 (9:00~17:00)

北区障害者生活支援センター（みいま） TEL:048-796-5705 (知的・身体) (9:00~18:00)

北区障害者生活支援センター（ベノレベッキオ） TEL:048-661-7092 (精神) (9:00~17:30)

大宮区障害者生活支援センター（みいま） TEL:048-650-6460 (知的・身体) (9:00~18:00)

大宮区障害者生活支援センター（やどかり） TEL:048-795-4720 (精神) (9:00~18:00)

見沼区障害者生活支援センター（来人） TEL:048-682-0677 (知的・身体) (9:30~18:00)

見沼区障害者生活支援センター(やどかり)	TEL:048-682-1101(精神)(9:00~18:00)
中央区障害者生活支援センター(来夢)	TEL:048-859-7231(9:00~18:00)(9:00~18:00)
浦和区障害者生活支援センター(むつみ)	TEL:048-824-3640(知的・身体)(9:00~18:00)
浦和区障害者生活支援センター(やどかり)	TEL:048-793-6373(9:00~18:00)
南区障害者生活支援センター(あみ~こ)	TEL:048-866-5098(9:00~17:00)
緑区障害者生活支援センター(むつみ)	TEL:048-607-1467(9:00~18:00)
岩槻区障害者生活支援センター(ささぼし)	TEL:048-793-4701(9:00~18:00)

【配偶者(DV)等虐待相談・通報先】

埼玉県配偶者暴力相談支援センター

埼玉県婦人相談センター TEL:048-863-6060(月 - 金 9:30~20:30 日・祝 9:30~17:30)

埼玉県男女共同参画推進センター(With You さいたま)

TEL:048-600-3800(月 - 土 10:00~20:30)

警察総合相談センター

TEL:048-822-9110 または #9110(プッシュ回線) (月 - 金 8:30~17:30)

埼玉県福祉事務所 (9:00~16:00)

東部中央福祉事務所 TEL:048-737-2132

西部福祉事務所 TEL:049-283-6800

北部福祉事務所 TEL:0495-22-0101

秩父福祉事務所 TEL:0494-22-6228

9-7 倫理委員会と研究倫理審査方法

倫理委員会の役割

1. 医学研究の審査

新規申請（提出前にチェックリスト参照）

軽微な変更願い

医学研究に関する施設内指針：倫理委員会規則

＊研究場所が院外の方は各部署責任者の記名が必要

＊研究場所が院内の方は各部署責任者ならびに院長の記名または公印が必要

＊研究倫理セミナーの受講（日本学術振興会研究倫理 e-ラーニング）

＊利益相反の自己申告

2. さいたま市民医療センターにおける診療にかかる検討

当委員会では、研究審査のほかに、以下の場合に調書を審議し、より良い診療

療の補助を行っていきます。

- 1) 危険度が高い待機的手術におけるインフォームド・コンセント等の確認（調書、説明文書、同意書が必要）
- 2) さいたま市民医療センターで初めて行われる医療行為等の審議
- 3) 現時点で標準的治療として確立されていない医療行為等の審議
- 4) その他

医学研究のテーマ分類

1. G C P 準拠の治療

2. 薬物治療法

3. その他の治療法（医療用具、新規術式、その他）

4. 診断法

5. 病態解析

6. ヒト遺伝子解析

7. 倫理的検討を必要とする治療

8. その他（ヒト組織の研究使用、調査等）

薬物治療に関する安全性レベル

0 すでに国内で市販されているもの

- 1 海外で市販されていて安全性データのあるもの
- 2 国内、海外で治験中のもので安全性データのあるもの
- 3 過去より院内製剤等として使用されてきたもの
- 4 文献等で臨床使用の報告のあるもの
- 5 ヒトへの適応のデータのないもの

A. 研究倫理審査申請書

年 月 日

*日付は総務課提出日とする。

さいたま市民医療センター

倫理委員会委員長殿

申請者氏名

所属ならびに職名

P H S

部門責任者氏名

下記の研究または医療について倫理審査を申請します。

1) 研究課題

2) 研究者（氏名、所属、職名）

*研究に関わる人全員記載すること

3) 研究計画書

① 研究課題

② 研究の概要（目的、方法、対象、被験者に実体験（具体的に）

*略語の使用はできるだけ控える。使用する場合は初出時に定義または説明する。

*目的のところでは本研究の企画に至った背景、従来からの研究経過、研究の意義について記載する。

*方法のところは専門家でなくても理解できるよう記載してあること。

*生体試料については採取量、方法も記載すること。

*対象者の人数、年齢、性別、健常者か患者かなどを記載すること。研究期間も記載すること（研究期間は承認後??年間、あるいは何年何月何日までなど）

③ 研究が行われる機関または実施場所

*複数ある場合は全て記載すること。

*病院外で研究が行われる場合は、研究が行われる外部機関の倫理委員会の有無を確認し、有の場合は他機関の委員会資料を添付する。無の場合は他機関からの審査依頼状を提出してください。

4) 研究における倫理的配慮について

① 研究の対象とする個人の人権擁護への対策

プライバシー確保の方途について具体的に記すこと

＊研究対象が遺伝性疾患などの場合のようにプライバシー確保が特に重要と考えられる場合には研究期間中のデータや資料の扱い方、保管方法、管理責任の所在について明記する。

＊研究期間終了後の試料の扱いについても記載する。

＊学会等にデータを発表する可能性がある場合はその旨を明記し、個人データ等は発表されないことを明記する。

＊例) 研究に対する参加・不参加の別が本研究に関与しない医師や他の患者に明らかになることがないよう配慮する。

患者情報が施設外へ漏出することがないよう匿名化し、管理する。

本研究の公表については患者が識別されることがないよう配慮する。など

② 被験者に理解を求め同意をうる方法

＊被験者への説明書、同意書をそろえる。

＊被験者の説明書には研究の内容、薬などを使う場合はその薬の説明、被験者の実体験、研究によって被験者に生じうる危険・不快などとその対策、遺伝子解析の場合はその試料の取り扱いについて、などわかりやすく記載する。また、被験者のその研究への参加の任意性について言及する。

＊被験者への説明書には担当医師の所属、氏名を記載すること。

＊同意書については見本参照し必要事項の記載を確認すること。

③被験者が未成年者、成人でじゅうぶんな判断能力がない場合、その他病名に対する配慮が必要な場合の有無。

上記についての有無を記載する。

未成年者については本人の同意および親権者の同意をうる。

十分な判断能力のない成人であれば、配偶者、その他の保護義務者の同意を得るようになっているか確認する。

③ 研究によって被験者に生じうる危険と不快にたいする配慮

＊具体的に箇条書きし、それぞれに対する配慮の内容を記すこと

5) 備考

① ボランテニアを募る場合はその方法を記載すること。

② 一般的な学術研究なのか、特定企業から委託された研究なのか記載する。

③ 謝金の支払いの有無、支払経費の出所についても記載する。

6) 連絡担当者氏名 連絡先住所 電話番号など

同意書見本

さいたま市民医療センター院長殿

私は下記の検査（または治療）を受けるに当たり担当医師（所属、氏名）から別紙説明書記載の事項について説明をうけ、これを十分理解しましたので検査（又は治療）を受けることを同意致します。

（説明事項）

1. 検査（または治療）の内容について
2. 検査（または治療）を受けることに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
3. 検査（または治療）を受けることに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について
5. その他

記

検査（または治療）の名称：（研究課題名）

年 月 日

被験者（または患者）氏名

印

住所

親族氏名

印

（患者との続柄）

住所

親族氏名は被験者が未成年または判断能力のない成人の場合別紙説明書を参照願います。

説明書（別紙に作成）

*****の研究参加について、患者様へ

説明文

説明を記述した最後に担当医師の所属、氏名欄を設けること

年 月 日

さいたま市民医療センター **科

担当者 職 氏名 印

B. 新規導入医療行為に関する申請書

（保険診療で認められている範囲で、当院の医師が未経験または熟練度が低い医療行為について）

年 月 日

倫理委員会委員長殿

当該科の責任医師（科長、部長）所属、氏名、印

医療行為名

当院での実績

治療計画

施行後の経過（退院サマリーで良い）

X. 診療記録記載基準

1 目的

診療録は、医療過程を説明する公式文書であり、患者本位の医療を効果的かつ継続的に展開するために、対象患者に関わるすべての医療専門職種が共有すべき情報を系統的に記載し、医療の質の向上や安全の確保に役立てることを目的とする。

2 診療録の記載

診療録は、チーム医療の中で対象患者の医療情報を共有する大切な媒体である。全ての医療専門職が情報を系統的に記載する上での基本原則・留意点を下記の通りとする。

(ア) 記載の原則

- ① エピソードの発生又は診療の都度、遅滞なく(基本 8 時間以内に)診療録へ記載する。
- ② 知り得た診療情報は、原則として全て電子カルテへ記載する。ただし、院内で承認された紙媒体が原本となるものは、ボールペンなど消去できないもので作成する。
- ③ 診療に直接関係ない病院業務に関することは記載しない。
- ④ 修正が必要な場合、一定時間(48 時間)以内に「修正」する。一定時間を超えた場合には、「追記」として修正内容を記載する。
- ⑤ 削除が必要な場合、改ざんは見なされないよう「修正」にて削除理由を明記後保存し、改めて「削除」する。

(イ) 記載時の留意点

- ① 事実を正確かつ客観的に記載する。
- ② 症状、所見及び治療計画等は、簡潔明瞭に記載する。
 - ◇ 記載者以外の人が見ても診療内容が妥当であると納得できる記載を心がける。
 - ◇ 患者の訴えや不満は内容を正確に記載し、記載者の主観は記載しない。
 - ◇ 以前の記載と矛盾が生じた場合は、その理由を明らかにする。
- ③ 患者・家族等に対する説明内容は、正確に記載する。説明者、相手方及び同席者、説明内容、質問と回答等を必ず記載しておく。
また、電話での対応についても同様に記載しておく。
- ④ 事故発生時には、患者の態度や実施した処置の内容など正確な事実を時系列で記載し、後に事実経過の検証と問題点の解決が容易に行えるようにする。
- ⑤ 患者基本情報(既往歴、禁忌薬剤等)は、診療録記載のほかに電子カルテの患者基本情報欄となる「患者プロフィール」にも記載する。

3 診療記録

診療録の記載については、医師法第 24 条第 1 項に「医師は診療したときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。」とあり、法的に義務づけられている。

医師法施行規則第 23 条および保険医療機関及び保険医療養担当規則第 22 条（診療録の記載）様式第 1 号で規定する記載義務のある事項は、次のとおりである。

- 診療を受けた者の住所、氏名、性別、年齢、職業、保険情報等
- 傷病名、治療開始年月日、終了年月日、転帰
- 主要症状、経過、処方、手術及び処置等

3-1 経過記録の記載

- 電子カルテの「プログレスノート」へ記載する。但し、救急外来では「救急記録カルテ」へ記載する。
- 原則として SOAP 形式にて、可能な限り日本語で記載する。SOAP 形式を使用しない場合は、患者の問題点を多角的に整理して、解決目標（到達点）を明確化し、対応策（計画）・手順・実施・成果・評価を系統的に記載する。
- 入院では記載がなければ診療がなかったものと見なされるため、毎日（担当医が出勤しない日・休日を除く）記載するものとする。思考過程が明確になるように記載することに努める。

（ア）SOAP 形式の定義

すでに入院することが明らかな場合は、①Subjective をサマリ機能の「入院までの経過」・「既往歴・アレルギー」で、②Objective を「入院時現症」にて記載しても良いものとする。

① S (Subjective Data) : 主観的情報

患者の立場からの問題点、及び患者がどのように訴えているかについて記載する。
また下記の点についても、必要に応じて聴取し記載する。

◇現病歴

現在の病気を中心に記述し、主訴に関連した病状については、年代順に追ってできるだけ正確な日付を入れながら記載する。

◇既往歴

次の項目について、その時期をつけて記載する。

- a. 過去の疾患及び治療内容
- b. 予防接種
- c. アレルギー
- d. 輸血
- e. 月経及び出産歴
- f. 現在使用中の薬剤
- g. その他：嗜好品、渡航歴、職歴、アルコール及びタバコ等

◇家族歴

- a. 家族の疾患及び死因等を記載する。
- b. 遺伝性疾患、感染性疾患及びアレルギー等に注意する。

② **O (Objective Data) : 客観的情報**

全ての検査結果より、必要性の高いものを抽出及び整理し、簡潔に記載する。

③ **A (Assessment) : アセスメント**

問題点を抽出し、緊急度及び重要度を考慮し、病態を解析することで推論及び仮説をたて、その過程を論理的に記載する。また複数の医師が検討した場合は、それぞれの意見及び検討内容を記載し、どのような結論に至ったかを記載する。

④ **P (Plan) : 計画、初期計画の修正、追加**

◇診断計画、治療方針を記載する。

◇患者・家族への説明をどのようにしたか、説明相手、同席者、説明内容、質問内容及び回答内容について記載する。

(イ) 指示記録の記載

① 指示は原則として医師が入力する。

② 医師事務作業補助者等より代行入力された場合、医師は内容を速やかに確認・承認をする。

(ウ) 傷病名の記載

① 傷病名は、初診時より記載する。

② 主要傷病名には「主」を選択する。

③ 主要傷病名とは、「検査や治療などの主たる対象となる基礎疾患の名称」のこととする。

④ 診断がついた場合には、疑い病名を確定病名へ修正する。また必要に応じて、転帰を記載する。

(エ) 入院の指示

入院目的、退院時目標、主治医、今回の入院の緊急性、入院までの経路を明確にしておく。

(オ) 退院の指示

退院決定の根拠をプログレスノートに記載し、退院後経路、紹介先を明確に記載する。

(カ) 入院診療計画書の作成

① 全入院患者に対し、医師、看護師、および関係する他の医療専門職が共同で入院後、可及的速やか（24時間以内）に作成し、患者（家族）が内容を理解し、同意したことを最終的に署名してもらう。

② 診療計画が変更した場合は、速やかに計画書を再作成し、改めて同じ手続きを行う。

(キ) 退院時療養計画書

原則として死亡・治癒・転院の退院患者を除く、保健医療サービスまたは福祉サービスの必要な在宅療養患者に対し、退院時までに医師、看護師、および関係する他の医療専門職が共同で作成する。作成者は、患者（家族）が内容を理解し、了承したうえで最終的に署名してもらう。

(ク) 説明と同意

- ① 手術あるいは侵襲を伴う検査・処置等について、電子カルテの「文書作成」機能を使い、院内で同一の書式、内容にて説明することに努める。
- ② 患者や家族がわかりやすい説明に努め、患者（家族）が内容を理解し、同意したことを最終的に署名してもらう。
- ③ 説明後、説明に対する患者（家族または保護者など）の意向を診療録に記載する。
- ④ 十分な説明の結果、患者の同意が得られない場合は、プログレスノートにその経過を記載し、患者の意向を正確に（必要によっては患者（家族）の発言をそのまま）記載する。

(ケ) 手術記録

- ① 手術室で実施された手術は終了後、速やかに電子カルテの「レポート作成」にて誰が見ても内容が分かるよう詳細に記載する。
- ② 手術室以外で実施された手術は、検査レポート又はプログレスノートにて誰が見ても内容が分かるよう詳細に記載する。

(コ) カンファレンス記録

- ① 職種を含め、出席者を記載する。
- ② カンファレンスを行った事実、要約をプログレスノートに簡潔に記載する。

(サ) 他科への対診

- ① コンサルテーションオーダーにて対診依頼をし、対診回答はコンサルテーション回答欄に記載する。
- ② 同一診療科内での専門医へのコンサルトについては、プログレスノートに依頼内容と回答を記載する。

(シ) 研修医の記載と指導医の記載

初期研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととする。指導及び確認方法としては、指導医も同日に診療録を記載するか、あるいは研修医の記載に対しカウンタサイン（承認・修正承認・コメント入力）をすることとする。

(ス) 自由診療での記録の記載

診療内容は、電子カルテの「自費カルテ」に記載する。

3-2 退院サマリ・転科サマリの記載

- 退院（転科）サマリは、後の患者及び医療従事者への情報伝達の大切な資料となる。
- 患者の入院から退院（転科）までの診断、経過及び治療内容を簡潔かつ適正に要約する。

(ア) 記載の原則

- ① サマリは患者が入院するごとに作成し、転科サマリは速やかに、退院サマリは退院後7

日以内に完成させる。

- ② サマリは、入院主治医もしくは担当医が作成する。
- ③ 記載項目について、全て記載する。

(イ) 記載項目

① 患者基本情報

- ◇患者 ID
- ◇患者氏名・カナ氏名
- ◇生年月日
- ◇性別・年齢
- ◇電話番号
- ◇郵便番号・住所
- ◇入院診療科
- ◇入院日時（入院が実施された日時）
- ◇退院日時（退院が実施された日時。但し、死亡退院の場合は死亡確認時刻とする。）

② 診断名

- ◇主要傷病名には「主」、副傷病名には「副 1」から「副 5」までの分類をする。
主要傷病名とは、「検査や治療などの主たる対象となる基礎疾患の名称」のこととする。
副傷病名とは、随伴症病名（主要傷病に伴う傷病名又は症状）、併存傷病名（入院時に既に存在していた主要傷病以外の傷病名又は症状）、合併症病名（入院経過中に発生した傷病名又は症状）のこととする。
- ◇入院時診断名：入院時点で診断する傷病名。
- ◇退院時診断名：退院時点で診断した傷病名。

③ 経過要約

- 経過は、誰が見ても分かりやすいよう簡潔に記載する。
- ◇入院までの経過
 - ◇入院時現症
 - ◇既往歴・アレルギー
 - ◇入院後臨床経過
 - ◇手術情報
 - ◇退院処方
 - ◇患者への説明

④ 紹介先・転院先

退院時に、他院へ紹介または転院する場合に、患者の退院後の行き先を記載する。

⑤ 転帰

- 今回の入院の結果として、包括的に判断する。
- ◇治癒：治療した傷病が治癒したと判断される場合
 - ◇軽快：治療した傷病が軽快したと判断される場合
 - ◇寛解：治療した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合

- ◇不変：治療した傷病が不変と判断される場合。
- ◇増悪：治療した傷病が増悪したと判断される場合
- ◇主病名による死亡：主要傷病名による死亡と判断した場合。
- ◇主病名以外による死亡：主要傷病名以外による死亡と判断した場合
- ◇転科：他科へ転科させたとき。

⑥ 死亡時間

死亡退院の場合、死亡確認をした時刻を記載する。

⑦ 検案

死体検案について、実施した（実施された）場合は「有」、実施しなかった（実施されなかった）場合は「無」とする。

⑧ 剖検

死体解剖について、実施した場合は「有」、実施しなかった場合は「無」とする。

⑨ 指導医

今回の入院について、指導医がいた場合に指導医氏名を記載する。

4 看護記録

さいたま市民医療センターの看護記録はPOS方式にて行う。

POSとは、Problem Oriented System（問題志向型システム）の略称である。

患者の問題を明確に捉え、その問題解決を論理的に進めていく一つの体系である。

また、さいたま市民医療センターにおいては、この体系の記録の一つとして、

POR：Problem Oriented Record（問題志向型記録）の5つの構成要素を取り入れている。

（ア）看護記録（POR）の5つの構成要素

- ① 基礎情報 (Data Base)
- ② 問題リスト (Problem List)
- ③ ケア（看護）計画 (Plan)
- ④ 経過記録 (Progress Record)
- ⑤ 退院時要約 (Discharge Summary)

（イ）基本情報（看護プロフィール）

看護を必要とする人についての属性・個別的な情報が記載されたものである。看護を必要とする人を理解し、現在あるいは今後必要とされるケアや問題を判別したり、ケアを計画し実行する上で基礎となるものである。

- ① 看護プロフィールは、NANDA看護診断の13領域で構成され、ケアを計画し実行する上で基礎となる情報を記載するものである。
- ② 患者本人又は患者家族が入院時間診票に記載して頂いた内容より、看護ケアを計画・実行する上で必要な情報を取得し、看護プロフィールへ入力する。
- ③ 入院時間診票については、スキニング後廃棄とする。
- ④ 入院中に変化した患者情報、もしくは新しく取得した患者情報については、適宜更新を

おこなう。

- ⑤ 患者情報として取得した内容は、当院の個人情報管理規定に基づき慎重に取り扱う。
- ⑥ 看護プロフィール入力手順は、電子カルテ操作マニュアルを参照。
- ⑦ 看護プロフィール入力必須項目は必ず入力すること。

(ウ) 問題リスト

- ・ 看護問題と共同問題がある。
- ・ 看護問題とは、患者や家族が直面していく問題と、起こりうる可能性のある問題があり、看護によって緩和されるものである。
- ・ 問題ごとに#（ナンバー）をつけ、患者の看護記録の目次の役割を果たすものである。

- ① 入院時及びリスト整理時は看護の優先度の高いものから上げる。（重要性と緊急性の判断の参考枠として、マズローのニード論を使用。

◇生命を脅かす問題

◇苦痛をとまなう問題

◇回復と予防に伴う問題

◇成長と発達に伴う問題

- ② 年月日の欄には問題をあげた日付・時刻を入力する。

- ③ #（ナンバー）の欄

◇看護問題は、看護階層より採択する。

◇一度使用した番号は使用できない。但し、問題リストを整理した場合は、新たに# 1 から使用することが出来る。

- ④ NANDAの看護診断を使用する。

◇看護問題

a. NANDA看護診断の13領域の看護診断ラベルより、患者の問題に合った看護診断を採択する。

b. NANDA看護診断には以下の表現方法がある。

i) 実在型看護診断

ii) リスク型看護診断

iii) ヘルスプロモーション型看護診断

iv) シンドローム型看護診断

v) ウェルネス型看護診断

c. 看護診断の定義と分類の構成要素がある。

i) 診断ラベル：看護を必要とする状態の名称部分

ii) 定義：診断ラベルで表わされる状態を説明する短い文章

iii) 診断指標：診断ラベルで示される状態に見られる症状と徴候、すなわち主観的情報と客観的情報

iv) 関連因子：問題を引き起こす原因あるいは因子

v) 危険因子：問題となる状態に陥りやすくする原因あるいは因子

※関連因子があるのは実在型看護診断だけである

- d. 看護診断ラベルは定義・診断指標・関連因子（危険因子）が必ず一致していること。
- e. 診断指標・関連因子（危険因子）については、該当項目を選択し具体的な患者症状・徴候を入力していく。

◇共同問題

- a. 起こりうる合併症をはっきりさせ、観察できるようにするために潜在的合併症を共同問題として採択し表現する。
- b. 診断指標・関連因子の項目へ、具体的な患者情報を入力していく。

⑤ 問題リストの整理について

- a. 以下のような場合、問題リストの整理を行う。
 - i) 長期入院により見直しが必要と思われるとき。
 - ii) 転科・転棟時、担当者が問題リスト整理、看護計画を立て直す。
- b. 問題リストの整理をした日付に、SOAP形式で内容を記載していく。

(エ) 看護計画記載基準

問題リストごとに挙げられた看護診断の解決のために、期待される結果を定めて、診断ごとに実践する看護活動の計画である。

看護計画は、個別的・具体的であり、どの看護師においても統一した看護活動が実践できるように書かれるものである。

また、看護上の問題に応じて、評価、修正しながら展開していくものである。

① 記載方法

◇NANDA 看護診断ごとに立案する。

◇問題発生から24時間以内に立案する。

◇立案年月日を記載する。

◇期待される結果を記載する。

期待される結果：看護介入により看護上の問題がある時期までにどのように解決、または望ましい状態に到達していればよいのかを明確に表現する。

表現方法は、患者の状態・能力などを見極めて、看護介入によって到達可能であること。

また、客観的に測定観察できる表現で入力する。

◇看護計画を立案する。

ケア計画・観察計画・教育計画の3つの側面から計画する。

- a. 観察計画(Observation Plan)〈OP/観P〉：問題の変化や合併症、異常の早期発見をするため観察内容を入力する
- b. ケア計画(Treatment Plan)〈TP〉：問題解決のための看護ケア・処置を個別的、具体的に入力する。
- c. 教育計画(Educational Plan)〈EP/教P〉：疾患・治療・検査・安静度・生活様式の変更等についての指導内容を入力する。
 - i) 個別性を捉えた看護計画を立案する。

- ii) 離床センサー装着時は看護計画を立てる
- iii) 抑制を行う場合は看護計画を立てる
- iv) 患者に行っている処置内容はT-Pへ反映させる

例) スキンケア

- T-P
- ①微温湯で両下肢全体を洗浄する
 - ②左下肢はフルフル泡石鹸使用
 - ③ハイゼガーゼで抑え拭きし水分をふき取る
 - ④右下肢はマイコスポールを塗布し靴下をはく
 - ⑤左下肢はマイコスポールを塗ったガーゼで指間を覆う
 - ⑥足首・足背はゲーベンを塗布し清潔ガーゼで保護

◇看護計画の評価日の予定を評価日の欄に入力する。

◇看護計画の評価した日及び変更・継続・中止を入力する。

② 設定日の設定基準

◇原則として初期評価日を成人は入院日より7日後、小児は入院日より3日後とする。

◇症状・検査・処置に応じて、評価日を3～5日で設定する。

◇カンファレンス日に計画に変更が生じた場合、評価日として設定し評価する。

◇回復期病棟に関しては、1週間毎に看護計画の評価をする。

※但し、経過表のADL変化、患者、家族のニーズやカンファレンスの方向性に変化が生じた場合は適宜看護計画を評価し、修正・追加を行う。

※評価結果を経過表のADL項目に評価と入力し内容を入力する

(オ) クリニカルパス適用の場合

クリニカルパスが適用されている患者に対しては、以下の記載をする。

① 入院時看護プロフィール

NANDA 看護診断による13領域のアセスメントを実施【4. 看護記録(ウ)④参照】

＊パスのアウトカムで運用が可能であるとの根拠を示すために13領域のアセスメント記録が必須となる。

◇あり・なしにチェックを入れる

◇ありにチェックとなったら、アセスメント要約を記入する

a. アセスメントの結果、看護問題がなければ看護診断を立案する必要はない。

b. しかし、個別の問題がある、または個別の問題が発生した時は看護診断を立案し介入する必要がある。

② 経過表

◇バイタルサイン、観察項を入力する(パス項目と共通)

③ アウトカム評価

◇パスカレンダー内の対象日にある評価欄「□」を右クリックし、修正を選択する。

◇アウトカム毎に達成区分で「達成」「未達成」を選択する。

◇「未達成」を入力するとバリエーションを入力する項目になるが看護師は入力する必用はない。

◇バリエーションは主治医が入力する。

④ 記録方法

◇ バリエーション発生なし

必要時、経時記録にて記録

◇ 逸脱

- a. 一時的問題 T テンポラリー を記載する
- b. 看護問題/フォーカス欄に「逸脱 T①～③〇〇」
- c. 記事の欄に SOAP にて記録
- d. 逸脱のフォーカスをナンバリングし、同じ問題 3 回目で看護診断立案する。

◇ 脱落

- a. 看護問題/フォーカスの欄に「脱落」と入力
- b. 記事の欄に患者の状態、脱落の状況を SOAP 記載し NANDA 看護診断を立案する。

(カ) 経過記録記載基準

問題リストに挙げられた看護上の問題が、計画に基づいた看護援助により、どの様に変化し解決されていったか、その変化、解決の経過がわかるように問題ごとに記録するものである。また、実施した看護の評価を導き出す情報、新たな看護問題の発見に役立つ情報が記録されるものである。

① 経過記録の種類

◇ SOAP ノート

◇ 経時的記録

- a. 実施した看護と治療、検査に対する患者の反応等の出来事を経時的に入力する必要がある時。
 - i) 手術看護記録
 - ii) 外来看護記録
 - iii) 検査・処置記録
 - iv) 時系列に観察し治療を施行する時の記録
(化学療法・輸血療法・γグロブリン療法など)
- b. 事故発生時、経時的記録に変更し、発生後 24 時間以内に入力する。
- c. 急変時など患者の状態に著しい変化があった時は経時的記録で入力する。
- d. 麻薬投与時は経時的記録で入力する。
 - i) 麻薬の注射薬・内服薬に関しては、すべて実施入力と経時的記録で入力する。
 - ii) 臨時でレスキューを使用した場合にも、実施入力と経時的記録で入力する。
 - iii) 経時記録で麻薬を入力する際、「(麻)」と必ず追加する薬剤名の前に入力する。
- e. パス使用患者でバリエーションのない場合の看護記録
 - i) 「A」に基づいて看護計画の続行・追加・変更・削除を入力する。
 - ii) 問題は変化していくもののため、看護計画は適宜修正を加えていく。
 - iii) 問題に関する、新たな情報を得た場合は、患者に合ったより良いケアを提供するために必要な計画の変更をする。

② 経時記録の記載方法

◇ 実施した時間ごとの経時記録で入力する。

◇ 電子カルテ上、記録様式は「経時」を選択し、看護問題/フォーカスの欄には実施内容の要約した内容を入力する

例：「胸腔穿刺開始」「腹痛出現」など

※ 麻薬・レスキューに関しては、看護問題/フォーカスの欄に使用した薬剤名を入力する。 例：「(麻)MS コンチン 60mg 内服」

◇ 記事の欄には、実施した看護と治療、検査に対する患者の反応等の出来事を入力する。

◇ 時系列的に観察をしている記録内容については経過表を併用し、経過表にて入力する。

◇ 出来ない内容や特記事項などを経時記録に入力していく

③ その他留意点

◇ 医師の指示のもと施行した看護行為は（〇〇Dr）と入力する。

◇ 外泊中の記録に関しては、異常連絡があった場合のみ記載する。

◇ SOAP ノート

a 初回アセスメント・看護ケアの実施・修正・評価・解決時に用いられる。

b 一時的問題「T」の経過について用いられる。

（Plan 立案していないため、P の欄へ具体的援助内容を入力する。）

c 回復期リハ病棟の介護福祉士の記録に関しては、介護実施内容・患者情報などを含め、経時記録を用いて記載する。

d 入院時・看護計画の立案時は、患者及び家族への同意を得た旨の記録の記載を残す。

i) 「看護問題/フォーカス」の欄に「看護計画の説明・同意」と記載する。

ii) SOAP の「P の欄の記事」へ「例：本人と娘へ説明「異常の早期発見に努め、安楽に過ごせるように援助させていただきます」等を記載する。

④ SOAP ノートの記載方法

◇問題ごとに、S . O . A . Pで入力する。

◇看護問題の変化、解決過程、新しい情報を入力する。

◇月日時間の欄

a. 1日に必ず1回は日勤で入力する。

b. 24時間の通し時刻で記入する。(0時～24時)

c. 回復期病棟は7日ごとに評価記録をする。

◇#の欄

a. 問題リストの番号を入力する。

b. 問題リストの番号#とS . O . A . P の間には一貫性があること。

c. 問題リストにあがっていない情報をSOAPの欄に記載する場合は、新規問題を選択し一時的情報の略として、T (Temporary) として入力する。

(例：新規問題 T1～の件)

i) 同じ問題のTが3回続いた場合は、#として問題リストへあげる。

ii) Tをあげた場合は、患者掲示板を活用し他のスタッフへわかるように入力する。

◇SOAPの欄

a. S (Subjective Data) : 主観的情報

- i) 患者・家族の主観的な訴えや、患者の言葉などをそのまま入力する。
- ii) 看護者が意識的に誘導して得た患者の反応を入力する。
- b. O (Objective Data) : 客観的情報
 - i) 客観的な観察、測定した結果や検査データ、表情や行動を入力する。
 - ii) 判断や解決を加えずに、事実のみ入力する。
 - iii) 問題に関連した事のみ入力する。
 - iv) 援助時の反応、他部門からの情報を入力する。
- c. A (Assessment) : アセスメント
 - i) 「S」と「O」の情報をどのように解釈・考え、看護介入していくかを入力する。
 - ii) 計画に記載している結果、目標、期待する成果にどのくらい進歩しているか達成しているかを入力する。
 - iii) 具体的な看護行為が導きだされるようなデータの解釈や分析を入力する。
- d. P (Plan) : 計画、初期計画の修正、追加
 - i) 「A」に基づいて看護計画の続行・追加・変更・削除を入力する。
 - ii) 問題は変化していくもののため、看護計画は適宜修正を加えていく。
 - iii) その問題に関する、新たな情報を得た場合は、患者に合ったより良いケアを提供するために必要な計画の変更をする。

(キ) 経過表（フローシート）

経過記録の一部である。POSの記録は、問題ごとに記載するため、スタンダードに行っていることなどは、フローシートへすべて記録する。

- ① 定時検温時間は、7時、14時、20時とし、それぞれの欄に入力する。
- ② 定時検温時以外に観察を要する場合は、時間欄に観察時間・測定値・観察欄へ観察内容を入力する。
- ③ 急変時や状態に大きく変化があった場合は、詳細な観察内容を残していくため、観察設定時間を適宜変更していく。（時間の詳細可能 1時間・3時間）
- ④ 輸血・化学療法・ γ -グロブリン療法・腹水穿刺などの詳細な観察・測定を要する場合は、適切な観察項目選択し観察内容・測定値を入力する。
- ⑤ 経過表入力手順は、電子カルテ操作マニュアルを参照。
- ⑥ 回復期病棟経過表記載基準に関しては以下のとおりとする。

◇入院時のADL評価結果を経過表のADL観察項目に記載する。

◇ADL観察項目は日々のADL変化、特記を記載する。

◇ADL項目は看護師、介護福祉士が記載する。

<ADL観察項目>

- a. 排泄 排泄動作・排泄の種類
- b. 活動 移乗・移動・寝返り・起き上がり・座位保持
- c. 更衣 上衣・下衣
- d. 清潔 入浴・口腔清拭
- e. 食事
- f. 特記

(ク) 看護要約

対象となる期間に、看護問題が看護ケアにより、どのように変化したかを要約・評価し、今後の看護上の問題と継続ケアを明らかにする。

① 看護要約の記載対象患者

- ◇当院を退院するすべての患者。(ただし、クリニカルパスの患者は除く。)
- ◇クリニカルパスより逸脱し、新たな看護計画を立案した患者。
- ◇転科・転棟により、病棟を移動する患者。
- ◇施設をかわる際や在宅ケアへの移行時に、継続ケアを必要としている患者。
- ◇死亡退院した患者。

② 記載基準

- ◇当院の看護要約には成人病棟・小児病棟・回復期リハ病棟の3つの看護要約がある。
記載方法については、看護要約記載手順を参照。
- ◇看護要約は、退院から7日以内に記載する。
- ◇看護要約を入力後。必ず「作成済み」をチェックし保存をする。
- ◇記載内容の承認は、所属看護師長又は、係長・主任が行う。
- ◇クリニカルパスの患者は、パス作成日とサマリ記録の欄へ「パスどおり経過され退院時問題なし」などのコメントを記載し、必ず「作成済み」をチェックする。

③ 中間サマリ記載基準

- ◇中間サマリを記載する基準は以下のとおりにする
 - a. 受け持ち看護師の担当者が変更したとき
 - b. カンファレンス時や病状・治療方針に変更があったとき
 - c. 当院に3カ月以上の長期入院になっているとき
- ◇記載場所は「SOAP&フォーカス」へ記載する
 - i) 「F/#」の欄は、「サマリ」を選択する
 - ii) 「看護問題/フォーカス」の欄は、「中間サマリ」と記載する
 - iii) 「SOAP」形式又は、「SOAP」を削除して要約として文章をとして記載する

5 各種レポート・報告書

5-1. 看護部

• 術前訪問用紙

患者より情報収集し、電子カルテの「術前訪問記録」に記載する。

(ア) 記載の原則

- ① 手術前日に訪室する。
- ② 担当の外回り看護師が訪問し、電子カルテに入力する。
- ③ 記載項目についてすべて記載する。

(イ) 記載項目

① 患者基本情報

- ◇診療科目
- ◇入院病棟

- ◇患者氏名
- ◇年齢・性別
- ◇手術日・入室時間・所要時間
- ◇術前診断
- ◇予定術式
- ◇身長・体重
- ◇感染症の有無
- ◇既往歴
- ◇常備薬の有無
- ◇現病歴
- ◇麻酔方法
- ◇体位
- ◇血液型・準備輸血量
- ◇紹介医
- ◇障害
- ◇アレルギーの有無
- ◇喫煙・飲酒の有無と程度
- ◇義歯・開口制限の有無
- ◇検査データ

② 看護計画

個別の看護計画を立案する。

● 褥瘡回診レポート

(ア) 記載の原則

- ① 褥瘡回診レポートは創傷 1 部位に対し 1 枚作成する。
- ② 褥瘡ケアにおいて共通理解してもらうための材料とする。
- ③ 褥瘡回診レポートは、院内褥瘡委員会委員長、または副委員長が作成する。
- ④ 記載項目はすべて記載する。

(イ) 記載項目

- ① 回診日：回診年月日を記載する。
- ② 日常生活自立度：障害老人の日常生活自立度判定基準に準じ判定し記載する。
- ③ 褥瘡部位：褥瘡部位を明確に記す。
- ④ DESIGN-R 評価：褥瘡経過評価表を用いて治癒過程を記載する。
 - ◇Depth：深さ 創内の一番深い部位で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相当の深さとして評価する
 - ◇Exudate：浸出液
 - ◇Size：大きさ 皮膚損傷部位を測定：[長径（cm）×短径（cm）]
短径とは長径と直交する最大径をいう
 - ◇Inflammation/Infection：炎症／感染

◇Granulation tissue：肉芽組織

◇Necrotic tissue：壊死組織 混在している場合は多い病態をもって評価する

◇Pocket：ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周（潰瘍面も含め）

[長径（cm）×短径（cm）]から潰瘍の大きさを差し引いたもの

- ⑤ 写真の挿入：褥瘡回診時に撮影した写真を視覚的材料として挿入し、次回の評価に役立てる

- 日常生活機能評価

（ア）対象者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

（イ）記載の原則

- ① 入院時・転院時・転棟時・退院時、評価として作成する。
- ② 日常生活機能評価研修を受けているものまたは、急性期における重症度・看護必要度の研修を受け、終了証の交付を受けているものが評価する。
- ③ 新規に入院した時点の日常生活機能評価が 10 点以上の患者を重症患者とする。
- ④ 電子カルテ内「文書作成」にある日常生活機能評価表にて対象者の日常生活動作を評価する。

（ウ）記載項目

- ① 床上安静の指示
- ② 腕の挙上の可否
- ③ 寝返り
- ④ 起き上がり
- ⑤ 座位保持
- ⑥ 移乗
- ⑦ 移動方法
- ⑧ 口腔清潔
- ⑨ 食事摂取
- ⑩ 衣服の着脱
- ⑪ 他者への意思の伝達
- ⑫ 診療・療養上の指示が通じる。
- ⑬ 危険行動

5－2．薬剤科

- 服薬指導

(ア) 服薬指導の目的

適切な医師の処方に基づき、患者が有効かつ安全な薬物療法を不安なく行えるよう、医師、看護師、薬剤師が患者本人あるいは家族に対して、医薬品に関する適切な指導、教育、助言を行うことにある。

(イ) 対象者

当院入院中の患者またはその家族

(ウ) 服薬指導の内容

- ① 用法・用量等服用方法
- ② 服薬に関する注意
- ③ 患者の疾患に合わせた薬の作用に関する説明
- ④ 服用の意義を理解させる
- ⑤ 知らせておくべき副作用の説明
- ⑥ 薬物相互作用
- ⑦ 服用の確認
- ⑧ 服用効果の確認
- ⑨ 退院時の服薬指導
- ⑩ 入院時調剤と外来時調剤との相違
- ⑪ 薬剤の保管方法
- ⑫ 服用し忘れた場合の注意事項
- ⑬ 日常生活に関する注意、他

(エ) 服薬指導記録

担当薬剤師が週1回以上、該当する患者と面談し、ユヤマの調剤支援システム『YUNICOM EX』の薬剤管理指導支援システム『Pharma Road』にて「服薬指導記録」に指導内容を入力する。

(オ) 退院時服薬指導記録

担当薬剤師が患者・家族と面談、退院時服薬指導書・お薬説明書等を用いて、退院時服薬指導を実施する。

指導後、指導内容をユヤマの調剤支援システム『YUNICOM EX』の薬剤管理指導支援システム『Pharma Road』にて退院時服薬指導記録として入力する。

● 持参薬鑑別報告書

持参薬を鑑別し医薬品名、規格、薬効、日数などの情報を記載した鑑別報告書を作成すると共に、データを電子カルテに送信する。

5-3. 放射線科

(ア) 放射線科レポート・報告書

① 記載原則

- ◇読影依頼オーダーのあった検査に対して、放射線科読影レポーティングシステムを用いて、読影報告書を作成する。
- ◇撮影後速やかに読影レポートを作成する。原則として24時間以内にレポートを作成する。夜間救急時は、必要に応じて電話呼び出しの対応とする。
- ◇記載は可能な限り日本語で記載する。
- ◇記載内容は「所見」「画像診断名」「シェーマ」とする。

② 読影依頼

他院フィルム読影依頼を受けた場合、レポートは「フィルム管理」で取り込んだPACSデータに対して、放射線科読影レポーティングシステムで作成する。

③ 記載基準

- ◇記載は可能な限り日本語で記載する。略語は可能な限り使用しない。
- ◇所見欄には、所見、画像診断名、鑑別診断名、次に行うべき検査名、手術適応の判断等の記載をおこなう。
- ◇比較読影を行った場合は、対象とした検査名、検査日を記載する。
- ◇必要に応じてシェーマを入力する。シェーマは6枚まで入力できる。
- ◇地域医療機関からの依頼検査の他院依頼検査に対しては、「読影報告書」と「シェーマ」の2枚の用紙を印刷する。さらに、電子カルテ上から、「検査結果報告書兼診療情報提供書」を作成する。
- ◇地域医療機関からの依頼検査の電子カルテ病名入力放射線科医がおこなう。
- ◇検査中に副作用が見られた場合は、所見欄に記載するとともに、電子カルテにも記載する。「患者プロファイル」の「アレルギー」「造影剤」に入力をおこなう。
- ◇必要に応じてワークステーションでデータを作成し、PACSに送信する。また、依頼医がワークステーションでのデータ作成を依頼する場合は電話対応とする。
- ◇検査途中で中止した場合はその理由を所見欄に記載する。
- ◇カテーテル検査では、カテレポートシステムにてレポートを作成する。

5-4. 内視鏡

(ア) 内視鏡検査報告

① レポート・報告書名

- ◇上部消化管内視鏡検査報告書
- ◇下部消化管内視鏡検査報告書
- ◇膵胆管造影検査報告書
- ◇気管支鏡検査報告書
- ◇カプセル内視鏡検査報告書
- ◇小腸内視鏡検査報告書
- ◇超音波内視鏡検査報告書

② 目的

- ◇消化管病変のスクリーニング

- ◇消化管病変の確認とそれに伴う治療方針の決定
- ◇消化管病変の内視鏡治療
- ◇内視鏡による病変の質的診断
- ◇消化管外病に対する超音波下穿刺診断

③ 記載の基準

- ◇ 記載検査終了後速やかに作成する。
- ◇ 記載事項は略語を用いず、専門医以外でも判断できるようにする。
- ◇ 病変は部位、形態、大きさの順に記載し、色調、その他粘膜正常など診断の根拠となる事項を列記する。
- ◇ 検査後治療を要する病変である場合、治療選択の基準となる診断と推奨治療法、根拠を記載する。
- ◇ 腫瘍病変の場合、記載事項は癌取り扱い規約を遵守する。
- ◇ 所見には撮像写真を添付し、必要により写真の解説を加える。
- ◇ 地域医療機関からの依頼検査の場合、検査所見のみではなく、依頼内容と所見との整合性、必要であれば追加検査の推奨を所見に追加する。
- ◇ 使用機種と検査施行時間を記入する。
- ◇ 必要であれば挿入時の所感(挿入困難感、挿入時のコツ、推奨カメラ、検査施行時間)を加える。

④ 記載項目

- ◇ 患者情報(患者 ID、氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢)
- ◇ 検査情報 (入外区分、病棟、依頼科、依頼医、検査名、依頼内容)
- ◇ シェーマ
- ◇ 診断
- ◇ 検査後指示
- ◇ 作成者氏名
- ◇ 了承者氏名
- ◇ 検査時画像
- ◇ 検査部位

5-5. 臨床検査科

(ア) 生理機能検査

① レポート・報告書名

心臓超音波検査報告書、甲状腺超音波検査報告書、乳腺超音波検査報告書、頸動脈超音波検査報告書、腹部超音波検査報告書、下肢静脈超音波検査報告書、下肢動脈超音波検査報告書、脳波検査報告書、ホルター心電図検査報告書、神経誘発検査、運動負荷心電図検査、安静時心電図検査、肺機能検査、眼底撮影検査 等

② 目的

検査結果により診断・治療の補助とする。

◇ 超音波検査報告書

各部位を超音波で検査した結果を検査者が記載し、判読医がコメント・助言を追

加記載する。

◇ 脳波検査報告書

脳波検査中の状況・患者の状態を検査者が記載し、判読医がコメント・助言を追加記載する。

◇ ホルター心電図検査報告書

24 時間心電図検査の解析を検査者が行い、判読医がコメント・助言を追加記載する。

◇ その他の検査報告書

上記以外の検査項目において、検査データ及び検査者が必要な事実を伝えたいとき記載する。

③ 記載の原則

◇ 生理機能室内の臨床検査技師と判読医師が記載する

◇ 超音波検査報告書・脳波検査報告書・検査報告書は、『生理機能システム 日本光電 PrimVita』にて記載を行う。

◇ ホルター心電図検査報告書は、『日本光電 DSC3300』にて解析・コメント記載を行う

◇ 検査者は検査終了後に記載を行い、記載終了後画面右下の「確定」を押すことにより、電子カルテから参照可能となる。

◇ 判読医は患者の来院日までにコメント・助言記載を行う。

④ 記載の留意点

◇ 検査者は検査の事実を判読医に伝わるような言語で記載する。

◇ 必要ならば絵や図を記載しわかりやすく示す。

◇ 判読医は検査者により記載された内容を判断し、依頼医にわかるようにコメント・助言を記載する。

⑤ 記載項目

患者 ID、依頼元、患者氏名、依頼医師名、検査日、臨床診断、依頼目的、身長、体重、対表面積、コメント、検査所見、診断、検査者氏名、診断者氏名、必要に応じて、検査項目個々に特有な所見、判定、画像など。

(イ) 細菌検査

① レポート・報告書名

一般細菌検査報告書、抗酸菌検査報告書

② 目的

細菌感染症の診断と治療の方針決定

③ 記載の原則

a. 一般細菌検査

塗抹、培養、薬剤感受性検査の結果を随時サポートシステムへ入力する。

その他必要な検査（毒素検査または抗原検査等）を実施し、カルテへ送信する。

b. 抗酸菌検査

塗抹、培養、薬剤感受性検査の結果を随時サポートシステムへ入力する。

④ 記載の留意点

一般細菌は機械での同定・感受性以外、抗酸菌は培養検査の機械読み取り以外は手入力なので注意する。

感染症法に分類される菌種や結核菌が同定された場合、コメントの記載などは主治医および ICT、感染委員会への緊急報告を実施する。

また、アウトブレイクの兆候の確認、抗酸菌塗抹検査にて陽性の場合は、ICT 又は院内感染対策委員会への報告を速やかに実施する。

⑤ 記載項目

◇一般細菌検査

患者 ID、依頼元、患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日、中間報告日、中間報告者、最終報告日、最終報告者、依頼コメント、プロフィール情報（基礎疾患名、推定感染症、渡航歴）、検体情報（材料名、部位名）、検査目的コメント（検査目的）、目的菌、使用中抗菌薬、塗抹結果（グラム陽性球菌、グラム陽性桿菌、グラム陰性球菌、グラム陰性桿菌、真菌、WBC、M&J 分類、Geckler 分類、その他）、塗抹コメント、全体菌量情報、培養同定（同定菌名、菌量、菌型、βラクタマーゼ）、感受性結果（薬剤名、MIC 値、判定）、その他結果情報（大腸菌抗原同定検査、大腸菌ベロトキシン検出、PBP2 '）、結果コメント

◇抗酸菌検査

患者 ID、依頼元、患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日、中間報告日、中間報告者、最終報告日、最終報告者、依頼コメント、プロフィール情報（基礎疾患名、推定感染症、渡航歴）、検体情報（材料名、部位名）、検査目的コメント（検査目的）、目的菌、使用中抗菌薬、塗抹結果（ガフキー号数、蛍光染色、ZN 染色、M&J 分類）、塗抹コメント、液体培養情報（判定週、判定結果、判定日）、小川培養情報（判定週、判定結果、判定日）、培養同定情報（同定菌名、菌量、コロニー数）、耐性結果（薬剤名、濃度、判定）、その他結果情報（結核菌群核酸同定-PCR、MAC/PCR、抗酸菌群核酸同定精密、結核菌群抗原精密測定）、結果コメント

(ウ) 病理診断、細胞診

① レポート・報告書名

病理組織診報告書、細胞診報告書、剖検報告書

② 目的

◇ 病理組織診結果

疾患の診断や原因の究明を目的とし、採取された臓器、組織、細胞などを対象に、病理専門医が病理顕微鏡を用い、悪性病変の有無・病変の組織型や病変の広がりについて診断を行う。

◇ 細胞診結果

病変部から取られた細胞を細胞検査士および細胞診専門医が顕微鏡的に観察し、異常細胞を検出することにより悪性病変の有無や組織型の推定を行う。

◇ 剖検報告書

治療の甲斐なく亡くなった患者に対し病理解剖を行い、死因の究明や治療効果

の判定などを病理学的に検討し、臨床病理検討会などによりその結果を以後の医療に生かす。

③ 記載の原則

◇ 病理組織診結果

病理専門医が病理部門システムを用い診断入力後登録処理を行う。

◇ 細胞診結果

細胞検査士がスクリーニングを行った後、細胞診専門医あるいは病理専門医が診断を行う。診断結果は、病理専門システムを用い登録処理を行う。

◇ 剖検報告書

病理専門医が病理部門システムを用い診断入力後登録処理を行う。

④ 記載の留意点

癌取り扱い規約にのっとり診断を行う。

可能な限り組織型の推定を行う。

手術材料の病理診断結果には、病変の肉眼写真を添付する。

病理診断悪性の場合は、悪性像の写真を添付する。

結果報告者は検査結果を、依頼医にわかるようにコメント・助言を記載する。

⑤ 記載項目

患者 ID、患者氏名、年齢、検査受付番号、検体採取日、受付日、オーダ番号、依頼科、依頼医師名、臨床診断、依頼目的、コメント、診断、所見、検査者氏名、診断医師氏名、報告日。

必要に応じて、検査項目個々に特有な所見、判定、画像など。

(エ) 検体検査

① レポート・報告書名

尿・一般、血液、凝固、生化学、免疫、血液型、輸血、穿刺液、外注、各検査結果

② 目的

検査結果により診断・治療の補助とする。

③ 記載の原則

◇ 各種検査機器での測定データを、検査技師が判断し検査部門システム登録を行い、電子カルテシステムに送信する。

◇ 基準値から外れた結果値の場合、電子カルテ上で色分けされて表示される。

◇ 外注検査結果は、外注検査業者からの検査データを電子媒体を使用し検査部門システムに取り込みを行い、電子カルテシステムへ送信される。

外注検査で必要なものは、依頼書及び検査結果を画像として取り込みを行う。

④ 記載の留意点

◇ 必要に応じて依頼医にわかるようにコメントを記載する。

- ◇ 異常値、検査機器でのアラートが発生した場合、再検査や前回値の参照・提出医への確認など必要な措置をとる。
- ◇ 測定データから検体の取り違いなどを発見の場合、電子カルテシステムへの送信は保留する。

⑤ 記載項目

- 患者 ID、患者氏名、採取日時、オーダー日、オーダー No 、依科名、依頼医師名、検査項目名、結果、コメント。
- ◇ 必要に応じて、検査依頼書、検査項目個々に特有な所見、判定、画像などを画像として取り込む。

5－6. リハビリテーション科

(ア) リハビリテーション総合実施計画書

- ① 月に1回 作成し、説明者、ご本人もしくはご家族のサインを記入する。
- ② サイン記入後に電子カルテにスキャニングする。
- ③ 関わっている職種全ての意見をまとめて記載する。
- ④ ご本人、ご家族にもわかりやすいように簡潔に記載する。

(イ) 廃用症候群に関わる評価表

医師の指示のもと毎月記載する。

(ウ) 摂食機能療法計画書

- ① 患者様の訓練開始時に加えて定期的に記載する。
- ② 摂食機能療法を実施した人が記載する。

(エ) 外出訓練企画書

- ① 外出訓練を行う予定の者が外出訓練前までに記載する。
- ② 医師、リハビリ科科長、病棟責任者が確認する。

(オ) リハビリテーション報告書

- ① 各担当者が実施した内容を記載する。
- ② 評価実施後、速やかに、出来るだけわかりやすく記載する。

(カ) ケースカンファレンスシート

- ① 月一回記載する。
- ② 各担当者の意見を要約して簡潔に記載する。
- ③ 主に回復期病棟で使用する。

5－7. 栄養科

(ア) 栄養指導報告書

① 目的

栄養指導実施後の内容について、依頼医師に報告をする。

② 記載方法

栄養指導実施後に記載する

③ 記載項目

患者 ID・患者氏名・指導実施日・対象者・病名・指導時間・主治医・診療科・病棟・指導区分・担当管理栄養士・栄養素指示・食種・報告事項(SOAP 方式で記載)

(イ) 栄養管理計画書

① 目的

栄養管理実施加算を実施するにあたり、栄養管理計画書の作成は必須条件であるため。
また、多職種による栄養管理の実施が必要なため、電子カルテに登録し、多職種（医師・看護師・薬剤師・管理栄養士等）で閲覧できるようにする。

② 記載方法

入院時・退院時に記載する。

③ 記載項目

患者 ID・患者氏名・生年月日・性別・入院日・病棟・計画作成日・担当医師名・管理栄養士名・病名・入院時栄養状態に関するリスク・栄養状態の評価と課題・栄養管理計画・栄養補給に関する事項・栄養食事相談に関する事項・その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項・退院時及び終了時の総合的評価。

5－8. 臨床工学科

(ア) 血液浄化

① 主治医は「血液浄化申し込み」を指示し、「血液浄化予約調整」に透析時に必要な事項を入力する。

② 血液浄化施行中「透析経過表」の浄化情報とバイタルに必要項目を随時入力する。

③ 血液浄化実施後に施行内容や使用物品を「血液浄化実施」に入力する。

④ 「血液浄化実施」記載項目

保険関係、透析用薬品、透析用物品、透析液・置換液、補液量・シャント部位、血液回路、注射薬、内服外用、処置材料、処置行為

5－9. 医事課

(ア) 患者基本情報

HOPE/X-Winにより次の情報の患者登録を行う。

① カナ氏名

② 日本語氏名

③ 性別

④ 生年月日

- ⑤ 郵便番号
- ⑥ 住所
- ⑦ 電話番号
- ⑧ その他連絡先
- ⑨ 保険情報

5－10. 地域医療連携室

(ア) 診療及び検査予約

- ① 診療のみの予約は「再診予約」で個人の ID にて取得する。
- ② 検査の予約は「各検査の予約」で該当する医師の代行入力にて取得する。

(イ) 紹介患者の登録

「紹介患者申込み」で紹介元の医院情報を速やかに入力する。

(ウ) 書類発送物の情報入力

「紹介患者一覧」で該当者を呼び出し、報告書の種類を発送日付で随時入力する。

(エ) 入院予約

回復期リハビリ病棟についてのみ、看護師が代行入力にて入院予約を入力する。

(オ) MSW 業務

- ① ケースカンファレンスシートへの随時入力業務
- ② リハビリテーション計画書・退院支援計画書の作成
- ③ ソーシャルワーカー報告書の入力