



## 基準 6

### 別の急性期病院への予定外の転院

#### 定義：

現在施行中の継続した入院治療を目的とした他院への転院。

#### 例外：

1. 調査対象入院中の病院で行うことのできない、検査、手術・処置、専門的ケアなどのための転院で、患者の予測外の状態悪化によらないもの。
2. 亜急性期ケア（回復期リハなど）や慢性期ケア（介護保険施設や療養型病床）への転院
3. 患者が一度自宅に退院した後の再入院

#### 解説とデータ収集：

他の急性期病院への予定外の転院があれば、1（=はい）を記入すること。看護師レビュー者は転院理由を明らかにするために、経過記録、退院時サマリー、他の病院への紹介状（コピーや記録上に残っている場合には）などをチェックする必要がある。

看護師レビュー者は可能な場合には、入院時診断、退院時診断、転院理由、転院先を含んだ事象を記述すること。

#### 例：

1. 入院から 12 時間後に、患者がショック状態に陥り、小児専門病院に転送された。気管内チューブの挿入が困難であったことがレビューにより明らかになった。3 時間後に、看護師が新生児の口腔内に血液の貯留をみとめた。X 線の結果、血気胸が認められた。
2. 患者は食道拡張術のための麻酔の導入時にアナフィラキシー様の反応があり、集中治療管理のために高度医療センターに転院する必要性が生じた。



## 基準 7

### 調査対象入院における予定外の再手術

#### 定義：

調査対象入院中に生じた予定外の再手術(内視鏡下の手術も含む)・再処置(心血管インターベンション、経皮カテーテル心筋焼灼術 (アブレーション)、インターベンショナル・ラジオロジーが含まれる)

#### 例外：

1. 2 回目の手術・処置が、当初から予定されていた場合。以下の両方の場合を含む。
  - (1) 1 回目の手術・処置とは無関係に、当初から予定されていた場合。  
【例：痔核手術と、白内障手術】
  - (2) 二期的手術・処置として当初から予定されていた場合。  
【例：乳がん手術と、乳房再建術】

#### 解説とデータ収集：

予定外の再手術・再処置があれば、1 (=はい) を記入すること。

手術当日あるいは予定手術時間後に生じた手術・処置は、予定外のものである場合が多い。このような手がかかりは手術記録や看護手術記録、麻酔記録の中に記述されていることがある。看護師レビュー者は、手術・処置が予定通り行われたかどうかを確かめるために、同じ時間帯の経過記録を調べる必要があり、また例えば、出血、感染、異物 (残遺)、瘻孔など、その予定外の再手術の理由を明確にしなくてはならない。なお、手術室以外のカテ室・IVR 室などで行われた手術・処置についても記載する。

看護師レビュー者は日時、予定外の処置 (手術) の種類や原因を記述すること。

#### 例：

1. 患者は待期的子宮摘出術が行われた。術後 4 日目に、膣からの尿の流出の原因を調査するために再手術が必要となった。瘻孔が認められ、修復された。
2. 患者は大腸癌の切除のため腹会陰式直腸切断術が行われた。術後 3 日目に患者は激しい腹痛を訴えた。8 時間後、縫合部のリーク修復のため患者は再手術となった。腹腔内には多量の糞便による汚染が認められ、腹膜炎を併発していることが明らかとなった。
3. 狭心症患者の左回旋枝の狭窄病変に対して、経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を施行したが、急性再閉塞を起こして、冠動脈バイパス術 (CABG) を行った。



## 基準 8

手術中、侵襲的処置、経膈分娩（鉗子分娩も含む）における、予定外の臓器の除去、損傷、修復

定義：

侵襲的治療の影響、もしくは結果として医学的な治療、あるいは、裂傷、穿孔、臓器の裂傷や穿刺、の修復を目的とした手術を受ける必要のあった患者。これには以下の2点が含まれる。

1. 直接の傷害、例) 手術中に脾臓が破裂し、脾臓摘出術が必要となった場合
2. 術後の合併症、例) バイオプシー後、検体採取臓器以外の臓器からの出血があり、その損傷部位修復のため、手術が必要となった場合

例外：

なし

解説とデータ収集：

侵襲的処置には以下のものが含まれる：挿管（気管内、食道、胃など）、経皮的な吸引（胸腔穿刺、腹腔穿刺、膀胱穿刺、腰椎穿刺など）、経皮的なバイオプシー（乳房、甲状腺、腎臓、肝臓など）、内視鏡検査、X線処置、血管造影等、動脈血採血、カテーテルの挿入（CVライン、観血的動脈圧モニタリング用ライン、スワン・ガンツカテーテル、透析用カテーテルなど）、SBチューブの挿入、補助装置に関する処置（持続的血液濾過（CHF）、経皮的心肺補助装置（PCPS）、大動脈内バルーンポンピング（IABP）、その他（ペースメーカー、シャントなど）

この基準では、通常、もとの処置は正当でありかつ適切である。しかしながら、不慮の損傷が手術や処置の際に生じた場合には、1（=はい）を記入すること。看護師レビュー者は手術記録、麻酔記録、看護の手術記録、回復室の記録、分娩室におけるパルトグラム、および血管造影のような侵襲的処置に関連した記録を調査すること。また、行われた処置に対する同意書や摘出された検体の病理報告書などのチェックが必要となる。

看護師レビュー者は、傷害の発生した日時、処置、種類などの事象を記述すること。

例：

1. 待期的帝王切開の手術中に、修復が必要となるほどの膀胱損傷が生じた。
2. 単純な腎臓バイオプシー。病理報告書で脾臓の組織が認められた。
3. 中心静脈カテーテルが必要となった患者。挿入後のX線で気胸が明らかになった。



## 基準 9

その他の患者の合併症（例：急性心筋梗塞、脳血管障害、肺塞栓症など）

定義：

他の基準に関係しないその他の患者の合併症のうち、本来予定されていなかった濃厚な処置・治療\*を要した場合、在院日数が延長した場合、退院時に障害が残った場合。調査対象入院で施行された治療、処置、手術のいずれとも直接的な因果関係をもたない合併症が該当する。

\*「濃厚な処置・治療」の定義については p3 を参照。

例外：

1. 合併症が患者の疾病過程により生じている場合。
2. 濃厚な処置や治療を要さず、在院日数が延長せず、退院時に障害が残らなかった場合。

解説とデータ収集：

他の基準に関係のない予測しない事象に関して、経過記録、検査結果、X線読影報告書、核医学検査報告書、コンサルテーション用紙（他科依頼用紙）、退院サマリーなど、調査対象入院中のすべての診療録をレビューする必要がある。

この基準は疾病や治療による予測された転帰でない、つまり予測されなかった事象を把握するためのものである。

例としては、肺塞栓症、脳血管障害、うっ血性心不全、深部静脈血栓症、その他の血栓症、心筋梗塞、不整脈、気胸、呼吸困難、誤嚥、吐血・下血、術後性イレウス、腸閉塞、偽性腸閉塞、腎不全、尿閉、ひきつけ、創離開（非感染性）、持続性の痛み、治療としての結果でない精神障害、治療後の持続性の精神錯乱・混迷、持続性低血圧、皮下血腫、その他など。

常に原因が一つとは限らないが、入院中に合併症が認められる場合には、1（=はい）を記入すること（ただし、上記例外を除く）。看護師レビュー者は予測可能な合併症を防止するための予防措置がとられていたかの記録、また、合併症の認識や治療についてのアセスメントが術前に適切に行われていたかの記録を慎重にレビューしなくてはならない。

看護師レビュー者は、合併症の発生した日付や種類を含んだ事象を記述すること。



例：

1. 待期的腹式子宮全摘出術の術後 10 日目の患者に深部静脈血栓症が発症した。これは、経静脈的ヘパリン投与により治療され、患者はワーファリン投与のもと、7 日後に退院し、紹介医でフォローされた。
2. 心疾患の既往があり、入院の 2 ヶ月前に急性心筋梗塞を発症した患者に尺骨神経の減圧目的で待期的手術が行われた。術後 8 時間して、患者は急性の胸痛を訴え、CCU に転棟し、さらに深刻な急性心筋梗塞であると診断された。

## 基準 10

入院時に認められなかった、新たに発症した神経障害

定義：

調査入院中に新たに発症した神経障害で、本来予定されていなかった濃厚な処置・治療\*を要した場合、在院日数が延長した場合、退院時に障害が残った場合。

\*「濃厚な処置・治療」の定義については p3 を参照。

例外：

1. 疾患や障害から通常予測される、あるいは、治療の過程や結果として通常避けることのできない神経障害。
2. 濃厚な処置・治療を要した場合、在院日数が延長せず、退院時に障害が残らなかった場合。

解説とデータ収集：

看護師レビュー者はまず初めに入院時の患者の神経学的機能を確認すること。そして、その初期アセスメントとその後に発症した新たな変化を比較、判別できるようにすること。

入院時に認められておらず、調査対象入院中に新たに発症した何らかの神経障害があれば、1 (=はい) を記入すること。看護師レビュー者は神経障害を引き起こす可能性のある処置（手術や X 線など）が行われている患者や、ギブスを装着している患者に注意を払うこと。特に、脳神経手術、整形外科手術、血管手術が行われている場合には注意を払うこと。麻酔後に生じた反回神経麻痺などの神経障害も詳細に調べる。直接的に、処置や検査に関係のない神経障害は、基準 9 の「他の患者合併症」として記録すること。

看護師レビュー者は経過記録、紹介状、手術記録、看護記録、理学療法記録、退院サマリーを含めたすべての診療録を調査すること。新生児の神経学的欠損の有無について調査する場合、新生児記録および産科カルテのレビューを行うこと。

看護師レビュー者は可能な場合には、転帰や神経障害が生じた日付、内容を含めた事象を記述すること。

例：

1. 患者は跛行があり、右下肢に無力感があると記録されていた。術後に施行された右臀部への注射による、坐骨神経障害であった。
2. 患者は腰痛の管理のために入院し、安静臥床となった。患者には右下垂足が認められ、集中理学療法と退院後には副木固定を要する状態であった。
3. 患者は待期的動脈内膜切除術が行われた。術後 12 時間後、患者に極度の片麻痺があることが認められた。CT にて広範囲にわたる大脳梗塞が認められ、3 週間後にリハビリテーション目的で転院となった。

## 基準 11

### 調査対象入院中における予測外の死亡

#### 定義：

上述の通り

#### 例外：

予測された（自然経過による）死亡

予測された死亡は、死亡にいたると予測させるに十分な臨床学的かつ病理学的エビデンスを満たす必要がある。

予測された死亡とは、病理学的もしくは放射線学的根拠の裏付けによって、終末期と診断された疾病が原因で起こるものであり、パリアティブケア（緩和ケア）の提供、疾病に対する積極的なケアや蘇生を行わないという記録がなされている。

#### 解説とデータ収集：

予測外の死亡があれば、1（＝はい）を記入すること。

予測外の死亡とは、通常、死亡が予測されたという臨床学的、病理学的、放射線学的、もしくは記録としてのエビデンスを満たしていない。

看護師レビュー者は、患者の状態が悪化している何らかの徴候を探すべきである。例えば、生化学検査結果、悪化を示す身体的徴候、医師に報告され、適切な時点で診療がなされたか、どのような診療がなされたか、などである。

心停止後の死亡の場合には、蘇生や、心停止の前や心停止の間に投与されたものも含め、薬剤投与に関連した記録を調査する。例として、過剰な麻酔により患者が呼吸停止に至るなど。

次に示すケースは予測外の死亡が疑われる例である。

- 待期的手術や処置後の死亡
- 救急蘇生術中もしくは後の死亡
- 入院後 24 時間以内の死亡
- 確定診断のない死亡
- インシデントやアクシデント後の死亡
- 自殺
- 不審な状況下における死亡

看護師レビュー者は予測外の死亡について、その日時や状況を含め、記述すること。

例：

1. 患者はジゴキシンによる心房細動のため、救急部受診後に入院した。ジゴキシンレベルは5.2 ng/ml（異常高値）として報告されており、医師に報告されたというエビデンスはなかった。患者は入院翌日、致命的な心停止に陥った。
2. 待期的結腸鏡検査目的の入院。検査の間、患者は低血圧、頻脈、不穏状態に陥った。その後、患者は心停止状態となり、CPR が行われたが蘇生されず、死亡にいたった。死後に大腸の穿孔が明らかになった。

## 基準 12

### 不適切な自宅への退院

#### 定義：

臨床的に不安定な状態における、患者の自宅への退院

特に注意してレビューする必要がある例は以下の通りである。

- 退院前の 24 時間以内の体温が 38℃以上
- 創部治癒不良
- 排尿、排ガス、排便がない
- 指示された食事の摂取不良
- 鎮痛用の注射薬を必要としている

#### 例外：

上記に示した症状や状態が診断に関連したものであること。例として、がん患者で、自宅療養で在宅ケアチームによる疼痛緩和ケアを受けている場合。

#### 解説とデータ収集：

上述した内容が退院日にも続いている場合は、1（=はい）を記入すること。看護師レビュー者は退院前の看護記録や医師の記録、与薬記録および退院サマリーなどをチェックする必要がある。記録されていないことや認識されていない合併症に注目して探す必要がある。退院基準にそぐわない患者は再入院することが多く、そのため、同様に基準 2 を満たすことになるだろう。

看護師レビュー者は、不適切な退院の日時や内容を含んだ事象について記述すること。

#### 例：

1. 術後の患者が 38.2 度の発熱があり退院した。看護師は創部に発赤があることを記している。患者は創部感染が悪化し再入院した。
2. 患者は腰椎減圧術目的で入院した。術後疼痛はモルヒネの筋肉注射でコントロールされていたが、退院日に中止となった。患者が疼痛管理チームにより評価されたという記載はない。患者は疼痛管理不十分のため、退院翌日に再入院した。



## 基準 13

心停止、呼吸停止、低アプガースコア

定義：

調査対象入院期間中に発生した、患者が一定期間生存し得た、心停止や呼吸停止など

例外：

なし

解説とデータ収集：

看護師レビュー者は、調査対象入院期間中に発生した心停止、呼吸停止、もしくは低アプガースコア（新生児記録のみ）について診療録を調べる。心停止、呼吸停止、もしくは低アプガースコアが認められる場合には、1（=はい）を記入すること。看護師レビュー者は心停止、呼吸停止の記載や経過記録の中の蘇生に関する記載を調査すること。心停止、呼吸停止は集中治療室や急性期病棟への転棟の前に生じていることが多い。看護師レビュー者は診療録の中に、心肺蘇生の記述を見つけた場合、心停止、呼吸停止が発生していたことを想定すること。

分娩室での蘇生には挿管、吸引、陽圧酸素療法、長期の気管内吸引などがある。医師の記録、看護記録、分娩記録、退院サマリーなどをチェックすること。低アプガースコアのスクリーニング基準は5分後で6点以下である。（1分後のアプガースコアはここでは不要）。帝王切開の場合には、低アプガースコアかどうかは、分娩記録や手術記録で見つけられる。

看護師レビュー者は心停止、呼吸停止の原因となった事象や心停止、呼吸停止直前の状況についてアセスメントすること。注目すべき点は、出血、ヘモグロビン値の低下、神経学的症状の悪化、酸素レベルの低下、薬剤の投与（麻薬や補液を含む）などの記載である。

この基準は、患者の蘇生が行われ、少なくとも一定期間生存し得た場合に使用される。基準11の「予測外の死亡」は、蘇生が試みられたが失敗した場合に使用される。

看護師レビュー者は分かっているならば、日時、転帰を含んだ事象を記述すること。心停止、呼吸停止を何とか切り抜け（例え短時間であったとしても）、その後結果的に死亡した患者は基準13「心停止」と基準11「予測外の死亡」として記録すること。



例：

1. 開胸によるバイオペシー術施行後3時間してから、患者がチアノーゼ状態となっているのが認められ、心停止に陥った。胸腔ドレーンからの出血は3,000mlにもなり、術後のヘモグロビン値は5.7 g/dlであった。医学的なアセスメントは行われていなかった。
2. 患者は意識不明で救急部に入院し、中毒と診断された。4時間後、患者は心停止に陥った。その後の検査で患者は広範囲にわたる硬膜外血腫があることが明らかになった。患者には手術が行われ、3週間後に退院した。

## 基準 14

中絶や分娩、出産に関連した傷害や合併症（新生児の合併症を含む）

定義：

中絶、分娩、出産に関連した産科におけるアクシデントや合併症で、本来予定されていなかった濃厚な処置・治療\*を要した場合、在院日数が延長した場合、退院時に障害が残った場合。

例外：

濃厚な処置・治療を要さなかった、在院日数が延長しなかった、退院時に障害が残らなかった中絶や分娩、分娩、出産に関連した産科におけるアクシデントや合併症。

解説とデータ収集：

産科や新生児の合併症が認められれば、1（=はい）を記入すること。

本調査では、母子を一単位とみなす。調査対象入院が出産にいたる産科入院である場合には、生まれた新生児の記録は、母親の診療録と合わせてレビューされる必要があり、その逆も必要となる。

看護師レビュー者は、合併症と妊娠経過中の診療・処置等との関連性を確認するために、妊娠期の記録、分娩記録、産褥期の記録をレビューする必要がある。

中絶、分娩、出産が原因とされる合併症は多数ある。可能であれば、助産師の資格のある看護師レビュー者が産科や新生児の記録のレビューを行うことが望ましい。

診療録のなかで注目すべき点の例は以下の通りである。

### 妊娠期に関する記録

- 子宮外妊娠や不完全流産
- 妊娠中の高血圧および妊娠中毒症の管理
- 入院加療を要する妊娠中の不正性器出血
- 入院加療を要する妊娠悪阻
- 妊娠中の異常出血
- 妊娠中の脳内出血、くも膜下出血
- 子癇
- その他妊娠期の合併症

### 中絶、分娩期、産褥期に関する記録

- 緊急人工妊娠中絶術
- 中絶中の意識障害、中絶手術後の腹腔内出血、子宮内感染、胎児・胎児付属物遺残

- 分娩誘発／促進
- 遷延分娩（24 時間以上）
- 破水後 24 時間以上経過した分娩
- 分娩第二期遷延
- VBAC（前回帝王切開経膣分娩試行）
- 緊急帝王切開
- 帝王切開手術中の意識障害
- 常位胎盤早期剥離／前置胎盤／子宮破裂
- 肺血栓塞栓症／羊水塞栓症
- DIC
- 子宮内感染症／敗血症
- 分娩・産後の脳内出血、くも膜下出血
- 分娩、産後の出血が 1000ml 以上
- 帝王切開術後の腹腔内出血
- 頸管裂傷、膣壁裂傷、Ⅲ度以上の会陰裂傷や血腫
- 分娩時まで診断されていなかった子宮筋腫／子宮奇形
- 分娩後の精査治療がなされなかった発熱
- その他、中絶、分娩、出産管理上生じた母体の傷害や合併症

#### 新生児に関する記録

- 胎児仮死／新生児仮死
- 報告されていない胎児心拍陣痛モニター上の異常
- 分娩時まで診断されていなかった胎児胎向異常と多胎
- 5 分後のアプガースコアが、6 点以下
- 胎便吸引症候群
- 呼吸窮迫症候群その他、新生児の呼吸異常
- 分娩による骨や組織の損傷および、分娩による裂傷や損傷
- 新生児の敗血症／感染症（B 群溶連菌、クラミジア、MRSA、カンジダその他）
- その他、中絶や分娩、出産管理上生じた新生児の傷害や合併症

看護師レビュー者は分かっているならば、転帰を含んだ産科もしくは新生児の事象の日時や詳細な内容を含めた事象を記述すること。

例：

1. 患者は陣痛開始で入院した。分娩第 2 期が 2 時間続いた。医学的にアセスメントされたエビデンスはなかった。新生児の 5 分後のアプガースコアは、3 点で、NICU に入院することになった。
2. 分娩後の患者で、胎盤遺残のため出産後の出血が 2,000ml となっていた。患者は外科的処置と輸血が必要となった。胎盤剥離兆候が不完全な状態での臍帯牽引によって、臍帯を切断してしまっていたことが記載されていた。

## 基準 15

### 院内感染／敗血症

#### 定義：

入院してから 72 時間以上経過後に、病院で罹患したと判断される感染のうち、本来予定されていなかった濃厚な処置・治療\*を要した場合、在院日数が延長した場合、退院時に障害が残った場合。感染の臨床所見（局部もしくは全身症状）あるいは、細菌培養陽性の結果を伴うこともある。

\*「濃厚な処置・治療」の定義については p3 を参照。

#### 例外：

1. 診療・処置等に関係なく、入院前に感染症に罹患していた場合。例えば、患者が市中肺炎で入院した場合。
2. 濃厚な処置や治療を要さず、退院時に障害が残らなかった場合。

#### 解説とデータ収集：

患者が感染により入院した場合には、以前に診療・処置等がなされていたかどうか、およびどこで感染したかをチェックする。例としてある病院で入院中に罹患した創部感染の継続管理のために、別の病院に転院した場合は、1（=はい）を記入すること。

入院後 72 時間以降に感染が明らかになった場合は、侵襲的処置の記載を確認すること。無菌操作の不履行や、患者が曝露した可能性のあるその他の潜在的な感染リスクを記載すること。人工的補助物（人工弁、人工骨頭など）を用いる手術の際、予防的に抗生物質が使用されているかどうか記載し、感染の診断や治療の遅れを調査すること。

看護師レビュー者は感染のエビデンスを示す臨床症状と検査結果の両方を確認するために、細菌培養検査報告や同期間の経過記録を注意して見る必要がある。

感染を確認するためには以下の点を確認する。

1. 尿の細菌培養検査；感染に対し、汚染の指標として白血球数（WBC）に注目する。WBC >100 であれば、感染を示す。上皮細胞（epithelial cell）>100 であれば、汚染された検体である可能性が高い。硝酸塩（nitrates）が陽性の場合には感染の可能性を示す。

しがたって、結果は次のようになる。

- WBC >100
- 上皮細胞 <10
- 硝酸塩が陽性

これらはすべて感染を示す十分な指標となる。

また、3 種類より多い細菌が培養で検出された場合は一般に汚染された検体を示す。