

マニュアル説明：(1) 患者安全管理—①患者誤認防止—C 病院

② ベッドサイドで看護師が実施時にバーコードを読み取るため、ハンディーターミナルは看護師が携帯に便利のように手のひらサイズとし、ストラップを付けポケットに入れられ、業務に支障がないようにする。

③ 開発は整形外科病棟（52床）にて行う。

#### 6. 開発したシステム

患者がバーコード付きのリストバンドを装着することに、精神的な抵抗がないように入院時に書面を用いて、誤薬防止の趣旨を説明し同意を得る。

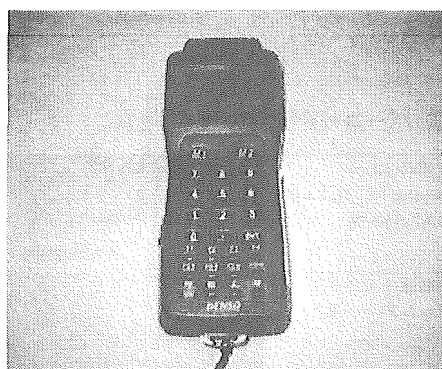
ご入院の患者様へ

横浜総合病院  
院長 吉水 信裕

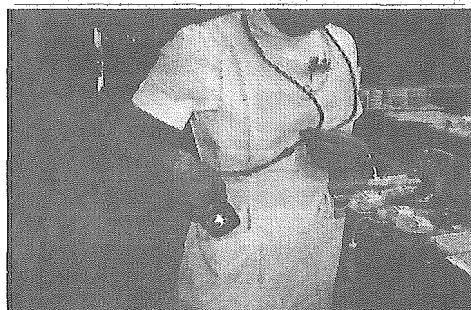
リストバンド取り付けのお願いについて

当院では、医療現場における点滴や輸血に伴うミスを防ぐためのシステムを導入しております。このシステムは、ご入院の患者様方に個人情報を入れたバーコード付きのリストバンドを付けていただき、処置ごとに確認する方法です。つきましては、まことに煩わしいこととは存じますが、安全で確実な医療作りにご協力をお願い致します。

#### 使用機器



● ハンディーターミナル



#### ● 必要機器

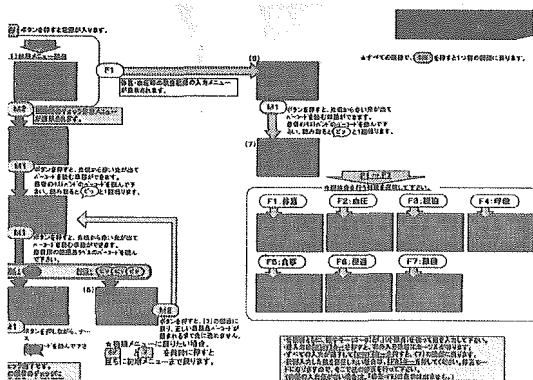
ハンディーターミナル	8台
PCラベルプリンター	2台
ハンディーターミナル 接続用端末	2台

## 7. 運用方法

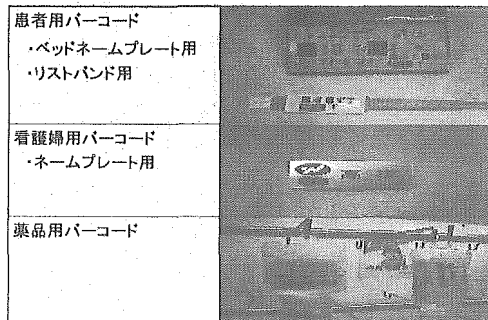
- ① バーコードラベルは患者 ID 番号から 2 枚発行
- ② 1 枚はリストバンドに貼って患者に貼って患者に装着してもらう。
- ③ もう 1 枚はベッドネームに貼付し、夜間に照合を行う際に使用することにした。
- ④ 看護師に対しても職員番号から各々にバーコードを発行し名札に貼付した。
- ⑤ 患者と看護師のバーコードは病棟でラベルプリンターを使用して発行し、薬剤のバーコードについては注射オーダーリングシステムで発行されていたラベルにバーコードを印字した。

### 照合手順

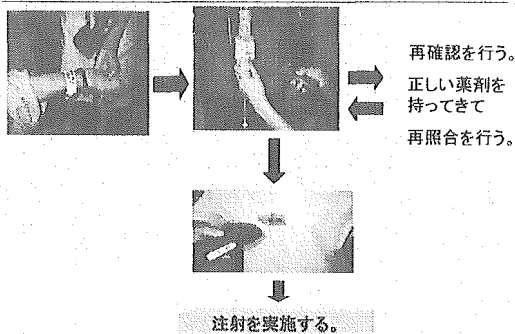
- ① 注射を実施の際、看護師は患者のバーコードを読み取り、次に注射ボトルに貼付されているバーコードを読み取り、照合を行う。
- ② 照合が OK であれば最後に実施者として看護師のバーコードを読み取り、注射を実施する。
- ③ 照合が NG の場合はアラーム音が鳴り、看護師はさらに確認を行い、正しい薬剤を再照合し OK になったら実施をする。
- ④ この一連の作業実績はハンディーターミナルに蓄積され、そのデータはハンディーターミナルの通信機能を用いて、パソコンに収集することが可能で点滴結果一覧として活用できる。



### ● バーコードラベル



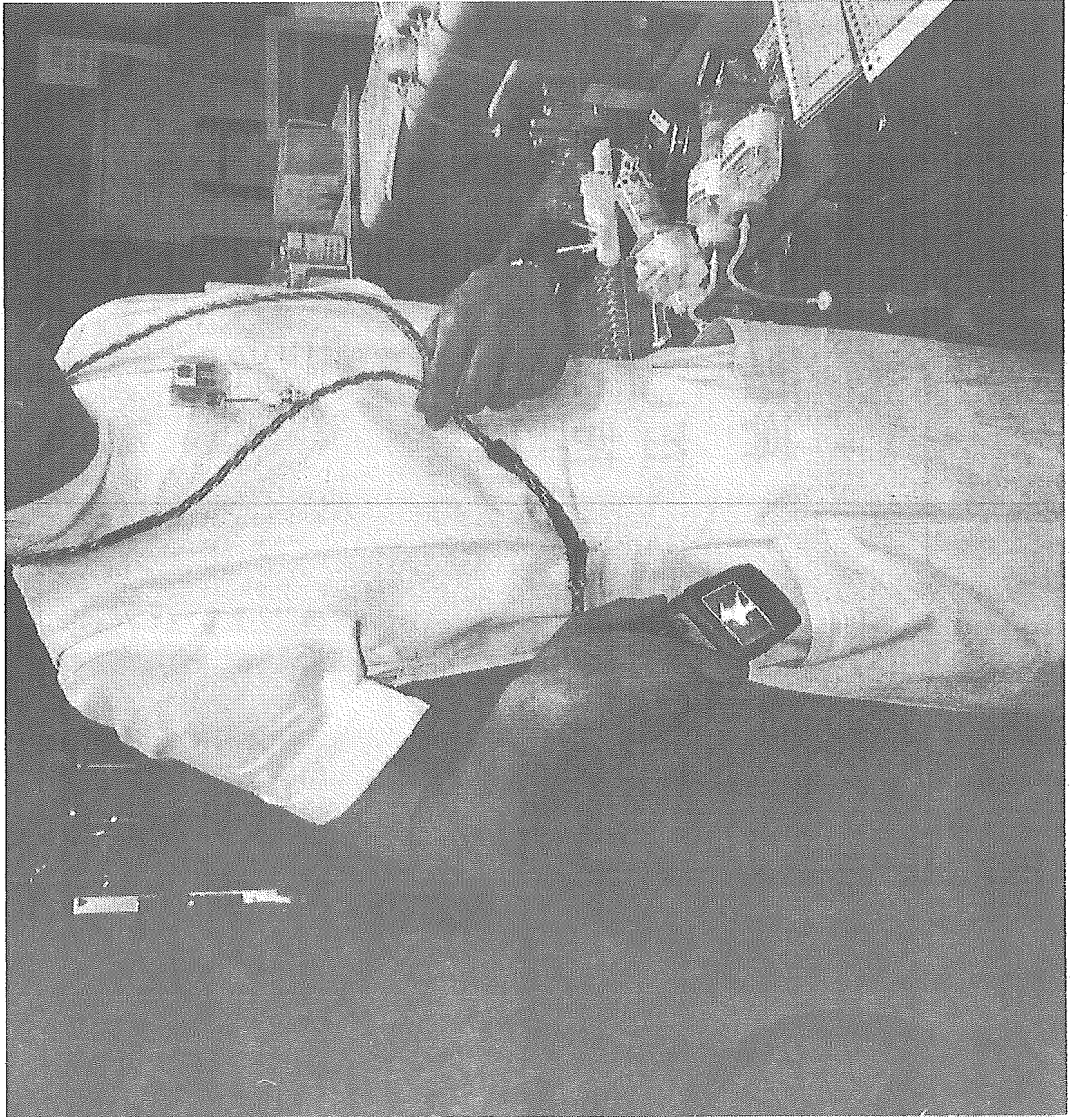
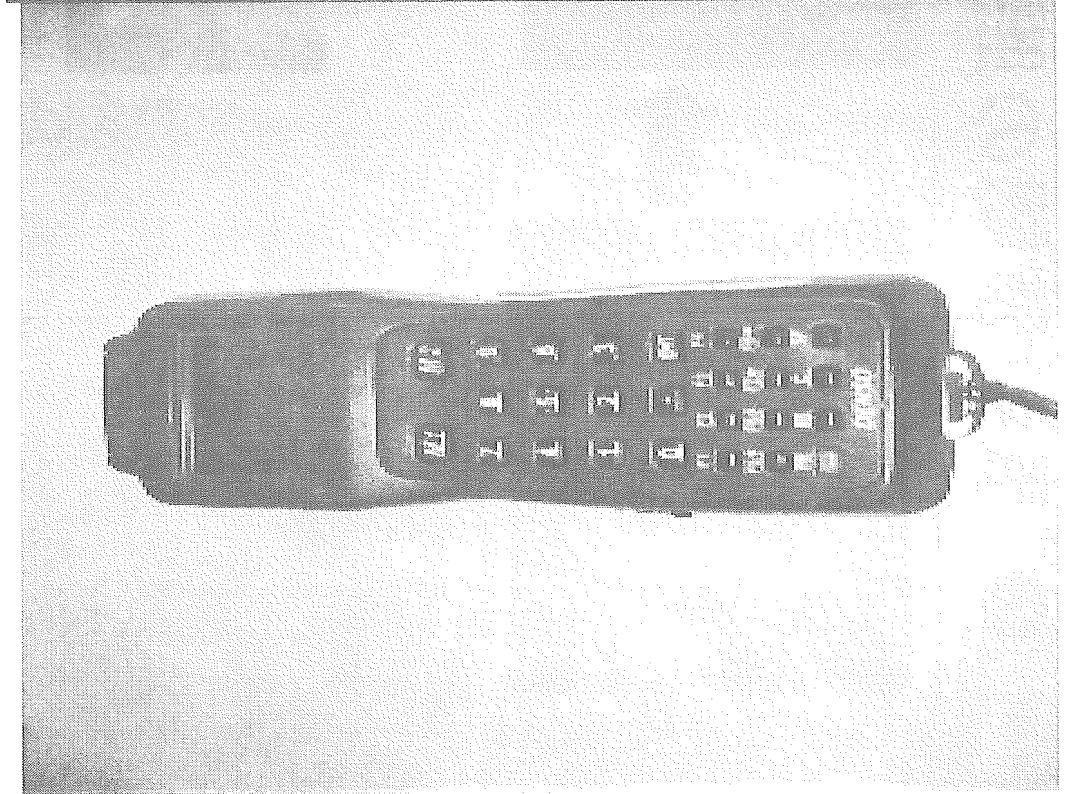
### ● 患者確認の照合手順



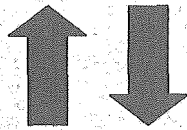
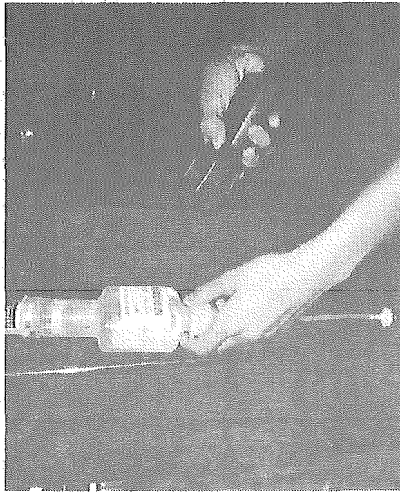
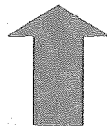
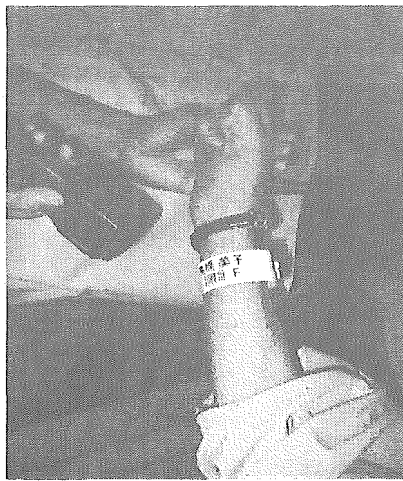
### ● 点滴結果一覧

患者ID	患者名	薬剤名	投与量	投与回数	投与時間	投与場所	投与状況
1001	田中 太郎	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1002	山田 花子	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1003	佐藤 一郎	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1004	鈴木 美咲	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1005	高橋 健太	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1006	渡辺 真由	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1007	松本 大輔	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1008	小林 千尋	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1009	清水 悠太	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1010	石川 莉子	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1011	木村 拓也	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1012	藤田 結衣	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1013	山崎 誠也	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1014	佐々木 舞	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1015	渡辺 悠斗	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1016	高橋 莉奈	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1017	松本 大輔	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1018	小林 千尋	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1019	清水 悠太	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了
1020	石川 莉子	生理食塩水	1000ml	1	08:00	病室	完了

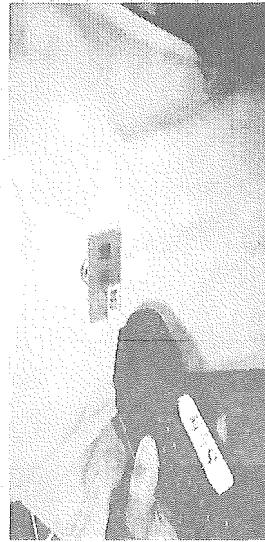
# ● ハンディターミナル



# ● 患者確認の照合手順



再確認を行う。  
正しい薬剤を  
持ってきて  
再照合を行う。



注射を実施する。

## ● バーコードラベル

患者用バーコード

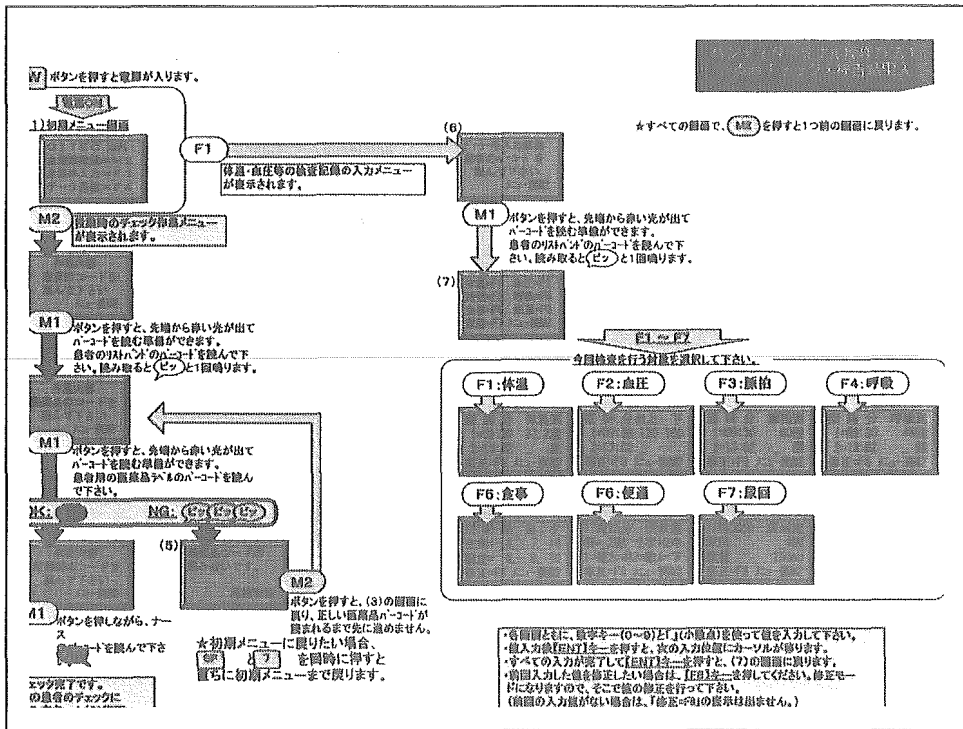
- ・ベッドネームプレート用
- ・リストバンド用

看護婦用バーコード

- ・ネームプレート用

薬品用バーコード





## ● 点滴結果一覧

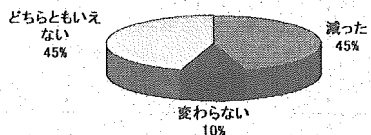
年月日	患者番号	患者名/★ナース名	検査項目	読み込みコード	判定	入力時間	号機
2001年 06月 22日	4	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	4	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	4	★患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	5	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	5	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	5	★患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	6	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	6	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	6	★患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	7	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	7	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	7	★患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	8	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	8	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	8	★患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	9	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	9	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	9	★患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機
	10	患者ナース	患者ナース	00000000000000000000	OK	00:00	05号機

8. 評価

アンケート結果 (患者・看護師)

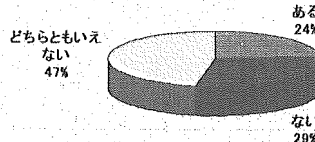
● 看護婦アンケート結果

システム導入したことで、注射業務に関する精神的な負担が減りましたか？



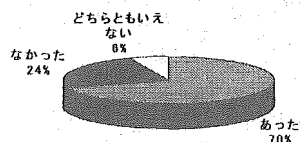
● 看護婦アンケート結果

ハンディターミナルで患者照合するのは業務に負担がありますか？



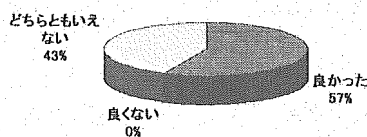
● 患者アンケート結果

入院時に医療事故に対する不安がありましたか？



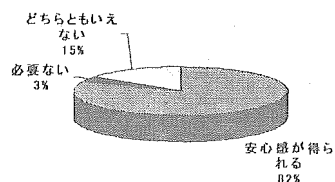
● 看護婦アンケート結果

システムを導入して良かったと思いますか？



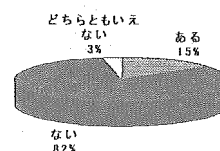
● 患者アンケート結果

システムを利用した看護を受けてどのように感じましたか？



● 患者アンケート結果

バーコード付きリストバンドを装着する事への抵抗はありますか？



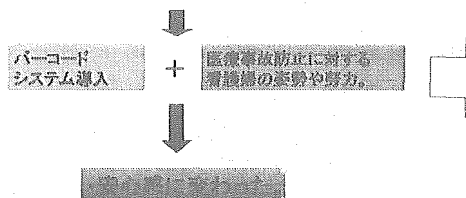
● 考察

看護婦は一人での注射の実施の際に、このシステムにより二重チェックが行える。

- ・患者照合ミスの防止に有効
- ・精神的負担の軽減

● 考察

入院前や入院時に医療ミスに対する不安があった。



● 考察

医療事故防止に取り組む病院として  
評価を得られた。

● 今後の課題

- ・操作性の改善
- ・他の看護業務への活用  
(採血管、輸血、内服等の確認)
- ・他の部門システムとのデータ共有  
(診療、薬剤、医事、物品管理)

● まとめ

注射業務は殆どの病院で、看護婦が実施しているのが実情である。医療サービスの最終的な提供者であることからミスを起こしやすく、事故を未然に防ぐためにこうしたシステムを活用することは有効と考える。

また、このような取り組みを行うことが患者の安心につながり、病院の信頼を深めることがわかった。



開発の概要

(1) 患者の安全管理—②転倒・転落防止—D病院  
「転倒・転落防止対策」と「転倒・転落時の対応」

項目	内容	要素	適用	具体的内容
発端 (動機)	①インシデント分析	①報告数の推移	●	報告数の増加
		②報告内容分析	●	①レベル3以上しか報告がない ②看護師の予防意識が低い
		③重大事故の発生	●	骨折事故1件発生
		④その他	●	事後対策に終始しているとの評価
	②他施設の事故報道	①マスコミ報道 ②専門誌の記事		
	③システム変更改善			
	④行政指導 ⑤研究的取り組み ⑥患者の声・投書			
作成組織	管理組織	①安全委員会主導 ②実行部門主導型 ③リスクマネージャー主導	● ○	看護師によるスモールグループ リスクマネージャー委員会
	作成メンバー	医師 ● 看護師 ● 薬剤師 ●	ME	検査 ● 事務 ● その他
作成方法	①問題の把握	①業務フロー分析	●	①予防策 ②発生時対応
		②発生因子分析		
		③文献検討・学習	●	研修会
		④現場聞き取り	●	看護師SGによる現状把握
		⑤アンケートなど		
	②標準化	①業務フロー過程	●	①入院時の危険度評価 ②危険度説明 ③環境整備 ④ナースコール, ⑤履物選択 ⑥筋力運動の指導
		②確認原則行動	●	個別ケア, 患者・家族説明, 環境整備
		③リスクアセスメントツール	●	転倒転落危険度評価表
		④標準計画	●	危険度に応じた対応策
		⑤患者説明内容	●	家族説明パンフレット(リスク患者用)
⑥行動評価表				
③マニュアル表示	①文章説明	●	マニュアル解説書	
	②図式化	●	フローを写真で説明	
開発 ツール	①業務マニュアル	①業務マニュアル	●	①「転倒・転落防止対策」 ②「転倒・転落時の対応」
		②アセスメントツール	●	転倒転落危険度評価表
		③標準計画	●	①予防策, ②発生時の対応フロー
	②患者説明	④患者説明パンフ	●	①「ご家族の皆様へ」パンフ ②患者さま注意喚起のポスター
	③職員教育	⑤教育資料		
評価	①評価方法	①インシデント報告	●	発生件数は6ヶ月で集計
		②行動巡視	●	作成メンバーによる観察
		③アンケート(自己評価)	○	計画中
		④その他		

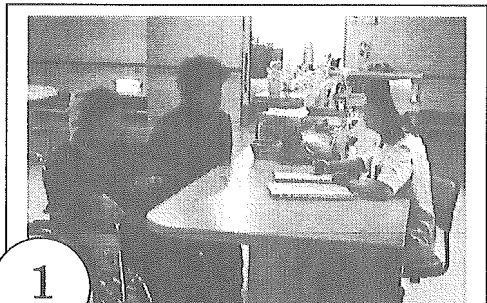
1. マニュアル名称	「転倒・転落防止対策」と「転倒・転落時の対応」	要素
2. 達成目標	① 患者の転倒・転落は受傷のリスクも高く、入院が長びくなど病気の回復にも大きな影響を及ぼす。 ② したがって、入院時より患者の危険因子をアセスメントし転倒・転落の発生防止に努める。 ③ 発生した場合でも、影響や被害を最小限にしなければならない。	① 受傷リスク ② 入院長期化 ③ 危険因子 ④ 発生防止 ⑤ 発生時対応
3. 作成経緯	(発端となった出来事) ① 当院での転倒・転落のヒヤリハット報告件数 ◆ 2000年には2件、2001年には3件の報告、2002年は10月までに23件が報告されている。 ◆ その中で骨折に至ったアクシデントが毎年1件発生している。 ② 当院のヒヤリハットは、2000年5月から全件報告を義務付けたが、転倒・転落については職員の意識が薄く、一定の処置等を行ったものだけが報告されていた。 ③ 研修の積み重ねなどにより、転倒・転落に対する職員の意識が高まった。 ◆ 2002年に入るとすべての事例が報告されるようになった。 ◆ それに伴い、患者への影響がレベル3(事故のために治療の必要性または処置の必要性が生じた)の事例の割合は下がったものの、報告件数自体は増加した。 ④ 発生件数(報告件数)増加に対して早急に対策を講じる必要があるため、予防と対応の側面からマニュアルを作成した。 ◆ 転倒・転落を完全になくすことは難しいが、可能な限り発生を減らす ◆ たとえ発生しても大きな事故に繋がらないようにする ◆ 発生後の対応を適切に行い、家族から不満が起らないようにすることが大切である。	経緯 ① ヒヤリハット報告 ② 骨折事例 ③ 職員の転倒・転落への意識 ④ 研修会 ⑤ 患者への影響(レベル3) ⑥ 報告件数増加 マニュアル作成 ⑦ 予防策 ⑧ 対応策 目標 ⑨ 事故発生防止 ⑩ 大事故防止 ⑪ 発生後の対応 ⑫ 家族対応
4. マニュアル作成組織	リスクマネージャー6名 (副院長、事務部長、薬剤部長、医事課長、看護部長、副看護部長) 看護師長5名・看護師18名。	
5. マニュアル作成方法	① 看護師18名によるスモールグループが、各職場の意見をとりまとめ、ボトムアップ型で案を作成する。 ※スモールグループは以下の役割を担う。 ◆ ヒヤリハット事例の問題点を明らかにする。 ◆ リスクマネージャー会議で提案された対応策(案)が、各職場で実施可能か検討する。 ◆ 対応策を実施していくためのマニュアルを作成する。 ◆ 実施の段階ではマニュアルに添った業務を推進し声がける。 ◆ マニュアルの改訂の必要性等を検討する。 ② 考案されたマニュアル(案)は師長会で検討を加えた後、リスクマネージャー会議に提出する。 検討内容 ① 職場の意見を聴取し問題点を明らかにし対応策を考える。 ② すぐに実施可能な内容を考える。 ③ 具体的な内容で表示し、判断及び利用しやすいものにする。	スモールグループ活動 ① 事例分析 ② 実施可能案 ③ マニュアル作成 ④ 推進活動 ⑤ 実施声かけ 検討内容 ① 現場の声聴取 ② 実施内容 ③ 判断が容易 ④ 利用しやすさ

	<p>④ 図案化し視覚で覚えられるようにする。</p> <p>⑤ 改善しやすい様式にし、差替えが簡単にできるようにする。</p> <p>⑥ 予防と対応の両面から検討する。</p> <p>スモールグループで出された問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 入院時から転倒・転落を意識したかわりをしていない</li> <li>◆ 転倒・転落が起こらないようにする防止策を実施しないで事後処理に終始している</li> <li>◆ 主治医への報告や家族への連絡に迷う</li> <li>◆ 高齢者向けのパンフレットの利用が徹底されていない</li> </ul>	<p>⑤ 図案化</p> <p>⑥ 予防策</p> <p>⑦ 対応策</p> <p>問題点</p> <p>① 入院時からの対応が必要</p> <p>② 事後処理</p> <p>③ 連絡報告体制</p> <p>④ 高齢者向けパンフレットの活用</p>
6. 開発したツール	<p>① 「転倒・転落防止対策」及び同解説書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 入院時の情報収集</li> <li>◆ 病室・病棟の環境整備</li> <li>◆ 患者及び家族指導のポイントを明示した。</li> </ul> <p>② 「転倒・転落時の対応」及び同解説書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 転倒・転落発生時の報告経路を図示し、</li> <li>◆ 報告の判断基準や報告時期も明記した。</li> </ul>	<p>① 入院時情報</p> <p>② 環境整備</p> <p>③ 発生時の報告経路</p> <p>④ 報告判断基準</p> <p>⑤ 報告時期</p>
7. 運用段階	<p>(1) マニュアル採用決定機関</p> <p>リスクマネージャー会議及び医療安全管理委員会で採用を決定し、管理者会議に報告する。</p> <p>(2) 院内周知方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 各部署に配布の「医療安全対策マニュアル綴」にとじ込み</li> <li>◆ 関係者全員に熟読してもらい、読了後サインをもらう。</li> </ul> <p>(3) 実施評価(チェック機構)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 師長及びスモールグループが習慣化するまで声かけを行う。</li> <li>◆ 一定期間経過後にアンケートで自己評価してもらう。</li> </ul> <p>(4) マニュアル評価修正方法</p> <p>⑥ 半年毎にヒヤリハットの分析集計を行い、リスクマネージャー会議で評価</p> <p>⑦ スモールグループで、どの程度マニュアル通り実施されているかの調査を行い、マニュアル改訂の必要性の検討を行う。</p>	<p>マニュアル採用決定</p> <p>① RM会議</p> <p>② 医療安全管理委員会</p> <p>周知・運用</p> <p>③ マニュアル綴り</p> <p>④ 周知方法</p> <p>⑤ 習慣化</p> <p>⑥ アンケートでの自己評価</p> <p>⑦ 発生分析</p> <p>⑧ 実施状況把握</p>
8. 評価	<p>① マニュアル作成以前は、職員に転倒・転落を予防するという意識は薄く、転倒・転落が起きた後に、再発しないように対応等を考えるのみという実態であった。</p> <p>② 今回、スモールグループメンバーが自分の職場で意見を聞くことにより、職員の意識が高まり、報告件数が大幅に増加し、これにより当院での転倒・転落の傾向が把握できた。</p> <p>③ グループメンバーは討議の過程で、転倒・転落を防止するには入院時から危険性について考え、予防するケアが必要であるという意識を強く持つようになった。</p> <p>④ 予防対策については当院での実態をベースにして検討したので、実施・継続・評価が可能なレベルで立案された。</p> <p>⑤ マニュアル作成後は、「起こりうる危険を予測しなければならないという意識づけになった。」「報告経路がわかりやすくなり迷わなくてすむ。」「新人も判断しやすい。」等の意見が現時点では多く出ている。</p> <p>⑥ 具体的な評価は一定期間が経過した後に行うこととしている。</p>	<p>① 発生時の反省</p> <p>② 再発防止</p> <p>③ 意見聴取することで意識化</p> <p>④ 報告事例から傾向を把握</p> <p>⑤ 予防の意識化</p> <p>作成</p> <p>① 傾向分析</p> <p>② 入院からの予防</p> <p>③ 実態に沿った対策</p> <p>④ 危険予測の必要性認識</p> <p>⑤ 報告経路</p>

## 転倒・転落防止対策

日頃から施設内の整理整頓及び清掃を心掛け、快適な環境を提供する

### I 入院時の患者様へのアプローチ



1

入院時アセスメント

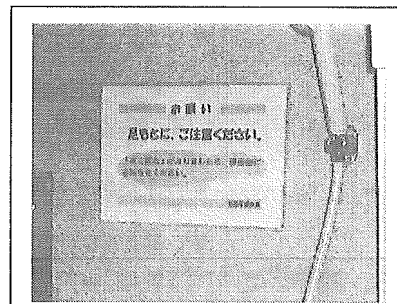
御家族の皆様へ  
 高齢であることの危険として、  
 個人差はありますが、次のようなことがあげられます。

1. 骨が脆くなっている。
2. 遅く歩けると転倒しやすくなり、すぐ歩けなくなってしまう。
3. 環境の変化に順応できず、物忘れや不慣れが起こりやすくなる。
4. 気分が落ち込み、やる気が出ない、寝がたい、食がたない、こころが痛い、涙が止まらない、など。
5. 家族と離れることで、元気がなくなる。
6. 食事の味、飲み込みが難しくなり、むせたりする。

以上のことから、思いがけず転倒したり、骨折が起きたり、病状が悪化する恐れがあります。  
 ついて、次のことをお願い致します。  
 ① 転倒防止対策に協力のいただける御電話番号を教えてください。

2

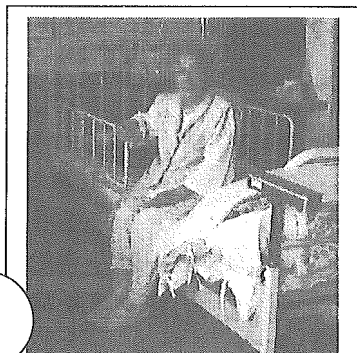
危険性の説明



3

ポスターでの呼びかけ

### II 環境の整備



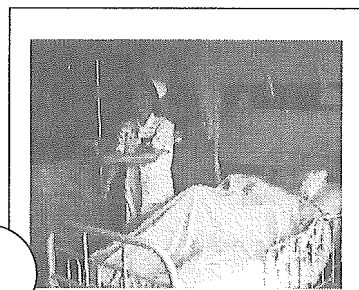
4

高さや柵の位置



5

ポスター貼付



6

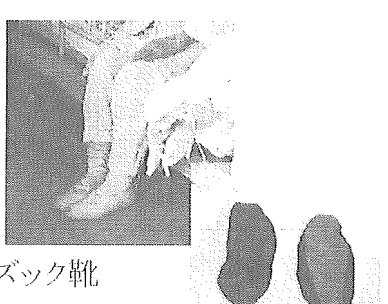
スタンド片付け

### III 患者さま及びご家族への指導



7

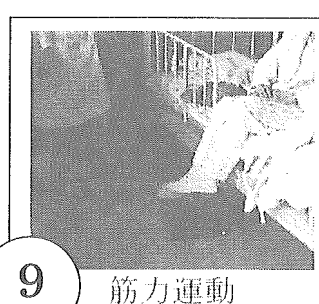
ナースコールの練習



ズック靴

8

滑り止め付靴下



9

筋力運動

[経緯] 2000 年に入って転倒・転落の報告が多くなり、早急に対策を講じる必要が生じた。  
 [改善点] 入院時より患者さまに転倒・転落を念頭においたかわりを持ち、環境に慣れるまで目配り、見守り、声かけを頻繁に行うこととした。  
 [効果] 転倒・転落を防止するには、予防するケアを行うことが大切であるという意識が高まった。

## 解説 [転倒・転落防止対策]

※転倒・転落を防止するには予防するケアを行おうという自覚が必要です。

### I 入院時の患者様へのアプローチ

転倒・転落による事故防止には、患者様の危険因子のアセスメントが重要であり、それに基づいたケアプランを患者様及びご家族と共有することが有効です。

#### ①入院時に患者様の情報を収集し、危険度を判定する。

70歳以上の高齢者及び日常生活自立度の低い人について「転倒・転落危険度評価表」に基づき情報を収集し、危険度を判定する。

#### ②高齢者のご家族に「ご家族の皆様へ」のパンフレットを配り、転倒・転落の危険性を理解してもらう。

慣れない病院での生活は、常に転倒・転落の危険性があることを患者様及びご家族に説明する。

#### ③水こぼれを見つけたらすぐ知らせてもらえるようにポスターで意識づける。

水周りの近くに雑巾やモップを設置し、いつでも清掃できるようにする。

### II 環境の整備

患者様の生活の「場」であるベッドサイドを安全な環境に整え、たとえ転落した場合でも衝撃を最小限に抑える工夫が必要です。

#### ④ベッドの高さは患者様が端座位で足底を床につけ、ベッドにしっかりと腰をおろせる高さに調節する。

#### ⑤転倒・転落の危険性は予測できても、いつ起きるのか予測ができないので、危険度の高い患者様のベッドにポスターを掛け、みんなで注意する。

#### ⑥点滴スタンドやポータブルトイレは使用しない時は片づける。

### III 患者さま及びご家族への指導

患者様は自分のことは自分でしたいという思いが強く、入院によって筋力や注意力の低下が進んでいることに気づかずひとりで行動しようとしています。あらかじめ危険性を説明し、患者様から協力を得る必要があります。

#### ⑦ナースコールの使い方を練習してもらい、いつでも押せる位置に設置する。

#### ⑧スリッパは転倒しやすいのでズック靴を履くよう指導し、靴下は滑り止めのついたものを勧める。

#### ⑨入院によってQOLが低下しないよう、病態や状態に合わせて簡単な運動を指導する。

## 御家族の皆様へ

高齢であることの特徴として、

個人差はありますが、次のようなことがあげられます

1. 骨がもろくなっている。
2. 寝てばかりいると筋力が衰え、すぐ歩けなくなってしまう。
3. 環境の変化に順応できず、物忘れや不眠が起こりやすくなる。
4. 気持ちはしっかりしているつもりでも、体がついていず、すぐつまづいたり、ころんだりする。
5. 家族と離れることで、元気がなくなる。
6. 食事の時、飲み込みが悪かったり、むせたりする。

以上のことから、思いがけず転倒したり、骨折が起き、また、病状が急に変化することもあります。

従って、次のことをお願い致します。

- ◎ 確実に連絡のとれる所(電話番号)を教えてください。
- ◎ できるだけ様子を見に来て、患者様を安心させてあげてください。



## ご家族のみなさまへ

個人差はありますが、ご高齢であることの特徴として、次のようなことがあげられます。

1. 骨がもろくなっている。
2. 寝てばかりいると筋力が衰え、すぐ歩けなくなってくる。
3. 環境の変化に順応できず、物忘れや不眠が起こりやすい。
4. 気持ちはしっかりしているつもりでも、体がついていけず、すぐつまづいたり、ころんだりする。
5. 家族と離れることで、元気がなくなる。
6. 食事の時、飲み込みが悪かったり、むせたりする。

以上のことから、思いがけずに転倒したり、骨折が起きたりします。

また、病状が急に変化することもあります。

従って、次のことをお願いいたします。

◎確実に連絡のとれる所(電話番号)を教えてください。

◎できるだけ様子を見に来て、患者さまを安心させて上げてください。

ご家族のみなさまも大変と思いますが、皆でがんばっていきましょう。

## 「転倒転落にご注意を!!」

慣れていない病院での生活する。

家庭生活とは大きく異なる。

常に転倒・転落の危険性がある。

薬が投与される。自分では大丈夫と思っても足がふらつくことがある。

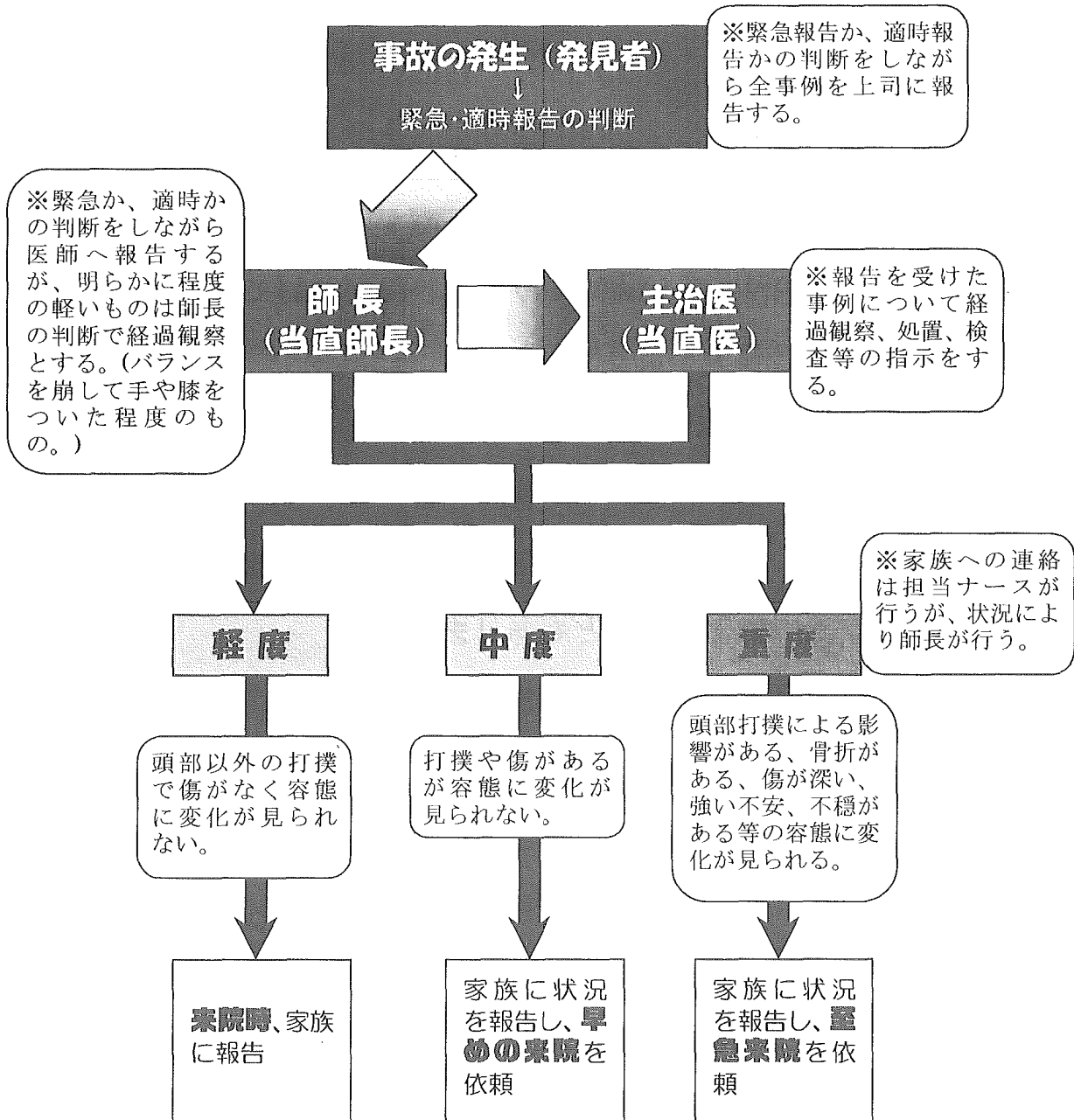
床が固い。転ぶと怪我する可能性が高い。

家庭と違いベッドでの生活を行う。(布団使用者)

遠慮なく看護師に相談連絡を。

## 転倒・転落時の対応

### 転倒・転落発生時の報告経路





## 解説 [転倒・転落時の対応]

※転倒・転落が起きた場合にまず行うべきことは患者の救命です。そして、事故により起こりうる影響を予測した観察が必要です。

### I 状況の把握

現場の状況により、声をあげて他のスタッフに知らせ十分な人員を確保する。

#### 1. 患者の状況の確認

##### ①意識状態のチェック

会話の反応、四肢の動き、バイタルサインなどから緊急度を把握する。

##### ②処置の必要性のチェック

打撲、外傷、骨折の有無等を把握し、何を優先させるか判断する。

#### 2. 転倒・転落時の情報収集

発見者や本人より転倒・転落前後の状況を聞きとる。

### II 報告(転倒・転落発生時の報告経路参照)

#### 1. 上司への報告

○発見者は全事例を上司に報告するが、緊急報告とするか、適時報告とするか、状況によって判断する。

○師長(当直師長)は必要に応じて現場に行き、状況を把握し医師に報告するが、緊急報告とするか、適時報告とするか、状況によって判断する。

#### 2. 家族への報告

患者の状態により家族へ連絡をするが、緊急連絡とするか、適時連絡とするか、状況によって判断する。状況を説明する時は、家族が驚いて慌てることを配慮し、冷静かつ正確に話す。場合によっては師長が説明をし、理解してもらう。

### III 処置

1. 患者の生命の安全を最優先に考え、何を優先させるか判断し行動する。

2. 医師の指示により必要な処置・検査を実施する。

3. 患者に処置の説明をし、絶えず言葉をかける。

### IV 観察と記録

#### 1. 転倒後、24 時間は十分な観察を行う

とくに、頭部の打撲を考慮して意識状態、悪心、嘔吐に注意し観察していく。

転倒直後の頭部 CT で異常がなくても、長時間経過後に異常がでることがあるので油断をしない。

#### 2. 客観的な記録を経時的に記載する

自分が見たこと、聞いたことを正確に記述する。

その場面で自分が実際に行った行動のみ記述する。

開発の概要

(1) 患者安全管理—②転倒・転落防止—E 病院

「転倒・転落の危険防止対策」

項目	内容	要素	適用	具体的内容			
発端 (動機)	①インシデント分析	①報告数の推移 ②報告内容分析 ③重大事故の発生 ④その他	● ●	H13年：インシデントの26%が転倒・転落発生要因			
	②他施設の事故報道	①マスコミ報道 ②専門誌の記事					
	③システム変更改善						
	④行政指導						
	⑤研究的取り組み						
	⑥患者の声・投書						
	⑦その他						
作成組織	管理組織	①安全委員会主導 ②実行部門主導型 ③リスクマネージャー主導	●	インシデント検討委員会			
	作成メンバー	医師 ●	看護師 ●	薬剤師 ●	ME ●	検査 ●	事務 ●
作成方法	①問題の把握	①業務フロー分析	●	① 発生年齢：70歳以上 ② 場所：ベッドサイド、病室、トイレ ③ 時間：23時～7:00 ④ 要因：筋力低下、睡眠剤、鎮痛剤 ⑤ 認知・理解力低下 ⑥ 排泄時の行動時			
		②発生因子分析	●				
		③文献検討・学習	●		アセスメントガイド		
		④現場聞き取り					
		⑤アンケートなど					
	②標準化	①業務フロー過程					
		②確認原則行動	●	ガイドラインの活用 ① リスク評価（70歳以上9歳以下） ② 看護計画立案・実施 ③ 入院時、1週間、変化時再評価			
		③リスクアセスメントツール	●	「転倒転落アセスメントスコアシート」			
		④標準計画	●	看護協会ガイドライン			
		⑤患者説明内容 ⑥行動評価表					
③マニュアル表示	①文章説明						
	②図式化	●	ポスターで因子や予防策を提示				
開発 ツール	①業務マニュアル	①業務マニュアル	●	各部署へ配布			
		②アセスメントツール	●	患者分析シート			
		③標準計画	●				
評価	①評価方法	④患者説明パンフ					
		⑤教育資料					
		①インシデント報告	●	「転倒転落アセスメントスコアシート」は定着			
		②行動巡視	●				
③アンケート（自己評価）							
④その他							
課題							

マニュアル説明 (1) 患者安全管理—②転倒・転落—E病院

1. マニュアルの名称	転倒、転落の危険防止対策	要素
2. マニュアルの達成目標	<p>① 転倒・転落は、受傷のリスクが高く、回復遅延やADLの低下など大きな影響を及ぼす。施設内でおこる転倒・転落の72%が、患者の自発的行動によるものと言われている。</p> <p>② どのような患者が、どういう状況で転倒・転落するのかを情報収集し、分析してリスクを把握</p> <p>③ 防止対策を明確にするツールを作成する事が必要である。</p>	<p>① 転倒・転落</p> <p>② 受傷</p> <p>③ 患者要因</p> <p>④ 患者の自発的行動</p>
3. マニュアル作成経緯	<p><u>発端となった出来事</u></p> <p>① 当院は平成12年1月よりインシデント・アクシデント報告書を運用して、事例の収集を始めた。</p> <p>② 平成12年度の転倒、転落事例報告は全体報告の24.4%、平成13年度は26.1%であった。</p> <p>③ 主な要因として以下にまとめられた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 患者は70歳代が全体の30%以上で最も多かった。</li> <li>◆ 場所はベッドサイドが最も多く、次いで病室内、トイレ等であった。</li> <li>◆ 時間は23:00~7:00が全体の半数を占めていた。</li> <li>◆ 主な要因としては活動低下に伴う筋力の低下、睡眠剤・鎮痛剤の使用、認知力、理解力の低下であった。</li> <li>◆ 行動目的としては排泄が最も多く53であった。</li> </ul> <p>④ そこで要因から防止対策を強化する事を目的に看護師全員に周知徹底することにした。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 転倒・転落のアセスメントシートの導入</li> <li>◆ 防止対策ポスターを作成</li> </ul>	<p>① インシデント分析</p> <p>② 発生率</p> <p><u>発生要因</u></p> <p>③ 発生年齢</p> <p>④ 発生場所</p> <p>⑤ 発生時間</p> <p>⑥ 発生要因</p> <p>⑦ 筋力低下</p> <p>⑧ 催眠剤・鎮痛剤</p> <p>⑨ 認知能力</p> <p>⑩ 理解力</p> <p>⑪ 排泄行動</p>
4. マニュアル作成組織	<p>インシデント検討委員会（委員20名）</p> <p>医師5名（理事1名、部長2名、医長2名、）</p> <p>看護師10名（リスクマネジメント担当課長、看護課長、看護担当課長7名 護調整担当係長1名）</p> <p>薬剤部課長、検査部係長、放射線部係長、事務局係長2名</p>	
5. マニュアル作成方法	<p><u>開発の実際</u></p> <p>① インシデント検討委員会での要因分析から、防止対策が不十分である事が明らかになり、効果的に防止対策が講じられていない。</p> <p>② そのため防止対策のツールとして転倒・転落リスクのアセスメントスコアシートの導入と対策実施マニュアルを作成した。</p> <p><u>方法</u></p> <p>① インシデント検討委員会で下記の内容を検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 転倒・転落事例報告から、要因を明らかにする。</li> <li>◆ 転倒・転落防止対策に関して文献学習する。</li> <li>◆ 防止対策が各職場で実施可能か検討する。</li> <li>◆ 防止対策を院内共通のリスクマネジメントマニュアルに追加記載する。</li> </ul> <p>② 看護師長会議、リスクマネジャー会議で伝達する。</p> <p><u>検討内容</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 転倒・転落のリスクの高い患者をアセスメントできる方法を考える。</li> <li>◆ どの職場にも共通して活用できる内容と様式にする。</li> <li>◆ 図案化し活用しやすくする。</li> <li>◆</li> </ul>	<p>① アセスメントスコア</p> <p>② 対策マニュアル</p> <p>③ リスク患者</p> <p>④ 共有マニュアル</p> <p>⑤ 図案化</p>

<p>6. 開発したツール</p>	<p>① 「転倒・転落アセスメントスコアシート」 （資料1 日本看護協会リスクマネジメントガイドラインより）の導入（平成13年）</p> <p>② 「転倒・転落事故防止対策（資料2）」</p> <p>③ 「転倒・転落状況別防止対策」（資料3）のポスター作成（平成14年）</p> <p>（1）「転倒・転落アセスメントスコアシート」：日本看護協会リスクマネジメントガイドラインより転用した。</p> <p>〈活用方法〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 70歳以上、9歳以下の患者全員に入院時にアセスメントシートを実施し、危険度を判定する。</li> <li>◆ 危険度に基づき、看護計画に転倒転落防止対策を立案する。</li> <li>◆ 入院時、1週間後、状態の変化時には再度アセスメントして危険度を判定する。</li> </ul> <p>（2）「転倒転落事故防止対策」のポスター内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 転倒・転落アセスメントスコアシートの活用</li> <li>◆ 日常生活行動の評価の実施</li> <li>◆ 危険防止対策の実施</li> </ul> <p>（3）「転倒転落状況別防止対策」のポスター内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ トイレ・病室・廊下での転倒、ベッド・車椅子からの転落に対しての状況別「要因」「原因」「確認事項・対策」について一覧で表示した。</li> </ul>	<p style="text-align: center;">対策</p> <p>① ガイドラインの活用</p> <p>② 危険度判定</p> <p>③ 1週間後再評価</p> <p style="text-align: center;">状況確認</p> <p>④ トイレ</p> <p>⑤ 病室</p> <p>⑥ 廊下</p> <p>⑦ ベッド</p> <p>⑧ 車椅子</p>
<p>7. 運用段階</p>	<p>（1）採用決定機関</p> <p>① インシデント検討委員会で採用を決定する。</p> <p>（2）院内周知方法</p> <p>① リスクマネジャー会議、看護師長会議で伝達する。</p> <p>② 各部署配布の「リスクマネジメントマニュアル」に運用を掲載。</p> <p>③ 各外来、病棟にポスター（資料2、3）を掲示して全職員に熟知してもらう。</p> <p>（3）実施評価</p> <p>① インシデント検討委員会事務局が、病棟巡回をして「転倒・転落アセスメントスコアシート」の活用状況を調査する。</p> <p>（4）評価修正方法</p> <p>② 毎月開催するインシデント検討委員会の報告事例より、転倒・転落に関する事例を分析して改善の必要性の検討を行う</p>	
<p>8. 評価</p>	<p>① 入院時の「転倒・転落のアセスメントスコアシート」の実施は定着した。</p> <p>② 再評価を徹底することで、看護計画に活用されることを期待したい。</p> <p>③ 今後も事例報告書をもとに定期的にアセスメントスコアシート、防止対策ポスターの内容の見直しが必要である。</p>	<p>① 入院時評価</p> <p>② 看護計画</p> <p>③ 定期的評価</p>