

転倒・転落

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>○患者の状態把握不足</p> <p>○患者や家族への指導不足</p> <p>○疾病、加齢に伴う危険の認知、行動障害</p> <p><内的不変的要因></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢 2. 過去に転倒の既往 3. 慢性疾患 <ul style="list-style-type: none"> ・視聴覚障害 ・感覚機能障害 <p><内的可変的要因></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 薬物の服用(向精神薬・睡眠剤・利尿剤など) 2. 下肢筋力、活動性低下 3. 飲酒 4. 平衡感覚失調 (向精神薬副作用、起床時のふらつきなど) 5. 精神状態 (不穏・夜間せん妄など) 6. 認知障害 (痴呆・離脱症状に伴うせん妄常態など) 7. その他 (破行・起立性低血圧) <p>○建物、器具の整備不足</p>	<p><u>入院時のオリエンテーション</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 入院・転棟時の意識・精神状態、疾病の程度、転倒・転落の既往、ADLを確認する。転倒のリスク状態を把握しておく。 ② 担当看護師は、ベッドや補助具の正しい使用法を説明し、デモンストレーションを行う。 ③ 履物・衣類のサイズは適切なものを選択し滑りやすいものは避ける。正しく履くように指導する。 ④ 精神薬・睡眠薬等の服用の有無を確認する。覚醒時等には、ふらつき・突進歩行などに注意する。 <p><u>歩行時の注意</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 下肢筋力低下、薬物によるふらつきがある場合、計画的に観察を行う。 ② 不穏・夜間せん妄など、明らかに転倒が予測され、代替方法がない場合、患者の安全を最優先し、精神保健指定医の指示のもと拘束する。 ③ 理解力が乏しく安全が保てない場合、記録室近くに転室し、計画的に観察を行う。 ④ vds服用後、排泄などの中途覚醒時・早朝覚醒時のふらつきに留意し、発見時は介助誘導を行う。あらかじめ状況予測できる患者は、部屋の環境を考慮し、ポータブルトイレを設置する。 ⑤ 日頃から転倒のリスクの高い患者に対して、注意を喚起すると共に看護計画を立案し、個別的に転倒防止を考慮する。 ⑥ 転倒・転落防止策について家族への説明、理解、協力を求める。 ⑦ 履物は適切か、不適切な履き方をしているか観察する。 <p><u>ベッドの種類・位置・柵の選択と使用</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 担当看護師は、使用前に安全の有無を点検する。(ベッドの高さ、ベット・柵の位置の調節) 柵は安易に抜けないよう工夫する。 ② ベッド上での拘束が必要な場合は、拘束帯の破れや、パテントボタンの緩み・はずれ等の有無を確認する。 ③ 介助が必要な患者には、移動を一人で行わないよう指導し訪室を頻回にする。 ④ 転倒が頻発している患者には、体動を知ら 	<p>・高齢者の特性(理解力の低下・動作の緩慢さなど)を把握しておく。</p> <p>・精神状態の活発な場合は、行動にも予測がたたないため特に観察を要する。</p> <p>・与薬者、与薬の内容、薬の増減、睡眠の程度を確認する。</p> <p>・柵付きベッド使用者には処置後の柵の確認を必ず行う。</p> <p>・ギャッジベッドのハンドルは、その都度たたみ、ストッパーをかける。</p> <p>・ベッド足のキャスターを内側に入れる。</p>

<p>○物品、コード類の整理・整頓不足</p>	<p>せる工夫をする。</p> <p><u>補助具(車椅子・チェアデスク等)の使用時</u></p> <p>① 使用前に安全の有無を点検する。 歩行器: 安定状態、タイヤの回転状態 車椅子: ブレーキ、エア、固定ベルト チェアデスク: ネジ、固定板</p> <p>② 患者様の移動時、自ら動けない人、興奮の強い人は無理せず複数で関わり移動する。</p> <p>③ 車椅子・チェアデスクのからの転落・ずり落ちがないように観察する。</p> <p>④ ずり落ちなど体位が保てない場合は安全ベルトなどを使用し付き添う。</p>	<p>・チェアデスク・車イスは、必ずストッパーをかけてから乗り降りすること。</p>
<p>○水こぼれの放置等、床面の把握・管理不足 <外的可変的要因></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 床の水濡れ・すべり 2. 床の段差 3. 履物 4. 障害物 5. 照明不足 6. ベッド柵の設定 7. ベッドの高さ 8. 不適切な拘束 9. 第三者 (他者と接触・意図的な突き飛ばし) 	<p><u>定期的な物品、整備の点検と整備</u></p> <p>① 整備、備品等の定期点検を行う。</p> <p>② 故障・破損がある場合は速やかに修繕依頼をする。</p> <p><u>使用後の物品、補助具の整理</u></p> <p>① 点滴スタンド、車椅子、ポータブルトイレなどは指定の場所に置く。廊下に障害物は置かない。</p> <p>② ベッド周辺の医療器具・コード類を整理する、不要なものは片付ける</p> <p><u>危険因子のチェック(床面の状態)</u></p> <p>① 看護師・看護助手は、配茶・配膳の際や清掃時の水こぼれ等の有無を確認する。 洗面所・浴室・トイレの周辺や尿失禁の多い患者様周辺は特に注意する。</p> <p>② 雨天時は雨の吹き込み、雨傘の水たれなどの有無を確認する。</p> <p>③ 段差・傾斜のある箇所、夜間照明の暗い所は、特に注意する。</p> <p>④ 床濡れ・段差に対して、患者懇談会などの機会を活用して注意を喚起する。</p> <p><u>その他</u></p> <p>① 精神科の特徴として、暴力など他者との接触時の意図的な突き飛ばしや、自ら故意的に倒れたりする患者様もいるため、精神状態の観察も十分に行っておく。</p> <p>② 高齢者の場合、姿勢の悪さ、立ち直り反応、平衡感覚の低下が見られることを十分に認識しておく。</p>	<p>・各病棟において物品の耐久年数や老朽化の程度を把握し、計画的に交換する。</p> <p>・水こぼれはただちに拭き取る。</p>

与薬（経口）

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>＜指示受け時＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の間違い(薬剤名・量) ・開始日・内服時間の間違い ・中止・変更・追加等の指示間違い ・字が読みにくい ・処方忘れ ・処方箋の2重書き <p>・口頭指示での間違い</p> <p>・エンボスの押し間違い</p> <p>・伝達の不十分</p> <p>・転記ミス</p> <p>＜調剤時＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調剤の間違い(薬剤名・量) ・患者名の確認不足 ・字が読みにくい ・定期処方箋の印字間違い ・薬袋等への転記間違い ・置き場所の間違い <p>＜整理時＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・置き場所の間違い ・ホッチキスの止め間違い・はずれ ・薬袋への転記間違い ・与薬BOXの入れ間違い ・出し忘れ(特に臨時薬) ・準備中の中断による間違い <p>・外泊時の整理間違い</p> <p>＜与薬時＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カルテ・処方箋の確認不足 ・与薬方法の間違い(時間・量) ・与薬車からの取り間違い ・患者名の確認不足(同姓・類似名の間違い) ・ホッチキスのはずれ ・同時複数患者へ与薬し、他患者との間違い ・与薬忘れ ・与薬したが吐き出し・捨てていた <p>・自己管理できなかった(飲み忘れ・紛失・保管の不十分、病状悪化に伴う理解力の低下)</p>	<p>指示録・処方箋の記入 ⇒ 医師</p> <p>①医師は、指示内容を指示録・処方箋に正確・鮮明な文字で記入する。</p> <p>※患者氏名・薬剤名・投薬量〇〇mgを〇錠回数・時間帯・処方日数</p> <p>指示受け・伝達 ⇒ 看護師(リーダー)</p> <p>①リーダーが指示受けし、指示録・処方箋の内容に誤りがないか確認後、カルテにサインをする。</p> <p>②エンボスの氏名・日付を確認。</p> <p>③指示内容を確実に、他スタッフ(与薬係)に伝達。転記は極力避け、カルテを見る。</p> <p>④対象患者に処方する意図を理解しておく。</p> <p>調剤 ⇒ 薬剤師</p> <p>①薬剤師は処方箋の内容が適切か確認。</p> <p>②処方内容と薬剤が一致しているか確認。</p> <p>薬剤の受領と準備 ⇒ 看護師(薬係)</p> <p>①薬係は薬剤を受領し、指定場所に保管。</p> <p>②処方当日の薬係が、処方箋内容と薬剤が一致しているか確認する。</p> <p>③患者に処方する意図を理解した上で、正しく服薬できるように準備。</p> <p>④必要時、与薬トレイに並べる。</p> <p>⑤転記を避けるため、処方箋を薬袋に貼る</p> <p>患者への与薬 ⇒ 看護師</p> <p>①処方開始時・変更時には医師は治療方針を、患者または家族に説明する。</p> <p>②薬係は、患者が与薬車から薬の取り出しを確認。</p> <p>③服用前に与薬者は、薬包氏名と患者があっているか、フルネームで声に出して確認。</p> <p>④服用方法の説明、きちんと服薬できているか、副作用の有無を確認する。</p> <p>●自己管理できる患者への対応</p> <p>①主治医・薬剤師は、患者に薬の効能・効果・副作用・服用方法を説明する。</p> <p>②薬係は患者が正しく服薬できているか確認。</p> <p>③薬の副作用の有無。</p> <p>④薬の管理方法(保管場所)はどうか。</p> <p>●自己管理能力のない患者への対応</p> <p>①主治医は、患者に薬効と服薬方法を説明。</p> <p>②看護師が持参し、その場で内服してもらう。</p> <p>③薬の副作用の有無。</p>	<p>⇒口頭指示は極力避け、必ずカルテに指示を記入してもらう。(開始日・変更・中止)</p> <p>⇒同姓同名・類似名は注意。</p> <p>⇒不明や疑問点は医師に問い合わせる。副作用等も理解しておく。</p> <p>⇒与薬量・与薬方法が正しいか確認。</p> <p>⇒定期薬：与薬車に整理する。臨時薬・頓服：指定のBOX等へ</p> <p>⇒指定の位置に正しく入っているか(氏名をよく確認)</p> <p>⇒薬の整理に集中してできる環境で行う。</p> <p>⇒外泊期間の確認と把握を十分に行う。(出棟時にも再確認する)</p> <p>⇒患者に知らせない場合もある。</p> <p>⇒患者、服薬時間(朝/昼/夕)が合っているか。日付等がある場合は一緒に確認する。</p> <p>⇒拒薬傾向のある人は特に、飲みこぼし・嚥下状態・吐き出しなどに注意。</p> <p>⇒副作用の内容を理解しておく必要がある。</p> <p>⇒必ず看護師に確認後、服用するよう指導する。</p> <p>⇒受け持ち看護師は、保管場所を把握しておく。</p>

与薬（注射）

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p><指示受け時> 指示内容の誤認 ・薬剤の間違い （薬剤名・量・注射方法） ・開始日、時間の間違い ・字が読みにくい ・エンボスの押し間違い ・転記ミス ・職員間の伝達不足</p>	<p><u>指示録・注射箋の記入 ⇒ 医師</u> ① 医師は、指示内容を指示録、注射箋に正確、鮮明な文字で記入する。 ※ 注射薬名、規格、用量、単位、本数、施行日、時間、順番、注射方法（筋注、静注等）、〇時間で〇〇mlなど</p> <p><u>指示受け・伝達 ⇒ 看護師（リーダー）</u> ① リーダーが指示を受け、指示録と注射箋が合っているかを確認し、指示録に受けサインをする。 ② 指示録・注射箋の誤りがないか確認する。（氏名、日付、注射薬名、用量、単位、注射方法など） ③ 対象患者に注射する意図を理解する。 ④ 氏名と日付を確認し、エンボスを打つ。 ⑤ 指示内容を伝達する場合は確実に進行。（他スタッフ、薬係へ）転記は極力避ける。 ⑥ 薬係は、控えを注射薬ナイロン袋に入れて薬局へ提出する。</p>	<p>・同姓同名・類似名に気を付ける。</p> <p>・不明や疑問点がある場合は、医師に問い合わせる。</p>
<p><払い出し> ・薬剤取り出しミス （薬剤名・量）</p>	<p><u>払い出し ⇒ 薬剤師</u> ① 薬剤師は注射箋の内容が適切か確認する。 ② 注射箋の内容と薬液が間違いないか確認し、袋に入れる。</p>	
<p><受領> ・薬品管理の不備 （誤認しやすい配置場所）</p>	<p><u>薬液の受領 ⇒ 薬係</u> ① 薬係は注射箋の内容と薬液が一致しているか確認し、受領する。 ② 対象患者に注射する意図を理解し、指定の場所へ保管する。（冷暗所保存の必要な薬液は明示し、冷蔵庫に保管する。）</p>	
<p><準備> ・内容の確認不足 （類似名や類似容器） ・他の薬剤との混同 ・作業中の中断 （電話・Pt 対応などの割り込み業務）</p>	<p><u>注射液をつめて準備する ⇒ 担当看護師</u> ① 1患者1トレイで準備し、指示録・注射箋と合わせながら、患者名、注射薬名、規格、用量、単位、本数、施行日、時間、順番、注射方法（筋注、静注等）、〇時間で〇〇mlなどを2名で復唱し確認する。 ② 注射の意図・注射方法を理解した上で、薬液</p>	<p>・類似薬品名に注意し、疑問を感じたら、指示録を再度確認する。 ・薬液の用量は単位（mg cc g）に注意する。 ・遮光のものは施行中も遮光する。</p>

<p><注射施行時></p> <ul style="list-style-type: none"> ・確認不足 (患者取り違え) ・注射部位・方法の違い ・薬剤への知識不足 (薬理作用・禁忌・使用上の注意) <p><施行中及び施行後></p> <ul style="list-style-type: none"> ・観察不足 ・報告・記録の怠り <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ・機器取り扱いの知識不足 ・技術の未熟 ・患者・家族への説明不足 	<p>を注射器に吸引、またはボトルに混合する。</p> <ol style="list-style-type: none"> ③ 注射薬を取り出す時、つめる時、つめ終わった時と必ず3回は確認する。 ④ 注射器(又はボトル)に注射箋控えを付けて内容がはっきり分かるようにしておく。 ⑤ 確認・準備は原則として注射実施者が行う。 <p><u>患者に注射する</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 注射開始時・変更時には、治療方針を患者または家族に説明する。 ② 実施者は、本人であることを注射箋と合わせて確認する。(フルネームで声だし確認) ③ 患者に必ず声をかけてから行う。 ④ 看護師が実施する場合、患者に医師から説明(または変更の理由)を聞いているか確認した上で、注射方法と注意点を説明する。 ⑤ 安全な部位に刺入し、異常の有無を確認する。 ⑥ 薬剤の効果・副作用の有無を確認し、施行中に異常が出現したら医師へ報告、指示を得る。 <p><u>点滴・IVH</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 点滴ルートの確認を行い、患者へ注射し血管に入ったことを確認した上で、しっかり固定する。 ② 点滴速度は指示通りに行う。 ③ 点滴中は巡視し、部位の腫脹、気分不快、点滴速度の変化、ルート抜去の有無を確認する。 ④ 三方活栓より側注を行う際は、三方活栓の向きに注意して薬液を注入する。 ⑤ 点滴交換時は、準備してある薬品名・量を注射箋と照合し、患者を確認して行う。 また、点滴部位とルートはすべて点検、異常のないことを確認する。 <p><u>輸液ポンプを使用する場合</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 輸液ポンプが正常に作動することを確認し、電源を差し込み、スイッチをONにする。 ② 輸液ポンプの機種に合った輸液セットを準備 	<ul style="list-style-type: none"> ・注射箋控えについて 業務手順「注射薬の取り扱い」参照 ・抗生剤は皮内反応のテストを事前に行う。施行後はこすらないように患者へ説明する。 ・反応時間を正確に、医師へ判定を行ってもらう。 ・薬剤アレルギーの有無を確認する。 ・動脈や神経を損傷しないように注意して刺す。 ・感染のある患者及び看護師の手に傷のある場合は、感染防止のためゴム手袋を着用する。 ・点滴の際、安静の守れない患者には、固定版・抑制帯の準備を行う。 ・体動の激しい患者、意識障害のある患者は、自己抜去、注射薬の漏れ、ルート閉塞に注意し、細やかな観察をする。 ・ルートの接続部位が抜けないように絆創膏で巻いておく。 ・点滴ラインの側管から薬液を注入する時は、ラインを患者側からたどる。 ・ルートが何本もある場合は、1本1本辿って間違いがない
---	---	---

	<p>する。</p> <p>③ 点滴を患者に刺入後、確実に入ったことを確認し、絆創膏で固定する。</p> <p>④ 輸液ポンプ内にチューブをセットし、指示の滴下数を設定して、作動していることを確認する。</p> <p>※積算量・予定量を間違えないように入力。</p> <p>⑤ 点滴セットのクレンメは全開にする。</p> <p>⑥ アラーム音が鳴ったら、必ず患者及び点滴ルート、器械に異常がないか確認する。</p> <p>⑦ 定期的に巡視患者の状態、及び輸液ポンプの作動状況を確認する。</p> <p><u>点滴終了後</u></p> <p>① 終了したら、針刺し等に注意し片付ける。 (リキャップはしない、翼状針はロックを付けること、点滴ボトル・輸液セットは切り離さないでそのまま医療廃棄物容器に処分する。)</p> <p>② 注射箋は指定の場所に保管。</p> <p>③ カルテ指示録、フローシートに施行のサインをする。</p>	<p>か確認し、何につながっているか表示しておく。</p> <p>・器械の使用方法を熟知しておく。</p> <p>・機種にあった使用方法をカードに明記し器械に下げておく。</p> <p>・点検整備の責任者を決め、定期点検をする。</p> <p>・異常が生じた場合のアラーム機能は、常に作動するようセットする。</p> <p>・器械を過信せず、自分自身の目で確認する。</p>
--	--	---

誤嚥：飲食物が誤って気道に入ること

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>1 摂食行動の異常 過食、早食い、一口量が多い、口に溜め込む、咀嚼せず飲み込む、盗食、吐物による窒息</p> <p>2 向精神薬の副作用 急性ジストニア、悪性症候群</p> <p>3 加齢 う歯、義歯、咀嚼力低下、口腔・咽頭・食道など嚥下筋の筋力低下、唾液の性状・量の変化、注意力・集中力低下</p> <p>4 他の疾患 痴呆による異食行為、肺炎およびその他の呼吸器疾患</p> <p>5 不適切な飲食物 嚥下・咀嚼状態に不適切な食事内容の選択、配膳の誤り、他患者や面会者からの贈り物</p> <p>6 不適切な場所 観察しにくい食事場所、トイレ（盗食時にみられる）、置き忘れ、片付け不足</p> <p>7 看護技術ミス 経管栄養チューブのトラブル、不適切な食事介助、抑制中の誤嚥</p>	<p><u>食事姿勢の工夫（安全な姿勢）</u></p> <p>① 基本姿勢は、食物が通過しやすいように、頸と脊椎が垂直になるように正中位を保持する 頭部が伸展しないように頸部を前屈させる</p> <p><u>患者の状態に応じた食事介助をする</u></p> <p>① 患者の状態や嚥下能力を把握する</p> <p>② 摂食のペース、1回量などを患者個々に応じて確認しながら介助する</p> <p>③ 経管栄養を実施する場合は、注入中患者がチューブを抜去しないよう注意する</p> <p><u>環境の調整・整備</u></p> <p>① 食事中の会話はリラックスできる話にする</p> <p>② 担当看護師は、朝の環境整備や訪室時に、患者のベット上及び周囲に危険になり得るものはないか点検する</p> <p>③ 床、ベット、ベット周囲、Dルームの清掃、片づけを意識的に行う</p> <p><u>食事形態の工夫</u></p> <p>① 患者の状態や嚥下能力を考慮し、医師、看護師、栄養士間の連絡をとり、食事形態を工夫する</p> <p><u>患者の把握</u></p> <p>① 担当看護師は、患者個々の特徴を把握し、記録に残す</p> <p>② 担当看護師は、異食、多食、盗食行動をとる患者の行動や所在を確認する</p>	<p>・枕を使用したり抱き起こしたりして、できるだけ起こして食べさせる</p> <p>・嚥下障害のある患者については、窒息しやすい食べ物（餅類、おはぎ、パン、板のりなど）の献立は他の食品に交換する</p> <p>・おやつとして、あめ・ねりもの・パン・カステラなど喉につまりやすいものには注意する</p> <p>・面会時は、その場で食べきれぬ分程度にしてもらうよう指導する</p> <p>・他者と物のやりとりをしないよう指導する</p> <p>・喉につめやすい患者をピックアップし、観察しやすい場所を設定する</p> <p>・脳卒中後遺症、パーキンソン病、痴呆、精神発達遅滞など、患者の病態を理解しておく</p> <p>・一気食いや盗食はしないで、目の届く場所で食べてもらうよう指導する</p>

主な気道異物除去法

①救急カート・吸引器の準備

・救急カートと吸引器、吸引ノズルと掃除機は常時使用できるように準備しておく

② 背部叩打

③ 腹部圧迫、上腹部圧迫

・吸引器では喀出困難な場合、掃除機に吸引ノズルをはめ使用する

・吸引圧 20 cmHg

吸引時間

大人 10～15秒

・開口困難な場合、バイトブロックや開口器を使用する

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>1. 病棟への不満に起因する場合</p> <p>①治療内容や医師、看護者の対応に不満がある</p> <p>②病棟の構造や規則に不満がある</p> <p>2. 病態・症状に起因する場合</p> <p>①幻覚・妄想などの精神症状に左右されている</p> <p>②病識の欠如により入院を拒否している</p> <p>③アルコール依存症による飲酒欲求がある</p> <p>④見当識障害、痴呆症による徘徊がある</p> <p>3. 外出したい理由がある場合</p> <p>①家族に会いたい(家に帰りたい)</p> <p>②気がかりなことがある</p> <p>③食事や買物要求がある</p> <p>4. 他患者とのトラブルに起因する場合</p> <p>①他患者に対して不満がある</p> <p>②他患者からいじめや暴力の対象にされている</p> <p>③妄想の対象にされ攻撃されている</p> <p>④盗難被害をうけている</p>	<p>①離院の起こりやすい状況を知る。</p> <p>②離院の動機の有無を把握する。</p> <p>③離院を感じさせるような言動や病状の変化などの情報を共有する。</p> <p>④離院時に患者が行きそうな場所を把握しておき、医師や他のスタッフにも情報を伝えておく。</p> <p>⑤急な身辺整理など生活パターンの変化に留意する。</p> <p>⑥病識が欠如している患者には入院の必要性を説明し、理解を深める。</p> <p>⑦患者の行動制限範囲を把握する。また、その処遇については、患者や家族に十分に説明し、了解を得る。</p> <p>⑧離院傾向のある患者をピックアップし、特徴や服装などを含め所在確認を各勤務帯で行う。</p> <p>《ドア開閉時、面会・外出時》</p> <p>①施錠忘れがないよう確認する。</p> <p>②鍵は紛失しないように慎重に扱う。</p> <p>③ドアの開閉時は、ドア周辺の患者の行動に注意する。</p> <p>④患者・家族の出入りは、病棟スタッフが必ず立ち会って行う。</p> <p>《棟外の行事・検査待ち》</p> <p>①行事や検査などの出棟時は、患者の状態に応じた人員を配置し、手順を明確にする。</p> <p>《設備面》</p> <p>①建物の破損・老朽化している箇所は速やかに修理する。</p> <p>《発生時》</p> <p>①離院発生時は、看護手順のフローチャートを参照して対応する。</p>	<p>＜起こりやすい状況＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出入り口のドア開閉時 ・面会者や他患者の外出に紛れる ・ドアの施錠忘れ ・病棟外での行事参加中 ・他科受診や検査待ちの時間中 ・建物の破壊や破損箇所から <p>・離院が予測できる場合は、患者・家族に説明し、入院形態の変更や転棟などの検討を行う。</p> <p>・必ず医師に確認する。</p> <p>・定期以外にも随時巡視を行う。</p> <p>・確認簿、患者チェック表等を利用する。</p> <p>・ドアノブを廻して確認する。</p> <p>・他職種の職員の出入り時に「開けてください」と頼むことがあるが、患者・家族の出入りは必ず病棟スタッフが行う。</p>

自殺

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p><状況></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 自殺の既往歴（本人、家族、近親者）がある 2 初回入院や転棟直後である 3 病状の把握が不十分であり、診断が確定していない 4 他患者との接触が少なく、病棟で孤立している 5 家や家族のこと、経済的なことを気にしている 6 家族や親しい人の死を知らされて、急に沈み込んでいる 7 病気が回復したにもかかわらず、退院が困難である 8 退院が決まり、将来に対する不安を抱いている <p><言動></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 自殺を予告する言動がある 2 強迫的な訴えがある 3 たびたび不眠を訴える 4 頻回に電話をかけ、退院を要求する 5 身辺整理をしている <p><病態・症状></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 幻覚・妄想状態が著しく極度に緊張や不安が強いとき 2 うつ病 <small>下は焦燥感</small> <ol style="list-style-type: none"> ① 抑うつ状態からの回復期 ② 軽うつ状態で、罪悪感、自殺念慮が強いとき ③ 早朝覚醒し、熟睡感がないと訴えるとき ④ 家族の面会があったとき 3 アルコール依存症の飲酒時の覚め際 4 向精神薬の副作用（作用）や断薬したことによる抑うつ状態が出 	<p>I 防止対策</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 自殺の危険要因をアセスメントし、自殺の危険性について情報を共有する (2) 入院時より患者の日常生活を多面的に観察する (3) 入眠困難や中途覚醒があるときは、医師に報告し睡眠薬の調整や追加の指示を受け、十分な睡眠がとれるよう援助する (4) 向精神薬の副作用については、新たな症状の出現ではなく薬の調整でおさまることを説明する (5) ナースステーション周辺の観察しやすい部屋を使用する (6) 何分間隔の巡視にするのか決め、定期的な巡回以外にも訪室する (7) 患者の安全を保障するため、必要に応じ閉鎖病棟への転棟や保護室の使用を主治医と検討する (8) 閉鎖病棟や保護室での治療が必要となった場合は、転棟・保護室入室の理由を説明し、患者の同意を得る (9) 同意が得られない場合は、入室後落ち着いた時期を見はからって説明し、諒解を得る (10) 主治医から家族へ自殺の危険性や病状、治療方針や閉鎖病棟への転棟・保護室使用などについて説明し、家族の同意を得る (11) 家族の不安や悩みを聞き、 	<p>留意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・希死念慮のある患者は、患者日報や管理日誌にあげ把握しておくとともに、より細やかな観察と患者への関わり、目配りを行う。 ・患者は巡視のすぐ後を見計らって実行することがあるので注意する ・自殺を起こしやすい場所や物品（トイレ・ナースコールのコード・カーテンフック・点滴フック・抑制帯・IVHとO₂チューブなど）を点検し、危険な個所があれば改善しておく

<p>現したとき</p> <p>5 急激な変化がみとめられたとき</p>	<p>ともに患者への対応を話し合う</p> <p>①患者に対して一方的な励ましや説得はしないよう家族に説明する</p> <p>②面会、外泊時の患者の様子を観察する</p> <p>③家族の意見や希望を取り入れる</p> <p>(12) 定期的に私物整理を行い自殺の道具になるような所持品は除去する(特に薬品は慎重に管理する)</p> <p>(13) うつ病の場合などは患者と自殺しない約束をする</p> <p>Ⅱ発生時の対応</p> <p>看護基準・手順</p> <p>安全管理 事故防止対策と発生時の対応参照</p>	<p>・睡眠薬の大量服薬、消毒剤・漂白剤などの服毒は危険なため、取り扱いに注意し、必要時以外は患者の自己管理は避ける</p>
--------------------------------------	--	--

隔離中の事故

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p>隔離に対する不満に起因する</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 治療方針への不満 ② 医師・看護師に対する不満 ③ 物品や面会など制限に対する不満 <p>* 入室拒否 * 開錠時の飛び出し * 開錠時に患者にドアを閉められる * 入室時の看護者・医師への暴力 * 対応時の暴力 * 面会時の物品の取り込み * 許可のない物品の持ち込み * 室内で喫煙する際の(ライター・灰皿)の取り込み * 喫煙中の事故(火災・タバコを食べる・火傷)</p>	<p><入室時></p> <p>ボディチェックを充分に行なう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・衣服のポケット ・靴下の中 ・ベルト、ズボンの紐 ・着用している衣類の枚数と種類 <p>室内物品の点検 (医師の許可の確認)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時計、貴金属類の装着 (指輪・ネックレス・ブレスレット・ピアス・コンタクト・義歯等) ・お守り等の所持 ・寝具等 <p>1日1回安全・清潔・整頓について、隔離室のチェック表に沿って確認を行う</p>	<p>医師記録・隔離拘束指示録に必ず記載してもらう</p> <p>「隔離を行うにあたってのお知らせ」を渡し、説明を行う</p> <p>了解が得られない状態であれば、病状が落ち着いた時点で、再度説明を行う</p> <p>看護記録に、隔離の手順に従って開始時の記載を行ない、患者・家族への説明内容も記載しておく</p> <p>○自殺企図・念慮のある患者は紐類に十分注意する(シーツは使用不可)</p> <p>○財布や現金を所持していることが多い</p> <p>○喫煙者はタバコ・ライターの所持に注意する。特に開放観察時に他患者や面会者にもらい隠し持っていることがある</p> <p>○下着の中、陰部などに隠し持っていた例も有り、完全な確認は難しいが十分に観察を行なう</p> <p>○高齢者やふらつきのある人は転倒の可能性があるので、室内では靴下を脱いでもらう</p>
<p>看護者の観察不足に起因する</p> <ul style="list-style-type: none"> ① ボディチェック不足 ② 観察不足 ③ 開錠時間終了後の施錠確認不足 ④ 面会後の渡した物品の確認不足 ⑤ ロッカーの鍵の閉め忘れ ⑥ 物品の取り込みによる自傷行為 	<p><喧嘩・暴力による隔離の開始></p> <p>歩行状態、姿勢、外傷・打撲の有無・顔色・呼吸状態を観察する</p> <p>隔離中は原則30分毎に観察を行う</p> <p><隔離中></p> <p>処置はカウンター越しに行う</p> <p>入室が必要な場合は、必ずレベル判定に基づいて行う。</p> <p>夜間の入室は極力さける</p> <p>開錠時は1室ずつ行い、同時に2室以上開錠しない</p> <p>開錠して入室する際は、患者に背を向けない</p> <p>常に患者を視野に入れておく</p> <p>保護室への入室時は、他のスタッフに入室することを知らせておく</p> <p>カウンターの傍での対応には細心の注意を払う</p>	<p>○保護室の場合、布団を頭から被っていると観察が行いにくい(寝息、胸郭の動きで呼吸の確認を行なう)</p> <p>○騒いでいるときよりも、静かにしているときの方が、状態の変化を見落とす可能性がある</p> <p>○レベル判定については主治医に相談し、患者対応レベルをA・Bどちらかに判定してから対応する。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">レベルA 2人以上、複数で対応 レベルB 1人でも対応可能</p> <p>○判定したレベルに沿って看護計画を立案、実施する。</p> <p>○カウンター越しに看護者にお茶をかけたリ、排泄物をかけたリする可能性があることを念頭において関わる</p> <p>○カウンターより腕を引っ張ったり、鍵・ボールペン・名札などを取ろうとすることもある</p> <p>○入室時に所持品(眼鏡・ネクタイ・聴診器等)が危険物となりうる可能性がある</p>

配膳など部屋へ入れた物品はチェックシートなどを用いて把握し、取り込みを防止する
家族へ室内の許可物品を説明し、それ以外の物は渡さないように説明する
家族から患者に渡された物品について確認する

隔離室での喫煙について

タバコの火は必ず看護者がつけ、患者にライターを渡さない
灰皿には必ず水を入れておく
取り込みのある患者には、灰皿をカウンターに置き、カウンターの所で喫煙を行うように声掛けを行う
喫煙が終わるまで付き添って観察を行い、吸殻を確認する

隔離室の場所に合わせて防火設備を整えておく。(バケツ・ホース・消火器)

<面会時>

面会者を把握する
面会にて開錠中の時は、他のスタッフにも知らせておく

物品制限のある患者のロッカー開錠時は、看護者立ち会いにて行い施錠確認を行う

<開放観察中>

開錠時に患者に入室時間を告げておく
強い拒否がある場合は複数で関わる
暴力や衝動行為が予測される場合は、主治医へ報告する

開放観察終了時は速やかに施錠する

○応援要請時は、必ず応援者にオリエンテーションを行う

○取り込んだ食器・箸などを破損し自傷行為を行う可能性がある。必要時、食器を発砲スチロール性の物に変更する

○家族の面会時、持参された衣類のポケットにタバコやライターが入っていることがある

○隔離室内での喫煙による火災について、各病棟で対策をたてておく

○面会者にも面会終了時、看護師に声を掛けるように説明しておく

○面会終了時には施錠してあることを確実に確認する

○面会時、家人にロッカーの鍵を渡した場合も、面会後にロッカーの施錠確認と室内の物品確認を行う

○開放観察中は観察する看護者を明確にしておく(特に他病棟からの開放観察を依頼されたとき)

○入室後の施錠忘れに注意し、確認する

拘束中の事故

エラー発生要因	事故防止対策	留意点
<p><精神的要因> 説明不足による治療方針、医師、看護師への不信感や不満 身体的拘束による不安・恐怖 暴力</p> <p><手技的要因> 抑制帯のゆるみや激しい体動により、抑制帯がはずれる 抑制帯の老朽化によるはずれや緩み 患者自身が抑制帯をはずそうとする ベッドからの転落 首をひっかけ窒息 抑制帯の締めすぎ、同一部位の圧迫による 循環障害（エコノミー症候群） 呼吸抑制 褥創 嘔吐物、気管内分泌物による窒息 同一体位による 筋、関節の拘縮 沈下性肺炎 便秘、イレウス 排尿障害、膀胱炎、尿路感染</p> <p>拘束を緩めたり、開放観察中の転倒・転落や離院</p> <p>開放観察後の拘束忘れ</p> <p>自傷行為</p>	<p><拘束開始前> 拘束開始時は、医師より拘束の必要性、実施内容を本人または家族へ説明する</p> <p><拘束開始時> 1. インターホンの設置 2. ギャッジベッドを使用する 3. 抑制帯を正しく使用する 胸抑制の上下、手用、足用を間違えないよう取り付け使用する</p> <p>拘束開始時、必ずレベル判定に基づいて拘束する。</p> <p><拘束中> 1. 拘束中の観察 パテントボタンがきちんとはまっているか、訪室のたびに確認する（隔離・拘束中は30分ごとに観察を行う） 発赤、浮腫、チアノーゼ、擦過傷の有無を観察する 手首、足首は指が1本入る程度のゆるみとする 胸抑制は手のひらが入る程度のゆるみとする （胸回りの細い患者には、バスタオルを腹部に巻き、抑制帯を固定する） 患者の手の届く範囲に、不必要な物を置かない 危険が予測される患者には、フェイスタオルはできるだけ使用しない</p> <p>2. 拘束による障害の防止 体位変換を行う（2時間ごと） 必要時は筋萎縮・関節拘縮予防の運動を行う</p> <p>食事中、誤嚥に注意する 可能な状態であれば、食事の際は看護者が付き添い、拘束をゆるめ自力摂取を促す 食後はギャッジアップしておく または顔を横に向け、観察を密に行う</p>	<p>医師記録・隔離拘束指示録に必ず記載してもらおう 「身体的拘束を行うにあたってのお知らせ」を渡し、説明を行う 了解が得られない状態であれば、病状が落ち着いた時点で、再度説明を行う 看護記録に、拘束の手順に従って開始時の記載を行ない、患者・家族への説明内容も記載しておく</p> <p>拘束に抵抗を示す可能性があることを念頭において関わる</p> <p>激しい体動により、パテントボタンがはずれることがある</p> <p>関節可動域を残して固定する（固定の方法は、看護基準：身体的拘束時の看護の項を参照） バルン留置や点滴等の処置が必要な場合、患者が抜去しないように拘束の固定位置を考慮する</p> <p>吸引器、ネブライザー、点滴スタンド等を患者の傍に置きっぱなしにしない はさみ等の危険物は、必要時のみ持ち込む</p> <p>拘束部位のマッサージを行ない、循環障害・褥創を防ぐ 長期の拘束期間が予測される場合は、エアーマットを使用する 口腔ケア・清拭を行ない、口腔内・皮膚の清潔を保つ</p> <p>ギャッジアップした時は、手や腹部の締めすぎに注意する</p>

	<p>可能な状態であれば、排泄の際は付き添いポータブルトイレを使用する</p> <p>3. 拘束を開放中の事故防止</p> <p>清拭、体位変換等で抑制帯をはずす必要のあるときは、レベル判定に基づいて行う。</p> <p>拘束を緩めたり開放している時は、付き添い観察を密に行う</p>	<p>ベッドからの転落が予測される場合は患者を一人にしない</p> <p>○レベル判定については主治医に相談し患者対応レベルをA、Bどちらかに判定してから対応する。</p> <p>レベルA 2人以上、複数で対応 レベルB 1人でも対応可能</p> <p>暴力や衝動行為、離院の可能性があることを念頭において関わる</p> <p>長期臥床している人ほど転倒・転落のリスクが高いことを認識しておく</p>
--	--	--