



図 14 機器の取扱説明書について

医療機器に取扱説明書が常備していなかった事によるヒヤリ・ハットの発生では、76%が無いと回答したものの24%がヒヤリ・ハットがあると回答した。

D. 考察

医療機器に関連して発生する事故・過誤の発生要因としては各種の因子が混在している。即ち、

- ① 機器が納入された時点ですでに事故・過誤を招きやすい構造となっている。
- ② 正常な使用法であれば事故・過誤は発生しないのに、使用者の教育など準備が適切でない。
- ③ 使用法のマニュアルが常備されていない。
- ④ 機器の保守点検が適切に行われておらず、故障や不具合の放置や修理の不完全さによる不良機能を招く。
- ⑤ 機器の経年劣化が把握されておらず耐用年限を越えて使用される場合。
- ⑥ 医療事故・過誤に至る前の軽微な機器のトラブルがフィードバックされ今後発生しうる事故・過誤防止に活用する体制が欠如している。

などの要因が考えられる。今回のアンケート調査の集計結果をもとにその対応策の現状を分析する必要があると考えられる。

E. 結論

医療機器関連の事故・過誤の要因についてアンケート調査用紙を作成し病院323施設について回答を得た。今後その内容をさらに詳細分析し、機器関連の事故・過誤の発生抑止の在り方を検討する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 15 年度第 1 回
重要事例情報の分析について

1 重要事例情報の収集の概要

1) 収集期間

平成 14 年 11 月 26 日より平成 15 年 2 月 18 日まで

2) 施設数

参加登録施設 : 263 施設

報告施設数 : 77 施設

3) 収集件数

区 分	件 数
総収集件数	1,107 件
空白、重複件数	38 件
有効件数	1,069 件

2 分析の概要

1) 分析の方法

医療事故を防止する観点から、報告する医療機関が広く公表することが重要と考える事例について、発生要因や改善方策などを記述情報として収集した。収集されたヒヤリ・ハット事例より、分析の対象に該当するものを選定し、より分かりやすい表記に修文した上でタイトルやキーワードを付した。

また、専門家からのコメントとして、事例内容の記入のしかたや記入の際に留意すべき点などを「記入方法に関するコメント」として、また報告事例に対する有効な改善策の例や現場での取り組み事例、参考情報などを「改善策に関するコメント」として述べた。

さらに、全般コード化情報として報告されたデータを重要事例情報に付加し、事象そのものや事象の背景をより正確に把握した上で分析を行うこととしている。

2) 分析対象事例の選定の考え方

収集された事例から、分析し公開することが有用な事例を選定した。選定の考え方は以下の基準によった。

- ① ヒヤリ・ハット事例の具体的内容や発生した要因、改善策がすべて記載されており、事例の理解に必要な情報が含まれていること。
- ② 次のいずれかに該当する事例であること。
 - ・発生頻度は低いが、致命的な事故につながる事例
 - ・他施設でも活用できる有効な改善策が提示されている事例
 - ・専門家からのコメントとして有効な改善策が提示できる事例
 - ・専門家からのコメントとして参考になる情報が提示できる事例
- ③ なお、個人が特定しうるような事例は除く。

なお、報告された事例にはモノ（薬剤、機器等）の特性を主な要因として指摘する事例も含まれていた。これらは、「モノを改善することで、ヒトの認知的負荷の軽減や、記憶の混乱の誘発防止につながり、ヒューマンエラーを防止することが出来る」という観点から分析するために有効であり、当検討会においても有効な知見やコメントが得られると判断して事例を検討することとした。

3) 事例のタイトル及びキーワードの設定

これまでと同様に、各事例にタイトル及びキーワードを付した。キーワードは以下のリストから選択した。

■発生場所

大項目	分類項目
外来部門	(1) 外来部門一般
入院部門	(2) 入院部門一般
	(3) 救急部門
	(4) 集中治療室
	(5) 手術部門
	(6) 放射線部門
	(7) 臨床検査部門
	(8) 薬剤部門
	(9) 輸血部門
	(10) 栄養部門
	(11) 内視鏡部門
	(12) 透析部門
	事務部門
その他	(14) その他

■手技・処置など

大項目	分類項目
日常生活 の援助	(1) 食事と栄養
	(2) 排泄
	(3) 清潔
	(4) 移送・移動・体位変換
	(5) 転倒・転落
	(6) 感染防止
	(7) 環境調整
医学的 処置・管理	(8) 検査・採血
	(9) 処方
	(10) 調剤
	(11) 与薬（内服・外用）
	(12) 与薬（注射・点滴）
	(13) 麻薬
	(14) 輸血
	(15) 処置
	(16) 吸入・吸引
	(17) 機器一般
	(18) 人工呼吸器
	(19) 酸素吸入
	(20) 内視鏡
	(21) チューブ・カテーテル類
	(22) 救急処置
	(23) リハビリテーション
情報と組織	(24) 情報・記録
	(25) 組織
その他	(26) その他

4 分析結果及び考察

1) 収集された重要事例情報の概要

(1) 全体の概要

- 3ヶ月間の報告期間で収集された件数は1,107件で、うち1,069件が有効な報告であった。
- 改善策として有効な対策が検討されている事例が前回以上に多く見られた。
- 報告数が比較的多かった事例として、手技・処置区分別に見ると以下のような事例が挙げられる。与薬、チューブ・カテーテル類、転倒・転落に関する事例が依然として多く、全事例の7割以上を占めている。

チューブ・カテーテル類に関する事例	193件 (18.1%)
転倒・転落に関する事例	188件 (17.6%)
与薬（点滴・注射）に関する事例	162件 (15.2%)
与薬（内服・外用）に関する事例	162件 (15.2%)
調剤に関する事例	78件 (7.3%)

- 手技・処置区分に横断的に、手書きの指示の誤読、指示伝達の不十分、記載の誤りといった「医療従事者間の連絡・伝達ミス」に関する事例が依然として多い。

(2) チューブ・カテーテル類に関する事例

- 三方活栓、動脈・静脈ライン、自動輸液ポンプや延長チューブなど、適切な使い方を手順化していない、あるいは、手順どおり実施していないためにヒヤリ・ハットが発生していると考えられる事例があった。
- チューブの自己抜去が引き続き報告されている。体動が激しい場合や術後のせん妄など、患者の状態によって自己抜去の可能性がある程度予測されるおそれがあるチューブ類の使用については、アセスメント基準の作成により患者の状態を把握し、抜去されない安全で確実な方法を検討しなければならない。

(3) 与薬に関する事例

- 点滴バッグの輸液開通忘れが、今回も多く報告されている。これらは、構造上の改善によって防止可能である。混合忘れが起こらないような構造、混合しなければ使えないような形状の検討を進める必要がある。
- 内服・外用薬については、患者への投与時や看護師による分包時にヒヤリ・ハットが発生している。
- 分包時のヒヤリ・ハットは、看護師管理の内服薬の場合薬剤師が調剤したものを看護師が改めて分包することで薬袋を取り違えたり、分包の量を間違える等の事例が見受けられる。これらの事例は、誤薬の原因となるため、分包業務の必要性の見直しや、薬袋の必要性に関して検討する必要がある。
- 調剤については、調剤作業時の薬の量や単位の過不足だけでなく、転棟患者の持参薬の取り扱い、薬袋への記載、指示変更時の反映などでヒヤリ・ハットが発生している。調剤時・与薬時の作業手順を見直すことが重要であるが、準備から与薬までの一連の流れについて見直し、実施体制も併せて検討することで、病院全体の業務の流れを改善していく必要がある。
- MSコンチンなど投与間隔が決まっている時間ごとに与薬する薬剤に関するヒヤリ・ハットは、患者との間で共通理解を持っていれば防ぐことができたと考えられる事例もある。患者へのインフォームドコンセントを十分に行ない、患者や家族の協力の下でヒヤリ・ハットを防止すべきである。

(4) 転倒・転落のヒヤリ・ハット事例について

- 平成13年8月から開始されたヒヤリ・ハット事例収集事業において、本検討班では過去5回にわたり重要事例情報の分析を行い、86件についてヒヤリ・ハットの要因分析や対策の提言を行ってきた。
- 全体的に事例の蓄積が進んでいるため、それらを踏まえて現場へ活用するための対策をまとめる必要があると考え、個別の事例に関するコメントに加え、毎回ひとつのテーマを選定し、これまでの分析や提言を踏まえた統合的なコメントや対策、提言を取りまとめることとした。
- 今回は、転倒・転落をテーマとして選定し詳細な分析を行なった。
- 転倒・転落を選定したのは、発生頻度の高いヒヤリ・ハットであること、抜本的な解決が困難で依然として同様の事例が報告されていることなどから、改善に向けた取り組みのための基本的な考え方を整理する必要があると考えたためである。
- 分析は、今回収集されたヒヤリ・ハット事例のほかに、過去5回で取り上げた関連事例を対象とした。これまでに報告された転倒・転落関連事例は333件（報告された事例の総数は3,047件で、うち有効事例数は2,509件、有効事例に対して転倒・転落が占める割合は13.3%）で、検討班ではこれまでそのうちの4件を取り上げ分析してきた。また、今回新たに報告された事例のうち転倒・転落関連事例は188件（有効事例数に占める割合は17.6%）であり、全体では521件（報告事例数4,217件、有効事例数3,578件、有効事例数に占める転倒・転落の割合14.6%）となっている。
- さらに、検討に際しては既存の代表的な研究知見等を踏まえることとした。
- 検討の結果、ヒヤリ・ハットの発生状況、リスク要因、対策の考え方、研究・開発への提言を取りまとめることとした。
- 転倒・転落は、疾患等に加え、薬剤等治療の影響、看護・介護の体制、医療従事者の介入、療養環境、家族の協力に加え、患者自身の特性や行動などの要素が複雑に関係しあって発生している。
- 転倒・転落を防止するには、これらの要素を踏まえた多角的な視点での事前評価と、事前評価に基づいた包括的な対応策の検討・実施が必要である。別紙には、患者特性、治療内容、療養環境を総合的に評価し、対応策を検討するためのひとつの考え方を例示した。今後さらに事例を収集すると共に、調査・研究も行い、より有効で現実的な対応方法を検討する必要がある。
- 報告されたヒヤリ・ハット事例の分析からは、事前評価が不十分であったり、現実的な対応策につながるアセスメントツールの活用の方法論が十分検討されていなかったりといった課題があることがうかがわれた。
- そのため、エビデンスに基づいた適切なケアを提供できるよう、転倒・転落を防止するためのアセスメント方法に関する研究・開発の推進が求められ

る。また、特に療養環境に関しては、事故を起こさない環境の整備のあり方に加え、事故を予防するためのケアに必要な機器や療養具の開発についてもメーカーとも連携して積極的に進めていくことが求められる。

- 検討班では、今後も同様の方法で、発生頻度の高い事例を順次検討していく予定である。

(5) その他注目すべき事例

- 手術室において、左鎖骨下静脈穿刺による CV カニューレーション（中心静脈挿入）中にガイドワイヤーのコーティングが剥がれ、一部が切れて肺動脈に達した事例が報告されている。金属穿刺針とプラスチックガイドワイヤーの組み合わせにより、ガイドワイヤーのコーティングが破損・切断するため危険であるという記載が取扱説明書にあるが、文字が小さく見えづらいことなどから使用者に周知されていないという分析がされており、改めてその危険性を周知させることが必要である。
- 輸液ポンプの誤動作により指示の 3 倍の速度に設定された事例や、桁ごとに流量設定が設計された機器による操作ミスが報告されている。輸液ポンプの誤動作や不具合については、メーカーの積極的な対応を求めており、ユーザビリティに配慮した製品の使用が望ましい。
- 採血、点滴、血糖チェックやインシュリン投与、MS コンチンの与薬など、決められた時間にすべき業務を忘れる事例が発生している。特に点滴は正確な終了時間が予測できるとは限らないことから終了時間前後の頻回な訪問が主な対策となっている。このような、看護師の負担増加につながる対策ではなく、終了を検知して知らせる機器の開発といった抜本的な改善策が求められる。また、患者自身の安全対策として自らの治療方針を理解し、治療に参加してもらうことも必要である。
- 配合禁忌の薬剤を混合してしまった事例が発生している。配合禁忌の薬剤の周知不足が原因として考えられるため、こうした薬剤の院内情報管理体制を検討し、一元的な情報管理の下、医療従事者がいつでも確認できるような IT 支援が求められる。
- 注射箋に薬剤名の略称を記入したことによるコミュニケーションエラーが発生している。略号等による記載では、医師の意図する薬剤が正確に薬剤師に伝達されないことがあるため、コミュニケーションエラーを起こさないような統一的な標記方法を検討する必要がある。

(6) まとめ

- 前回報告後に収集されたヒヤリ・ハット事例の分析を行なった。報告件数は 1,000 件以上であり、詳細な報告事例が増加している。
- また、発生頻度の高い事例のうち、転倒・転落に関するヒヤリ・ハット事例について、過去の事例を含め詳細な分析を行なった。これにより、転倒・

転落防止に向けた取り組みのための基本的な考え方を整理することができた。

- 報告数が比較的多い事例は、前回と同様でありこれらの事例を防止すべく、より一層の専門的な立場からの分析、改善策の提案とその周知徹底が求められるところである。
- 特に、ヒヤリ・ハットを防止するために、仕事を互いにカバーしあうことを優先するのではなく、各自が責任を持って調剤から与薬までの一貫した作業を実施するという体制を確立していく必要がある。
- また、要因として患者の状態に影響を受ける事例については、患者やその家族への理解を促すとともに、その協力を取り入れた療養・看護体制の検討をしていくべきである。

2) 今後の課題

- 前回と同様に、収集事例の中には次のとおり記載の改善が必要なものが見られている。
 - ・事例の具体的な内容についての記述が不足している、あるいはあいまいで、事例の状況が分からないもの。
 - ・要因を「確認不足」「大丈夫だと思った」「思い込み」としており、なぜそうせざるを得なかったのかという背景要因の分析がなされていないもの。
 - ・改善策についての記述が不足している、あるいは改善策の具体的な内容が分からないもの。
 - ・組織的な背景や要因を分析しておらず、改善策が「確認の徹底」など個人の責任に帰するような表面的なものになっているもの。
- 「記載用紙」のフォーマットについては、現在ヒヤリ・ハット事例検討作業部会で進められている検討を引き続き行い、記入者がより報告しやすい形式に変更していく必要がある。

以上

平成15年度

第1回 重要事例情報分析集

(27件)

目次

事例 426：(臨時注射指示の受け方と看護師間の伝達ミス)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)、情報・記録) ……	27
事例 444：(二層一体型の輸液バックの上下層の開通忘れ)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) ……	30
事例 466：(実施記録と薬剤残数の不一致)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) ……	33
事例 492：(血糖降下薬過剰投与)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) ……	35
事例 493：(ペン型インシュリン注射器による注射液不足)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) ……	37
事例 520：(インスリンの指示変更に関わる投与量間違い)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)、情報・記録) ……	39
■与薬 (内服・外用)	
事例 533：(休日の処方変更システム不備による誤薬)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (内服・外用)) ……	42
事例 568：(麻薬性鎮痛薬の渡し忘れ)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (内服・外用)、麻薬) ……	44
事例 595：(入院患者と退院患者の内服薬の混同)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (内服・外用)) ……	47
事例 596：(患者確認システムがないための薬剤交付ミス)	
発生部署 (薬剤部門) キーワード (情報・記録) ……	49
事例 630：(指示伝達の不備による与薬ミス)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (内服・外用)) ……	51
■チューブ・カテーテル類	
事例 205：(セーション中の人工呼吸器装着患者の自己抜管)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (チューブ・カテーテル類) ……	14
事例 273：(カヌラ使用時の接続不良)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (チューブ・カテーテル類、酸素吸入) 18	
事例 314：(術後譫妄状態の患者による胃管カテーテルの自己抜去)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (チューブ・カテーテル類) ……	20
■与薬 (注射・点滴)	
事例 407：(指示時のコミュニケーションエラー)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) ……	23
事例 414：(注射処方箋の指示記載間違いによる誤薬)	
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)、処方) ……	25

■ 機器一般

- 事例 690 : (患者低換気と人工呼吸器回路リークの誤認)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (人工呼吸器) 53
- 事例 691 : (患者移動時の酸素吸入停止)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (酸素吸入) 55
- 事例 705 : (シリンジポンプ誤操作)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (機器一般) 58
- 事例 706 : (シリンジポンプの故障)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (機器一般) 60
- 事例 710 : (不用意な放射線の照射)
発生部署 (放射線部門) キーワード (機器一般) 62

■ その他

- 事例 711 : (名称類似薬の取り違え)
発生部署 (薬剤部門) キーワード (調剤) 64
- 事例 863 : (造影剤使用可否の入力ミス)
発生部署 (臨床検査部門) キーワード (検査・採血、情報・記録) 67

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

患者の情報として、年齢、疾患名、理解度や現在のADLと具体的な障害の程度、ベッドの高さやシューズの位置などの周辺環境の情報、発生時間や患者の生活パターンなどがわかると、分析の際に問題点を明確にしやすくなります。また、要因の中に「無りの気持ちが高まっていた」とありますが、転倒・転落歴やこれまでの行動で転倒・転落を予測させる情報はありませんでしたか。一方、例えば移送をおこなった看護師は一時的に離れたただけだったのか、援助行為が完了したと考えたのか、発見したのは同一看護師だったのかなど、その場を離れてから発見に至るまでの看護師側の情報も不足しています。

発生要因を明らかにし、今後の具体的な改善策を考えていくためには、患者側・医療者側の両面からの情報が必要でしょう。

■改善策に関するコメント

転倒転落アセスメントシート活用の活用

転倒・転落を防止のための対策を考える際に、まず重要なことは、致命的な事故の発生を防ぐということです。そのためには、個々の患者の有するリスクを明らかにする必要があると思います。転倒転落のためのアセスメントシートを活用してリスクレベルを判定するとよいでしょう。リスクの高い患者に対しては、あらかじめ予防のための方策をとる必要があります。

リスクの判定では、次の2点を検討します。

a. 患者の要因・特徴

b. 環境の要因・特徴

転倒そのものに焦点を絞ったツールとしては最近紹介されているアイオワ大工学・老年看護介入研究センターのものがあります。そのほか、ADLスケールや認知機能スケール、フィジカルアセスメントの情報などを活用するとよいでしょう。環境要因としては、補助具や衣服の条件、床やベッド周りの条件、照明などを検討する必要があります。

“動かす”看護介入を考える

このケースのようにリハビリ中の患者では、ADLを拡大することと、その時に患者が持っている能力を超えることがないように活動調整することが同時に必要になります。しかし能力に関して患者と看護師の認識にギャップがあったり、環境条件が患者の行動に見合っていないなかったりすると、看護師の予想外のところで転倒・転落が発生するわけです。このケースではしりもちをついていたということなので、おそらくシューズを取ろうと浅く腰掛けて重心を移動した際に、ベッドから滑り落ちてしまったと考えられます。こうした転落は、致命的な影響を及ぼすことは稀ですが、発生頻度は少なくありません。

転倒・転落の多くは、患者が“動く”ことによって発生しています。しかし、多くの場合“動く”ことが問題ではなく、“動き方”に問題があるのです。看護師側が患者のリスクを認識した上で、積極的に“動ける”状態を作る必要があります。

例えば今回のケースの場合、看護師と患者さんの間に「肌着を着替える」とは具体的に何をすることなのかという事柄に関する合意は成立していません。あるいは、患者さんは初めは肌着を着替えるだけのつもりだったが、途中で靴下を履くことを思いついたのかもしれない。その結果、看護師が着替えには十分であると考えていた条件では不十分な状況が出現したわけです。こうしたギャップを

埋めるためには、まず患者さんが意図していることを正確に知っておくことが大切です。その上で、患者の行為に必要な環境を整える必要があります。また、環境条件を整える際に、予定外の行動をしないという同意を患者から得ることも重要でしょう。

介助基準の検討

患者に対し、どこまでという介助を行うかについては、看護師間でも合意が必要です。

また、介助が必要なのであれば、その場を完全に離れてしまうことは危険を伴います。アセスメントシート上の判定に応じて、患者の行為と看護介入の基準を明確にし、付き添いが必要かどうかなどに関する判断が看護師によって異なることがないようにしなければなりません。またアセスメントシートでのデータを蓄積し、安全な範囲はどこまでなのかを明らかにしていくことも転倒・転落予防の重要な対策となるでしょう。

事例 36 : (点滴スタンド使用中の転倒)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (転倒・転落)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【月】	発生曜日【曜】	曜日区分【日】	発生時間帯【時】
発生場所【所】	患者の性別【性】	患者の年齢【歳】	
	患者の心身状態【状】		
発見者【者】			
当患者の職種【種】			
当患者の職種経験年数【年】	年	ヶ月	
当患者の部署配属年数【年】	年	ヶ月	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)			
発生内容			
発生要因-確認			
発生要因-観察			
発生要因-判断			
発生要因-知識			
発生要因-技術 (手技)			
発生要因-報告等			
発生要因-身体的状況			
発生要因-心理的状況			
発生要因-システムの不備			
発生要因-運搬不適切			
発生要因-勤務状態			
発生要因-医療用具			
発生要因-薬剤			
発生要因-贈物品			
発生要因-教育・訓練			
発生要因-患者・家族への説明			
発生要因-その他			
関連の有無及びインシデントの影響度【度】			
備考【者】			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

トイレから戻る際、ふらつき、点滴架台で支えようとしたところ、点滴架台がすべり、しりもちをついた

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

患者の貧血、下痢。トイレ移動時看護師を呼ぶように伝えていたが、看護師を呼ぶに一人でいかれた

■実施したもしくは考えられる改善策

トイレ移動時必ず看護師を呼ぶように再度伝えた。ポータブルの使用は拒否。患者の指南力は良好

■ 専門家からのコメント

■ 記入方法に関するコメント

事例に関連した要因を整理できるような状況や情報をできるだけ詳細に記載することを勧めます。この事例においては、患者に関して、環境に関して、物品（点滴架台）に関して情報を整理すると転倒の要因や改善策を分析しやすいでしょう。

例えば、患者の貧血や下痢という状況は、継続していた症状であり、ふらつきの原因と考えられるのでしょうか、事例発生時に生じたため要因として考えられたのでしょうか。患者の年齢や病名、履物、事例発生時刻、入院期間や今までの転倒の有無、トイレと病室間の距離や手すりの有無、トイレの広さなど環境面の情報もあると分析しやすいでしょう。

そして、点滴架台の設置や移動方法についての情報、例えば点滴架台のキャスターの数や患者が握れるグリップの有無、点滴ポトルやポンプの設置は高さや位置などどのようなようになされていたのでしょうか。患者は点滴架台のどのあたりを握っていたのでしょうか。

点滴架台がすべった要因が不安定によるものか、患者の動かし方によるものか、床濡れなど環境の整備不足によるものかの情報も必要になるでしょう。

■ 改善策に関するコメント

施設内で起こる転倒・転落事故の多くが患者の自発的かつ自力の行動によるものといわれていますが、組織として防止策への取り組みも重要でしょう。

■ 転倒アセスメント・スコアシートの活用

転倒・転落の要因はそれぞれ異なりますので、どのような患者がどのような状況で転倒・転落するのかなどを分析・アセスメントすることでリスクを把握しましょう。

この事例の改善策として記載されている状況は、ポータブルトイレ使用ではなく、「トイレ移動時」のみ看護師を呼ぶことになっていますが、十分な状況分析や患者アセスメントがなされたうえで、事故予測に反映されているのでしょうか。

また、患者側の満足度も評価の対象となります。例えば、患者の貧血は頻回に身体症状として見られていたのか、他の移動時はナースコールで知らせるが、トイレ移動時は知らせなかったのでしょうか、あるいはこの施設のトイレへの環境が転倒を誘発しやすいなどの理由があるのでしょうか。点滴架台を準備しておくつ、トイレ時にのみ看護師への連絡を要求することは患者にとって抵抗なく受け入れられる対策でしょうか。特に排泄は「人に頼りたくない」「自分でしたい」という気持ち強くそれによる行動を起こす可能性を理解した対応が必要ですが、下痢の原因も情報不足ですが、下痢は人間の行動として予断を許さない対応を起こす状況と思われまますので、下痢症状緩和も患者行動を制御できる有効な改善策の1つと思われまます。また、事例発生時刻や点滴治療の目的が不明ですが、患者の活動時間に合わせた治療計画（点滴時間の考慮）も必要でしょう。

アセスメントによりリスクを把握し、それに基づいたケアプランを患者と共有し、日常の実践に生かしていくことが重要です。

アセスメント・スコアシートは次の看護協会ホームページ上でも例が紹介されています。 http://www.nurse.or.jp/jna/riskmanagement/005_4.html

■ 点滴架台の安定性について

可動性のある点滴架台を使用している患者は、点滴治療中でも歩行が可能であ

り、治療による日常活動の制約を少なくできます。しかし、点滴架台の不安定さが、転倒を誘発する危険があります。そのため、患者の歩行が不安定な場合、特に医療者側が、使用する点滴架台としての安定性や扱い易さを選定したり設置状況を確認したりして、患者の歩行の障害とならないようにすることが必要です。例えば、キャスターは3個よりも5個の点滴架台が固定時、移動時にも安定しています。また、現在は患者の歩行の邪魔にならず点滴架台を移動しやすくするためにグリップ等が工夫されたものもあり、そのグリップの有無によっても移動時の患者安定性は変わります。さらに、輸液ポンプを使用している場合など、点滴架台にかかる重心を低くし、キャスターの位置を考慮した設置が転倒防止に有効です。

また、歩行が不安定な場合、患者は点滴架台を杖や歩行器の代わりとして使用することがあります。さらに、ふらついた際に、支えの頼りにすることもあります。しかし、点滴架台が全てそのような、患者の歩行を補助する安定性を備え、転倒予防の支えを考慮されて作られているわけではありません。医療者側は、患者の周りにはそのような安定性の低い物品が多く置かれていることを認識する必要があります。患者への説明としても、ふらついた時や、転倒しそうになった際は、点滴架台を支えにせず、手すりなど固定された物に頼る行動を促しておく必要があるでしょう。

点滴架台メーカーには、上記のような使用状況があることを認識し、患者の歩行の障害とならない配慮やより安定性のある点滴架台の企画・製造をお願いしたいと思います。

環境の整備

点滴スタンドのみでなく、施設内の段差や、トイレ内のスペースの問題、病棟内の環境整備の状況なども明確にしておくことが、患者が安心して点滴スタンド

を使用しながら歩行できることにつながります。例えば、廊下や洗面所、トイレ、下膳場所などは汚れや、水濡れなどが起こりやすく、点滴スタンドのキャスターが滑りやすい場所です。今回の事例の場合、点滴スタンドがなぜ滑ったのか原因を明確にする必要があります。

また、トイレでの転倒は、排泄のために衣類の着脱行為やその際の不安定な動きにより誘発されます。特に、点滴中可動域を制限されている場合や片麻痺患者、高齢者などは転倒のリスクは高くなります。十分なスペースや段差の解消、手すり設置などの改修も必要です。もちろん、トイレ内のナースコールの場所や点検は怠らないでください。

事例 101 : (予測された再転倒)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (転倒・転落)

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

車椅子用のトイレに移動介助したが排泄中は付き添わなかった。物音がしていくと患者が転倒していた

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【 月】	発生曜日【 曜】	曜日区分【 区】	発生時間帯【 時】
発生場所【 所】			
患者の性別【 性】	患者の年齢【 年】		
患者の心身状態【 状】			
発見者【 者】			
当事者の職種【 種】			
当事者の職種経験年数【 年 ヶ月】			
当事者の部署配属年数【 年 ヶ月】			
発生場面 (薬剤・製剤の種類)			
発生内容			
発生要因-確認			
発生要因-観察			
発生要因-判断			
発生要因-知識			
発生要因-技術(手技)			
発生要因-報告等			
発生要因-身体的状況			
発生要因-心理的状況			
発生要因-システムの不備			
発生要因-連携不適切			
発生要因-勤務状態			
発生要因-医療用具			
発生要因-薬剤			
発生要因-諸物品			
発生要因-教育・訓練			
発生要因-患者・家族への説明			
発生要因-その他			
関連の実施の有無及びインシデントの影響度【 度】			
備考【 考】			

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

前日も転倒しており、1人で移動することを予測できたにもかかわらず付き添わなかった

■実施したもしくは考えられる改善策

トイレ移動している時も、ナースコールを頼るのではなく、確認に行く

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

ヒヤリ・ハットの具体的内容について

- ①は転倒アセスメント・スコアシートに基づいた患者転倒リスク要因の記述が必要だと思います。また車椅子生活からベッド上生活へと病状が進行していく人か、あるいはベッド上生活には至らないが自立にはしばらく時間がかかるのか、あるいは自立に向けたリハビリ期にあるのか等の患者情報の記述があると解りやすかったと思います。
- ②は今回の転倒は、排泄後の処理時か、衣服を整えようとして立った時か、側にある車椅子に移動しようとした時かなど前日の転倒の状況とあわせて記述されると具体的な改善策を立てやすくなります。
- ③発生要因では予測出来ていたにもかかわらず付き添って介助出来なかったその背景要因の記述がされると良かったです。

■改善策に関するコメント

患者援助

排泄行動による転倒は、介助者の意志に反して認識力のある人であれば誰でも人の力を借りたくないという気持ちが働きます。そのため常にこの行動を予測した援助が必要になります。排泄行動に伴う転倒予防の援助では、患者の人の力を借りたくないという気持ちに添い、患者が出来ることは出来るだけ行わせる、たとえば「トイレへの移動はできない、しかし排泄しその後の処理は一人で出来る、

衣服は整えられない、車椅子への移動は出来ない」など何が出来て何が出来ないのかアセスメントし、患者の気持ちを汲んで援助していく必要があります。また病状が進行していく患者では、患者を気づかかせないように配慮しながら日々介助の手を加えるようにし、またリハビリ期にある患者であれば、自立に向けたチエックリストや介助者が手を離すゴールを示し指導訓練することが大切だと思います。

環境要因の整備

病棟の日常現場では常時患者に付き添って介助が必要と解っていても、他の患者のコール等で離れなければならないやむをえない事態も時にあります。このような事態を出来るだけ起こさないようにチームで転倒防止策を話し合っ計画的に行動する必要があります。転倒リスク患者のリストアップ、排泄予測時間帯の把握、全介助者、一部介助者の数、だれがどの患者を介助するのか、出来ない時はどうするのか等チームで計画し共有しておくこと、また計画を患者と話し合っておくことも大切です。

また、患者の見当識障害等で患者の了解が得られない場合は、患者の排泄時付き添うことが必要です。この事例ではなぜ看護者が患者の元を離れたのか明らかになっていませんが、このような常時観察の必要な患者をリストアップし該当する患者の排泄時は離れることのないよう連絡を取り合い転倒防止を行うことが重要です。