

事例 143 : (ベッド柵の隙間からの転落)

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)

発生日【月】	発生日【曜日】	曜日区分【】	発生時間帯【】
発生場所【】			
患者の性別【】	患者の年齢【】		
患者の心身状態【】			
発見者【】			
当事者の職種【】			
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【】			
備考【】			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

夜間から不穏状態で経過していた。右上下肢麻痺があるも体動が激しくあり、頻回に体位調整していた。ベッド柵も4本立てて対応していたが、頭側の隙間から転落しているのを発見した。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

脳梗塞で理解力の低下があり、麻痺のために自己では動けず、体位変換を時間毎に実施している。自己でここまで移動できることの評価が出来ていなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

ベッド柵の隙間に転落防止用の板を設置して固定した

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

長体的内容に関して

患者の年齢、性別、理解レベル、病状、不穩のレベル、発生時間、手術内容、ベッド柵の種類、ベッド柵の位置、ベッドの高さ、左右どちら側に転落したのか、転倒転落アセスメントスコアシートの得点とリスクレベル（但し使用した場合のみ）などを記述すると事故状況をイメージしやすくなります。また複雑な状況で表現しにくい場合は、絵や図を描くと視覚的に把握することができます。

発生要因に関して

内容として看護師が患者の転落に関するアセスメントが不十分だったという内容になっていますが、それだけではないように思えます。発生の要因は以下の点を踏まえたほうがよいでしょう。

ベッド柵そのものの安全性、ベッド柵の隙間の間隔、患者の理解力の程度、直前に体位変換した位置、体位変換時の患者の反応、患者の排泄パターンの状況（トイレに行こうとしたのではないかという推測）、転落した例に何が合ったかの把握（何かを取ろうとしたのではないかという推測）、不穩の際の看護マニュアルの有無など。

改善策に関して

転落防止用の板の固定はハード面の対策になります。それ以外にソフト面や看護師の観察の視点なども付け加えたほうがよいでしょう。

■改善策に関するコメント

事例の改善策に関して

事例ではベッド柵の隙間に転落防止用の板を設置して固定したとありますが、これだけでは隙間を埋めただけでなく、他にも転落のリスクは存在しているので改善策としては不十分です。以下の点を踏まえて改善策を考えてください。

患者の特徴に合わせたベッド環境の整備

一般的にベッド柵というものは、布団や毛布、また入眼中の体動時に体がベッドから落ちないように設置するもので、不穩状態の患者をベッドから転落しないようにできるものではありません。それだけに転落防止を考慮したものを設置することを考えなくてはなりません。しかしながら転落防止だけに視点が行ってしまくと、人権やプライバシーを無視した物や、安全性に疑問を感じるような物までも用いることになってしまいます。単に転落防止だけでなく、様々な視点で安全性を考慮した物を用いることが必要です。事例にある転落防止用の板は、安全性に関して病院で承認が得られた物なのでしょうか。それも確認する必要があります。またベッド柵そのものの安全性も確認することが必要です。その場合は院内の基準だけでなく、国内や海外での基準の考慮して、本来にこのベッド柵で安全なのかということを確認してください。また、メーカーと連携し、新たな視点を取り入れた製品開発を行うことも良いでしょう。

患者の行動パターンの把握

何らかの転落防止策を講じたことで転落はしなくなった、しかし患者の不穩状態は変わらないということもあります。それは患者の不穩と転落に何らかの因果関係が生じていることが考えられます。その場合は患者の行動の基にあるニードや行動パターンの分析をしなければなりません。患者はなぜ転落したのでしょ

か、何をしようとしたのでしょうか。何をしたかったのでしょうか。トイレに行きたかったのでしょうか、床頭台にある何かを取りたかったのでしょうか、それを明確にしないことには、たとえ転落防止用の柵を強化しても、転落のリスクは変わらないこととなります。

看護師の観察の視点

患者は転落するリスクの高い状態です。ベッド柵は必須ですが、ベッド柵をしたからといって転落のリスクが消失するわけではありません。ベッド柵と合わせて看護師の観察を強化することが必要です。それには何を視点に観察をするかということに変化がないといけません。事例ではベッド上での体動には注意が行っていたものの、行動パターンから生じる患者ニードにまでは観察の視点が及んでいませんでした。今後は行動パターンから生じる患者ニードにまで予測を立てておくことが必要です。

抑制帯の使用

事例では身体拘束を行うという発想はありませんが、身体拘束は決して実施してはならないことではありません。患者は不穏状態にあったということを前提と考えてください。不穏状態では患者の行動を予測することがは不可能な場合が多いです。その患者に24時間付き添うわけにはいけません。一定に時間だけ、不穏状態の強い時間帯だけ、身体拘束を行うことも、看護ケアの範囲だと言えます。身体拘束は全身が縛られるという印象を持たれやすいですが、腹部だけに太い抑制帯を巻く方法もあります。精神科病棟や老人病棟での経験のある看護師に相談してみてください。

転落防止センサーの活用

転落防止のためのセンサー機器を活用するもの有効な手段です。患者の衣類につなぐ紐が外れるとアラームが鳴るもの、起き上がると赤外線に反応して鳴るもの、ベッドマットの加重の移動によって鳴るものなど様々なものがあります。メーカーと相談してみてください。

事例 205：(セデ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)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生日【11月】	発生日【金曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【12~13時】
発生場所【病室】			
患者の性別【男性】	患者の年齢【59】	患者の心身状態【薬剤の影響下、その他、人工呼吸器装着中】	
発見者【1】			
当患者の職種【看護師】	当患者の職種経験年数【3年7ヶ月】		
当患者の部署配属年数【3年7ヶ月】			
発生場面	【その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面】		
(薬剤・製剤の種類)	【自己抜去】		
発生内容	【観察が不十分であった】		
発生要因-確認	【多忙であった】		
発生要因-観察	【観察が不十分であった】		
発生要因-判断	【多忙であった】		
発生要因-知識	【多忙であった】		
発生要因-技術(手技)	【多忙であった】		
発生要因-報告等	【多忙であった】		
発生要因-身体的状況	【多忙であった】		
発生要因-心理的状況	【多忙であった】		
発生要因-システムの不備	【多忙であった】		
発生要因-連携不適切	【多忙であった】		
発生要因-勤務状態	【多忙であった】		
発生要因-医療用具	【多忙であった】		
発生要因-薬剤	【多忙であった】		
発生要因-諸物品	【多忙であった】		
発生要因-教育・訓練	【多忙であった】		
発生要因-患者・家族への説明	【多忙であった】		
発生要因-その他	【多忙であった】		
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい(生命に影響しうる)と考えられる】			
備考【			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

患者さんは人工呼吸器を装着され、体動あり、浅眠状態で、鎮静剤にてコントロール中であった。上肢の動きは時折みられた。
 家族の付き添いもあつたが、数分間留守をした際、看護師がモニター上S a O₂低下にて訪室すると自己抜管されていたのを発見した。Drコールし、再装着となった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

効果的な鎮静が保たれていなかったと考えられる。

■実施したもしくは考えられる改善策

訪室をできるだけ頻回にし、状態を把握する。
 家族の付き添いが不在になるときは看護師に声をかけてもらうように協力をお願いする。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

挿管チューブを自己抜管したその場の現象のみが記載されていますが、自己抜管に至った経緯がわかりません。挿管されていた期間、病名、術式、意識状態、使用されていたセデーションの薬剤名・容量などの情報が記載されていると、起きた事象の根本原因のアセスメントが可能になると考えます。根本原因に対して対策を講じない限り、有効な対策とは言えず、再発防止は困難になります。

また、患者の状況から治療過程における譫妄状態と推測されますが、安全管理上のプランがわかりません。看護上患者の身体損傷の可能性がある場合、それを予測して具体的プランをたて、チームで共有して実践することが重要です。その場合チームとは医師、看護師および家族となります。家族の付き添いもあったがと記載されていますが、家族が付き添う目的が不明確です。患者の精神的支援のための付き添いなのか、危険防止のため監視が目的で付き添っているのか位置付けがはっきりしません。後者であれば看護師と家族の連携をどのようにされているのでしょうか。

状況から患者を一人にした時間帯に自己抜管が起きていることから、看護管理上の問題と考えます。発生要因一勤務状態が多忙であったと記載されていますが、多忙の中身とこの事例との関係性ははっきりしません。

以下のような具体的な詳細な内容が記載されていると、患者の状態や患者を取り巻く環境をふまえて、看護としてどうすべきところが実際にはどうであったかが浮彫りになり、曖昧ではない、具体的な本当の改善策を導くのに有効でしょう。

1. 患者はどんな理由・目的で人工呼吸器を装着していたのか。回復のどの段階にあったのか。人工呼吸器を当分持続的に使用予定の患者か、離脱を準備中の患者か、など。
2. 何時、どんな鎮静剤を、どれだけ、どのような方法で使用したのか。
3. 使用後、何時から、「体動」や「浅眠状態」や「上肢の動き」が発現し、その後、どのように頻度や程度が変化したのか。
4. 看護計画には自己抜管のリスクを予測したプランが盛り込まれていたか。そのプランには、観察項目や観察の頻度がどのように示されていたか。
5. 実際の看護師の行動はどんなものだったか。何時に訪室し、何を観察し、どんな判断をしたのか。
6. 「SaO₂低下にて訪室」とありますが、人工呼吸器のアラームは鳴ったのかどうか。
7. 自己抜管時の患者の状態はどのようなであったか。意識状態や筋力など覚醒のレベル。
8. 患者や家族に対して人工呼吸器の目的やリスクについてのどのような説明がなされていたか。また、それをどのように理解し受け止めていたか。
9. 家族にはどのような役割が課せられていたのか。
10. できごとが発生したとき、担当看護師は、何処で、誰に、何のために、どんなことをしていたのか。
11. できごとが発生したとき、担当看護師以外のチームメンバーは、どのような動きをしていたのか。相互のサポートはどのようなようにしてなされていたか。メンバー間のコミュニケーションの内容など。
12. この病棟の入院患者の特性や、病床数、重傷者の比率、看護体制、メンバー構成など。

■改善策に関するコメント

治療過程でストレスフルな状態が続くことによって、一時的にせん妄状態が発生することがあります。せん妄を引き起こす要因は、治療内容、処置などの外的要因と患者の年齢、ストレス・コーピングスタイルなどの内的要因が考えられます。従って治療前に上記の情報を収集し、チームでアセスメントを行い、治療過程でせん妄状態は起きることを前提に、予測した計画を立案しておく必要があります。また立案した計画は、事前に患者および家族と共有しておくことが重要です。

人工呼吸器装着中の患者の看護

呼吸管理が必要な患者に装着されるわけですから、自己抜管は避けなければなりません。そのためには、人工呼吸器装着中の患者の標準的な看護を組織として示す必要があります。

1. 患者の危険を予測できるアセスメントツール
2. 人工呼吸器装着中の患者の標準看護計画および看護規準
要因に沿った具体的看護計画を表示する。たとえば観察項目の表示
3. 事前に危険の予測があれば、適切なセデーションの検討を麻酔科医師に相談できる病院機能としてシステムを準備する。セデーションの効果の評価は定期的に行い、修正する。
4. 看護計画は医師、家族と共有する。家族が付き添う場合は、その位置付けを明確にしておく。危険防止目的のため監視の位置付けで付き添い協力を得る場合は、不在になる場合の連携の取り方、不在の間の対処法を（抑制、観察方法など）合意しておく。

【参考資料】

・「精神科医からみた術後せん妄の診断と治療」消化器外科 NURSING vol.4

No6 546-554、1999、水野雅文、鹿島晴雄

・「米国精神医学会治療ガイドライン：せん妄」、American Psychiatric Association、医学書院、2000

人工呼吸器装着中の看護の講習会

人工呼吸器装着中の患者の観察項目や体位変換方法、吸引方法など、看護の規準に沿って実践されるためには、教育・研修を行うことも有効的です。その場合、クリティカルケア領域の看護師の活用（救急看護認定看護師、重症集中ケア認定看護師の活用）をすることも方法の1つと考えます。

人工呼吸器装着中の患者への看護基準・手順の策定と個別の看護計画への反映

先に述べた学習の成果は、一般化された知識として個々のスタッフの認識の中に留めるのではなく、日常の業務の中に反映できるようにしたいものです。そうでなければ、せっかくの看護師の知識も患者に活かされとは限らず、患者への看護の質は保証されなからです。看護基準・手順・マニュアルなどの中に、どのようにしてトラブルの発生を予見するのか、患者の特性や使用される鎮静剤などにより、具体的にどんな頻度で、何を観察し、どんな兆候があればどのような対処するのかを明示して、個々の看護師の判断や行動を支援できるものにする必要があります。そうすれば、個々の患者の看護計画の中に、その患者固有の条件を加味した具体的な行動計画、すなわち、その患者の「自己抜管」予防のために、何時、誰が、何を、どのようにに観察・実施するのかが提示され、個々の患者へのケアを確実なものにしていくと考えられます。また、患者自身の理解と協力が不可欠ですから、人工呼吸器装着が予定されている患者には、事前の十分なインフォーム・ド・コンセントが重要であることは言うまでもありません。標準的

なケアとして、患者や家族にどんな説明をするのかについても基準を設けておく
と良いでしょう。

【参考資料】

- ・「治療薬マニュアル2003」、高久史麿監修、医学書院
- ・「呼吸ケアマニュアル」、日野原重明総監修、学研、1996
- ・「クリティカルケアを必要とする人の看護」、深谷智恵子他編集、中央法規、1996

看護業務実施環境の整備

このできごとの背景には、“常時観察が必要な患者のそばに居られなかった”看護側の事情があります。そのできごとと発生前後の担当看護師の行動を時間経過にそって詳細に分析し、複数の業務を同時に進行していく際の優先順位の判断の妥当性を見ていくことも必要でしょう。また、同時に、他のチームメンバーは同期にどのような行動をとっていたのか、メンバー間のコミュニケーションやサポートは効果的であったか、チームとしての支えあいはいは妥当であったのかを検証していくことが大切です。さらには、入院患者の特性や患者の重症度や看護必要度と、看護体制やメンバー構成、メンバーの看護実践能力などを総合的に捉えて、看護の質を保証していくための看護体制の妥当性を評価していくことも重要です。そこから、看護体制のあり方や、勤務体制の効果的な組み方、チーム内での有効なコミュニケーションのとり方、少人数体制での効果的なサポートの方法などが、具体的に導き出されると思います。

【参考資料】

- 「病棟から始めるリスクマネジメント」、嶋森好子他、医学書院、2002

事例 273: (カスラ使用時の接続不良)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (酸素吸入、チューブ・カテーテル類)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【10月】	発生曜日【木曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【8時~9時】
発生場所【病室】			
患者の性別【女性】	患者の年齢【37】		
患者の心身状態【意識障害、上肢障害、下肢障害、歩行障害、床上安静】			
発見者【3】			
当事者の職種【看護師】			
当事者の職種経験年数【1年7ヶ月】			
当事者の部署配属年数【1年7ヶ月】			
発生場面	【酸素療法機器】		
(薬剤・製剤の種類)	【 】		
発生内容	【危機の点検管理ミス】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
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	【 】		
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】			
備考【 】			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

カスラで酸素を投与していたが、カスラのチューブが短く、流量計との接続もあつていなかった。体位変換の時には接続が外れるためテープで固定していた。主治医が訪室時チューブが外れており、酸素は実際には投与されていなかった

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

カスラのチューブが短く、少しの体動でも外れやすい状況であった。接続が合わない物品を使用していた

■実施したもしくは考えられる改善策

カスラのチューブを延長した。接続が合う物品を補充する。

専門家からのコメント

長さに注意して体位交換をしましょう。

具体的には、耳などにカヌラを固定して、重みをなくしたり、酸素マスクを使用したりしましょう。

■記入方法に関するコメント

具体的な内容から現状を把握できますが、よりわかりやすくするために、患者と流量計カヌラの位置、距離をもう少し細かく書きましょう。また、カヌラについての記事だけではなく、患者の状態（与薬、精神状態、意識障害等）についての情報も事例を分析する上で役に立つ情報です、出来る限り情報を書きましょう。

■改善策に関するコメント

カヌラのチューブを延長したり、接続が合う物品を補充する事も大事ですが、接続方法、患者への装着方法について少し対策を考えましょう。

1：接続部を確実に固定する。

ロックバンド等のナイロンバンドで締め付け、必要がない場合にははずせるようにする方法もあります、この方法はチューブの延長には有効ですが、機器本体への接続には向きません。

本体への接続は特別な回路、特別な機器を除いてはほとんど共通なのでしっかりと挿入しましょう。テープで固定する方法は、テープ糊が残り汚くなりがちで再使用時にトラブルの原因になりますのでやめましょう。出来れば合うものを使用して、接続部が緩くなったら新しい物に交換しましょう。

2：患者の状態を把握して手の届かないようにしましょう。

意識障害で手で引っ張って外れることがあります、カヌラの固定方法に注意して患者が安楽に過ごせる方法を考えましょう。また、介助者はカヌラの

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)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【月】	発生曜日【 曜日区分【 発生時間帯【 発生場所【 患者の性別【 患者の年齢【 患者の心身状態【 発見者【 当患者の職種【 当患者の職種経験年数【 年 ヶ月 当患者の部署配属年数【 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 間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【 備考【
--------	---

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

術後2日目前日も譫妄あり、本日も夜中2時頃より体動激しく起き上がったが不穏行動あり指示のセレネースをインするが効果なし、6時に点滴更新のため準備に行き訪室すると胃管カテーテルを抜去していた。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

点滴ルーートやドレージなど多くのチューブが留置され常にはずそうとする行動あり説明や抜去されないような固定はおこなっていた。術後譫妄もあり必要性が理解できない状態であった。

■実施したもしくは考えられる改善策

できるだけベッドサイドにおいて観察していたが相手チームへも協力してもらいたいベツドを離れるときはついでにもらってほしい。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

具体的内容に関して

患者の年齢、性別、理解レベル、病状、譫妄のレベル、発生時間、手術内容、胃管カテーテルの固定状況、2時から6時までの患者の反応及び看護師の行動などを記述すると、事故状況をイメージしやすくなります。また複雑な状況で表現しにくい場合は、絵や図を描くと視覚的に把握することができそうです。

文中のセレネースをすという内容はわかりにくいです。薬剤量及び筋注・静注・点滴内混入・内服薬のいずれかを明記することが必要です。

発生要因に関して

内容として譫妄状態にある患者に対して胃管カテーテルをはずさないように説明したり、自己抜去できないような固定をしたとありますが、詳しい内容の記載がありません。なぜ自己抜去されたかを分析する為には、どのように説明し、どのように固定されたのかを知ることが欠かせません。これらの詳しい記載をお願いします。

また看護師は、術後譫妄に関する知識と対策を周知できていたのでしょうか。患者が理解できなかっただけでは、患者要因だけの対策しか立てられません。ここで看護師も振り返りを行うと、術後譫妄に応じた対策が立てられていたかどうかを検証することができて、再発防止に大いに役に立ちます。

改善策に関して

出来るだけベッドサイドにおいて観察していたとありますが、どれくらいの間隔で患者のそばにいたのかを記載してください。レポートでは曖昧な表現は禁物です。また看護体制や夜勤帯での業務状況、多忙な時間帯での観察方法なども記載してもらえると、状況を把握しやすいです。改善策に対するアドバースとしては、可能な方法であることに尽きます。また事例では看護師の観察にだけ視点が当たっていますが、ハード面や治療内容にも改善を加える必要があります。それらの視点での対策も付け加えてください。

■改善策に関するコメント

術後譫妄を引き起こす要因は、手術・処置等の外的要因や、患者の年齢・生活背景などの内的要因が考えられますが、明らかな根拠をもって、特定できるものではありません。従って術前に上記の情報を収集し術後譫妄状態は起きることを前提に、予測した計画を立案しておくことが必要です。立案した計画は、患者および家族と共有しておくことが重要です。

事故の改善策に関して

事例では出来る限りベッドサイドにおいて観察するとありますが、果たして可能でしょうか。ベッドサイドにおいても他の患者からコールがかかれれば行かなければなりません。必要なのは自己抜去しにくい状況を作ることです。夜勤は少ない人数で患者を観察しなければなりません。なぜ患者は胃管カテーテルを抜こうとしたのでしょうか。なぜ患者は譫妄状態・不穏状態になっていたのでしょうか。これらの視点を分析することで有効な改善策が考えられると思います。そのためにはこの分析を看護師だけで任せるのではなく、医師、薬剤師などを交えて検討し

ていくことが必要です。

患者の特徴に合わせた治療環境の調整

術後譫妄を考えた場合に、不穏状態、理解不可能などが考えられます。また精神科疾患の既往のない患者の場合には、周囲から精神疾患を疑われるようなことがあり、自尊心を傷つけることにもなり兼ねません。その場合には、術前から術後譫妄の説明を行い、それに対する治療方法も合わせて説明し承諾を得ることが必要です。治療としては十分に睡眠が得られる向精神薬の使用、抑制帯を用いた身体拘束の使用などです。

患者の行動パターンの把握

不穏だから胃管カテーテルを抜いたのではありません。胃管カテーテルを不快と感じたから抜いたのです。すべてを譫妄・不穏で処理しないことが大切です。胃管カテーテルは誰もが不快に感じ嫌がるものです。それを先回りして対策を考えます。術後どれくらいで覚醒し、どのくらいの不快感から自己抜去という行為を起こすのかを考えてください。

看護師の観察の視点

術後譫妄で不穏状態にある患者です。様々なリスクが考えられます。その一つ一つに看護師は観察の目を向けなければなりません。譫妄・不穏の状態、患者の覚醒状況、チューブ類の不快感の程度、患者の体動の範囲と程度など。術後は様々なハイリスク状態にあるわけですから、その一つ一つに予測を立てておくことが必要です。対策はスタンダードとしてまとめておくことが必要です。

夜勤における対応

夜勤は少ない人数で患者を観察しなければなりません。互いのチームの協力だけでは解決しないでしょう。どのように対応するか、夜勤帯で優先される業務は何か、勤務者の多い日勤帯に移行できる業務はないかなど、業務全般を見直してみることでも必要でしょう。

術後譫妄の対策

患者は術後の譫妄状態にあることを前提に考えることが必要です。この事例の場場合は治療行為が主体となるために、身体拘束や向精神薬の使用も必然と考えます。またテレビモニターを設置して行動を監視することも選択できます。看護師がどれだけ観察の目を向けても、チューブ類の自己抜去のような不快感による事故は避けようがありません。ましてや患者は譫妄状態であり、意思の疎通が図れない状態です。どこかで割り切って治療を優先させることが必要だと考えます。

術後譫妄の対策は看護師だけで考えることではありません。その病態を病理学・生理学・薬理学的観点で捉えて、多くの関係者を集めて分析し対応策を考えることが必要です。臨床研究又は院内プロジェクトなどで取り上げて、効果的な対策を考えていくことが大切です。

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))

■ 事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【10月】	発生曜日【金曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【0時~1時】
発生場所【病室】			
患者の性別【男性】 患者の年齢【65】			
患者の心身状態【せん妄状態】			
発見者【1】			
当事者の職種【医師】			
当事者の職種経験年数【当事者複数年 当事者複数ヶ月】			
当事者の部署配属年数【当事者複数年 当事者複数ヶ月】			
発生場面	【静脈注射】		
(薬種・製剤の種類)	【睡眠導入剤】		
発生内容	【過剰与薬】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
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【関連の実施が実施されたが、患者に影響がなかった事例】			
備考【 】			

■ ヒヤリ・ハットの具体的内容

術後の患者さんが不穏になり、ベッドから降りようとする様子になり、興奮状態になっていて、医師が看護師にその場で「ドルミカムを10ccにして持ってきて」と口答で指示を出し、看護師も「ドルミカムを10ccにして」と口答で確認、医師も「ドルミカムを10ccにして」と再度返答があった。本来、医師はドルミカム1A + 生食8mlのつもりで指示を出していた。看護師はドルミカム単味を10cc シリンジにつめて持ってきていき、医師に渡してしまっした。

■ ヒヤリ・ハットの発生した要因

看護師が最初に指示を聞いたとき、本当にドルミカム単味でよいかと不安に思い、その場で医師に確認したが同じ返答が帰ってきたため、ドルミカム単味でよいと思ってしまった。
口答指示によるお互いの認識ミス。

■ 実施したもしくは考えられる改善策

不安なことを表に出し、内容の確認を行う。
i v 施行前に、内容を医師に報告してから渡す。
シリンジに内容を表示する。

専門家からのコメント

■ 記入方法に関するコメント

口頭で指示を受けていますが、指示を出す医師も指示を受ける看護師も非常にあいまいなコミュニケーションを実施しており、大変危険です。緊急時には口頭指示を受けることもありますが、この場合は口頭指示でなければいけない場面だったでしょうか。口頭指示では、言い間違い、聞き違い等、指示書での指示出し、指示受けをする場合よりもエラーが発生しやすい状況になります。

発生要因では、医師・看護師の「思い込み」やコミュニケーションエラーを指摘していますが、薬剤の単位や名称に関して注意すべき点もあります。「cc」、「m l」、「バイアル」、「アンブル」等、同じ薬剤について様々な名称で呼んでいることが考えられます。名称、通常の使用方法、手順はどうなっていたかアセスメントし、発生要因となるものがなかったか、検討することも必要です。また、「口答指示によるお互いの認識ミス」とありますが、医師の指示の出し方が不適切であり、指示を受けた看護師の確認方法も不適切です。口頭指示時は文面で確認できませんで、言葉を省略せず、正確に伝えなかつたこと、正確に確認しなかつたことが発生要因につながっています。両者が正確に伝えられなかつた理由も検討しましょう。

また、不穩時の指示がどうなっていたのかも記入しましょう。

■ 改善策に関するコメント

口頭指示の基準を決める

コミュニケーションエラーの典型的な事例ですが、医師の指示を受けるシステ

ムに関する改善策も考えerる必要があります。

このケースでは緊急のため口頭で医師の指示を受けています。暗黙の了解の前提としたコミュニケーションにより、その理解が異なっていた場合に理解の食い違いが発生し、エラーにつながります。類似の事例で死亡例も出ていますので、口頭指示の出し方や指示の受け方に問題はなかったか早急に考える必要があります。

通常の手順を振り返り、手順通りでなかった場合にはどのように対応していたか、そのことによるリスクはなかったか等を振り返り、改善策を立案してみましょう。

注意を要する薬品の使用法の標準化と教育の徹底

ドルミカムは大量投与すると筋弛緩作用が強くなり、舌根沈下する可能性があります。こういった、使用頻度が多く危険性が高いなど注意を要する薬剤については、その取り扱いや使用方法を標準化することは有効です。

また、注意を要する薬剤については、その一般的な用法・用量や副作用など十分な教育を行うことで、実際の使用に際して実施者自らが注意を喚起することができ、エラーの予防や発見につなげることができます。

確認行為を見直し、教育する

「不安なことを表に出し、内容の確認を行う」とありますが、抽象的な表現では改善に繋がらない恐れがあります。どのような事が、何故不安なのか、ということを手伝いに伝え、なんとなく確認行為をするのではなく、どのような目的で「確認行為」をするかということを確認に伝え、実施することが大切です。

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

■事例の概要（全般コード化情報より）

発生日【11月】	発生曜日【木曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【10～11時】
発生場所【病室】			
患者の性別【女性】	患者の年齢【52】		
患者の心身状態【障害なし】			
発見者【1】			
当尊者の職種【看護師】			
当尊者の職種経験年数【9年7ヶ月】			
当尊者の部署配属年数【7年1ヶ月】			
発生場面	【中心静脈注射】		
（薬剤・製剤の種類）	【その他の薬剤】		
発生内容	【過剰与薬】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
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	【 】		
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】			
備考【 】			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

注射処方箋と薬品を確認し、ラシックス1A+生食50mlをIVH側管につ
ないだ後、次の日の指示受けをしたところ、本日の指示はラシックス1/2A+
生食50mlであることがわかった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

指示を受ける時に、カルテ指示と注射処方箋との内容を良く確認していなかつ
た。
医師側も注射処方箋を書くときに間違えた。

■実施したもしくは考えられる改善策

指示受けをする時に、オーダーと処方箋の確認を徹底する。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

医師からの指示の受け方、注射伝票とカルテ指示の記入方法など、病棟内のルールを明確に記入してください。また、患者の状態、指示変更の理由やタイムイングについても記述があると、分析に役立ちます。

■改善策に関するコメント

医師は、指示を出すとき同じ内容をカルテと処方箋に2度記入し、注射を施行するまでにすべて処方箋での確認を行っていると考えられます。

病院の処方箋のシステムの検討と指示の標準化

この例の場合、まず第一に、医師が同じ内容を二度記入しなくすむしくみを構築することを検討する必要があります。

解決策として、例えば、複写式の注射処方箋を利用し、原本をカルテへ、複写を薬剤部へ送るなど記入された指示を転記することなくそのままカルテと薬剤部や看護師で共有できるしくみをつくるのが考えられます。

また、決まった治療の場合、処方標準化等を試みるのもミスを防ぐことになります。

米国では、薬剤についての指示をするコンピューターをもとにしたさまざまなシステムで、薬剤指示プロセスを自動化する技術の導入を義務づけているところもあります。様々な複雑度を含んだ薬の投与量や投与形態、投与頻度の候補をコ

ンピューター指示入力システムと連動させることで、薬剤の指示や書き写し等のプロセスで引き起こされる誤薬を未然に防ぐことも可能であり、こうしたシステム導入の検討が期待されます。

【参考資料】

“Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practice. Evidence Report/Technology Assessment, No. 43”. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services

確認の徹底

改善内容通り、指示だし医師がカルテと処方箋の指示確認を徹底することはもちろんのこと、指示を受ける看護師も指示の治療内容と患者の病態を把握しながら、同時に2人の目で確認することが現時点ですぐできる改善策だと考えられます。

疾患に伴う病態整理と薬効に関する知識教育

実施された注射濃度は実際のものよりも高いものでした。使用する注射薬剤の効果と患者の病態と治療内容の把握により、最終実施者である看護師もフィジカルアセスメントを行っていきけるような教育も必要です。

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 (情報・記録)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生日 [11月]	発生日 [日曜日]	曜日区分 [休日]	発生時間帯 [10~11時]
発現場所 [病室]			
患者の性別 [女性]	患者の年齢 [64]		
患者の心身状態 [意識障害、床上安静]			
発見者 [3]			
当事者の職種 [看護師]			
当事者の職種経験年数 [6年6ヶ月]			
当事者の部署配属年数 [6年6ヶ月]			
発現場面	【静脈注射】		
(薬剤・製剤の種類)	【その他の薬剤】		
発生内容	【投与速度速すぎ】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
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	【看護職間の連携不適切】		
発生要因-勤務状態	【多忙であった】		
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	[]		
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度	【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった】		
事例			
備考	[]		

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

臨時でグリセオール200mlを2時間かけて施行するようにA看護師が指示を受け、それをB看護師に口頭で伝え、B看護師が薬液を準備し、ベッドサイドに持っていくとイントラリボスを側注中であった。そのため、担当のC看護師に「追加指示のグリセオールである。」と伝え、イントラボリス終了後施行する予定とし、B看護師はC看護師に依頼し、その場を離れた。その際、「2時間かけて」との指示はC看護師に伝わらなかった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

常時使用されている薬液であるため、特別な時間調整がある場合は薬液のボトルに「2時間かけて」等の記入をしていたが、伝達が不十分であった。

■実施したもしくは考えられる改善策

特別な時間調整がある場合は薬液のボトルに明記し、口頭でも伝える。

■改善策に関するコメント

改善策として薬液ボトルへの時間調整記載と、口答伝達があげられています。日常的なルール化が可能でしょうか。改善策は、1事例に対する対応ではなく、1つの事例を組織やシステムの問題として捉え、根本的かつ効率的なことで必要です。

看護師間の口答での指示伝達に関する問題

投薬等のミスを防止するために医師からの口答指示は原則として受けない、あるいはやむを得なく口答指示を受けた際もその後の確認方法の取り決めは必要ですが、さらに、看護師間での口答での指示伝達は避けるべきです。常に指示書を確認しながら伝達を送る取り決めが必要でしょう。また、管理者は指示の伝達に複数のスタッフが介在しないような業務のスリム化を検討する必要があります。

この事例では3名の看護師が関与していますが、行為の責任者が不明確のまま実施されています。A看護師は指示受けの際に確認をしている可能性もあります。B看護師へは指示書を介せず伝達し、おそらくB看護師は自ら指示書を確認せず薬剤を用意しているようです。患者へ直接投与する実施者（C看護師）も、指示書の確認をせず実施しています。「実施前に必ず指示書を確認する」を原則とし、行為の責任を明らかにすべきでしょう。

やむを得ず口頭指示を受けた場合には、必ず復唱することやその場で紙に記録することも重要です。指示を受ける際の復唱によってエラーが減少することは、米国などにおいても指摘されているところです。

指示を受ける体制の見直し

この事例では、最終の実施者に指示が伝達されるまでに実施者を含め4名の人が関与しています。情報伝達に関わる人が多くなるほど、エラーの発生する可能

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

臨時の処方指示が出た際の状況を詳しく記載してください。例えばこの事例は、休日の臨時処方なのですが、その際の取り決めやルール等が存在し、それに乗っ取ったものだったのでしょうか。実際、医師からの臨時処方指示はどのように受けているのでしょうか。処方箋（指示書）等への記載は受けているのでしょうか。口答指示が回ったのは、看護師間だけでしょうか。ルール通りの伝達方法である場合、そのルールに問題があるかもしれません。ルールがある場合、それも記入してください。

また、休日の午前中の多忙な状況下ですが、具体的な役割分担や作業状況の情報は分析や改善策に役立ちます。薬液ボトルに記載するルールを守れなかった要因は伝達の問題だけなのでしょうか。看護師の業務状況等の詳細情報が分析に役立つと思われまます。また、薬剤に対する看護師の認識はどうだったのでしょうか。いつも使用している薬剤として認識していただけなのではないでしょうか。どのような治療目的で指示された臨時処方薬剤なのか認識できていたのでしょうか。看護師の確認識についての情報分析も必要かもしれません。

ところで、表現上の問題ですが、インシデントが発生した要因に「・・・、伝達が不十分であった。」と記載されていますが、伝達不足だったのは、①時間調整のある場合薬液ボトルに記載することなのか、②B看護師がC看護師にグリセオールを依頼した際の「200mlを2時間で」という指示のことでしょうか。要因を整理する上では、誤解のない表現をしてください。

性が高まることを認識し、指示を受ける体制について改善の余地がないかどうか検討してみましょう。

休日の看護体制にあわせた業務手順の見直し

休日の看護体制は、人数が少ないため、平日と同レベルの連携がとれない場合があります。休日臨時処方を受ける役割を、リーダーか担当者か明確にする必要があります。チーム看護を行っている場合、全ての患者が現在どのような治療を受けているのか把握していないまま、担当以外の患者への処置が多く求められます。その際にも指示の確認の方法を統一しておくことが有効ですから、安全の観点から、休日時の指示書の確認をルーternal化することが必要です。

また、普段使用頻度が高い薬剤については、指示書の確認を怠るなど情性に陥る危険が多くなります。しかし、薬剤の使用目的等（治療目的）から、常に「危機意識」を持ち、医薬品の適正使用を図り、事故防止に努める必要があります。

薬剤使用時には、常に以下の項目は繰り返し確認していただきたいと思えます。

- ①患者氏名 ②薬品名 ③1回与薬量 ④与薬時間 ⑤与薬方法 ⑥新規・継続・変更

【参考資料】

医療事故予防マニュアル「投薬・与薬における事故防止マニュアル（処方から服薬まで）」、東京都衛生局病院事業部、2002年

薬液ボトル記載に関して

薬液ボトルに、患者氏名、病室名、使用日時等を記載することを薬剤準備の看護業務の手順としている病棟もあるようです。しかし、薬液ボトルに記載する際の誤記入の可能性があります。また遮光が必要な場合、ボトル記載文字は確認し

にくいものです。

薬剤ボトルへ病棟で記載するのではなく、薬剤処方時に打ち出されるラベルを使用すると、薬剤部のチェックにも使用でき、誤記入によるミス防止に役立ちます。したがって、オーダーリングシステムの変更も視野に入れていただきたいと思えます。ただし、薬剤へのラベル貼付時のミスも報告されているので、チェック方法の工夫が必要です。

