

■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

3 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1,134件で、うち1,105件が有効な報告であった。
- 収集件数の増減はあまり見られないが、前回に比べ、事例発生の流れや状況を詳細に記述している例が多く見られた。
- 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、前回対応策をまとめた転倒・転落に関する事例が7割弱と依然として多くを占めている。

転倒・転落に関する事例	218 (19.7%)
チューブ・カテーテル類に関する事例	198 (17.9%)
与薬（点滴・注射）に関する事例	174 (15.7%)
与薬（内服・外用）に関する事例	152 (13.8%)
調剤に関する事例	77 (7.0%)

- 手技・処置区分に横断的に、伝達不十分、記載の誤り、手書きの指示の誤読といった「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。
- 全体の傾向は、前回までと大きく変わっておらず、医療機関におけるヒヤリ・ハット対策の方向性を示すことがより一層求められており、場合によっては重大な結果を生じる恐れのある事例も多く報告されている。本収集・分析制度を通じて、分析の視点や対策の考え方について広く周知していく必要がある。

(2) チューブ・カテーテル類に関する事例

- 三方活栓のゆるみ、固定等に関連したヒヤリ・ハットが依然として発生している。医療現場においては、適切な資材を供給するためのシステム変更も含めて、事故防止策を検討していくべきである。
- 前回と同様、術後せん妄、不穩、薬剤の影響などによるチューブ類の自己抜去の事例が多く報告されている。具体的には、せん妄、不穩状態で自己抜去が予測されていた状態でのAライン（観血的動脈圧ライン）が抜去された

ケースや、経管栄養中に胃管カテーテルが抜去されたケース、不十分な抑制により抜管されたケースなどが見られた。

- まずは患者の病態、精神状態も含め、チューブの挿入の必要性についてアセスメントを行い、必要性が低い場合には行わないという判断が必要である。自己抜去が予測される場合には、頻回の観察だけで予防することには限界があるため、患者・家族の同意の下、抑制により患者を守ることも選択肢のひとつとして検討することが必要である。また、セデーションのあり方なども検討する必要がある。

(3) 与薬に関する事例

- インスリンの自己注射について、通常と異なる投与であることが患者本人や配薬担当の看護師に十分伝えられていなかった事例など、医療従事者間の引継ぎが不十分なために発生したコミュニケーションに関わるヒヤリ・ハットが多く見られた。口頭指示や、他の看護師が作成した薬剤の扱いや指示受けした内容を、担当看護師が実際のケアに反映させる段階で、ヒヤリ・ハットが発生している。与薬という作業にはたいていの場合多くの人が介在するが、関わる人が多ければそれだけコミュニケーションに関するリスクが高まることを十分認識することが必要である。各医療従事者の役割分担および取扱いの責任を明確にすること、可能な限り自己完結型の作業システムで運用すること、引き継ぐ際にはリスクが高いことを認識して対応することなどが求められる。
- 与薬に関する指示の確認が徹底されておらず、重大な結果を招きかねない事例が見られている。指示出し・指示受け・確認（必要あれば疑義照会も含めた）の各プロセスを徹底するという個人の取り組みと同時に、指示の伝達を確実にし、確認しやすくするためのしくみや管理の方法について検討する必要がある。
- 与薬以外のエラーでも、コミュニケーションにかかわるものは、以前から多く報告されており、現場の安全の向上のための重要な視点であると言える。今後、このテーマについて重点的に分析・検討することも必要となろう。

(3) 輸血に関する事例

- 採血時に患者の特定をする際に患者を取り違え、異型輸血につながりかけた事例がみられた。この事例は、患者を確認する際に返事をした患者を取り違えてしまったという事例である。
- このような患者特定（identification）に関する事例は以前からも報告さ

れているため、患者や検体、輸血等の確認は、合理的で適切な仕組みを検討する必要がある。リストバンドの活用や、他分野において開発されている識別のための方法や技術（バーコード）等について導入を検討することも有効である。

- また、この事例では患者を確認する際のコミュニケーションエラーが要因として考えられるが、今後の対策につなげていくためにも、単に思いこみや外見・姓名の類似という要因分析だけではなく、事前の患者への説明はどうであったのか等の詳細な記述による分析が必要である。

（４）転倒・転落に関する事例

- 前回、転倒・転落を重点テーマとして選定し、これまでの分析や提言を踏まえた統合的なコメント、対策、提言を取りまとめた。今回の報告においても、転倒・転落事例は依然として多く報告されており、現場において抜本的な解決が困難な問題であることがうかがわれる。
- 具体的には、睡眠薬などの薬剤の使用、術後せん妄、疾患による意識レベルの低下などに起因する転倒・転落事例が報告されている。このような転倒・転落の予防に関しては、インフォームドコンセントを踏まえた上で、ある程度の抑制もやむをえないとの指摘もある。急性期における抑制と、高齢者や介護時の抑制では状況は異なることから、安全かつ適切な抑制（許される抑制）についても今後検討していく必要があるのではないかと考えられる。
- また、転倒転落に有効な対策を立案する場合は、療養環境面を含めた詳細な記述と分析を行うことが具体的な対応策を実施するために有効である。
- 転倒・転落そのものの予防だけでなく、転倒・転落後の対応まで含めた総合的な対応策を検討することも重要と考えられる。
- 今後は、これらの基本的な考え方にに基づき、前回示したアセスメントツールの作成や、有効な対応策に関するエビデンスの集積等によって、総合的な対応策を明らかにし、現場で使用可能な規準を作成していく必要がある。

（５）その他注目すべき事例

- クリニカルパスが定められているにもかかわらず、その内容を確認せず内服指導を行わなかった事例や、化学療法の約束処方に記載された薬を見落として与薬しなかった事例などが報告された。手順が定められているにもかかわらず、それに従った行動がなされないために発生したエラーであり、標準化の取り組みにおいては、単にマニュアルやフォーマットを定めるだけでは

十分機能しないことを示唆している。標準化された手順を定めた上で、それらを日々の業務の中で有効に活用できるようにするための運用方法・運用形態まで含めて検討することが必要である。また、定められたマニュアル通りに運用できない要因を確かめ、これを解決することも重要である。

- 以前から隔壁開通を要する輸液バックを開通せずに使用してしまうエラーの危険性について指摘されてきたが、今回はメーカーが改良した新しい製品でのエラーが報告された。各メーカーには、引き続き根本的なエラー防止策を検討していただくことを期待したい。
- 療養環境の中での安全性を考える事例として、病棟内で複数の医療機器を使用したことにより規定の電気容量を超え、電気の供給が止まってしまった事例が報告された。また、幼児が食事中にフォークを振り回し、ベッドサイドのコンセントにフォークが刺さるという事例も報告されている。これらの事例は、病院全体の安全な建物構造や療養環境を考える上で、有効な事例である。
- 患者の家族と見られる人物から患者の状態を知りたいと電話があり、相手をきちんと確認せずに現在の病態を伝えてしまった事例が見られた。悪意ある全くの他人からであった場合、プライバシーの侵害ともなりかねず、個人情報保護の観点からも注意を要すると考えられる。
- 実習中の学生の食事介助により患者がパンをのどに詰まらせる事例や、緊急手術となった患者に学生が間違えて昼食を配膳し、患者が昼食を摂取してしまった事例、同時に3人の学生を指導している際にそのうちの1人が清潔な注射針で自分の指を刺した事例など、学生によるヒヤリ・ハットが報告された。実習中の学生によるヒヤリ・ハットはこれまでもいくつか報告されているが、患者に関する情報の伝達、業務内容のオリエンテーション、指導者との連携、受け入れ側の体制などについて十分な配慮が必要である。

(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。報告件数は前回と同様に1,000件以上であり、発生の背景を詳細に報告した事例が増加している。
- 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。
- ヒヤリ・ハットの再発を防止するためには、ヒヤリ・ハットが組織のシステムに起因している可能性を考慮して要因分析を行なう必要がある。「本当に

(自分だけでなく)他人のエラーもなくなるのか」と問いかけながら対策を検討していくことによって、有効な対策の立案が可能となる。

- 手順、確認やルールの徹底という対策には、限界がある。例えば、忙しいときには、守られない(守れない)ルールがあることは、これまでの報告例から経験的に認めるところである。そのような場合には、「どういとき守られにくいのか」、「なぜ遵守できないのか」、「マニュアル自体に無理はないのか」などを分析し、作業環境、システムや体制といった観点からの対策検討が必要である。
- 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一貫した作業(例えば調剤から与薬まで)を実施するという体制を確立していく必要がある。このような体制は、コミュニケーションエラーによる事故の発生を防止することに役立つものである。
- 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。現場の分析への取り組みを支援するため、「分析事例集」の作成および活用、分析のための教育用ツールの開発などが必要である。
 - ・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。

以上

平成15年度

第2回 重要事例情報分析集

(21件)

目次

- 事例 512：(二層一体型の輸液バックの隔壁開通忘れ)
発生部署 (集中治療室) キーワード (与薬 (注射・点滴)) 27
- 事例 534：(コミュニケーションミスによるインスリン誤薬)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) 30
- 事例 539：(不適切な確認手段 (呼名) 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)) 33
- 与薬 (内服・外用)
事例 582：(処方箋の誤認発行)
発生部署 (外来) キーワード (与薬 (内服・外用)、調剤) 35
- 事例 585：(薬剤希釈倍率の間違いによる過量投与)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (内服・外用)) 37
- 事例 698：(異動後1ヶ月の看護職の難聴患者への与薬忘れ)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (内服・外用)) 41
- 機器一般
事例 722：(医師・看護師間のコミュニケーション不足)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (人工呼吸器) 43
- 事例 726：(酸素ボンベの残量確認ミス)
発生部署 (入院部門一般、放射線部門) キーワード (酸素吸入) 46
- 事例 730：(医療機器過剰使用によるブレーカー遮断)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (機器一般) 48
- その他
事例 824：(血液型検査の採血に伴う患者取り換え)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (検査・採血、輸血) 51
- 事例 152：(睡眠剤内服後の転倒)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (転倒・転落) 5
- 事例 267：(カフエア一確認後の挿管チューブの自然抜管)
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) 8
- 事例 275：(経管栄養中の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) 10
- 事例 391：(頸血的動脈ラインの自己抜去)
発生部署 (集中治療室) キーワード (チューブ・カテーテル類) 13
- 事例 395：(両上肢抑制中の経管栄養チューブの自己抜去)
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) 16
- 与薬 (注射・点滴)
事例 418：(複数の輸液ポンプ使用中のラインの誤接続)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) 19
- 事例 483：(定量付輸液ポンプのルートセットミスによる過剰投与)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)) 22
- 事例 511：(ボスミン使用時のチームエラーに関する事例)
発生部署 (手術部門) キーワード (与薬 (注射・点滴)、調剤) 24

事例 872：(食事用フォークのコンセントへのさしこみ)
発生部署 (入院部門一般) キーワード (環境調整)・・・・・・・・・・54

事例 1022：(ポータブル撮影時の患者氏名取り換え)
発生部署 (放射線部門) キーワード (検査・採血)・・・・・・・・・・57

事例5：（ 幻聴のある患者の車椅子からの転落 ）

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【2月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日（祝祭日を含む）】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【その他病棟内】	
患者の性別【女性】 患者の年齢【65歳】	
患者の心身状態【薬剤の影響下】	
発見者【他患者】	
当事者の職種【准看護師】	
当事者の職種経験年数【30年2ヶ月】	
当事者の部署配属年数【3年5ヶ月】	
発生場面 （薬剤・製剤の種類）	【移動中】
発生内容	【 転倒 】
発生要因-確認	【 転倒 】
発生要因-観察	【観察が不十分であった】
発生要因-判断	【判断に誤りがあった】
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-贈物品	【 〃 】
発生要因-施設・設備	【 〃 】
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【その他】	【 〃 】
備考【	】

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

「こっちにおいて、おいしい物がある」との幻聴により、洗濯室まで向かい車椅子から転落した。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

看護者の観察不十分。

■実施したもしくは考えられる改善策

患者さまの状態把握に努め、行動予測をたてた関わり・観察を行う。

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

この事例の患者になぜ幻聴があるのか、病名が記されていないのでわかりません。そしてなぜ車椅子を使用しているのか、これもよくわかりません。これらの情報は重要で、できる限り正確に記載することを勧めます。例として以下のように書くことと分析するのに必要な情報が含まれると思います。

例) 老年期痴呆で入院中の患者Aが、14時頃、洗濯室の前で車椅子から転落しているところを発見する。「こっちへおいで、おいしいものがある」という幻聴に誘われてその場所まで行ったらしい。幻聴による行動化はいままでも時々みられていた。また車椅子は服用している向精神薬のために先月から使用していた。今までに転倒はあったが、車椅子から転落はなかった。

発生要因に関して

看護師が患者の転落に関する観察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。それだと、この事故が看護師個人の責任になってしまいます。発生の要因は以下の点を踏まえたいほうがよいでしょう。

患者の特性に関すること (理解度、性格、コミュニケーション能力、幻聴の程度など)
車椅子に関すること (安全性、ストッパーの状態、耐用年数など)
療養環境に関すること (洗濯室の構造、照明、看護室からの距離など)
治療に関すること (薬物療法の内容、薬物の幻聴に対する効果など)
転落に関すること (転落事故の既往、どのような防止策が採られていたかなど)

■改善策に関するコメント

車椅子からの転落は非常に危険な事故と考慮してください。なぜ車椅子を使用しているのか記載がありませんが、なんらかの歩行障害があるわけで、転倒及び転落の危険性が非常に高い状態だと考えられます。ましてや幻聴のある(病名不明)患者で、行動を予測することが非常に難しいです。ですからこの場合は、車椅子と精神症状の合併という二重のリスクが存在している、非常に危険な状態と考慮して対策を立てることが必要です。

精神症状のある患者の予測不可能な転倒・転落について

この患者の場合、幻聴となんらかの精神病を結びつけて考えることは危険です。一般論として考えることにします。精神病の患者はすべての側面でリスクの高い状態ですが、特に転倒転落に関しては非常に高いリスクがあると考えています。

平成14年度の松沢病院の調査では、転倒転落がヒヤリ・ハット・アクシデントレポート全体に占める割合の約45%であったと報告されています。その要因として、向精神薬の影響、高齢化による筋力低下、予測できない行動化などがあげられます。このような患者に対しては、観察を強化することではなく、側に付き添うことが必要なケアだと考えます。

松沢病院では、転倒転落のリスクの高い患者に関しては、患者氏名用ボード及びカルテの背表紙にリスクマーク(やや危険:黄色、非常に危険:赤)を付けてスタッフ全員が把握するようにしていますし、何かあればすぐに手が出せるようにしています。また向精神薬に関しても、転倒転落の既往、もしくはリスクが高い場合には、医師と相談して量や回数調整を図るようにしています。

車椅子使用患者への安全対策

車椅子使用の患者の転落事故の報告は、多くの場合、結果としてなんらかの傷害を負っています。

・トイレに行こうとして、立ち上がった時に前に倒れて、前額部を打った。

事例152：(睡眠剤内服後の転倒)

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)

発生日	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			
当事者の職種			
当事者の職種経験年数			
当事者の部署配属年数			
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-諸物品			
発生要因-施設・設備			
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			

・後ずさりをしてひっくり返り、後頭部を強打したが、CT上の異常はなかった。

・外に行こうとして階段からそのまま転げ落ち、上腕骨折と頭部外傷を負った。

このように車椅子に乗車しているから絶対的に安心とはいえません。患者にはストッパーをかけることや体重のかけ方など、車椅子使用時の注意や取り扱い方を十分に説明することが必要です。そしてそれが十分に理解できて実行しているかを確認します。もしもそれが不十分であった場合は、再度指導するか、車椅子不適とするなどを考えます。車椅子を使用しているから安心と考えるのではなく、車椅子で起こる事故を想定して対策を考えるようにしてください。

【参考資料】

○東京都病院経営本部ホームページ：「転倒転落防止対策マニュアル」

<http://www.byouin.metro.tokyo.jp/>

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

同室者よりナースコールあり防室すると、アモバン内服され入眠していた患者が同室者とのベッドの間で左側臥位にて倒れていた。ベッド柵は4本立ったままであった。レベルクリア、バイタルサイン・四肢の運動問題なし。起き上がれないが、支えると立位可能。患者本人にどうして下に下りたか聞くが、覚えていないと。同室者はベッド柵を触っている音を聞いてナースコールしてくれ、特に大きな物音はなかったと思うと。当直師長に報告し、当直医に診察してもらったが特に問題なく経過観察となった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

眠利服用・健忘・視力低下・難聴・脳梗塞の既往。

■実施したもしくは考えられる改善策

頻回な訪室・観察。

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、性別、病名、治療内容（手術前、後など）認知力、現在のADLと具体的な身体機能障害・感覚障害の程度、ベッドの高さ、周辺環境の情報、発生時間や患者の生活パターンなどが解ると問題を明確にしやすいでしょう。

また発生した要因の中に、“眠利服用、健忘、視力低下、難聴、脳梗塞の既往”とありますが、予め転倒・転落を予測できる情報が含まれていると考えます。発生要因を明確にし、今後の具体的な改善策を考えていくためには、起きた事象に焦点を当ててではなく、患者情報から転倒・転落の危険性を予測し、予防につながる看護計画を立案し、チームで実践することが重要です。

特に睡眠剤を使用する場合は、危険性がない患者であっても注意が必要となります。患者の生活パターンを考慮し内服時間を設定します。睡眠剤にもよりますので使用する薬剤の効能・副作用を患者と共に熟知し、内服することによるリスクを共有し、対策を講じる必要があります。

■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言われています。患者が転倒・転落すると受傷のリスクも高く、回復遅延やADLの低下などのQOLに大きな影響を及ぼすため、組織的に防止策に取り組みることが重要です。

転倒・転落アセスメントスコアシートの活用

転倒・転落は動作に関して全体として調和が取れないことが原因で起こりますが、患者個々によって転倒・転落の危険因子は異なります。患者個々の要因と患者が起こす

あるう事態を予測し、不測の事態に備える必要があります。看護介入においては、それぞれの患者の危険度を継続的にアセスメントし、発生の可能性を把握すること、患者個々に合った環境整備と転倒・転落を防止するための教育・指導が重要です。

要因は、加齢や慣れない入院環境、治療による行動制限等の「状況因子」、運動機能低下や感覚障害、認知力低下による「病態生理因子」、睡眠剤や利尿剤、抗がん剤などの「薬剤」の影響、夜間の頻尿や非排泄を要する等の「排泄」に関することと、大きく4つのカテゴリーに分類されます。

特に睡眠剤を使用することのリスクは高く、他の因子がなくても睡眠剤服用後には、中途覚醒時のふらつき、一過性前向き健忘が生じることなどから、暗がりの中での動作は注意が必要です。患者の生活パターンから睡眠剤内服時間を決め、内服前には排尿を済ませることや、中途覚醒時の動作について事前に薬剤の効能、副作用を説明し、対策を指導・教育しておくことが重要です。

また、睡眠剤の使用の必要性についても検討する必要があります。日中は散歩や運動リハビリ等を計画して患者の活動性を高める運動プログラムを実施し、できるだけ睡眠剤を使用しなくても済むようなケアを行い、夜間は転倒・転落の危険を回避する計画が重要です。

患者情報をチームで共有し、患者の危険度に応じて必要な介助や援助を行うなど、患者個々への対応の方法を看護チームで統一して行うことが重要です。そのためには、アセスメントスコアシート等を用いて、患者の転倒・転落のリスクを客観的に評価し、リスクに応じた対応を実施することが必要となります。さらに慣れない入院環境が患者の及ぼす影響についても、患者および家族に説明して、支援していく関わりが大切です。

不眠患者への対応

睡眠剤を使用しているからといって、常に不眠状態にあるとは限りません。不眠は病的に眠れないのか、不安要因から眠れないかによって対応が異なります。不眠の状況をアセスメントして対策を考えてください。後者の場合は、不安の解消や体内の時間間隔隔

ズムを取り戻すことによって不眠を解消することができます。

また、本事例のように、身体的運動能力が保持され、認知判断能力が低下している患者では、全周にわたるベッド柵の使用が、患者のベッド上での起立を誘導することになります。その結果、ベッドから降りようとした場合、高低差が高くなり、衝撃の大きな（ある時は致命的な）転倒・転落を引き起こすことが考えられます。JCAHOの Sentinel Event Alertにおいても、全周ベッド柵の使用は回避すべきとされていますので、その観点からベッド柵の使用を見直すことも考えられます。

体動コール・離床センサーの設置

夜間の転倒は、非せ行為に関連して起きやすいものです。また、予測できない行為のため看護師の介入が絡まない転倒・転落に分類されます。このように看護師等の介入が不可能であり、患者が立体保持できない状態の場合は、体動によってセンサーが作動する“体動コール”、“離床センサー”を設置することも有効な方法です。ただし、使用前提として患者・家族の同意を得る必要があります。

【参考資料】

○看護協会ホームページ：アセスメントスコアシート

<http://www.nurse.or.jp/>

○JCAHO、Sentinel Event Alert

<http://www.jcaho.org/about+us/news+letters/sentinel+event+alert/sentinel+event+alert+index.htm>

○「医療・高齢者施設におけるベッドの安全使用マニュアル」、三宅祥三監修、医療・介護ベッド安全普及協議会、2003年

事例 267: (カフエア-確認後の挿管チューブの自然抜管)

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)	
発生月 [2月]	発生曜日 [金曜日]
発生場所 [その他の集中治療室]	曜日区分 [平日]
患者の性別 [女性]	患者の年齢 [42歳]
患者の心身状態 [意欲障害、床上安静]	
発見者 [その他]	
当事者の職種 [看護師]	
当事者の職種経験年数 []	
当事者の部署配属年数 []	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【気管チューブ】
発生内容	[]
発生要因-確認	【自然抜去】
発生要因-観察	[]
発生要因-判断	【観察が不十分であった】
発生要因-知識	[]
発生要因-技術 (手法)	[]
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-施設・設備	[]
発生要因-教育・訓練	【教育・訓練が不十分だった】
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	【関連いを実施されたが、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

患者の挿管チューブのカフ圧調整、吸引後、体位交換をしたところ挿管チューブが抜けしまった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

体位交換時のチューブ固定の確認が不足した。固定が不十分だった。危険を予測しなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

防止マニュアル行動の徹底。固定の強化。

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・ハットが発生した要因が体位変換時のチューブ固定の確認不足とありましたが、カフ内圧の量調整不足で自然抜管してしまったのか、体位変換時の観察不足により挿管チューブに牽引力が働き抜けてしまったのか、あるいは固定の問題で抜けてしまったのか状況が不明です。どのような状況から発生要因を導き出したのかについての記載もあると要因が明確になり改善策が立てやすくなります。

具体的には、以下のような情報が記載されていると良いと思います。

- ・ そもそも患者はどのような状態にある人なのか（病態、自発的な運動の有無）
- ・ 挿管チューブはどのように固定され、使用していたチューブの種類は何か
- ・ 最終のチューブ固定から、どのくらいの時間が経過していたのか
- ・ 唾液や鼻汁、発汗が多い等のチューブがはがれやすい状況となる要因はなかったか
- ・ 体位変換の際にチューブと蛇管とも接続をはずして行うことがルーティン化され守られていたか
- ・ 看護師はどのようなボディ・メカニクスを使って体位変換をしたのか
- ・ 看護師は気管内挿管中の患者のケアに関して、どのような教育を受け、どの程度熟練していたのか

■改善策に関するコメント

ここでは、ひとつひとつの段階に分けて確認していきましょう。

チューブ固定の標準化

点滴のルート固定と同様に、挿管チューブのチューブ固定も院内で標準化をはかること

が事故防止の観点から重要でしょう。各医師によりテープ固定が異なることは、その後の管理や観察においてはばらつきが生じ、ヒヤリ・ハット発生の予測が難しくなります。院内でテープ固定の標準化を行い、誰もが同じテープ固定ができ、なおかつその固定方法の弱点を知り、安全に適切に管理することが出来るようにしましょう。

さらに、患者の状況により皮膚潤滑の程度や鼻汁や唾液分泌あるいは流涎等のテープが剥がれやすい因子をアセスメントし、テープ交換の頻度や吸引の頻度について検討しケア計画に組み入れると良いでしょう。また、テープの情報に関係団体と共有することが製品改良のためにも必要です。

人工呼吸器装着中の患者の体位変換

改善策に「テープの固定不十分」とありますが、体位変換の方法は適切だったのでしょうか。体位変換は循環動態に変化をもたらす行為であり、急変をもたらす可能性もあります。特にこの事例のようにリスクの高い患者の体位変換には、あらゆる状況の変化に対応できるように、体位変換は2名で実施し安全を確認することが必要です。この事例は発生時間帯が22時～23時ですが、夜勤体制においても2名で行える時間に体位変換を行う等の体制の見直しをしましょう。

また、人工呼吸器装着中の患者の体位変換についての技術を再確認しましょう。体位変換や頭部の位置を変える場合、用手換気法を用いて十分な換気を行った上で、挿管チューブと本体側の蛇管との接続を離して、挿管チューブへの牽引力が働かない状態で行うことが重要です。さらに、発生時間帯が22時～23時ということですが、安全な作業ができる十分な照明があったかについても検討する必要があります。

いずれにしても、医療安全の観点から体位変換、吸引、呼吸管理に関してどのようなリスクが潜在しているのかを明らかにした上で、安全なケアを実施するためのマニュアルの整備と、チーム全体に対する再教育が必要だと思われれます。今回、「防止マニュアルの行動」が遵守されなかった原因を追究して、必要時にマニュアルを修正することも重要だと思われれます。

カフ内圧の確認

カフ内圧の確認とありますが、どのように行われたのでしょうか。カフ圧の確認はカフ内圧が十分でないと言液が逆流してくるか、口腔内の細菌がカフ上部に貯留する点とがあります。よって2時間ごとにカフ内圧の確認を実施することが重要です。その際、吸引をせずにカフ圧を抜くと肺炎を起こすことがあるので注意が必要です。通常、カフ内圧計を使用して15~22 cm H₂O以下に保持していきます。カフ内圧計がなければ、カフを入れていって漏れないぎりぎり最低の量を入れておくということになります。カフ内圧について、ベッドサイドに表示して分かりやすくしておくことも大切です。

注意喚起の表示

発生要因に「危険を予測しなかった」と記載されています。この事例では明らかではありませんが、あまり挿管中の患者の看護になれていない部署であれば、注意を喚起するよるような表示も取り入れられてはどうか。例えば、ベッドサイドに「体位変換の前に確認しよう。チューブの固定とカフ圧を！」というような、よく生じる対する注意喚起表示を貼付しておくことも有効です。そうすることにより、頻度の少ない職場でのヒヤリ・ハットも未然に防げるのではないのでしょうか。

【参考資料】

- 「看護実践シリーズ 6 呼吸器系のケア/消化器系のケア」、Vicki L, Buchda、大西和子監訳、照林社、1994
- 「EXPERT NURSE 臨時増刊号くナース必携>最新基本手技 A to Z」、高橋章子編集、照林社、1994

事例 275: (経営栄養中の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【9月】	発生曜日【日曜日】	曜日区分【休日 (祝祭日を含む)】	発生時間帯【8時~9時台】
発生場所【病室】	患者の性別【男性】	患者の年齢【77歳】	
患者の心身状態【上肢障害】	発見者【同職種者】		
当事者の職種【看護師】	当事者の職種経験年数【		
当事者の部署配属年数【			
発生場面 (薬剤・製剤の種類)			【栄養チューブ (NG・ED)】
発生内容			【
発生要因-確認			【自己抜去】
発生要因-観察			【
発生要因-判断			【観察が不十分であった】
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-儲物品			【
発生要因-施設・設備			【
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【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった (如置不要) と考えられる】			
備考【			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

経管栄養中に患者がマーゲンチューブを抜いてしまった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

ルートにゆとりがなかった。マーゲンチューブが不適切だった。

■実施したもしくは考えられる改善策

ルートの長さは適切にする。適切なチューブの使用。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

具体的内容について

胃管カテーテルが抜かれて発見された状況、看護師や患者の状況を含めた場面に関しては、是非記入してください。事故状況がイメージしやすくなります。さらに、患者の病状、理解力、上肢の、どの何が、どの程度障害があるか、発見時の患者の体位などが詳細に記載されていると、より具体的な改善策の立案につながります。

当事者の経験年数や部署経験年数の記載も、教育的取り組みを考える上で必要です。

発生要因に関して

「ルートにゆとりがなかった」とありますが、カテーテルそのものの長さなのか、または栄養点滴セットのルートの長さが足りなかったのか明確ではありません。胃管カテーテルおよび経管栄養剤注入時の管理の実際、胃管カテーテルの固定状況はどうであったか詳細な記述があるとよいでしょう。

どうしてルートにゆとりがなかったという理由で患者は胃管カテーテルを抜いたのでしようか。患者からの訴えがあったのか、あればどのような事柄か、場面をイメージしやすい内容があれば、よりわかりやすい改善策が立てられます。

また、確認不足とありますが、どの時点でどのような確認が不足していたのか、記載があるとよいでしょう。

■改善策に関するコメント

本事例に関しては詳細な要因は不明ですが、意識状態と関連して、ルートが短かったために単純な行動で抜去してしまったのか、不適切なチューブを選択したことによる違

和感や苦痛が強かったために除去されたのか、固定法や固定位置に問題があったのか、あるいは複数の要因が重なったのかなどにより、安全対策は異なります。また、ヒヤリ・ハットの影響度「なし」と判断されていますが、経管栄養中というのが注入中であれば、抜去のタイミングや長さによっては誤嚥を招く危険性があります。基本に戻り、患者の行動レベルを予測しながら、患者につながれているカテーテル、チューブ等ルート類を扱う時、ベッドサイドを離れる際、もう一度、安全で安楽な固定ができているか確認してください。

経管栄養チューブ類の注意

改善策を立てた対策から推測すると、経管栄養中とあるため、胃管カテーテルと栄養剤を注入する時の安全管理の徹底が必要と考えます。貴院の看護手順とも照らし合わせ、具体的な改善策を検討されることが重要です。

下記について参考にしてください。

- ・ 何のために胃管カテーテルが必要か
- ・ 患者の状態はどうか、胃管カテーテルを使用してもよいか
- ・ 患者は経管栄養の必要性を理解できるのか
- ・ 適切な胃管カテーテルが選択（種類と長さ）されたか
- ・ 適切に患者に挿入され、安全と安楽を加味し固定されているか
- ・ 栄養点滴セットと接続時、充分の長さがあるか
- ・ 経管栄養剤をつなげた後、ルート類は安全に固定されているか
- ・ ベッドから離れる前の患者の状態はどうか（安全か）

教育、管理について

発生時間が日曜日の8～9時とあります。ちよと申し送り等、朝の調整の時間ではなかったでしょうか。

各勤務で、勤務者が申し送り等で重なる時間帯のケア責任の所在を明確にする必要が

あります。受け持ち以外のスタッフへ、危険性を予測し業務を一時依頼する内容や方法等の取り決めも重要です。また、患者の苦痛の訴え（サイン）も見逃さない観察方法の再教育も必要です。

【参考資料】

○ 「ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本」、川村治子、医学書院、

2003 年 6 月

事例 391：(観血的動脈ラインの自己抜去)

発生部署 (集中治療室) 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	【 】	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	【 】						
当事者の職種	【 】						
当事者の職種経験年数	【 】						
当事者の部署配属年数	【 】						
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-施設・設備	【 】						
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

脳血管バイパス術後の患者さまがICCU泊り収容となった。術中からAライン、末梢ルート、バルンが挿入されていた。ICCU収容時意識レベル80であったが、徐々に改善し2になっていた。夜間も入眠せず、体動があり起き上がるなどの危険行動があった為ライン類や安静度の説明を行った。説明後も同様の行動がみられた為頻回に観察していたが28:40体動があり様子を見に行くのとAラインが自己抜去されていた。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

危険行動があったにも関わらず、説明を理解されていないのではないか、理解されているのに抑制するのはよくないのではないか、頻回に観察することで事故は防げるのではないかと思ひ込んでしまった。

■実施したもしくは考えられる改善策

刺入部を圧迫、観察し、主治医に報告した。カルテからも危険行動の情報があり、ICCUでの危険行動も術後のレベルから予測できた。危険であると気づいた時に先輩看護師に相談し、患者に安全で、安楽な看護を考えて行く。