

| 業務プロセス別リスク要因(内服薬) | | 1-1 | 1-2 | 1-3 | 1-4 | 2-1 | 2-2 | 2-3 | 2-4 | 2-5 | 2-6 | 2-7 | 2-8 | 2-9 | 2-10 | 2-11 | 2-12 | 3-1 | 3-2 | 3-3 | 3-4 | 3-5 | 3-6 | 3-7 | 3-8 | 4-1 | |
|-------------------|--|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------------|----------------------------------|----------------|-------------|---------------|-----------------|---|-------|-----------|------|------------|--------|--------|-------------------|----------------|------------|------------|---------|------|----------|-------|-----------------|
| 内容 | | 0-1 | 0-2 | 0-3 | 0-4 | 0-5 | 0-6 | 0-7 | 0-8 | 0-9 | 0-10 | 0-11 | 0-12 | 0-13 | 0-14 | 0-15 | 0-16 | 0-17 | 0-18 | 0-19 | 0-20 | 0-21 | 0-22 | 0-23 | 0-24 | 0-25 | |
| 事例36 | カルシウム15のCUP 3xのどこかを1CUPしか内服させなかった。(同日入院し処方シートを出したが、ダブルチェックせずに即座してしまっていた) | 医師のオーダー(定時指示) | 医師のオーダー(臨時指示) | 医師のオーダー(変更・中止) | 変更・中止時は薬剤師が確認 | 看護師は指示書でオーダー内容確認(定時) | 看護師はオーダー画面・臨時指示書・口頭でオーダー内容確認(臨時) | 薬剤師は個人別引き出しに保管 | 医薬品庫/冷蔵庫/保管 | 臨時薬は処置台やかごに置く | 配薬ボックスに一日分を詰め込む | 配薬ボックスにNSAIDsのチーフの日のタ分の薬をつめた。後戻りはない。BOXに詰め、あるルビジンが1capであり詰めこむ。気付き、当日返す。 | 指示書確認 | 指示書と薬剤師確認 | 手に持つ | ポケットに入れて運ぶ | ワゴンで運ぶ | 与薬車で運ぶ | 指示書・リフト・ストパ・薬剤師確認 | 患者自己管理薬は薬袋ごと渡す | 薬を患者の手にさせる | 薬を患者の口に入れる | テーブルに置く | 内服確認 | 配薬ボックス回収 | 記録・報告 | 持参薬を看護師・医師が確認する |
| 事例37 | カルシウム15のCUP 3xのどこかを1CUPしか内服させなかった。(同日入院し処方シートを出したが、ダブルチェックせずに即座してしまっていた) | 医師のオーダー(定時指示) | 医師のオーダー(臨時指示) | 医師のオーダー(変更・中止) | 変更・中止時は薬剤師が確認 | 看護師は指示書でオーダー内容確認(定時) | 看護師はオーダー画面・臨時指示書・口頭でオーダー内容確認(臨時) | 薬剤師は個人別引き出しに保管 | 医薬品庫/冷蔵庫/保管 | 臨時薬は処置台やかごに置く | 配薬ボックスに一日分を詰め込む | 配薬ボックスにNSAIDsのチーフの日のタ分の薬をつめた。後戻りはない。BOXに詰め、あるルビジンが1capであり詰めこむ。気付き、当日返す。 | 指示書確認 | 指示書と薬剤師確認 | 手に持つ | ポケットに入れて運ぶ | ワゴンで運ぶ | 与薬車で運ぶ | 指示書・リフト・ストパ・薬剤師確認 | 患者自己管理薬は薬袋ごと渡す | 薬を患者の手にさせる | 薬を患者の口に入れる | テーブルに置く | 内服確認 | 配薬ボックス回収 | 記録・報告 | 持参薬を看護師・医師が確認する |
| 事例38 | カルシウム15のCUP 3xのどこかを1CUPしか内服させなかった。(同日入院し処方シートを出したが、ダブルチェックせずに即座してしまっていた) | 医師のオーダー(定時指示) | 医師のオーダー(臨時指示) | 医師のオーダー(変更・中止) | 変更・中止時は薬剤師が確認 | 看護師は指示書でオーダー内容確認(定時) | 看護師はオーダー画面・臨時指示書・口頭でオーダー内容確認(臨時) | 薬剤師は個人別引き出しに保管 | 医薬品庫/冷蔵庫/保管 | 臨時薬は処置台やかごに置く | 配薬ボックスに一日分を詰め込む | 配薬ボックスにNSAIDsのチーフの日のタ分の薬をつめた。後戻りはない。BOXに詰め、あるルビジンが1capであり詰めこむ。気付き、当日返す。 | 指示書確認 | 指示書と薬剤師確認 | 手に持つ | ポケットに入れて運ぶ | ワゴンで運ぶ | 与薬車で運ぶ | 指示書・リフト・ストパ・薬剤師確認 | 患者自己管理薬は薬袋ごと渡す | 薬を患者の手にさせる | 薬を患者の口に入れる | テーブルに置く | 内服確認 | 配薬ボックス回収 | 記録・報告 | 持参薬を看護師・医師が確認する |
| 事例39 | カルシウム15のCUP 3xのどこかを1CUPしか内服させなかった。(同日入院し処方シートを出したが、ダブルチェックせずに即座してしまっていた) | 医師のオーダー(定時指示) | 医師のオーダー(臨時指示) | 医師のオーダー(変更・中止) | 変更・中止時は薬剤師が確認 | 看護師は指示書でオーダー内容確認(定時) | 看護師はオーダー画面・臨時指示書・口頭でオーダー内容確認(臨時) | 薬剤師は個人別引き出しに保管 | 医薬品庫/冷蔵庫/保管 | 臨時薬は処置台やかごに置く | 配薬ボックスに一日分を詰め込む | 配薬ボックスにNSAIDsのチーフの日のタ分の薬をつめた。後戻りはない。BOXに詰め、あるルビジンが1capであり詰めこむ。気付き、当日返す。 | 指示書確認 | 指示書と薬剤師確認 | 手に持つ | ポケットに入れて運ぶ | ワゴンで運ぶ | 与薬車で運ぶ | 指示書・リフト・ストパ・薬剤師確認 | 患者自己管理薬は薬袋ごと渡す | 薬を患者の手にさせる | 薬を患者の口に入れる | テーブルに置く | 内服確認 | 配薬ボックス回収 | 記録・報告 | 持参薬を看護師・医師が確認する |
| 事例40 | カルシウム15のCUP 3xのどこかを1CUPしか内服させなかった。(同日入院し処方シートを出したが、ダブルチェックせずに即座してしまっていた) | 医師のオーダー(定時指示) | 医師のオーダー(臨時指示) | 医師のオーダー(変更・中止) | 変更・中止時は薬剤師が確認 | 看護師は指示書でオーダー内容確認(定時) | 看護師はオーダー画面・臨時指示書・口頭でオーダー内容確認(臨時) | 薬剤師は個人別引き出しに保管 | 医薬品庫/冷蔵庫/保管 | 臨時薬は処置台やかごに置く | 配薬ボックスに一日分を詰め込む | 配薬ボックスにNSAIDsのチーフの日のタ分の薬をつめた。後戻りはない。BOXに詰め、あるルビジンが1capであり詰めこむ。気付き、当日返す。 | 指示書確認 | 指示書と薬剤師確認 | 手に持つ | ポケットに入れて運ぶ | ワゴンで運ぶ | 与薬車で運ぶ | 指示書・リフト・ストパ・薬剤師確認 | 患者自己管理薬は薬袋ごと渡す | 薬を患者の手にさせる | 薬を患者の口に入れる | テーブルに置く | 内服確認 | 配薬ボックス回収 | 記録・報告 | 持参薬を看護師・医師が確認する |

事例36: 患者が入院(緊急)し内服薬を預かった。緊急入院であり、看護師により、看護師による配薬とした。

事例37: 患者が入院(緊急)し内服薬を預かった。緊急入院であり、看護師により、看護師による配薬とした。

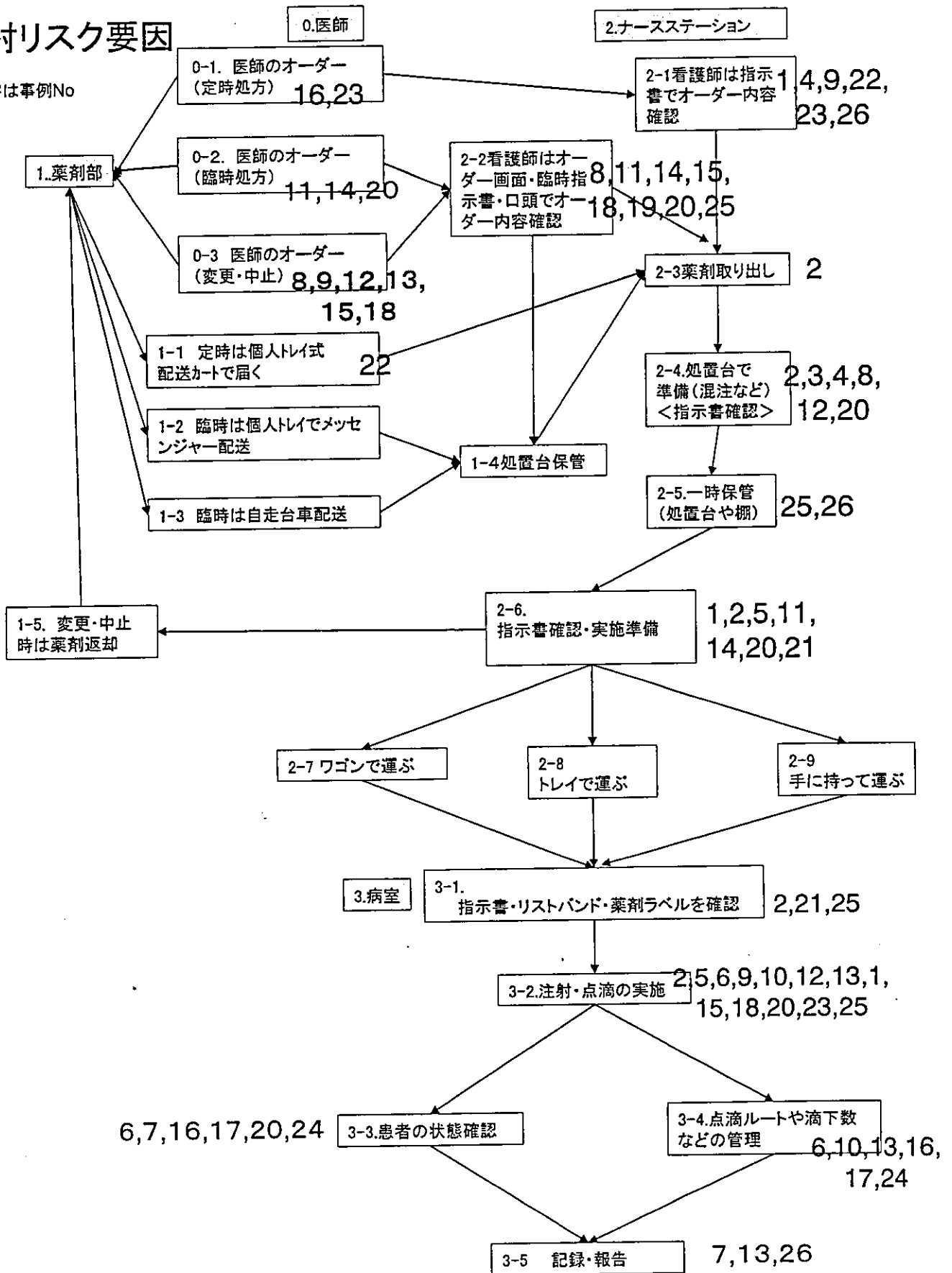
事例38: 患者が入院(緊急)し内服薬を預かった。緊急入院であり、看護師により、看護師による配薬とした。

事例39: 患者が入院(緊急)し内服薬を預かった。緊急入院であり、看護師により、看護師による配薬とした。

事例40: 患者が入院(緊急)し内服薬を預かった。緊急入院であり、看護師により、看護師による配薬とした。

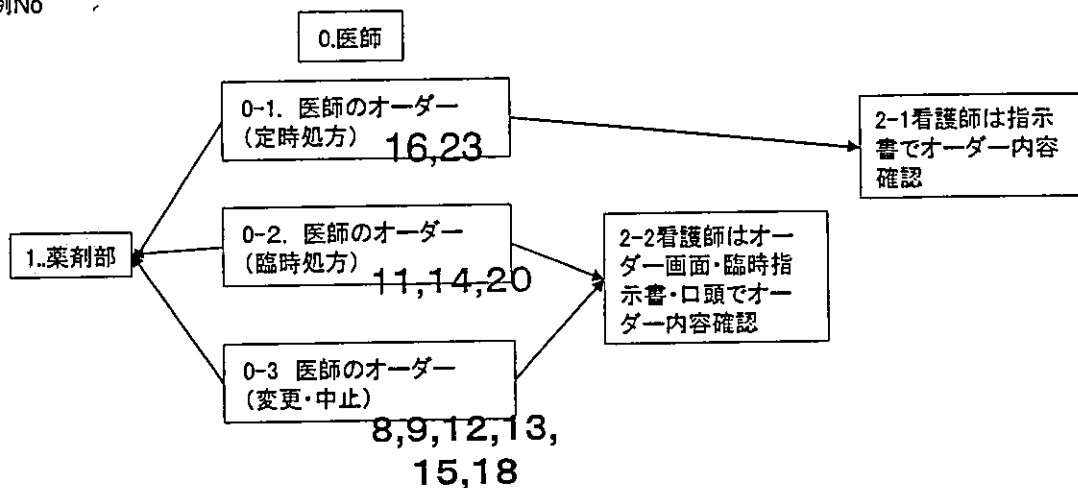
注射リスク要因

数字は事例No



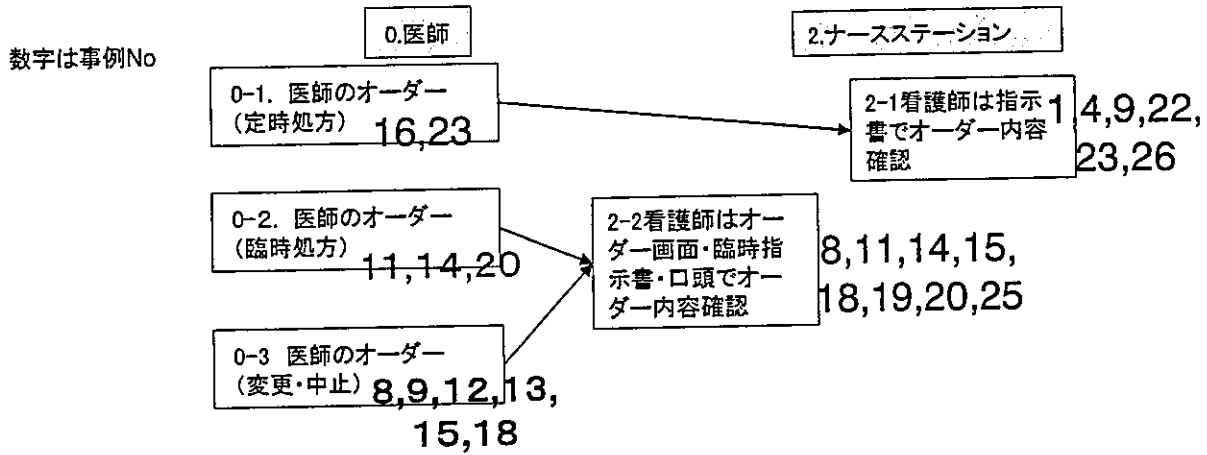
注射業務プロセスの主なリスク要因(医師のオーダー)

数字は事例No



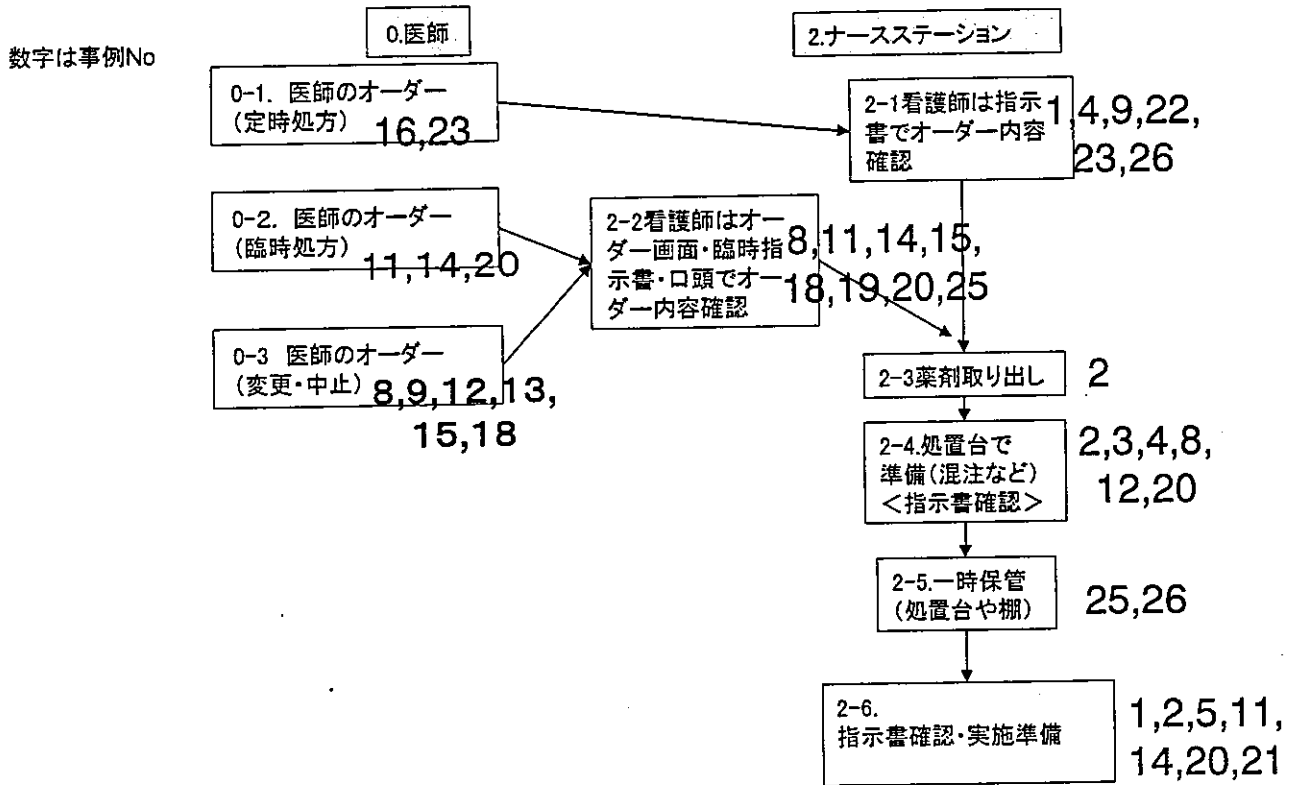
| 業務プロセス | | 事例No | 主なリスク要因 |
|--------|--------------------|------|--|
| 0-1 | 医師のオーダー (定時指示) | 事例16 | 指示は12:11~PM16時~AM8時まで0.4ml/h固定の指示であったが混乱や落ち着きのなさなどで0.1ml/h増減可能であった |
| | | 事例23 | 対症指示の意図がわかりにくい指示だった |
| 0-2 | 医師のオーダー (臨時指示) | 事例11 | 日勤看護師と選出に出した点滴速度の指示が違っていた。オーダー入力を23時になっても行わなかった。 |
| | | 事例14 | 医師は入院時に持参した内服薬を継続するとリーダー看護師に口頭で指示した。(インスリン注射と血糖降下剤と重複していた) |
| | | 事例20 | ヘパリンアレルギーだとは知っていたが忘れていた。(主治医が不在だったため、他の医師が対応) |
| 0-3 | 医師のオーダー (変更・中止) | 事例8 | 血糖指示変更の指示書を選出勤務者が受け取った |
| | | 事例9 | 代内医師は3:00にインスリン指示をオーダー入力したが、看護師に連絡しなかった。整形外科医師もインスリン指示を出していた。 |
| | | 事例12 | 指示は出したが、ノラジック30ミックス注フレックスは処方していなかった。 |
| | | 事例13 | 12/13の指示で、点滴終了抜針の指示を出す。(12/14~点滴オーダーはなかったが、終了との加行記録はなく、口頭での指示) |
| | | 事例15 | 12/27の時点で発発時の対症指示が2つあり、1つは現在使用している抗生剤への変更で、もう1つは12/31から別の抗生剤への変更指示のコメントが入っていた。 |
| | | 事例18 | 医師の指示は、朝・夕2回(透析後というコメント指示はなかった。) |

注射業務プロセスの主なリスク要因 (看護師の医師の指示確認)



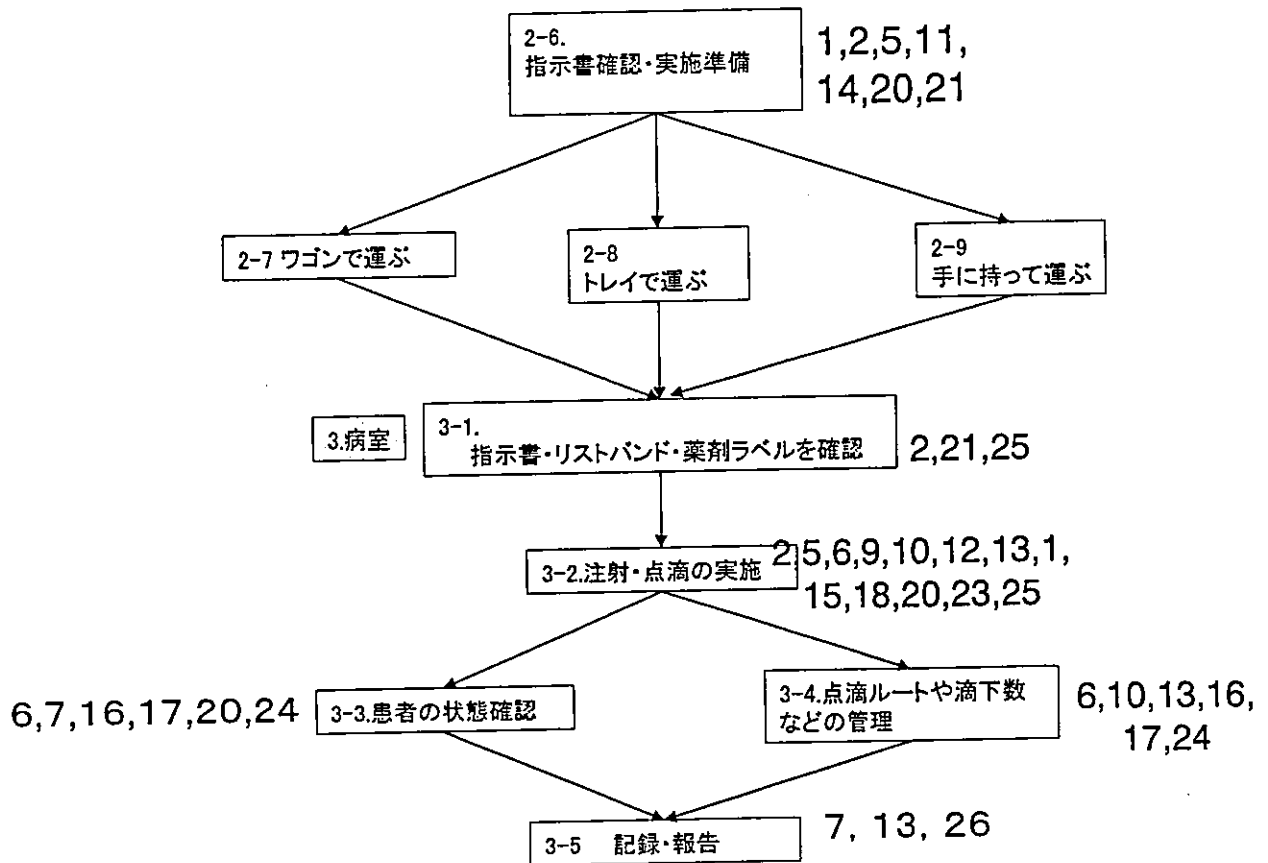
| 業務プロセス | | 事例No | 主なリスク要因 |
|--------|----------------------------------|------|--|
| 2-1 | 看護師は指示書でオーダー内容確認(定時) | 事例1 | 朝、受け持ち患者のワークシートを確認する。、自分のフリーシートには未記載だった。 |
| | | 事例4 | 指示書で薬品名を確認しなかった。 |
| | | 事例9 | 看護師2名で指示書をダブルチェックした。(3:00のオーダーは指示書には反映されないで、整形外科医師の指示を確認した) |
| | | 事例22 | 患者のワークシートを差し替えた際に抗生剤があることは気づいていたが、時間を見落とした。日勤と準夜でいくものとの思い込んだ。 |
| | | 事例23 | 1/6と1/7の朝の体重を比べなければならぬのに、1/6(夕方)と1/7(朝)の体重を比べてしまい、指示をクリアーしたと判断 |
| | | 事例26 | 9:00に投与予定の抗生剤があったが、点滴準備の際、確認のワークシートがなかったため、後で確認することとし、棚に置いたままにしていた |
| 2-2 | 看護師はオーダー画面・臨時指示書・口頭でオーダー内容確認(臨時) | 事例8 | 運出勤務者から指示の変更を聞いた時、スケールの変更にとらわれて、最初から最後まで、指示書を確認しなかった。 |
| | | 事例11 | 運出から準夜看護師への伝達が曖昧。 |
| | | 事例14 | 血糖降下剤は朝インスリン注射をやっているからいらぬということを伝えなかった。 |
| | | 事例15 | 熱発時の対症指示を準夜勤務者(処置)と確認。12/31~とコメントが入っていたが見落とし、すぐに抗生剤変更だと思った。 |
| | | 事例18 | その患者のマキウムをリーダーとワークシートで確認。その時透析のことは頭になかった。 |
| | | 事例19 | 今までガンマナイフで硫酸アトロピンが使用されてなかった。硫酸アトロピンの印刷が薄くて見えにくかった |
| | | 事例20 | 介助依頼を受けた看護師は患者の詳しい情報収集はせず、担当看護師にも確認しなかった。 |
| | | 事例25 | 注射指示書を読みながら点滴の準備をした。 |

注射業務プロセスの主なリスク要因(準備時確認)



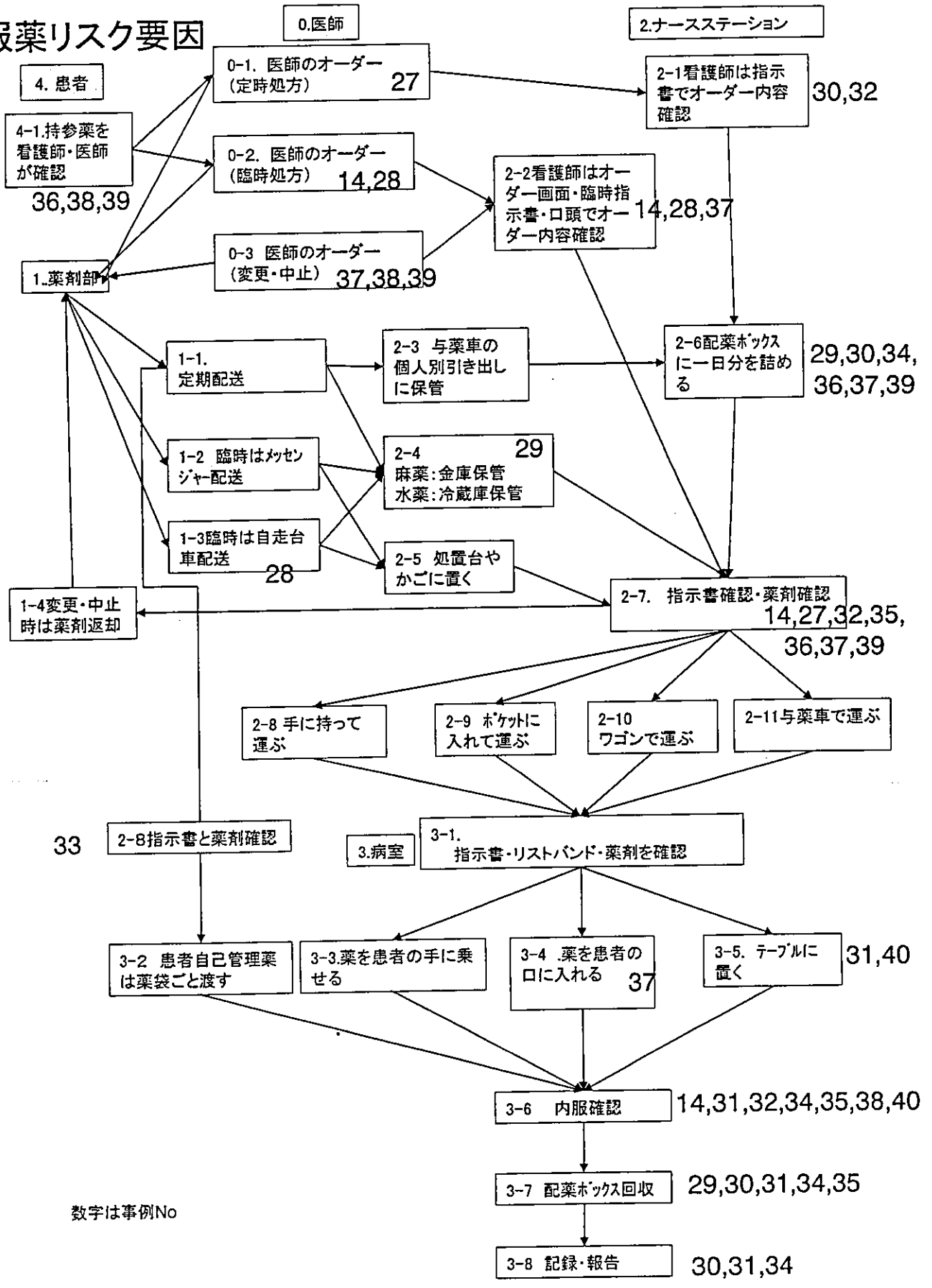
| | | | |
|-----|-------------------|------|--|
| 2-4 | 処置台で準備(混注など)指示書確認 | 事例2 | 4:00に二人で薬品をダブルチェックしたので、8:00は一人で準備した。ワソランだと思い込んで、ジゴシンを準備した |
| | | 事例3 | 凍結血漿にポンプ用の輸液セットを接続した(PPFと間違えた) |
| | | 事例4 | フサン100mgを生食100mlの溶解液で作成したら、白濁した。 |
| | | 事例8 | 血糖測定の結果、115であった。前回の指示では250以上で、インスリン注射の指示であり、また、日頃の血糖値に比べ低値だったことなどから、インスリン投与しなかった。この際、指示簿とのダブルチェックを怠った。 |
| | | 事例12 | 「ノボラビット30ミックス」を「ノボラビット」と誤認。ダブルチェックでも気づかなかった。看護師は「ミックス注」を知らなかった。 |
| | | 事例20 | CV挿入の準備をして、ヘパフラッシュを用意していた。 |
| 2-6 | 指示書確認・実施準備 | 事例1 | 昼休みの休憩交代の前に他の看護師に依頼することを忘れた |
| | | 事例2 | 急いで投与しなければならない、投与直前の確認を行わなかった |
| | | 事例5 | 指示は8:00であるが、少し早めにして、10分ぐらいなら早くても大丈夫だろうと判断した |
| | | 事例11 | 深夜看護師は点滴速度を指示書で確認しなかった |
| | | 事例14 | インスリン注射したことと血糖降下剤とを関連づけて考えられなかった |
| | | 事例20 | 担当看護師は処置介助者にヘパフラッシュ禁止のことを伝達しなかった |
| | | 事例21 | 指示書を確認しなかった |

注射業務プロセスの主なリスク要因(患者への実施)



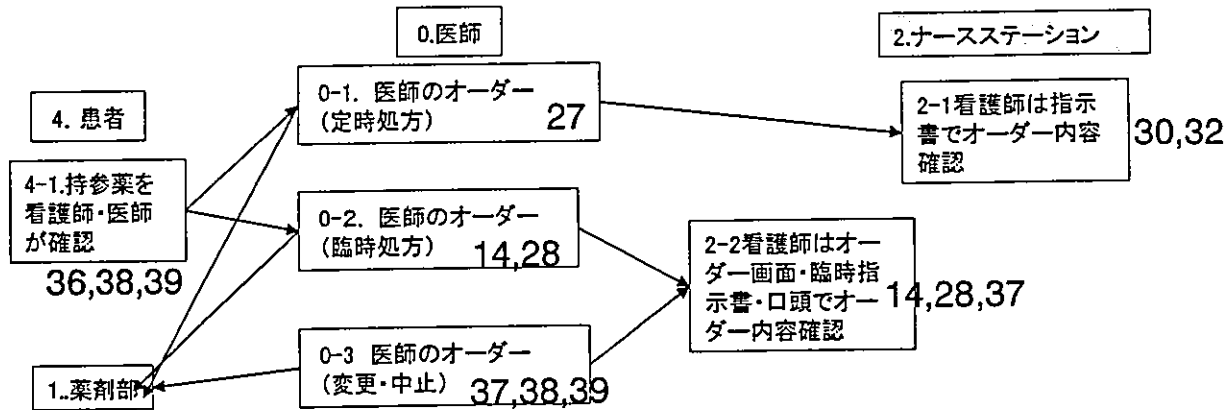
| 業務プロセス | 事例No | 主なリスク要因 |
|--------|--|---|
| 3-1 | 事例2 | ワークシートをもたずに患者の所にもって行った |
| | 事例21 | 点滴ボトルとリストバンドで患者確認をせずに点滴をつなげた。つなげ終えて、病室を出てから、投与する患者を間違えたことに気付いた。 |
| | 事例25 | 定期的に通院している患者だったため、指示書確認が不十分だった |
| 3-2 | 事例2 | 間違った点滴を接続した |
| | 事例5 | 指示は8:00注射だったが、7:50に実施した |
| | 事例6 | シャワー後、点滴接続し、滴数を合わせた |
| | 事例9 | 患者にインスリンを注射した。 |
| | 事例10 | 持続の点滴が早めに終わったので追加した |
| | 事例12 | 「ノボラピット30iックス」ではなく「ノボラピット」を注射した |
| | 事例13 | ずれていた点滴を0時半に接続。12/14分のワークシートに時間とサインを記入した。日動には「今の点滴で終了抜針」と申し送りをした。 |
| | 事例14 | 7:30血糖測定スケール打ちのため指示通りインスリン注射を実施。 |
| | 事例15 | 12/31から適用する指示の薬剤を、12/27に実施した |
| | 事例18 | 透析後に投与すべき抗生剤を前に投与してしまった。 |
| | 事例20 | 医師の指示のもとヘパフラッシュを使用(ヘパリン禁止患者) |
| | 事例23 | リックスを投与しなかった。次の勤務の人に指摘されて9:00投与のはずだったが、15:00に投与 |
| 事例25 | 指示書でST3 1000mlとなっていたが、ST3G 1000mlの点滴をしてしまった。 | |

内服薬リスク要因



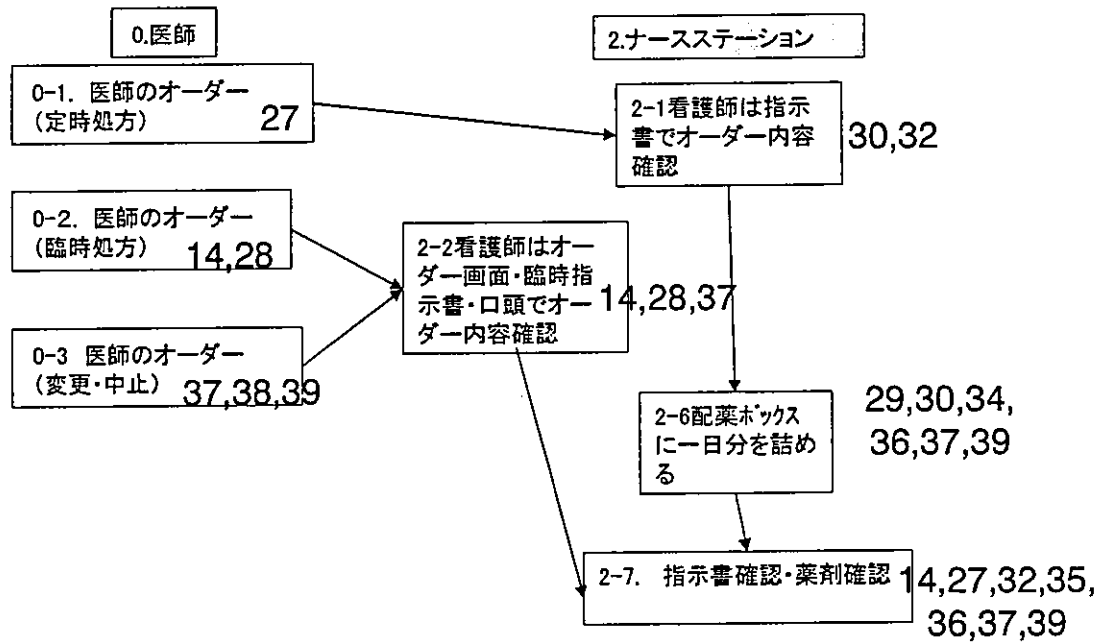
数字は事例No

内服薬業務プロセスの主なリスク要因(医師のオーダー)



| 業務プロセス | | 事例No | 主なリスク要因 |
|--------|---------------------|------|---|
| 0-1 | 医師のオーダー (定時指示) | 事例27 | オキシコドン20mgと5mgの複数規格の指示をだした。指示書では2つの薬剤の欄が離れていた。 |
| | | 事例14 | 医師は入院時に持参した内服薬を継続するとリーダー看護師に口頭で指示した。 |
| 0-2 | 医師のオーダー (臨時指示) | 事例28 | 口頭指示をした。指示書は看護師に手渡ししていない |
| | | 事例37 | カンナリンはそれまで眠前投与だったが、重複指示は朝のタイミングになっていたため気づかなかった。 |
| 0-3 | 医師のオーダー (変更・中止) | 事例38 | 入院時よりプロブレス8mgから4mgに変更の指示をだした。 |
| | | 事例39 | 内服指示入力後、ラシックスの投与量を入院前と変更したことを看護師に伝えなかった。 |
| | | 事例36 | 患者が入院(緊急)し内服薬を預かった。緊急入院であり、看護師による配薬とした。 |
| 4-1 | 持参薬を看護師・ 医師が確認する | 事例39 | 入院時ラシックス40mg2錠を朝夕で内服していることを患者から確認して、医師に報告。 |

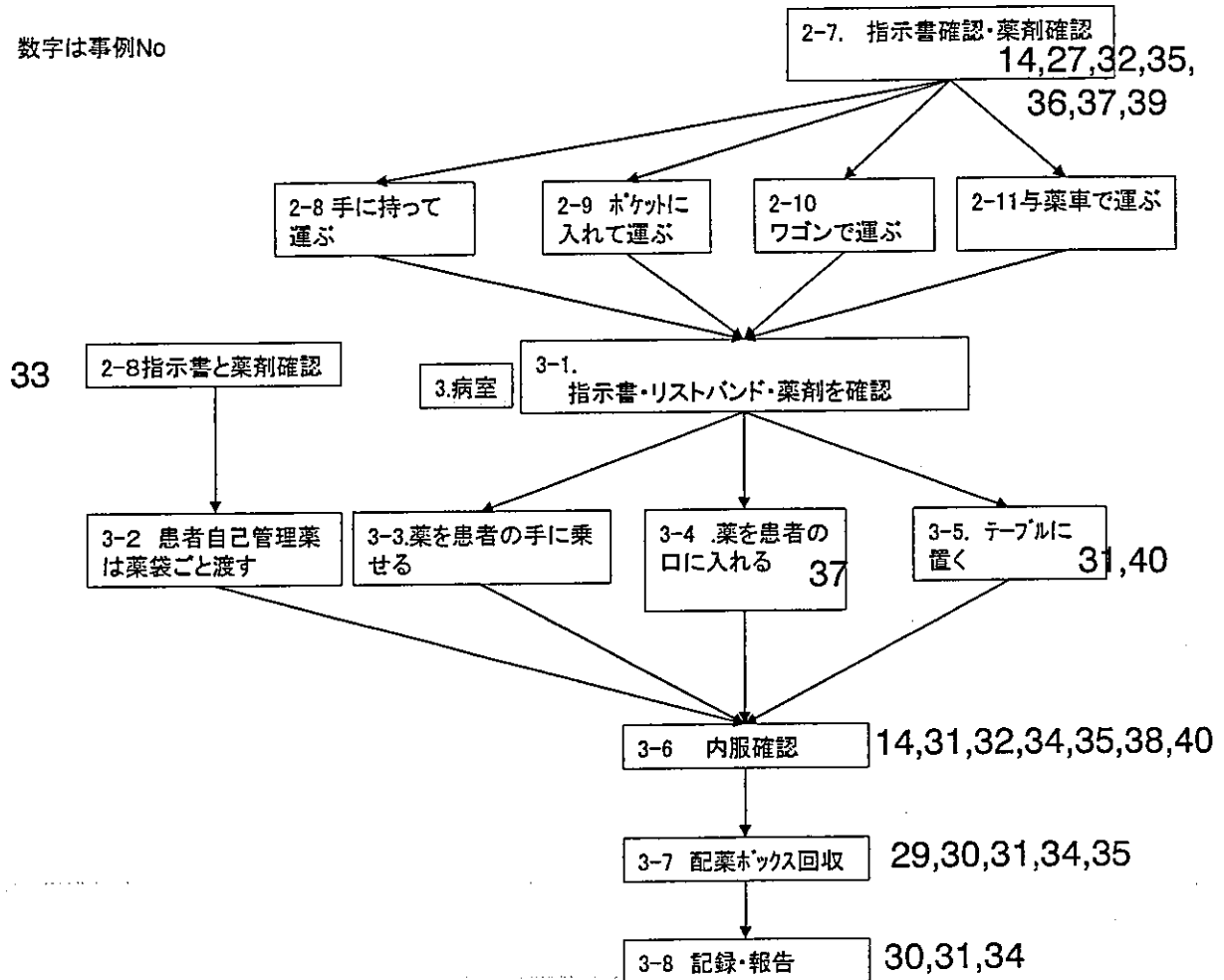
内服薬業務プロセスの主なリスク要因(看護師の指示確認行為)



| 業務プロセス | 事例No | 主なリスク要因 |
|---|------|---|
| 2-1 看護師は指示書 でオーダー 内容確認(定 時) | 事例30 | 日勤の受け持ち看護師は、事前に与薬指示書の内容を確認していなかった。 |
| | 事例32 | 9時から勤務の看護師は、内服指示を確認せずに後退業務を行った。 |
| 2-2 看護師はオーダー 画面・臨時 指示書・口頭 でオーダー 内容確認(臨 時) | 事例14 | 血糖降下剤は朝インスリン注射をやっているからいらぬということを伝えなかった。 |
| | 事例28 | 看護師は指示書を確認しなかった |
| | 事例37 | 深夜勤務者は前日と当日の指示書差し替える時に、重複指示に気づけなかった。 |
| 2-6 配薬ボックスに一 日分を詰 める | 事例29 | 薬の確認をしていたら、薬箱の「朝」の所にオキシコンチンがあるのを発見した。 |
| | 事例30 | 深夜看護師が配薬ボックスに薬を詰める際に、朝9時に使用予定のワイドールテープを量のところに入れた |
| | 事例34 | 配薬ボックスが個人の引き出しではなく、与薬車の上にあった |
| | 事例36 | 日勤の当事者がボックスにその日の夕分の薬をつめた。深夜は詰めてあるレバミンが1capであり、詰めてある量が違うことに気づき、当事者へ確認。 |
| | 事例37 | 深夜勤務者も重複指示に気づかず、朝の所にカルデナリンを詰めた。 |
| | 事例39 | 深夜でボックスに詰める際、半夜より40mg2錠 朝・昼と申し送られていたため、思い込みで詰めた。 |
| 2-7 指示書確認・薬 剤確認 | 事例14 | インスリン注射したことと血糖降下剤とを関連づけて考えられなかった |
| | 事例27 | 5mgの方はだぶりだと思い込んだ。ダブルチェック相手の看護師とは20mgの方しか確認しなかった |
| | 事例32 | 昼食後薬を確認している時に9時のオキシコンチンの投与忘れに気づいた |
| | 事例35 | 昼食後薬を投与し忘れた |
| | 事例36 | NSステーションのテーブルの上においておいた薬をワークシートと照らして自己チェックのみで済した |
| | 事例37 | 重複指示に気づけなかった |
| | 事例39 | 指示では、40mg1錠分2に変更となっていたため、夕分は20mg投与であったが、思い込みで40mg投与した |

内服薬業務プロセスの主なリスク要因(患者への実施)

数字は事例No



| 業務プロセス | 事例No | 主なリスク要因 |
|--------------|------|---|
| 3-6 内服確認 | 事例14 | 血糖降下剤を投与した |
| | 事例31 | 患者は睡眠薬をテーブルに置いたまま寝ていた。 |
| | 事例32 | 患者に9時に内服したかを確認しなかった。 |
| | 事例34 | ボックスに眠前薬が残っていた |
| | 事例35 | 準夜Nsに配薬ボックスに昼食後薬が残っていることを指摘され、与薬していないことに気付く |
| | 事例38 | 与薬のため、薬をもっていくと、患者から「もう飲んだ」と報告された。空のシートを見ると、指示の4mgではなく、8mgだった。 |
| | 事例40 | 患者が内服するところを確認していない。後日ベッドから錠剤が見つかった |
| 3-7 配薬ボックス回収 | 事例29 | オキシコドン錠が、患者用の配薬ボックスに入っていた。 |
| | 事例30 | 配薬ボックスに薬が残っているかを確認しなかった。(深夜看護師が朝食後薬を配薬した) |
| | 事例31 | 病棟では0時に内服していない薬剤は一旦回収するきまりだったが、いつも1時くらいに内服しているからと思い、回収しなかった。 |
| | 事例34 | ボックスが与薬車の上に乗っていたため、配薬忘れに気付かなかった。 |
| | 事例35 | ボックス回収時の確認不足 |

転倒・転落インシデント分析

第一段階分析(量的分析)

1)目的

転倒・転落の発生状況を把握するために、リスク要因を特定した転倒・転落リスクマップを作成する

2)リスク要因

- ①発生時間
- ②発生場所
- ③発生状況 行動のきっかけ 直接原因(心身の状況)
- ④リスク要因との関係 薬剤(催眠・鎮痛) 自助具・介助用具 介護者 その他

3)分析対象

平成16年9月～平成17年1月までにK病院で報告された転倒・転落に関するインシデント

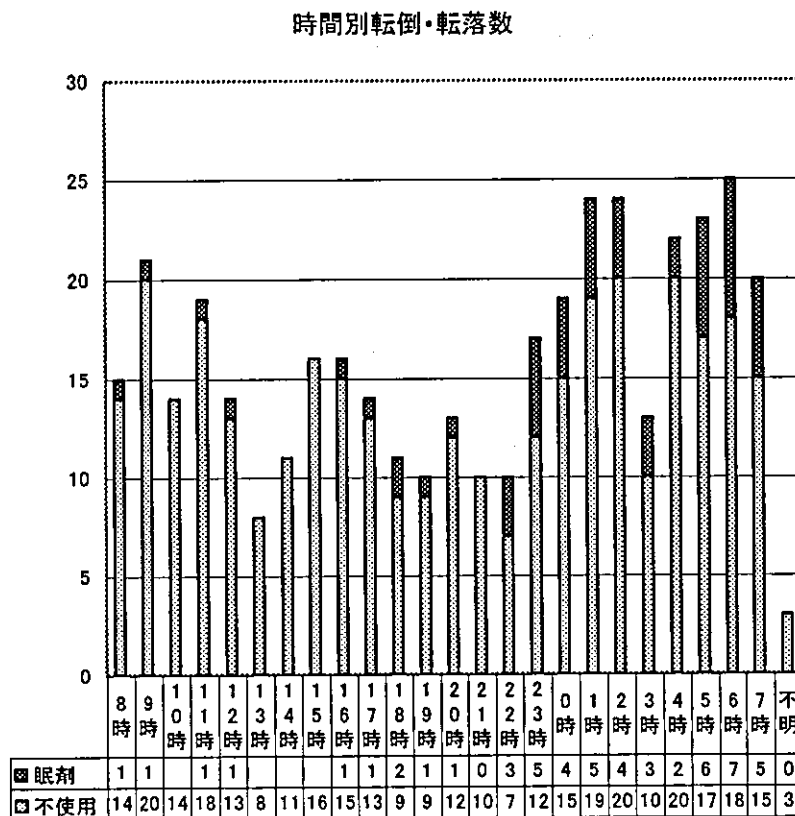
4)分析数 392事例(インシデント報告書)

5)分析結果

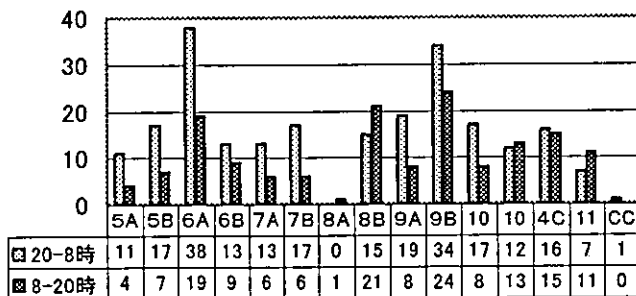
1 時間帯別転倒状況

| 時間 | 全件数 | 不使用 | 眠剤 |
|-----|-----|-----|----|
| 8時 | 15 | 14 | 1 |
| 9時 | 21 | 20 | 1 |
| 10時 | 14 | 14 | |
| 11時 | 19 | 18 | 1 |
| 12時 | 14 | 13 | 1 |
| 13時 | 8 | 8 | |
| 14時 | 11 | 11 | |
| 15時 | 16 | 16 | |
| 16時 | 16 | 15 | 1 |
| 17時 | 14 | 13 | 1 |
| 18時 | 11 | 9 | 2 |
| 19時 | 10 | 9 | 1 |
| 20時 | 13 | 12 | 1 |
| 21時 | 10 | 10 | 0 |
| 22時 | 10 | 7 | 3 |
| 23時 | 17 | 12 | 5 |
| 0時 | 19 | 15 | 4 |
| 1時 | 24 | 19 | 5 |
| 2時 | 24 | 20 | 4 |
| 3時 | 13 | 10 | 3 |
| 4時 | 22 | 20 | 2 |
| 5時 | 23 | 17 | 6 |
| 6時 | 25 | 18 | 7 |
| 7時 | 20 | 15 | 5 |
| 不明 | 3 | 3 | 0 |
| 合計 | 392 | 338 | 54 |

1)時間帯別転倒・転落数



2)転倒件数(夜間・昼間)病棟比較



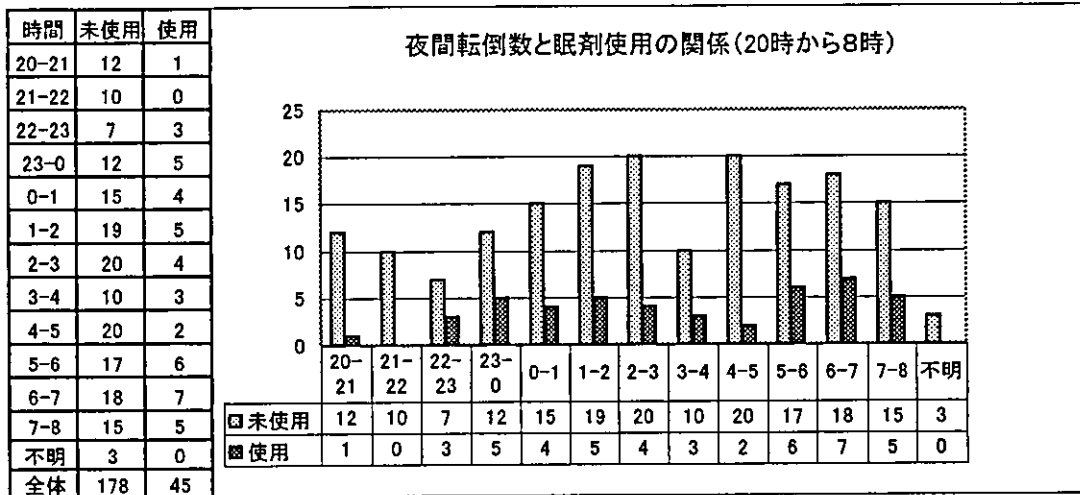
3)転倒の時間帯別特徴

結果:1)2)の結果から

- ①夜間と昼間では夜間が多い
- ②夜間では23時～2時、4時～7時が多い
- ③催眠剤との関連は夜間転倒事例報告に多い
- ④13時～14時、18時～19時は少ない
- ⑤21時～22時、3時は少ない
- ⑥昼間の転倒では催眠剤の記載は少数である
- ⑦夜間転倒が昼より多い病棟が多い
- ⑧整形外科、脳神経外科は昼の転倒が多い

2 催眠剤・鎮痛剤使用と転倒の関係

1) 夜間時間帯別転倒状況(催眠剤使用・不使用別)



2) 鎮静・催眠剤の作用時間と転倒した時間

| 時間帯 | 20-21 | 21-22 | 22-23 | 23-0 | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | 5-6 | 6-7 | 7-8 | 8-12 | 12-16 | 16-20 | 全体 |
|-----|-------|-------|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|-------|----|
| 超短期 | | | 1 | 2 | 1 | | 1 | | | 1 | 2 | | | | | 8 |
| 短期 | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 2 | | 2 | 1 | 3 | | | 1 | 13 |
| 中期 | | | | 2 | | 2 | | | | | | | | | | 4 |
| 向精神 | | | | 2 | | | | | 1 | 1 | 1 | | | | 2 | 7 |
| 麻薬 | | | 1 | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 2 | 14 |
| 鎮痛 | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | 5 |
| 不安 | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | 3 |
| 合計 | 1 | 0 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 6 | 7 | 5 | 3 | 2 | 5 | 55 |

3) 転倒患者が使用していた催眠剤・鎮痛剤の種類

| 作用 | 種類 | 件数 | 備考(併用) | 作用 | 種類 | 件数 | 作用 | 種類 | 件数 |
|------------|--------|----|---------|------------|---------|----|------------|---------|----|
| 超短期 催眠剤 | ハルシオン | 5 | オキシコンチン | 抗不安 向精神 | デバス | 2 | 麻薬 | 塩酸モルヒネ | 6 |
| | マイスリー | 1 | | | トクマチール | 1 | | オキシコンチン | 8 |
| | アモバン | 2 | | | セレネース | 3 | | デプロブパッチ | 2 |
| 短期 催眠剤 | レンドルミン | 13 | アタラックスP | | アタラックスP | 2 | 非麻薬 鎮痛剤 | MSコンチン | 1 |
| | トルミカム | 1 | | | 向精神薬 | 4 | | フェンタニール | 1 |
| 中期 催眠剤 | ユーロジン | 1 | | | | | ホルタルン | 1 | |
| 催眠剤 | ベンザリン | 2 | | | | | ベンタジン | 1 | |
| | | | | | | | レバタン | 1 | |
| | | | | | | | テクレール | 1 | |

4) 催眠剤・鎮痛剤使用者の転倒場所と転倒状況(20時-8時まで)

| 転倒場所 | ふらつき | 滑った | つまづき | 足絡まる | 気絶・めまい | 膝折れ | 力入らず | 寝返り | 不明 | 空白 | 合計 |
|--------|------|-----|------|------|--------|-----|------|-----|----|----|----|
| ベッドサイド | 14 | 3 | 1 | | | 1 | | 1 | 11 | | 31 |
| トイレ | 3 | | | | 1 | | | | | | 4 |
| 廊下 | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | 3 |
| テイルーム | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| 部屋入り口 | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| 未記入 | 2 | 2 | | | | | | | 1 | | 5 |
| 合計 | 21 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 13 | 0 | 45 |

5) 催眠剤・鎮痛剤などの薬物使用と転倒の関係

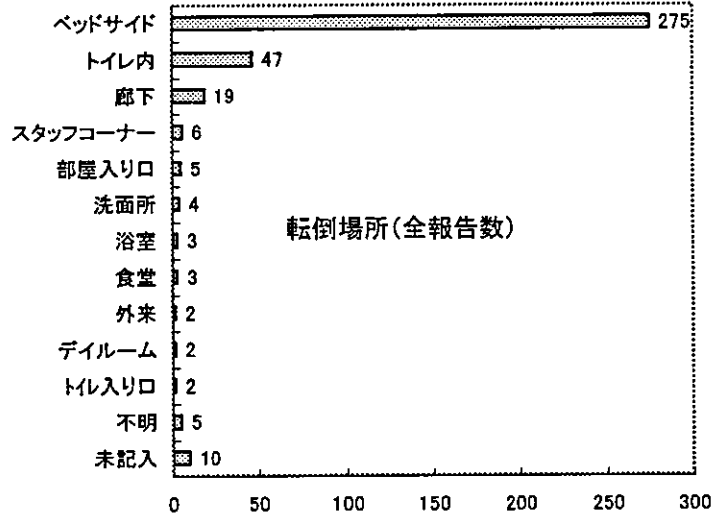
結果: 1)から4)までの結果から

- ① 夜間転倒者の5人に1人は催眠剤や鎮痛剤を使用している
- ② 昼間の転倒報告では、催眠剤の記載は少数である。(10例)
記載が少ない理由は、服用がないのか、看護師がリスク要因として認識していないためかは不明である。
- ③ 催眠剤の種類、作用時間によって転倒のリスクが増加するかは判断できない
- ④ 転倒場所はベッドサイドが多く、ふらつきを自覚し、動作開始や動作中が多い

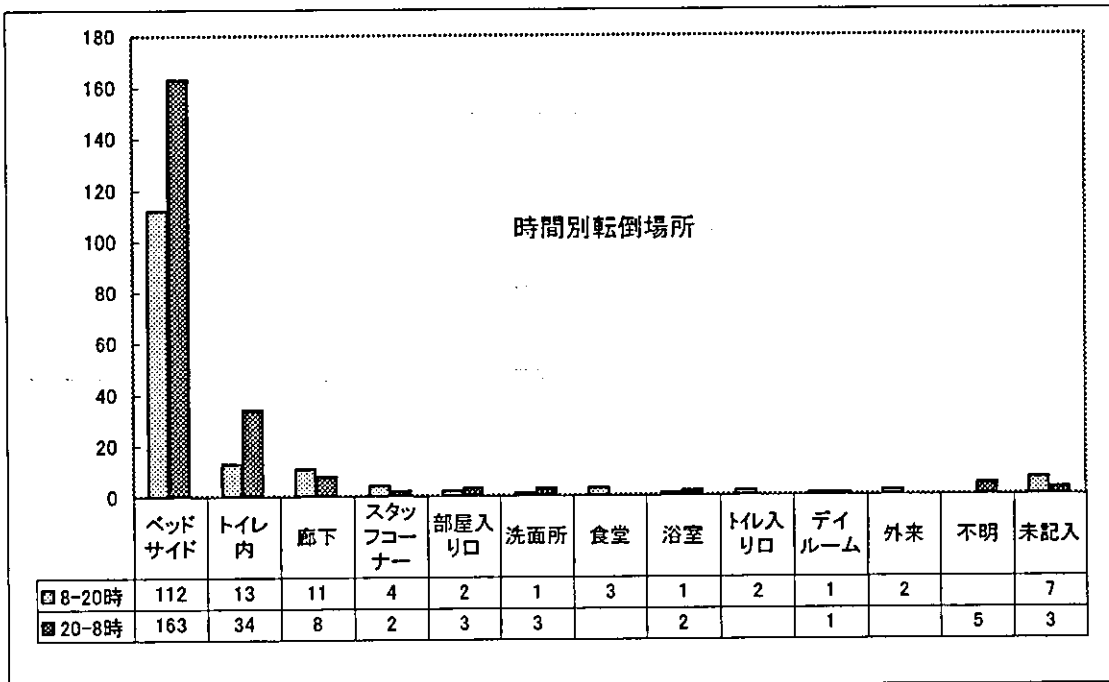
3 転倒場所

1) 転倒場所

| 場所 | 合計 | 8-20時 | 20-8時 |
|----------|-----|-------|-------|
| ベッドサイド | 275 | 112 | 163 |
| トイレ内 | 47 | 13 | 34 |
| 廊下 | 19 | 11 | 8 |
| スタッフコーナー | 6 | 4 | 2 |
| 部屋入り口 | 5 | 2 | 3 |
| 洗面所 | 4 | 1 | 3 |
| 食堂 | 3 | 3 | |
| 浴室 | 3 | 1 | 2 |
| トイレ入り口 | 2 | 2 | |
| デイルーム | 2 | 1 | 1 |
| 外来 | 2 | 2 | |
| 不明 | 5 | | 5 |
| 未記入 | 10 | 7 | 3 |



2) 時間帯別転倒場所



3) 転倒場所の特徴

結果: 1)・2)より

- ① 夜間・昼間ともにベッドサイドが一番多い(70%を閉めている)
- ② 2番目はトイレで12%である
- ③ 廊下は活動する昼間が多い

4 転倒状況・原因の分析

1) 時間帯別の転倒状況

① 昼間(8時-20時)

| 転倒場所 | 回数 |
|--------|-----|
| ベッドサイド | 112 |
| トイレ内 | 12 |
| 廊下 | 11 |
| スタッコナー | 4 |
| 食堂 | 3 |
| トイレ入り口 | 2 |
| 外来 | 2 |
| 部屋入り口 | 2 |
| デイルーム | 1 |
| トイレ | 1 |
| 浴室 | 1 |
| 洗面所 | 1 |
| 未記入 | 7 |

| 原因 | 回数 |
|---------|----|
| ふらつき | 45 |
| 滑った | 31 |
| つまづき | 15 |
| バランスを崩す | 9 |
| めまい | 8 |
| 膝折れ | 2 |
| 力入らず | 1 |
| 失神 | 1 |
| 未記入 | 14 |
| 不明 | 32 |

| 行動のきっかけ | 回数 |
|-----------|----|
| 動こうとして | 33 |
| 歩行中 | 21 |
| トイレに行こう | 16 |
| ベッドに戻る | 14 |
| 立ち上がろうとする | 11 |
| 物を取ろうとして | 9 |
| 排泄中 | 6 |
| 椅子に座る | 2 |
| ベッドから降りる | 2 |
| 寝返り | 2 |
| ポータブルトイレ | 1 |
| 洗面 | 1 |
| 着替え | 1 |
| 不明 | 32 |
| 未記入 | 8 |

| 物品との関係 | 回数 |
|----------|----|
| 車椅子 | 12 |
| 点滴 | 6 |
| ポータブルトイレ | 4 |
| 歩行器 | 3 |
| 椅子 | 3 |
| 杖 | 2 |
| オーバーテーブル | 1 |
| コード | 1 |
| 抑制帯 | 2 |
| タイル | 1 |
| 手摺 | 1 |
| 柵 | 1 |
| ブロック | 2 |
| 家族 | 2 |
| 看護師 | 1 |

② 夜間(20時-8時)

| 転倒場所 | 回数 |
|--------|-----|
| ベッドサイド | 163 |
| トイレ | 34 |
| 廊下 | 8 |
| 洗面所 | 3 |
| 部屋入り口 | 3 |
| 浴室 | 2 |
| スタッコナー | 2 |
| デイルーム | 1 |
| 未記入 | 5 |

| 原因 | 回数 |
|--------|----|
| ふらつき | 80 |
| 滑った | 32 |
| つまづき | 14 |
| 寝返り | 4 |
| 力入らず | 3 |
| 足絡まる | 1 |
| 気絶・めまい | 8 |
| 膝折れ | 4 |
| 不明 | 75 |

| 行動のきっかけ | 回数 |
|------------|----|
| トイレにいこうとして | 52 |
| ベッドに戻る | 25 |
| 動こうとして | 20 |
| 歩行中 | 18 |
| 排泄中に | 10 |
| 物を取ろう | 7 |
| ベッドから降りる | 4 |
| 寝返りを打ったら | 4 |
| 洗面中 | 3 |
| 立ち上がろう | 3 |
| 椅子に座る | 1 |

| 物品との関係 | 回数 |
|--------|----|
| 点滴 | 11 |
| トイレ | 5 |
| 抑制 | 5 |
| 車椅子 | 3 |
| 柵 | 2 |
| ズボン | 2 |
| スリッパ | 2 |
| 杖 | 1 |
| 椅子 | 1 |
| 靴下 | 1 |
| テーブル | 1 |
| 歩行器 | 1 |

2) 転倒場所と転倒時の状態 (8時-20時)

| 昼間 | ふらつき | 滑った | つまづき | バランス | 気絶・めまい | 膝折れ | 力入らず | 寝返り | 不明 | 空白 | 全体 |
|--------|------|-----|------|------|--------|-----|------|-----|----|----|-----|
| ベッドサイド | 36 | 18 | 6 | 7 | 10 | | 1 | | 24 | 12 | 112 |
| トイレ内 | 3 | 3 | | 1 | 1 | 1 | | | 3 | 1 | 13 |
| 廊下 | 1 | | 7 | | | 1 | | | 2 | | 11 |
| 空白 | 3 | 4 | | | | | | | | | 7 |
| スタッコナー | 1 | 1 | | | | | | | 1 | 1 | 4 |
| 食堂 | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | 3 |
| トイレ入り口 | 1 | 1 | | | | | | | | | 2 |
| 外来 | | 1 | | | | | | | 1 | | 2 |
| 部屋入り口 | | | 1 | | | | | | 1 | | 2 |
| デイルーム | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| 浴室 | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| 洗面所 | | 1 | | | | | | | | | 1 |
| | 45 | 30 | 15 | 9 | 12 | 2 | 1 | 0 | 33 | 14 | 159 |

(20時-8時)

| 夜間 | ふらつき | 滑った | つまづき | 足絡まる | 気絶・めまい | 膝折れ | 力入らず | 寝返り | 不明 | 空白 | 合計 |
|--------|------|-----|------|------|--------|-----|------|-----|----|----|-----|
| ベッドサイド | 55 | 24 | 11 | | 4 | 4 | 2 | 4 | 59 | | 163 |
| トイレ | 17 | 3 | | | 4 | | 1 | | 9 | | 34 |
| 廊下 | 3 | | 3 | 1 | | | | | 1 | | 8 |
| 洗面所 | 1 | 1 | | | | | | | 1 | | 3 |
| 部屋入り口 | 2 | 1 | | | | | | | | | 3 |
| 浴室 | | 1 | | | | | | | 1 | | 2 |
| スタッコナー | | | | | | | | | 2 | | 2 |
| デイルーム | | | | | | | | | 1 | | 1 |
| 未記入 | 2 | 2 | | | | | | | 1 | | 5 |
| | 80 | 32 | 14 | 1 | 8 | 4 | 3 | 4 | 75 | 0 | 221 |

| | |
|--------|---|
| 尿器 | 1 |
| ナースコール | 1 |
| 家人 | 2 |

3) 転倒時間、場所、行動のきっかけからみた転倒の特徴(結果)

- ① ベッドサイドの転倒が多いが、行動のきっかけとしては、トイレ歩行、動こうなど行動を起こした時に転倒している
- ② 患者が自覚している原因としては、ベッドサイドでのふらつき、滑った、つまづきが約70%を閉めている
- ③ 物品との関係では、夜間は点滴、昼間は車椅子関連の移動が多い
- ④ ベッドサイドで行動を起こす時が一番多いため、転倒リスクを評価し、対策を立てる必要がある。

5 物品と転倒の関係

1) 物品と転倒場所、転倒時間の関係

| 物品 | 合計 | 時間帯 | | 場所 | | | | | | |
|----------|----|-------|-------|--------|----------|-----|-------|----|----|----|
| | | 8-20時 | 20-8時 | ベッドサイド | スタッフコーナー | トイレ | 部屋入り口 | 浴室 | 廊下 | 外来 |
| 点滴 | 17 | 6 | 11 | 15 | | 1 | | | 1 | |
| 車椅子 | 15 | 12 | 3 | 9 | 3 | 3 | | | | |
| ポータブルトイレ | 9 | 4 | 5 | 9 | | | | | | |
| 抑制帯 | 9 | 4 | 5 | 7 | 1 | 1 | | | | |
| 歩行器 | 4 | 3 | 1 | 1 | | | | | 3 | |
| 椅子 | 4 | 3 | 1 | 3 | | | | | | 1 |
| ズボン | 4 | 2 | 2 | 2 | | | | | | |
| 杖 | 3 | 2 | 1 | | | | 1 | | 2 | |
| 柵 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| オーバーテーブル | 2 | 1 | 1 | 2 | | | | | | |
| スリッパ | 2 | 2 | | 1 | | | 1 | | | |
| コート | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| タイル | 1 | 1 | | | | | | 1 | 2 | |
| 手摺 | 1 | 1 | | | | | | | 1 | |
| 靴下 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| ナースコール | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| 尿器 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| 家人 | 6 | | | 5 | | | | | | 1 |
| 看護師 | 4 | | | 2 | | 1 | | | 1 | |

2) 物品別の詳細な状況分析

① 点滴スタンド

| 転倒場所 | 数 |
|--------|----|
| ベッドサイド | 15 |
| 廊下 | 1 |
| トイレ内 | 1 |

| 原因 | 数 |
|------|----|
| ふらつき | 10 |
| つまづき | 3 |
| すべった | 2 |
| 膝おれ | 1 |
| 不明 | 1 |

| 状況 | 数 |
|---------------------|---|
| 点滴スタンドが前にすべって | 5 |
| 杖代わりの点滴スタンドを忘れた | 3 |
| 点滴スタンドを寄せようとして | 1 |
| 狭いところで方向転換しようとして | 1 |
| 荷物をもち押していたスタンドにつまづく | 1 |
| 点滴中(状況不明) | 6 |

② 車椅子

| 転倒場所 | 数 | 疾患 |
|----------|---|--------------------------|
| スタッフコーナー | 3 | 痴呆・脳梗塞関連 |
| トイレ内 | 3 | 膝・下肢・股関節疾患 |
| ベッドサイド | 9 | 膝・下肢・股関節疾患 CRF 脳梗塞 |

| 状況 | 数 |
|----------|---|
| 車椅子へ移動時 | 1 |
| 車椅子から移動時 | 9 |
| 車椅子乗車中 | 5 |

| 状況 | 数 |
|----------|---|
| スパーが動いた | 1 |
| 滑った | 4 |
| ふらつき | 2 |
| 膝折れ | 1 |
| 車椅子が動いた | 1 |
| 不明 | 1 |
| ずり落ちる | 4 |
| 患者が立ち上がる | 1 |

③ ポータブルトイレ

| 転倒場所 | 数 |
|--------|---|
| ベッドサイド | 9 |

| 原因 | 数 |
|------|---|
| ふらつき | 7 |
| 不明 | 2 |

| 状況 | 数 |
|------------------|---|
| ポータブルトイレから動こうとして | 4 |
| ポータブルトイレへの移動時 | 3 |
| ポータブルトイレ使用中 | 1 |

④ 歩行器

| 転倒場所 | 数 |
|--------|---|
| 廊下 | 3 |
| ベッドサイド | 1 |

| 原因 | 数 |
|------|---|
| つまづき | 3 |
| 不明 | 1 |

| 状況 | 数 |
|-------------------|---|
| 廊下と自室の段差につまづき転倒 | |
| 歩行器で部屋に入ろうとして顔面から | |
| ウオーカーがつまづいた | |
| ウオーカーごと倒れていた | |

⑤抑制帯

| 転倒場所 | 状況 |
|-----------|----------------------|
| ベッドサイド 7 | 体幹抑制していたが、自分でずり落ちた 3 |
| スタッフコーナ 1 | 体幹抑制をすり抜けていた 2 |
| トイレ入り口 1 | 抑制帯をすり抜けて 3 |
| | 抑制はずしベッドサイド便器は排尿あり 1 |

⑥その他

| 原因 | 物 | 状況 |
|------|------|-----------------------|
| すべった | スリッパ | スリッパをはこうとして(2) |
| | タイル | タイルすべった |
| | 靴下 | 靴下だけで歩いていた |
| | 柵 | 柵のない部分の座位となりすべった |
| | コード | コードにつまづく |
| つまづき | 杖 | 治療室へ移動中に転倒、 |
| | 杖 | 杖歩行中、足が絨毯にひっかかった |
| | T杖 | 体重測定後ベッドにもどろうとして |
| | 手摺 | 歩行練習中、袖が手すりにひっかかって |
| | テーブル | 歩行中テーブルにぶつかって |
| | スポン | ベッドにもどろうとして スポンにつまづき |
| ふらつき | スポン | ズボンの裾をなおそうとして |
| ぶつける | 柵 | トイレにいきこうとして ベッド柵にぶつけた |
| 不明 | 柵 | ベッド柵をあげたまま床に倒れていた |

3) 介助者と転倒の状況

| 介助者 | 行動 | 状況 | 原因 | 疾患 |
|-----|--------|---------------------|------------------|---------|
| 看護師 | 歩行中 | NSが支えながら | ふらつき | 心不全・肺炎 |
| | 排泄中 | Ns介助後、離れた際に | すべった | 脳塞栓症 |
| | 排泄中 | Ns介助後、離れた際に | 不明 | 脳腫瘍 |
| 家人 | 歩行中 | 妻と一緒に廊下を歩行していた | 膝折れ(筋力低下、力がはいらぬ) | 内痔核 |
| | 歩行中 | 息子の介助でトイレに行こうとして | 滑った | 大腿骨頸部骨折 |
| | 歩行中 | ベッドに戻るとき家人がささえていた | ふらつき | 乳癌 |
| | 歩行中 | ベッドに戻る介助者と一緒に | バランスを崩して | 脳梗塞 |
| | 歩行中 | トイレにいきこうとしてふらついて尻餅 | 娘が気づかないうちに | 肺癌 |
| | 歩行中 | トイレにいきこうとして家族が支えていた | ふらつき | 乳癌 |
| | 動こうとして | 新聞を読もうとおきあがり | 付き添いの家族が目を離した際に | |

4) 物品や介助者との関係の特徴 (結果)

①上位3位にあげられた物品は、点滴、車椅子、ポータブルトイレ、歩行器であった。

②それぞれの物品では患者の操作、身体能力の差に応じて特徴的な原因がある。

点滴スタンド:車がついていて滑る、患者と行動をともにする

車椅子:運動障害の患者に使用して、車椅子への移動、車椅子からの移動時がリスクが高い

ポータブルトイレ:ベッドサイドで使用するが移動時のふらつきが多い

歩行器:歩行中、段差につまづいて前方へ転倒する

抑制帯:体幹抑制をしていても、する抜けたり、ずる落ちたりの危険がある

その他:件数は少ないが転倒の危険があると報告されるものも何件か発生している

③介助者との関係では、看護師、家族が上がっている

看護師は介助の目を離した時

家族は歩行介助など、患者を支えている最中に転倒させるケースが多い

家族も一緒に転倒することもあり、正しい介助技術の指導も必要である。

第二段階分析:インシデント報告書・看護記録からの詳細な情報分析

1)目的

転倒・転落のリスク因子を明らかにするため、転倒状況の詳細を確認する。

2)方法

①転倒・転落のインシデントレポートの中から転倒状況が詳細な28例を抜粋した。

②患者記録(電子カルテ)を抽出し、不足情報を補完した。

3)分類項目

1 転倒時間

2 転倒場所

3 転倒のリスクに関連したと思われる要因

①年齢 ②催眠・鎮痛剤 ③歩行能力や認知に関連した項目 ④自助具や介助器具との関連 ⑤介助者

4)分析結果

(1)転倒時間

| 時間 | 転倒場所 | | 夜間 | 昼間 |
|------|------|-----|----|----|
| | 夜間 | 昼間 | | |
| 件数 | 14件 | 14件 | 8 | 8 |
| 転落 | 11 | 12 | 5 | 1 |
| 転倒 | 3 | 2 | | 2 |
| 催眠剤 | 5 | 0 | | 2 |
| センサー | 3 | 0 | 1 | |

| 時間 | 年齢 | 倒1落2 | 場所 | 転倒・転落状況 | 眠剤 | 能力 | センサー | 器具 | 備考 |
|-------|----|------|------|-----------------------------|-------------------|--------|------|------|------------------------|
| 22:15 | 82 | 1 | トイレ | トイレ介助し退室したが、右側臥位で転倒 | レンドルミン1T、デパス2T | | | | |
| 23:20 | 83 | 1 | ベッド脇 | トイレ歩行時滑って転倒 | ハルシオン(常用) | 杖歩行 | | 杖 | 普段杖歩行、入院日 |
| 23:30 | 57 | 2 | ベッド脇 | 胸抑制をしていたが、麻痺側の反対側に転 | | 意識レベル | | 抑制帯 | 3回目の転倒 |
| 0:15 | 82 | 1 | トイレ | トイレ介助し退室したが、右側臥位で転倒 | レンドルミン1T | | | | 前日転倒し、レンドルミンを2Tから1Tにした |
| 2:00 | 48 | 2 | ベッド脇 | ナースコールが外れており自力で動き転落 | ジフレキサ、マイヌリー、ロビアノー | | | | |
| 3:10 | 82 | 1 | ベッド脇 | トイレ歩行しようとして尻餅 | | | 1 | 柵 | 柵が下り、センサーにも反応しなかった |
| 4:10 | 81 | 1 | トイレ | 一人で歩行したが下肢脱力で座り込む | | 脱力 | | 歩行器 | 歩行器で20m練習中 |
| 4:45 | 74 | 1 | トイレ | ズボンを下ろす時尻餅 | | 下肢筋力 | | 酸素架台 | 下肢筋力低下(酸素架台を歩行器代わり) |
| 夜間 | 68 | 1 | トイレ | 頭に切り傷(事後報告) | レンドルミン追加 | | | | |
| 5:50 | 74 | 1 | ベッド脇 | 足元の尿器を柵を下げて取ったところ転倒 | | | 1 | | センサー作動せず |
| 6:30 | 74 | 2 | ベッド脇 | 患者の呼ぶ声で行って見ると倒れていた | | | | | |
| 7:35 | 54 | 1 | ベッド脇 | 食堂までの歩行時急に気分不良となりしゃがんだら意識消失 | | 気分不良 | | | 前日化学療法 |
| 7:40 | 83 | 1 | 洗面所 | 洗面所前で尻餅(右股関節骨折) | | 意識レベル | 1 | | 意識レベル低下でセンサー使用(電源OFF) |
| 7:45 | 66 | 1 | ベッド脇 | キャスター付き椅子に座り損ねて後ろ向き転倒 | | | | 椅子 | |
| 8:30 | 72 | 2 | ベッド脇 | ベッドサイドに転落している患者を発見 | | 麻痺・失語 | | 柵 | 柵は上がっていた、右麻 |
| 8:45 | 86 | 1 | 部屋入口 | 歩行器で部屋に入ろうとして後輪が外れ転 | | 筋力低下 | | 歩行器 | |
| 9:20 | 83 | 2 | ベッド脇 | 寝返り時ベッドから転落 | | | | 柵 | 柵を自力で下げた |
| 9:20 | 74 | 1 | 部屋入口 | 歩行器が段差に引っかかった | | | | 歩行器 | |
| 10:00 | 81 | 1 | 廊下 | 車椅子の抑制をすり抜けて転倒 | | 痴呆 | | 車椅子 | 痴呆、幻覚で監視中 |
| 11:00 | 80 | 1 | 廊下 | 妻が付添って歩行中前に倒れる | | 筋力低下 | | 妻 | 脊椎管狭窄で筋力低下、痔核OP2日目 |
| 12:00 | 54 | 1 | ベッド脇 | 車椅子からベッド移動時尻餅 | | 疲労感 | | 車椅子 | 疲労感による脱力 |
| 12:00 | 63 | 1 | ベッド脇 | ベッドに座ろうとして浅く滑り落ちる | | | | | |
| 14:20 | 86 | 1 | 歩行中 | 歩行器で練習中段差につまずき膝を着く | | 筋力低下 | | 歩行器 | |
| 14:50 | 34 | 1 | 廊下 | 杖歩行、足がもたつき両膝を着いて顔面打 | | 筋力低下 | | 杖 | 長期臥床、じゅうたん |
| 15:00 | 78 | 1 | ベッド脇 | 車椅子からベッド移動時尻餅(クレーク案内) | | 神経ブロック | | 車椅子 | ブロック施行後入院した際 |
| 16:40 | 67 | 1 | トイレ | 車椅子から便座に移る際軸足を滑らして尻 | | 軸足 | | 車椅子 | バーを持ってなかった |
| 18:20 | 42 | 1 | 歩行中 | 歩行器使用中前のめりになって転倒 | | 疼痛 | | 歩行器 | 腰背部痛 |
| 18:30 | 89 | 1 | ベッド脇 | 咄嗟の行動で転倒 | | 麻痺 | | | 麻痺MMT4でバランス悪 |

(2)転倒場所

①トイレでの転倒

| 時間数 | 昼間 | 夜間 |
|-----|----|----|
| | 1 | 5 |

| 要因との関係 | 昼間 | 夜間 | 備考 |
|--------|----|----|--------------|
| 催眠剤 | 0 | 3 | 酸素架台、歩行器、車椅子 |
| 介助者 | 0 | 2 | |
| 器具 | 1 | 2 | |

詳細

| 場所 | 時間 | 年齢 | 転倒1 | 転倒時状況 | 睡眠剤 | 能力 | センサー | 器具 | 備考 |
|-----|-------|----|-----|----------------------|----------------|------|------|------|------------------------|
| トイレ | 0:15 | 82 | 1 | トイレ介助し退室したが、右側臥位で転倒 | レンドルミン1T | | | 看護師 | 前日転倒し、レンドルミンを2Tから1Tにした |
| トイレ | 22:15 | 82 | 1 | トイレ介助し退室したが、右側臥位で転倒 | レンドルミン2T、デパス2T | | | 看護師 | |
| トイレ | 夜間 | 68 | 1 | 頭に切り傷(事後報告) | レンドルミン追加 | | | | |
| トイレ | 4:10 | 81 | 1 | 一人で歩行したが下肢脱力で座り込む | | 脱力 | | 歩行器 | 歩行器で20m練習中 |
| トイレ | 4:45 | 74 | 1 | ズボンを下ろす時尻餅 | | 下肢筋力 | | 酸素架台 | 下肢筋力低下(酸素架台を歩行器代わり) |
| トイレ | 16:40 | 67 | 1 | 車椅子から便座に移る際軸足を滑らして尻餅 | | 軸足 | | 車椅子 | バーを持てなかった |

トイレでの転倒の特徴(リスク)

- ①夜間の転倒が多い
- ②催眠剤の影響がある
- ③自助具で自力歩行しても、下肢筋力低下などズボン着脱などの行動でバランスを崩しやすい
- ④介護者が離れたスキに転倒する

②ベッド脇での転

| 時間数 | 昼間 | 夜間 |
|-----|----|----|
| 転倒 | 7 | 8 |
| 転落 | 5 | 5 |
| 転落 | 2 | 3 |

| 要因との関係 | 昼間 | 夜間 |
|--------|----|----|
| 催眠剤 | | 2 |
| 車椅子 | 3 | |
| 椅子 | | 1 |
| 柵 | 2 | 2 |
| コール | | 1 |
| 杖歩行 | | 1 |
| 抑制帯 | | 1 |

詳細

| 場所 | 時間 | 年齢 | 倒1落2 | 転倒時状況 | 睡眠剤 | 能力 | センサー | 器具 | 備考 |
|------|-------|----|------|-----------------------------|-----------|-------|------|-----|----------------------|
| ベッド脇 | 3:10 | 82 | 1 | トイレ歩行しようとして尻餅 | | | 1 | 柵 | 柵が下り、センサーにも反応しなかった |
| ベッド脇 | 5:50 | 74 | 1 | 足元の尿器を取ろうとして柵を下げて取ったところ転倒 | | | 1 | 柵 | センサー作動せず |
| ベッド脇 | 7:35 | 54 | 1 | 食堂までの歩行時急に気分不良となりしゃがんだら意識消失 | | 気分不良 | | | 前日、化学療法 |
| ベッド脇 | 7:45 | 66 | 1 | キャスター付き椅子に座り損ねて後ろ向き転倒 | | | | 椅子 | |
| ベッド脇 | 10:00 | 81 | 1 | 車椅子の抑制をすり抜けて転倒 | | 痴呆 | | 車椅子 | 痴呆、幻覚で監視中 |
| ベッド脇 | 12:00 | 54 | 1 | 車椅子からベッド移動時尻餅 | | 疲労感 | | 車椅子 | 疲労感による脱力 |
| ベッド脇 | 12:00 | 63 | 1 | ベッドに座ろうとして浅く滑り落ちる | | | | | |
| ベッド脇 | 15:00 | 78 | 1 | 車椅子からベッド移動時尻餅 | | ブロック | | 車椅子 | ブロック施行後入院した際(クランク案内) |
| ベッド脇 | 18:30 | 89 | 1 | 咄嗟の行動で転倒 | | 麻痺 | | | 麻痺(MMT4)でバランス悪い |
| ベッド脇 | 23:20 | 83 | 1 | トイレ歩行時滑って転倒 | ハルシオン(常用) | 杖歩行 | | 杖歩行 | 普段杖歩行、入院日 |
| ベッド脇 | 2:00 | 48 | 2 | ナースコールが外れており自力で動き転落 | | | | コール | |
| ベッド脇 | 6:30 | 74 | 2 | 患者の呼ぶ声で行って見ると倒れていた | | | | | |
| ベッド脇 | 8:30 | 72 | 2 | ベッドサイドに転落している患者を発見 | | 麻痺 | | 柵 | 柵は上がっていた、失語、右麻痺 |
| ベッド脇 | 9:20 | 83 | 2 | 寝返り時ベッドから転落 | | | | 柵 | 柵を自力で下げた |
| ベッド脇 | 23:30 | 57 | 2 | 胸抑制をしていたが麻痺側の反対側に転落 | | 意識レベル | | 抑制帯 | 3回目の転倒 |

ベッド脇での転倒の特徴

- ①転落5、転倒10であった
- ②自力で歩行する患者は、車椅子、杖歩行など、動き始めに転倒の危険が高い
- ③麻痺、認知障害、筋力低下のほか、化学療法や神経ブロックなどの影響もある
- ④柵やセンサー、ナースコールなどが適切に使用されていない

③歩行中の転倒

| | 昼間 | 夜間 |
|------|----|----|
| 部屋入口 | 2 | |
| 歩行中 | 2 | |
| 廊下 | 2 | |
| 洗面所前 | | 1 |

| 要因との関係 | 昼間 | 夜間 |
|--------|----|----|
| 歩行器 | 4 | |
| 杖 | 1 | |
| 筋力低下 | 4 | |
| 疼痛 | 1 | |
| 意識レベル | | 1 |

| 場所 | 時間 | 年齢 | 転倒1 | 転倒時状況 | 睡眠剤 | 能力 | センサー | 器具 | 備考 |
|------|-------|----|-----|-----------------------|-----|-------|------|------|-----------------------|
| 部屋入口 | 8:45 | 86 | 1 | 歩行器で部屋に入ろうとして後輪が外れ転倒 | | 筋力低下 | | 歩行器 | |
| 部屋入口 | 9:20 | 74 | 1 | 歩行器が段差に引っかかった | | | | 歩行器 | |
| 歩行中 | 14:20 | 86 | 1 | 歩行器で練習中段差につまずき膝を着く | | 筋力低下 | | 歩行器 | |
| 歩行中 | 18:20 | 42 | 1 | 歩行器使用中前のめりになって転倒 | | 疼痛 | | 歩行器 | 腰背部痛 |
| 廊下 | 11:00 | 80 | 1 | 妻が付添って歩行中前に倒れる | | 筋力低下 | | 妻 | 脊椎管狭窄での筋力低下、痔核OP2日目 |
| 廊下 | 14:50 | 34 | 1 | 杖歩行中、足がもたつき両膝を着いて顔面打撲 | | 筋力低下 | | 杖 | 長期臥床筋力低下、じゅうたん |
| 洗面所前 | 7:40 | 83 | 3 | 洗面所前で尻餅(右股関節骨折) | | 意識レベル | | センサー | 意識レベル低下でセンサー使用(電源OFF) |

歩行中の転倒の特徴(リスク)

- ①昼間の転倒が多い
- ②筋力低下があり、歩行器、杖などの自助具を使用している歩行が多い
- ③歩行器が4例あり、段差につまずく、車輪が外れるなどの事故もある
- ④介護者(家族)が着いているにもかかわらず、転倒事故が起きている(介助方法の適切性の記述はなかった)

④器具(介助・自助具との関係)

| | 昼間 | 夜間 | 要因(インシデント記載から抽出) |
|------|----|----|---------------------------------|
| 杖 | 1 | 1 | ①足もたつき、②滑った |
| 歩行器 | 4 | 1 | ①段差、前のめり、車輪が外れる |
| 車椅子 | 4 | | ①車椅子からベッド、便座に移動時に転倒、②抑制帯をすする抜ける |
| 酸素架台 | | 1 | ①酸素架台を杖代わり |
| 椅子 | 1 | | ①キャスター付きの椅子 |
| 柵 | 2 | 2 | ①柵を自分で下げる ②センサーにも反応しない |
| コール | | 1 | ①ナースコールが外れていた |
| センサー | | 1 | ①センサーの電源OFF |
| 抑制帯 | | 1 | ①胴の抑制をすり抜ける |
| 看護師 | | 2 | ①トイレ介助 ②離れたスキに転倒 |
| 妻 | 1 | | ①筋力低下の患者の歩行介助 |

詳細

| 器具 | 時間 | 年齢 | 場所 | 状況 | 睡眠剤 | 原因 |
|------|-------|----|------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| 杖 | 14:50 | 34 | 廊下 | 杖歩行中、足がもたつき両膝を着いて顔面打撲 | | 長期臥床筋力低下、じゅうたん |
| 杖 | 23:20 | 83 | ベッド脇 | トイレ歩行時滑って転倒 | ハルシオン(常用) | 普段杖歩行、入院日 |
| 歩行器 | 8:45 | 86 | 部屋入口 | 歩行器で部屋に入ろうとして後輪が外れ転倒 | | 筋力低下 |
| 歩行器 | 9:20 | 74 | 部屋入口 | 歩行器が段差に引っかかった | | |
| 歩行器 | 14:20 | 86 | 歩行中 | 歩行器で練習中段差につまずき膝を着く | | 筋力低下 |
| 歩行器 | 18:20 | 42 | 歩行中 | 歩行器使用中前のめりになって転倒 | | 腰背部痛 |
| 歩行器 | 4:10 | 81 | トイレ | 一人で歩行したが下肢脱力で座り込む | | 歩行器で20m練習中 |
| 酸素架台 | 4:45 | 74 | トイレ | ズボンを下ろす時尻餅 | | 下肢筋力低下(酸素架台を歩行器代わり) |
| 車椅子 | 10:00 | 81 | 車椅子 | 車椅子の抑制をすり抜けて転倒 | | 痴呆 痴呆、幻覚で監視中 |
| 車椅子 | 12:00 | 54 | ベッド脇 | 車椅子からベッド移動時尻餅 | | 疲労感による脱力 |
| 車椅子 | 15:00 | 78 | ベッド脇 | 車椅子からベッド移動時尻餅 | | ブロック施行後入院した際(クランク案内) |
| 車椅子 | 16:40 | 67 | トイレ | 車椅子から便座に移る際軸足を滑らして尻餅 | | バーを持ってなかった |
| 椅子 | 7:45 | 66 | ベッド脇 | キャスター付き椅子に座り損ねて後ろ向き転倒 | | |
| コール | 2:00 | 48 | ベッド脇 | ナースコールが外れており自力で動き転落 | ジブレキサ、マイスリー、ロビゾール | |
| 柵 | 9:20 | 83 | ベッド脇 | 寝返り時ベッドから転落 | | 柵を自力で下げた |
| 柵 | 3:10 | 82 | ベッド脇 | トイレ歩行しようとして尻餅 | | 柵が下り、センサーにも反応しなかった |
| 柵 | 5:50 | 74 | ベッド脇 | 足元の尿器を柵を下げて取ったところ転倒 | | センサー作動せず |
| 柵 | 8:30 | 72 | ベッド脇 | ベッドサイドに転落している患者を発見 | | 柵は上がっていた、失語、右麻痺 |
| センサー | 7:40 | 83 | 洗面所前 | 洗面所前で尻餅(右股関節骨折) | | 意識レベル低下でセンサー使用(電源OFF) |
| 抑制帯 | 23:30 | 57 | ベッド脇 | 胴抑制をしていたが、麻痺側の反対側に転落 | | 3回目の転倒 意識レベル低下 |
| 看護師 | 0:15 | 82 | トイレ | トイレ介助し退室したが、右側臥位で転倒 | レントルミン1T | |
| 看護師 | 22:15 | 82 | トイレ | トイレ介助し退室したが、右側臥位で転倒 | レントルミン2T、テパズ2T | 前日転倒しレントルミン1Tにした |
| 妻 | 11:00 | 80 | 廊下 | 妻が付添って歩行中前に倒れる | | 脊椎管狭窄での筋力低下、痔核OP2日目 |