

## ■改善策に関するコメント

### 患者の「いま」の状態をどのように治療管理に活かしていくか

患者をベッドサイドで継続的に見てゆく看護師は、その時の患者の意識状態、全身状態の変化をリアルタイムに把握することができます。患者に状態変化が生じて治療オーダーに対して期待される結果が得られないときや危険が予測されるときには、医師に情報提供をして調整をはかることが可能です。「自己抜去したらそのまま様子観察」という程度の必要性のもとで行われている治療処置を維持するために、多大な労力を要している状況はないでしょうか。患者の状態変化によっては、十二指腸チューブ適用について再評価して抜去することも可能だったのではないのでしょうか。

チームが機能を活かしてゆくためには、「患者のその時の状態にいちばん見合った医療を提供しよう」と言う前提の元で、医療スタッフが協働する必要があります。看護師は、正しく医師の指示の意図を理解できているか、意図の分からない指示については確認をとっているか、自分の観察した状況は予測された経過をたどっているのかを確認しながら業務を行うことが必要です。医師は、看護師の指示に対する問い合わせに責任を持って対応し、必要であれば自ら足を運んでベッドサイドで状況を確認する必要があります。

### 抑制以外の具体的対策

体幹・四肢の抑制はあくまで患者の安全を守るための最終手段であり、管理計画に基づかないまま安易かつ無制限に施行すべきではありません。おなじ患者の行動を制限する方法でも、ミトン（チューブ把持ができないようになっている製品がある）の使用など、患者にとってより拘束感のない方法を選択すべきです。

また、チューブの固定テープの面積を大きくする、看護師による観察頻度を高くするといった対策は、ごく短時間の一時しのぎの対策にすぎません。強固なテープ固定は外観を損なうばかりでなくスキントラブルの原因になります。自己抜去予防のための対策によって新たなトラブルの発生を招いてしまわないように、方法は慎重に選択すべきです。

栄養管理のみの目的でチューブ留置を行うのであれば、患者の不快感を考慮に入れて胃管に変更し、栄養以外の時間は抜去するという方法をとることも考えられます。また、胃食道逆流など嘔吐や誤嚥のリスクのある患者であり、長期にわたり改善が望めないときには、早めに胃瘻造設を行うことも視野に入れて方針を決定すべきです。特にこのケースのように、意識障害のある患者に対しては、より拘束感や不快感を伴わない、ストレスをためない治療管理方法の選択が必要となってきます。

### 患者管理体制の再評価・見直し

「不快感のためにチューブを抜きたい」という強い思いに突き動かされている患者に関して、自己抜去を防ぐことはかなり難しいことです。チューブ・カテーテル管理など、不快感を伴う治療処置の継続には、自己の治療処置の必要性や安全のための方策を理解得て協力して頂くことが不可欠です。しかし、せん妄など意識障害があり、チューブ留置の必要性を理解することが難しいケースでは、患者の協力が得られ難いばかりか、チューブを積極的に排除しようとしてします。そのため看護師は患者のチューブの維持や管理に相当のエネルギーを必要とすることになります。このケースにおいても、患者の年齢、心身状態だけを見ても、チ

チューブ留置を継続してゆくことは困難なことは予測できます。またチューブ、カテーテルは身体にとっては異物であり、外部から挿入・留置しているものである以上、非侵襲的に「抜けないように」固定することは不可能であると言っても過言ではありません。チューブ・カテーテルは「抜けるもの」であることを前提に、意識障害のある患者に事故抜管させてしまわないための方策を考えるならば、個人の注意に頼らない、以下のような視点からの多面的な対策が必要です。

- 人員配置などの管理上の取り組み
- 患者の精神的ストレス緩和策や起こりうる行動を予測しての具体的で実行可能な事故防止対策の計画
- 「“念のため” という意味合いの治療・処置は行わない」「抜かれる前に評価して抜けるものは抜く」といった視点での治療適用基準の再検討

#### 情報発信、相談窓口などの情報共有のシステムの構築

チューブおよびカテーテルの自己抜去事例において、高齢者や術後の意識障害のある患者が関わっている事例は非常に多いと考えられます。他施設での有効な取り組みや介入事例の紹介など、情報の共有化、情報発信システム作り（情報センター化）などもこのような各病院での取り組みを支援する上で有用と考えられます。

事例 158 : ( 夜間帯でのリスクの高い患者への

注意不足による自己抜去 )

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【3月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【 0時～1時台】	
発生場所【 病室 】	
患者の性別【 女性 】 患者の年齢【 歳】 不明	
患者の心身状態【 床上安静 】	
発見者【 当事者本人 】	
当事者の職種【 看護師 】	
当事者の職種経験年数【 2年11ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 2年11ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 尿道カテーテル 】
発生内容	【 自然抜去 】
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	【 夜勤だった 】
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-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【 】
発生要因-患者・家族への説明	【 説明が不十分であった】
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

急性心筋梗塞で2月28日準夜で緊急入院し、緊急PCI。危険行動なく過ごせていた。左下肢スワングアンツ抜去後圧迫帯で止血・安静中。勤務交代直後、点滴チェックのために行くと、上半身起こしており、床にバルーンカテーテルが抜けて落ちている。「おしっこしようと思って」と話される。多弁で興奮気味。尿道口より出血あるが、すぐに止血、バルーン再挿入する。アモバン内服しその後入眠され、危険行動なし。準夜帯では意味不明な発言が一度聞かれたと申し送りあり。

#### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

入院後危険行動はなかったが、準夜帯でおかしな発現あり、緊急入院や高齢、床上安静中等からもリスク高く、注意する必要があった。勤務交代時で看護師の眼が離れていた。

#### ■実施したもしくは考えられる改善策

日中刺激あたえ、安定剤投与するなどし、入眠できるよう援助。夜間は特に常に看護師の眼が届くようにし、スクリーンで隠さない。

## 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

事例は簡潔に要点が記載されていると思います。

#### 発生要因に関して

リスクの高い患者に対しての注意が不足していたとありますが、緊急入院、緊急処置、高齢、床上安静等の状況から、術後譫妄に関する知識と対策が周知できていたのでしょうか。準夜帯で意味不明な発言が一度聞かれたとの情報はどのように生かされたのでしょうか。

#### 改善策に関して

夜間は特に常に看護師の目が届くようにし、スクリーンで隠さない。となっていますが、病室の状況が判断できませんが、どのような状況にしても夜間の限られた人数で、常に看護師の目が届くようにすることは不可能ではないでしょうか。改善策は可能な方法でなければなりません。

### ■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・生活背景等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。立案した計画は家族と共有しておくことは重要です。緊急入院・緊急処置を受ける患者に対して事前の説明は不可能ですが、時期をみて行うことは必要です。

#### 看護師の観察の視点

様々なリスクが考えられ、その一つ一つに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、チューブ類の不快の程度、患者の体動の範囲と程度など。一つ一つの予測を立てておくことが必要です。対策は標準化しまとめておくことが必要です。

#### 夜勤における対応

病室とスクリーンの配置が不明ですが、少ない人数の夜間において常に緊急入院・緊急処置を受ける状況にある病棟であるならば、スクリーンを取り除くことだけでは解決しないと思われます。病棟の業務全般の見直しや、患者の配置、モニター設置による監視など全体的な見直しが必要でしょう。

#### 術後譫妄の対策

日中の覚醒を促すための家族の支援、尿道カテーテルが睡眠を著しく障害していることから、その留置期間についての検討、睡眠を確保するための適切な眠剤の投与など、医師や薬剤師を交えた検討が必要でしょう。

**【参考文献】**

- ・「ヒヤリハット 11000 事例によるエラーマップ完全本」、川村治子、医学書院、2003
- ・「医療エラー こうして防ぐ ガイド」、嶋森好子他、別冊エキスパートナース、照林社、2004

## 事例159：(高齢、術後患者のバルーン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【 2月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【 22時～23時台】	
発生場所【 病室 】	
患者の性別【男性】 患者の年齢【 85 歳】	
患者の心身状態【 構音障害、痴呆・健忘、下肢障害、歩行障害、床上安静、麻酔中・麻酔前後、発熱中】	
発見者【 当事者本人 】	
当事者の職種【 看護師 】	
当事者の職種経験年数【 15年11ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 0年 3ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 末梢静脈ライン 】
発生内容	【 自己抜去 】
発生要因-確認	【 】
発生要因-観察	【 観察が不十分であった 】
発生要因-判断	【 アセスメント不足 】
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	【 】
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

手術後の観察のために訪室すると、インサイトを自己抜去していた。刺入部のテープのところだけを剥がし、抜去していた。(テープは全部剥がれておらず)

#### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

手術後、トイレに行くと何度も訴えられ、その都度バルンカテーテルが入っていることを説明しても不快感が強いのか訴えは変らなかった。訪室時はいつもバルンカテーテルやルートに触っている様子はなかった。しかし手術後、麻酔の影響や年齢から考えルートに対する認識が十分なかったことが考えられる。

#### ■実施したもしくは考えられる改善策

訪室を頻回にし、ルート類が気になっている時は視界に入らないようにしたり、触れないようにする。



## 専門家からのコメント

### ■記入方法に関するコメント

起きた事象が記載されていますが、要因分析を行い根本的な対策を立案するために、さらに詳細な患者情報が必要です。患者の年齢、病名、術式、ストレスコーピングパターン、また事象が起きた時間、場所などは、患者の行動に対する分析の際に有効となる情報です。

また、夜間勤務帯の出来事ではありますが、担当看護師が患者の自己抜去のリスクを他の看護師に注意喚起していたのかどうか、何人の者がどのくらいの業務を分担していたのか、重症患者や処置の必要な患者が何人いたのかについて記述されていれば、適切な人員配置や業務分担に関する要因の有無もみていくことができます。

### ■改善策に関するコメント

○患者アセスメントの必要性和精神科医等も含めた医療チームでの対策の検討

ヒヤリ・ハットが生じた要因の中に「アセスメント不足」とありますが、この点が改善策に活かされていると良いと思います。「訪室を頻回にし、ルート類が気になっている時は視界に入らないようにしたり、触れないようにする。」と改善策にありますが、患者の状況をアセスメントした上での改善策の対応が必要でしょう。

患者の心身状態に「高齢、痴呆・健忘・手術後」とありますので、術後のせん妄状態に陥る可能性も要因として高かったかもしれません。まずは、術前にアセスメントツール等を用いて患者の情報を十分にアセスメントし、術後対策を講じることが重要です。情報が少ないため分かりませんが、今回の事例は、抑制が必要なケースかもしれません。抑制の使用にあたっては、抑制ガイドライン等の使用により安全に適切に実施することが重要です。事例391も参考にしてください。抑制また、安全対策は、十分に計画しておき、医師、看護師、患者、家族と合意を得ておくことが必要と考えます。

さらに、このような痴呆・健忘を呈する患者の場合、主治医以外に精神科医の診察を受け協議を行った上で、薬物治療による対策が必要かもしれません。主治医と看護師の患者カンファレンスの場に精神科医も同席、あるいは緊急時でもコンサルトができるようなしくみや体制を整えていくことも重要です。

#### 【参考資料】

- ・日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール (NEECHAM Confusion Scale)
- ・「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年、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年

## 事例 174 : (頻回な抜去があり予測していても静脈ラインの

### 自己抜去を防止できない事例)

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【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【 22時～23時台】	
発生場所【 病室 】	
患者の性別【 男性 】 患者の年齢【 78歳】	
患者の心身状態【 意識障害, 歩行障害, 床上安静, CO2貯留 】	
発見者【 当事者本人 】	
当事者の職種【 看護師 】	
当事者の職種経験年数【 2年11ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 2年11カ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 末梢静脈ライン 】
発生内容	【 自己抜去 】
発生要因-確認	【 】
発生要因-観察	【 観察が不十分であった 】
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	【 】
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

2 日前にも自己にて抜去していた。22 時 30 分には、点滴問題ない事確認する。23 時 50 分に訪室すると、酸素マスクも接続部やマスクをはずされており、点滴も自己にて抜去していた。本人に問うと、パニックになったとの事。点滴刺入部は、(寝衣、ベッド柵は血液汚染していたが) 止血していた。SPO<sub>2</sub> が 70 まで低下していた。しかし、その時のレベル、血圧等変化なし。その後ゆっくりと SPO<sub>2</sub> 上昇しだす。しかし、15 分後には、再度自己にて酸素マスクはずしている。その後も頻回に訪室していくこととなる。

#### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

CO<sub>2</sub> も高値であり、理解も十分にえられていない状態。また、長期間の点滴による、ストレスも考えられる。

#### ■実施したもしくは考えられる改善策

今後も頻回な訪室、ルート類の確認を行っていく。ルート、コード、ドレーン類は整理し、なるべく患者の気にならないような配置にする。

## 専門家からのコメント

### ■記入方法に関するコメント

チューブ・カテーテルの管理として、まずは患者に挿入されているチューブ類の必要性についてアセスメントを行い、必要性が低い場合は挿入しない、不要なチューブはできるだけ早く抜去するという判断が必要です。

#### チューブ・カテーテルの適応について

本事例は、末梢静脈ラインで「長期間の点滴による…」との記載がありますので、長期間持続的に点滴治療を行っていたことが考えられます。末梢静脈からの持続的点滴法を選択したのは何故でしょうか。間歇的方法の検討はされたのでしょうか。末梢静脈ラインを選択した経緯が分かるように、患者の病名、治療内容、点滴管理の目的を記載しておくことが必要です。一方、酸素マスクに関しては、患者がマスクをはずした後の「 $SpO_2$ 70まで低下していた」ことから、呼吸器疾患がベースにあったと考えられ、酸素マスクによる吸入は必要な治療であったと推測します。

#### 事故防止対策について

患者は2日前にも末梢静脈ラインを抜去していますが、以後、本事例の抜去事故が起きるまでチーム内でどのような対策が立てられ、計画が実行されていたのかを記載すると組織としての事故防止の取り組みについての評価につながると思います。

### ■改善策に関するコメント

#### チューブによる不快感を最小限にする

患者は何度も酸素マスクを外そうとしているため、不快感を感じさせていないかどうかの観察を行い、マスクを外す要因となる不快のもとを除去する必要があります。マスクの装着用ゴムが耳や頬部を圧迫していないか、マスク内の汚れや異臭はないか等の注意が必要です。点滴治療については、動きの妨げになるような挿入部位や固定ではなかったかなど挿入方法や管理についても考える必要があります。例えば、消灯時間までに輸液が終了するように滴下調整をして、夜間はへパリンロックで輸液を一時中止して、休息がとれるようにするのもひとつです。常に、治療の目的と方法の選択を含めたアセスメントが必要となります。

#### チームで情報を共有する

「 $CO_2$ が高値」であることは、代謝性障害をきたし、意識障害や認知機能の低下をまねく恐れがあります。さらに、「78歳」、「床上安静」、「長期間の安静によるストレス」などの情報も加えると、自己抜去や場合によってはベッドからの転落の可能性も考えられます。チューブ挿入中の患者に対し、その時々々の病態にあわせて、チューブ挿入の必要性、治療に対する患者の認識、チューブの観察や固定方法などの管理のしかた、自己抜去が予想される患者に対する対策等、チーム内で情報を共有することが必要です。

この場合のチームとは、医師と看護師を主としたその患者に関わる医療スタッフすべてのメンバーからなるチームのことです。特に、患者を観察する看護師は、観察した内容を医師に伝え、医師の判断のもとに治療内容をチームで共有するというそれぞれの役割を果たすことで、コミュニケーションの不足による事故が減少すると考えます。

#### 監視の限界

本事例は、点滴の自己抜去や酸素マスクを外す行為が短期間に繰り返されています。患者が末梢静脈ラインを抜去して出血していたこと、酸素マスクを外して  $SpO_2$  が 70 まで低下していたこと等から、今後も抜去行為の恐れは否定できず、予断を許さない状況であったことは推察がつかます。このような場合、再発防止に看護師は頻回に訪室して危険な状況を回避しようとしています。しかし、訪室回数を増やしても抜去行為を未然に防げないことの方が多く、かといって危険行動の恐れのある患者をつきつきりで観察することは事実上不可能です。そこで、どんなに対策を尽くしても事故を未然に防ぐことができなかった事例について集積し、自己抜去のリスクの高い患者群を明らかにすることが重要です。さらに、事故のリスクが高い患者には、抑制や薬剤の使用もやむを得ないこととして、ガイドラインを作成するなどの整備が必要です。

## 事例178：( 痴呆症状のある患者の末梢ルートへのヘパリンロック

### 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【2月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【 12時～13時台】	
発生場所【 病室 】	
患者の性別【男性】 患者の年齢【 87 歳】	
患者の心身状態【 痴呆・健忘、歩行障害 】	
発見者【 当事者本人 】	
当事者の職種【 看護師 】	
当事者の職種経験年数【 3年11ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 3年11ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 末梢静脈ライン 】
発生内容	【 自己抜去 】
発生要因-確認	【 確認が不十分であった 】
発生要因-観察	【 観察が不十分であった 】
発生要因-判断	【 アセスメント不足 】
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	【 他のことに気をとられていた 】
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	【 】
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

肺炎で入院され自宅でも痴呆症状あり、家族の希望で家族在院許可を出していた。訪室時右手にヘパロック中の点滴のルートを持ち、自己抜去されていた。家族はこの時自宅に帰っており不在。本人に行動の理由を聞くが不明。20分前に訪室したときはベット上臥位にて閉眼されており、体動みられず。ヘパロックの刺入部は包帯で巻いて包帯が取れないように両端をテープで固定、ガーゼとレテラタイで保護し、衣服で隠していた。主治医に報告するが、朝の検査結果良かったため、そのままとなる。

#### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

1. 痴呆があり、ルート抜去の可能性がありテーピングも強化していた。
2. 家族が不在時は15分毎に訪室予定であったが、このとき、他患の処置と重なり、訪室が遅れた

#### ■実施したもしくは考えられる改善策

1. 家族が不在時は、患者をスタッフルームに来てもらうか、頻回の訪室を励行する

---

## 専門家からのコメント

---

### ■記入方法に関するコメント

事例の発生状況等が簡潔にまとめられています。他の患者の処置で訪室が遅れた際に事例が発生していますが、当時の勤務状況や他のスタッフとの連携状況についての記載があれば、さらに深く背景要因を分析することが可能でしょう。

### ■改善策に関するコメント

観察によって自己抜去を完全に防止することは不可能です。チューブトラブルが発生しやすい状況では、必要のないチューブ類は早期に抜去することが重要です。

#### 観察の問題

痴呆症状のみられる患者は、チューブトラブルが発生しやすい状態と考えられるため、家族についてもらうことや、家族不在時にスタッフの目の届きやすいところに移動することは対策の一つであると考えられます。しかしながら、患者から全く目を離さないことは現実的には不可能であるため、これらの対策だけでは不十分でしょう。また、頻回に訪室して患者の様子を確認することは重要ですが、他の患者の状態などによっては時間通りに訪室できない状況も発生し得ます。事実、本症例では、他の患者の処置と重なって訪室が遅れたときに自己抜去が起こっています。したがって、観察を強化することによって自己抜去を防ぐことには限界があるとの認識が必要です。

#### 適応の問題

ドレーン・チューブ類に関するヒヤリ・ハット事例の中で、「自己抜去されたあとに再留置を行わなかった」という事例がみられます。言い換えれば、不必要なチューブ類が留置されていたこととなります。チューブ類が留置されていると自己抜去のリスクは高くなるので、「適応のないチューブ類は留置しない」ことが重要です。また、時期尚早で抜去できないドレーンがある場合、それら短くカットすることも自己抜去を防止するための方策の一つです。手術部位感染予防の観点からは「ドレーンの短カット」は推奨されませんが、「リスク（手術部位感染）」と「ベネフィット（自己抜去の防止）」のトレードオフという発想に立てば、取りうる対策の一つと考えられます。



事例186：(挿管チューブの適応が疑問視される患者の

挿管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)

■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】 曜日区分【平日】 発生時間帯【12時～13時台】	
発生場所【病室】	
患者の性別【男性】 患者の年齢【65歳】	
患者の心身状態【下肢障害、歩行障害、麻酔中・麻酔前後】	
発見者【当事者本人】	
当事者の職種【看護師】	
当事者の職種経験年数【年 ヶ月】 当事者複数	
当事者の部署配属年数【年 ヶ月】 当事者複数	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 気管チューブ 】
発生内容	【 自己抜去 】
発生要因-確認	【 】
発生要因-観察	【 観察が不十分であった 】
発生要因-判断	【 アセスメント不足 】
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	【 看護職間の連携が不適切 】
発生要因-勤務状態	【 休憩中であった 】
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-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【 】
発生要因-患者・家族への説明	【 説明が不十分だった、看護師と患者のコミュニケーション不足 】
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

患者は当日の朝10時頃より人工呼吸器をはずし、Tピースを装着していた。挿管チューブの必要性は十分説明しており、本日よりTピースとし、来週明けに抜管予定であることは説明していた。11時半まで固定に問題なし。11時半より当事者は休憩中であった。スタッフの半数が休憩中であり、病棟内の人手が不足していた。他スタッフは頻回訪室しており、12時20分にも訪室し、特に危険行動やチューブを触る様子等はなかった。12時30分、当事者が訪室すると、患者が挿管チューブを自己抜管し、握っていた。S a o 2は94%へ低下していた。酸素マスク10Lにて吸入開始し、S a o 2は100%へ上昇した。主治医へ報告、来棟し、ミニトラックを挿入された。ミニトラック挿入後、呼吸状態変化なく、レントゲン上も問題みられず。

### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

- ・看護師の観察が不十分であった。
- ・意識レベルがクリアであり、体動も激しく、自己抜管するリスクが十分にあったが、その危険性への配慮が足らず、抑制を行っていなかった。
- ・他スタッフへの引き継ぎの際、自己抜管のリスク、注意が必要であること等を申し送れていなかった。

### ■実施したもしくは考えられる改善策

- ・自己抜管のリスクをアセスメントし、注意して観察、頻回訪室を行う。リスクが高いと考えられる時は、抑制を行う等事故防止策を実行する。
- ・他スタッフへの引き継ぎの際、注意して観察が必要であること等、具体的に申し送りを行う。
- ・挿管中の患者は、特に注意して観察を行う。頻回訪室を行う。

## 専門家からのコメント

### ■記入方法に関するコメント

#### 挿管チューブ適応の検討

患者が挿管チューブを抜いた時の SaO<sub>2</sub> 値は 94% でした。これに対し、週明けまでの 3 日間、T ピースを装着しておくという医師の指示には疑問が残りますが、疾患や病期の記載がないため十分な解釈ができません。呼吸状態は刻々と変化するため、患者の病状に対するチーム内での活発な情報交換と治療方針の共有がリアルタイムで必要であると考えますが、情報の共有は十分行なわれていたのでしょうか。「自己抜管のリスクをアセスメントし、注意して観察、頻回訪室を行う」と記載されていますが、自己抜管のリスクをアセスメントする以前に、そもそも挿管チューブは必要か否かを十分検討することが重要です。必要性が低ければ、抜管するという判断も必要です。まずは挿管チューブの必要性をアセスメントすることからはじめましょう。

#### 患者の反応と自己抜管の予測

「挿管チューブの必要性は十分説明しており…」とありますが、この時の患者の反応はどうだったのでしょうか。説明を十分理解した様子が見受けられたのでしょうか。治療の説明に対する患者の反応は認知力の把握のために必要な情報です。また、「11 時半より当事者は休憩中であった」、「他スタッフは頻回訪室しており」と記載されており、自己抜去までの医療者側がとった行動はよく分かりますが、その間の患者の言動や行動などの記載が不足しています。他のスタッフからの観察内容も加え、事故に至る過程を整理し、抜去行動に関連する患者の要因を明らかにすることが必要です。

#### 改善策について

「リスクをアセスメントし注意して観察」、「他スタッフへ注意して観察が必要であること等、申し送る」、「挿管中の患者は、特に注意して観察」と記載されていますが、どれも具体的ではありません。スタッフ間での情報の共有のしかた、協力体制や連携の取り方についての見直しが必要になると考えます。

### ■改善策に関するコメント

#### 挿管チューブの必要性をアセスメントする

気管チューブの自己抜去報告では、挿管チューブ抜去にむけてのウィーニング中に、患者に抜かれてしまう事例が少なくありません。しかしながら、再挿管の必要な事例は半数で、残りは再挿管されず、抜去の時期をもう少し早めても良かったと考えられる事例です。本事例は、挿管チューブの必要性についてもっと十分な検討がされるべきだったのではないかと考えます。自己抜管のリスクをアセスメントする以前に、そもそもこ

の挿管チューブは必要があるのかどうかのアセスメントをする必要があったと考えます。不必要なラインは早期に抜去して、少しでも患者が感じる拘束感を取り除くことが何よりもトラブルを回避するために重要です。

#### 患者の状態の観察

本事例のように、気管内挿管されている患者は、言語的コミュニケーションがとれず意思が伝えられないこと、一人で動けないこと、昼夜関係なく行われる気管内吸引による身体的・精神的苦痛は大きいことが考えられ、それらは不穩の要因となることも考えられます。チューブ挿入中の患者の違和感や不快感の訴えのサインは注意深く観察し、抜去事故を未然に防ぐ必要があります。

#### 人員配置

本事例は「スタッフの半数が休憩中であり、病棟内の人手が不足していた」、「金曜日」の「12時から13時」、「病室」で発生しています。平日の日勤帯ですので、通常のスタッフの人数が確保されていたと想像します。一般病棟のようですが、挿管中の患者に対応する人員確保は十分だったのでしょうか。人手が不足ならば、スタッフの増員を検討するか、受け入れ患者の重傷度および人数を見直す必要があると考えます。まずは、病棟内の半数が一斉に休憩をとるのではなく、少人数ずつ時間差で休憩するなど工夫はできないでしょうか。