

## 第2部 転倒・転落事故評価指標

### 【目次】

1. 参加病院の転倒・転落事故防止対策推進体制の成熟度（レベル）
2. 病院内転倒・転落事故臨床指標の提示

### 1. 参加病院の転倒・転落事故防止対策推進体制の成熟度

#### 参加病院内転倒転落事故防止対策レベル分類

飯塚悦功による「医療安全推進体制評価」[32]によると、

#### 【レベル】

レベル1	マネジメントが存在しない。
レベル2	部分的に行われている。組織全体についてのシステムになっていない。
レベル3	システムが一応出来ているが、徹底を欠く部分がある。マンネリになっている。
レベル4	システムの有効性を向上させる仕組みがあり、改善が進んでいる。
レベル5	完成に近い状態。ベンチマークの対象になる状態。

上記、「医療安全推進体制評価のレベル分類」を基に、「病院内転倒転落事故防止対策レベル分類」を行った。

#### 【病院内転倒転落事故防止対策レベル分類】

レベル1	転倒転落防止対策マネジメント（PDCA サイクルをまわす事）が存在しない。
レベル2	転倒転落防止対策マネジメントが部分的に行われている。病院全体についてのシステムになっていない。
レベル3	病院全体についての転倒転落防止対策システムが一応出来ているが、徹底を欠く部分がある。マンネリになっている。
レベル4	病院全体についての転倒転落防止対策システムの有効性を向上させる仕組みがあり、改善が進んでいる。
レベル5	病院全体についての転倒転落防止対策システムが完成に近い状態。ベンチマークの対象になる状態。

各自の病院が今どのレベルにあるか検討されたい。

### 2. 病院内転倒・転落事故臨床指標の提示

#### ○ 参加病院に関して

#### 2.1 対象

今回のデータ分析の対象となった病院は以下の8病院の全入院患者である。

病院	病院内転倒転落事故防止対策レベル分類 (自己評価)	機能別分類	病床数	標榜科数	平均在院日数	平均病床稼働率
A	レベル2	急性期病院	468(117休止)	25科	19.8	92.50%
B	レベル3	急性期、回復期リハビリ	201床 (急性期病床151床、 回復期リハビリ病床50床)	8科	急性期病床15.3 回復期リハビリ病床62.2	急性期病床88.90%、 回復期リハビリ病床89.00%
C	レベル3	一般病棟	54	3科	19.4	79.30%
D	レベル3	急性期病院	1054床(関連施設278床を含む)	29科	16.3	94.80%
E	レベル3	急性期病院 7:1看護	198床	13科	10.2	92.50%
F	レベル3	急性期病院	592床	22科	13.3	90.00%
G	レベル4	急性期病院	611	27科	13.4	95.50%
H	レベル4	急性期病院	1116床 (一般978床、精神138床)	35科・部	15.5	88.50%

「調査期間」 2005年10月～2006年9月(1年間)

## 2.2 事故発生率

ここでは、総事故件数による指標を提示する。

### ☆延べ入院患者数を用いた指標

- 事故発生率＝総事故件数／延べ入院患者数×1000
- 有傷事故発生率＝有傷事故件数／延べ入院患者数×1000
- 無傷事故発生率＝無傷事故件数／延べ入院患者数×1000

表1 延べ入院患者数による事故発生率

病院名	怪我なし	怪我あり	総計	事故発生率	有傷事故発生率	無傷事故発生率
A	97	73	170	1.51	0.65	0.86
B	397	82	479	7.34	1.26	6.08
C	61	18	79	4.86	1.11	3.75
D	542	191	733	1.99	0.52	1.47
E	82	45	127	2.04	0.72	1.32
F	202	74	276	1.49	0.40	1.09
G	289	114	403	1.87	0.53	1.34
H	478	255	733	2.28	0.79	1.49
総計	2148	852	3000	2.23	0.63	1.60

表2 有傷事故(怪我あり)の内訳

病院名	軽症	中等症	重症	事故発生率(軽症)	事故発生率(中等症)	事故発生率(重症)
A	52	13	8	0.463	0.116	0.071
B	74	7	1	1.134	0.107	0.015
C	15	3	0	0.923	0.185	0.000
D	158	26	7	0.429	0.071	0.019
E	42	3	0	0.676	0.048	0.000
F	64	8	2	0.346	0.043	0.011
G	108	2	4	0.502	0.009	0.019
H	237	12	6	0.739	0.037	0.019
総計	750	74	28	0.558	0.055	0.021

※軽症：打撲、擦過傷、皮下出血

※中等症：切創・裂創（縫合の必要なもの）、捻挫、頭部・大腿骨以外の骨折

※重症：頭蓋内損傷（意識障害含む）、頭部・大腿骨骨折、頸髄損傷

表3 NDP 参加病院内での位置づけ

病院名	事故発生率/平均事故発生率	有傷事故発生率/平均有傷事故発生率	無傷事故発生率/平均無傷事故発生率
A	0.68	1.03	0.54
B	3.29	1.98	3.81
C	2.18	1.75	2.35
D	0.89	0.82	0.92
E	0.92	1.14	0.83
F	0.67	0.63	0.68
G	0.84	0.84	0.84
H	1.02	1.25	0.93

表3は、NDP参加病院の平均事故発生率に対し、各病院がどのような位置づけにあるかを示している。例えば、A病院はNDP平均の0.68倍多く事故が発生しており、有傷事故は平均くらいの値であることを示している。

#### ☆病床数を用いた指標

病床利用率が同じような病院間で比較する場合、病床数を用いた事故発生率の算出も行うことができる。上述した方法の簡便法と考えていただければよい。

- 事故発生率＝総事故件数／病床数
- 有傷事故発生率＝有傷事故件数／病床数
- 無傷事故発生率＝無傷事故件数／病床数



表4 病床数による事故発生率

病院名	事故発生率	有傷事故発生率	無傷事故発生率
A	0.36	0.16	0.21
B	2.38	0.41	1.98
C	1.46	0.33	1.13
D	0.61	0.16	0.45
E	0.64	0.23	0.41
F	0.47	0.13	0.34
G	0.66	0.19	0.47
H	0.66	0.23	0.43
総計	0.68	0.19	0.48

表5 NDP 参加病院内での位置づけ

病院名	事故発生率/平均事故発生率	有傷事故発生率/平均有傷事故発生率	無傷事故発生率/平均無傷事故発生率
A	0.54	0.81	0.43
B	3.52	2.12	4.08
C	2.16	1.73	2.33
D	0.91	0.83	0.94
E	0.95	1.18	0.85
F	0.69	0.65	0.70
G	0.97	0.97	0.98
H	0.97	1.19	0.88

<考察>

(1) 延べ入院患者数を用いた指標について

従来は、事故件数が転倒転落事故の一般的な指標であった。しかし、病院間で比較を行う場合、個々の病院によって規模や、病床数、診療科などが異なる。そこで、延べ入院患者数という値が必要となる。事故件数を延べ入院患者数で割ることにより、1人の患者が1日に起こす事故件数を算出できる。よって、病院の規模などを考えることなく、病院間で比較することが可能となる。

(2) 無傷事故に関して

無傷事故は、報告される率が病院によって非常にばらつく可能性がある。こういった事故は、看護師が見ていないところで発生した場合は、患者の報告に依存してしまう。また、怪我をしていないため、報告されない可能性もある。

そういった点から考えると、無傷事故の発生率の高い病院は、事故の報告率が高く、改善に対する意識が非常に高い病院とも考えられる。

2.3 層別因子による指標算出

2.3.1 層別に分ける目的

引用：飯田修平、飯塚悦功、棟近雅彦：「医療の質用語事典」日本規格協会、p115. p301, 2005年  
層別は、データのもつ特性によって分けることで、ばらつきの原因を見つけるための有効な方法である。層別によって層間の違いがあれば、それがばらつきの原因である。

層別の目的は、層による何らかの違いを見つけることである。違いを見つけることが問題解決

の第一歩であり、層別は統計的見方の本質ともいえる分析の方法である。

### 2.3.2 診療科による層別

以下、診療科別に事故発生率を求める。

算出方法は、事故発生率と同じだが、用いる値がその診療科の事故件数と延べ入院患者数となる。一部の診療科の事故発生率を以下に示す。

表6 診療科別事故発生率(整形外科)

病院名	延べ入院患者数	事故件数	有傷事故件数	事故発生率	有傷事故発生率
A	44352	27	16	0.61	0.36
B	11628	60	7	5.16	0.60
D	22512	45	8	2.00	0.36
E	3432	10	3	2.91	0.87
F	26076	33	6	1.27	0.23
H	19836	51	10	2.57	0.50

表7 B病院診療科別事故発生率(リハ・血液内科)

診療科名	延べ入院患者数	事故件数	有傷事故件数	事故発生率	有傷事故発生率
リハ	16836	221	19	13.13	1.13
血液内科	3528	16	6	4.54	1.70

### 2.3.3 事故の基本情報による層別

診療科と同様に、発生時間帯や、発生動機、発生場所といった事故の発生状況に関連する基本情報でも病院間比較が可能である。以下の図における縦軸は全て事故発生率である。

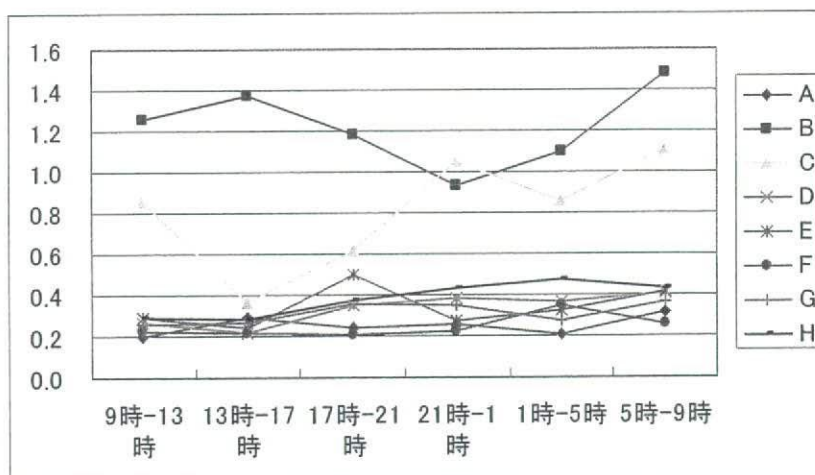


図 時間帯別事故発生率

<考察>

- 1) B, C 病院で 5 時-9 時の時間帯で事故発生率が上昇しているのは、①勤務交代等による看護師の減少によりスタッフが少ないこと、②患者が起きてトイレに行く時間帯であること、が主な原因と思われる。よって、事故発生率が上がるこの時間帯にスタッフを増やす等の工夫、家族の見守りの協力等の対策の検討が必要と思われる。
- 2) 17 時-21 時の時間帯で事故発生率が上昇している病院が多いのも、勤務交代等による看護師の減少によりスタッフが少ないことが原因と思われる。
- 3) B 病院で 13 時-17 時の時間帯で事故発生率が高いのは、この時間帯がリハビリ訓練や検査に行く等の患者の活動時間帯であることが原因と思われる。

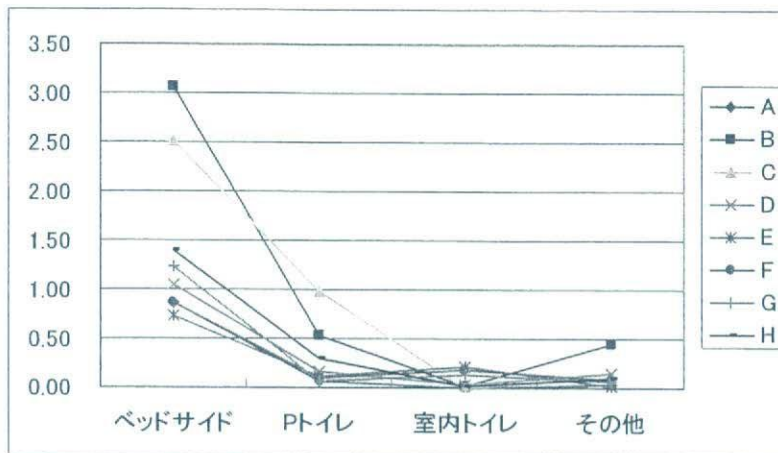


図 発生場所(室内)別事故発生率

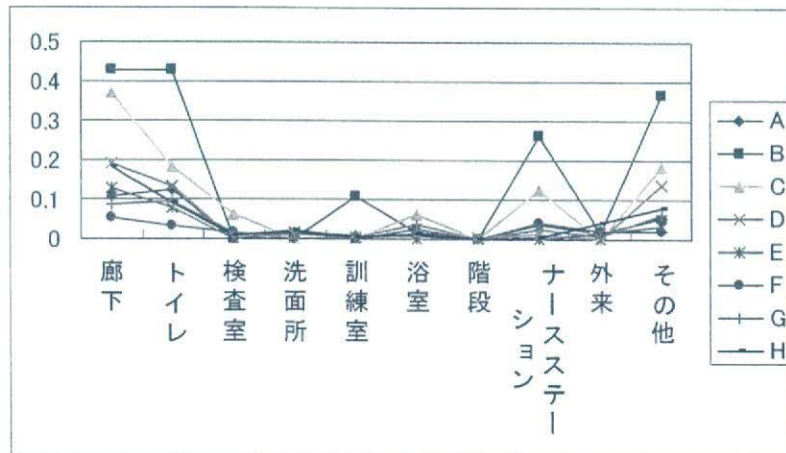


図 発生場所(室外)別事故発生率

<考察>

ナースステーションでの事故発生率が高い原因として、①ナースステーション管理をしている患者はもともと転倒リスクの高い患者であること、②抑制等の対策を実施していても患者を常時観察していることが困難であること、誰かが見てくれるだろうという思いがあること、③離



床センサーの設置等の通常対策ツールの使用がナースステーション内では困難であること、④患者の多くは車椅子等におり、患者が事故の契機となる行動を開始してから事故が発生するまでのプロセスが他の場合より短いこと、つまり多くの場合、患者の一動作で事故が発生してしまうこと、等が考えられる。

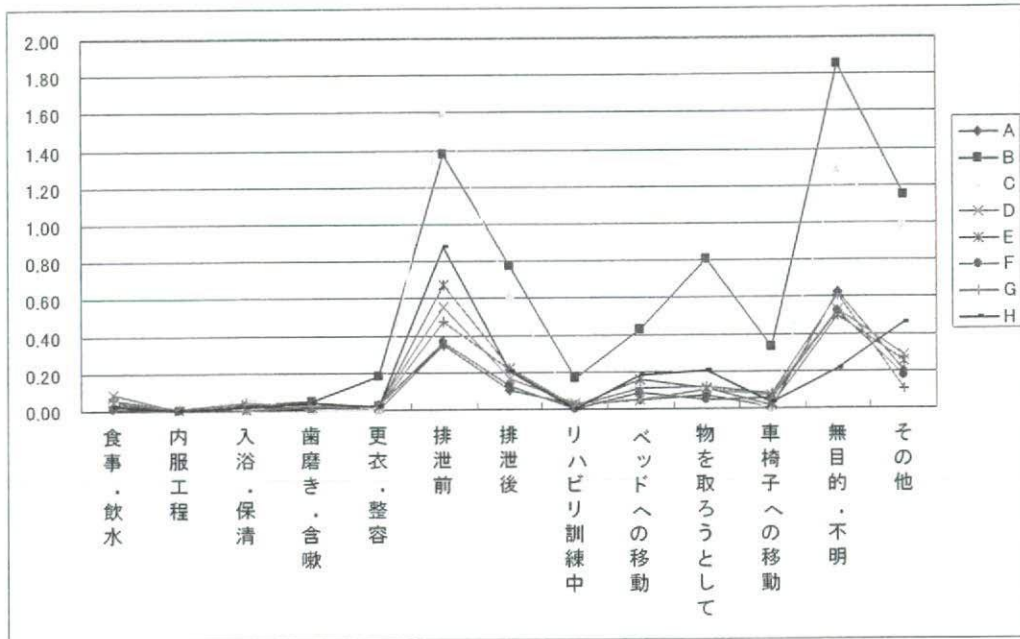


図 発生動機別

※排泄前：排泄を目的とした行動で、便器に座るまでの一連の行動で発生したとき  
 ※排泄後：便器に座った後から、トイレから離れるまでの一連の行動で発生したとき

〈考察〉

患者のもつ疾患によって、転倒・転落事故の発生率は異なる可能性がある。したがって、疾患を層別因子として分析する必要がある。しかし、それを因子とすると煩雑になってしまうため、似たような疾患をひとくくりで考える“診療科”というレベルで分析を行っている。

診療科ごとに見ることにより、より詳細な分析が可能となる。

1つは病院間での比較である。例えば、E病院とH病院は、全体の事故発生率(表1参照)では、E病院では0.64、H病院では0.66とE病院のほうが小さい。その一方で、表6に示した整形外科の事故発生率は、E病院では2.91、H病院では2.57とH病院のほうが小さい。したがって、整形外科においては、H病院のほうがE病院より事故防止を実施できていると考えることができる。

もう1つは、病院内での比較である。例えば、A病院では、病院全体の事故発生率は1.51となっている。しかし、整形外科の事故発生率は0.61となっている。つまり、A病院においては、他の診療科に比べ、整形外科での事故防止が行えている、と考えることができる。

また、表7に示したようにB病院のリハの事故発生率は13.13、全体の事故発生率7.34に比べ大きな値を示している。一方で、有傷事故発生率は1.13 全体の有傷事故発生率1.26に比べると、小さな値を示している。つまり、リハにおける事故は、事故件数は多いが、それに伴う有傷事故は少ないという風に考えることができる。それとは逆に、血液内科の事故発生率4.54は、全体の

事故発生率 7.34 に比べ低い値を示している。しかし、有傷事故発生率は 1.70、全体の発生率 1.26 より大きな値となっている。これは、血液内科においては、事故自体は少ないが、事故が発生すると、有傷事故につながりやすいことを示しているといえる。

このように、事故件数をただ比較するのではなく、診療科ごとの延べ入院患者数で、事故発生率、有傷事故発生率を算出することにより、その病院において事故が最も発生している診療科を明らかにすることができる。それにより改善対象とすべき診療科を明らかにし、重点的に対策を講じることができる。

それと同様に事故に関連する基本情報を用いることによっても、病院内比較、病院間比較が可能となる。

例えば、D 病院では 1.99、E 病院では 2.04 とほぼ同じ総事故発生率を示している。しかし、D 病院では 21 時-1 時が最も大きな事故発生率であるのに対し、E 病院では 17 時-21 時が最も大きな事故発生率を示している。この違い（ギャップ）を調査することによって、事故の発生要因を明らかにすることが可能となる。

#### 2.4. 収集データのまとめ

8 つの病院で収集した事故の総データによる分析結果を以下に示す。

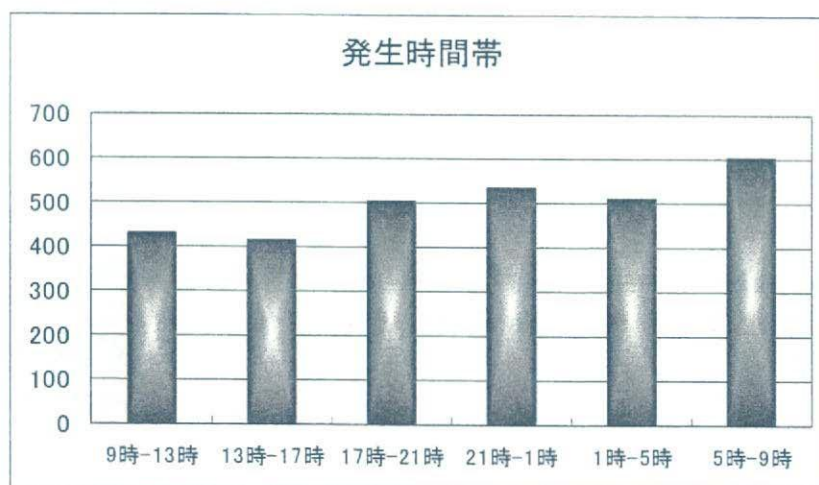


図 1 発生時間帯



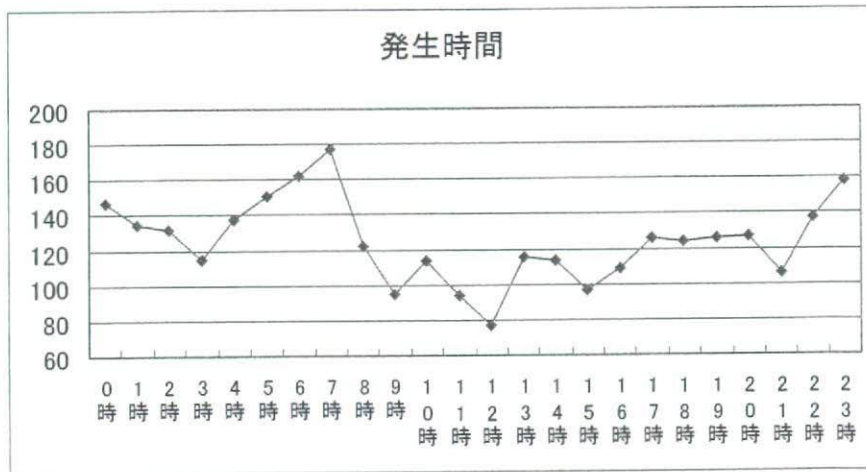
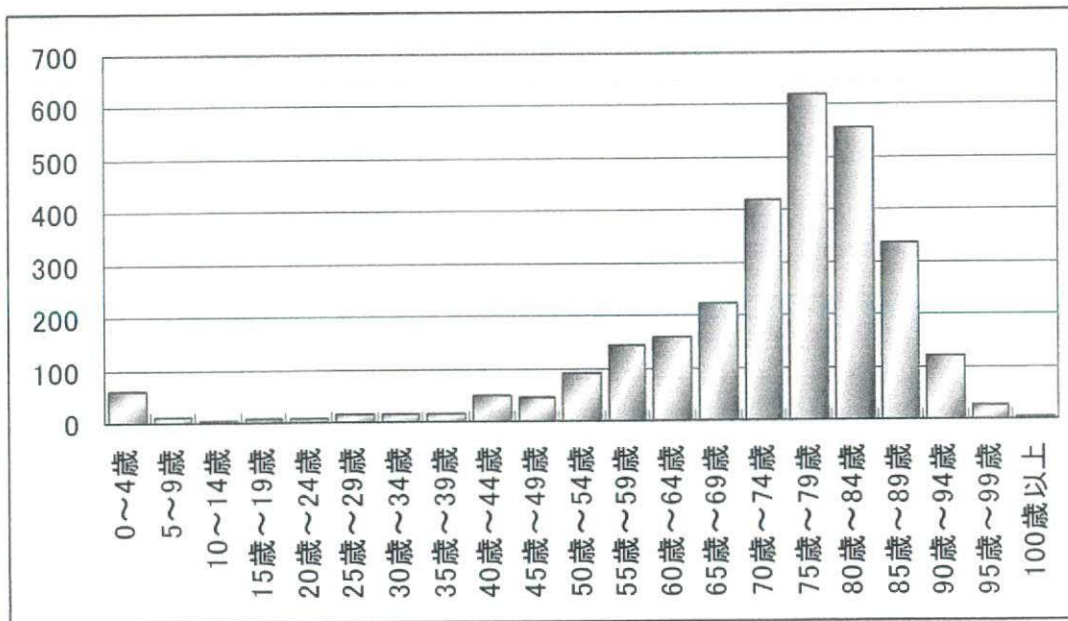


図2 発生時間

- ・ 朝方の事故、特に7時代の事故が多いことがわかる。



- ・ 高齢者、特に75歳~84歳までの事故件数が非常に多いことがわかる。
- ・ 低年齢層では、0~4歳の事故が多い。

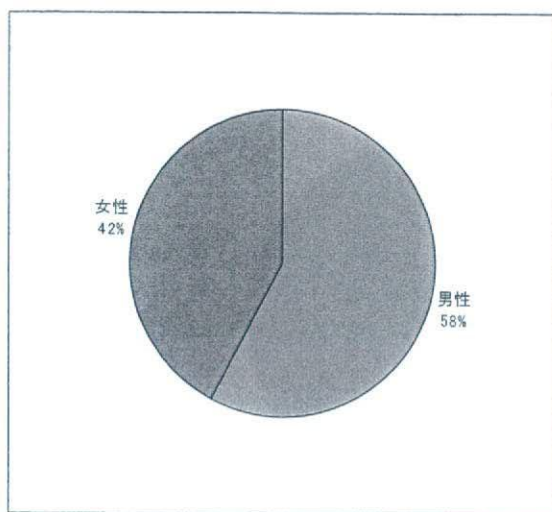


図 性別

- ・ 男性のほうが多い

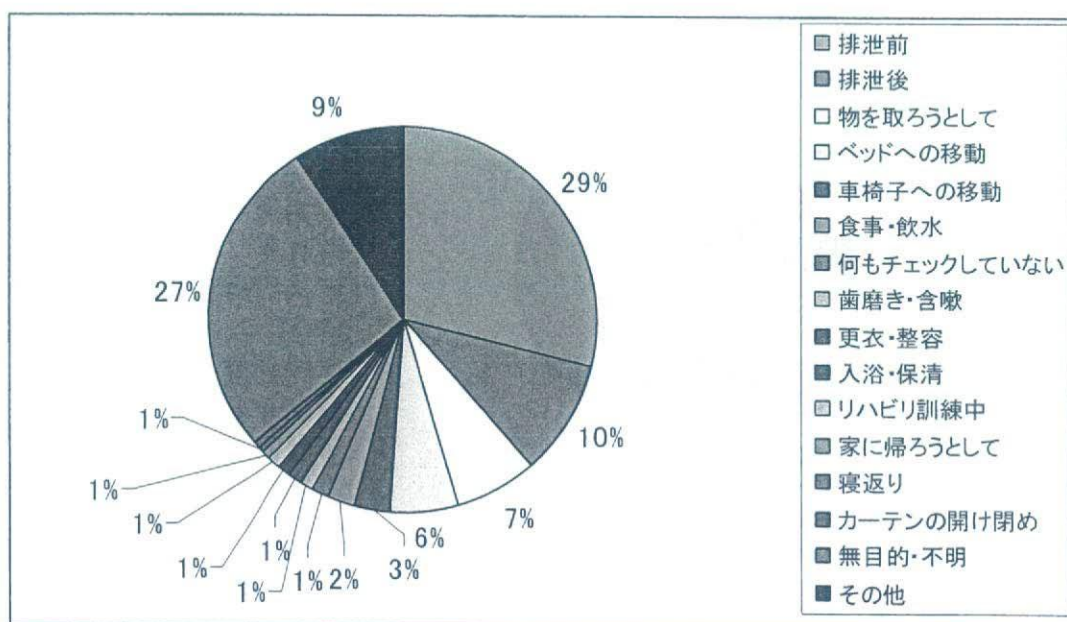


図 事故のきっかけとなる Pt 行動

- ・ 排泄関連での事故 (排泄前+排泄後) が 39% を占める
- ・ 動機が不明な事故も非常に多い

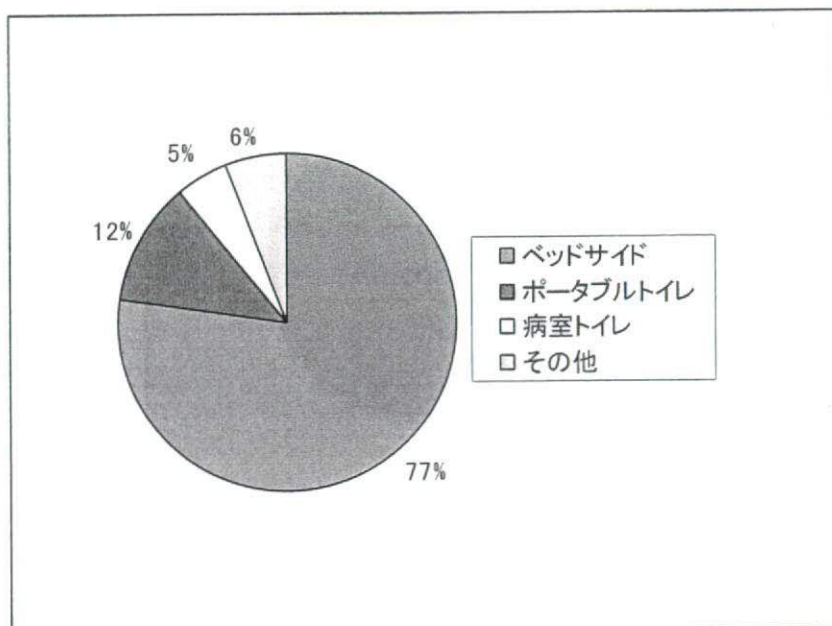


図 事故発生場所(室内)

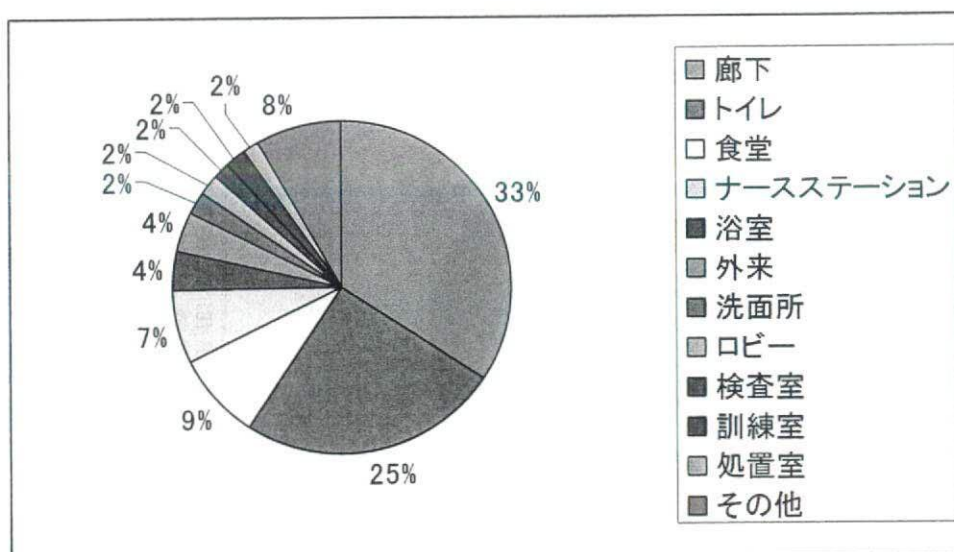


図 事故発生場所(室外)

※室外とは、入院している病室の外という意味である。

- ・ 室内ではベッドサイド、室外では廊下での事故が多い。
- ・ 室内、室外ともにトイレでの事故も多い
- ・ ナースステーションでの事故が多いのは、危険な患者をナースステーションに連れてくるがために、多くなっていると考えられる。



## 2.5 今後の展開

今回の分析では、病院によって発生率に違いがあることを示すことができた。しかし、その発生率の違いが何から生じるのかまでは明らかにできていない。

各病院での具体的な取り組みを明らかにすることにより、事故発生率の違いについて明らかにすることが可能となるといえる。

表 発生場所(室内)と発生動機

病室(内訳)	食事・飲水	内服工程	入浴・保清	歯磨き・含嗽	更衣・整容	排泄前	排泄後
ベッドサイド	33	2	3	11	25	467	63
PTトイレ						140	79
室内トイレ				1		41	37
その他	3		1	7	1	38	6
総計	36	2	4	19	26	686	185

病室(内訳)	リハビリ訓練中	ベッドへの移動	物を取ろうとして	車椅子への移動	無目的・不明	その他
ベッドサイド	3	104	154	60	477	221
PTトイレ	10	12	1		7	3
室内トイレ		5			5	1
その他	1	8	6	5	44	27
総計	14	129	161	65	533	252

表 発生場所(室外)と発生動機

病室(内訳)	食事・飲水	内服工程	入浴・保清	歯磨き・含嗽	更衣・整容	排泄前	排泄後
廊下	8		1	7		58	7
トイレ						54	78
検査室						1	
洗面所				6		3	
訓練室							2
浴室			21				
階段							
ナースステーション	1					1	1
外来						2	
その他	16		3	1		1	
総計	25	0	25	14	0	120	88

病室(内訳)	リハビリ訓練中	ベッドへの移動	物を取ろうとして	車椅子への移動	無目的・不明	その他
廊下	3	8	3	2	47	67
トイレ	5	1	4	5	2	6
検査室				1	2	7
洗面所			1		1	3
訓練室	8					1
浴室				1		2
階段						1
ナースステーション			1	1	27	9
外来			1	2	5	14
その他		3	4	2	48	49
総計	16	12	14	14	132	159

## 第3部 転倒・転落事故教育的事例集

### 【目次】

- 1.事例集提示の目的
- 2.事例集フォーマット作成の考え方
- 3.事例集フォーマット
- 4.各事例集
  - 4.1.事例集目次
  - 4.2.各事例

### 1.事例集提示の目的

転倒・転落事故事例集提示の目的は、新たに転倒・転落防止対策に取り組む病院が今後直面することが予測される転倒・転落事故事例、すなわち典型的事例、教訓的事例、警鐘的事例を提示することにより、同様の転倒・転落事故を未然に防止することの一助とすることである。

さらに転倒・転落事故事例から、転倒・転落事故の発生メカニズム、事故分析の手法、対策の立案の方法を学習することである。

### 2.事例集のフォーマット作成の考え方

- ① 転倒・転落事故の原因は、患者要因（内的要因）と療養環境要因（外的要因）に分けられ、多くはそれらの不適合（ミスマッチ）であると考えられる。
  - ② 修正薬科3段階対策実施モデル
  - ③ 転倒・転落 KYT シート（早稲田大学理工学部作成、KYT4 ラウンド法）
- 以上の3点を基本コンセプトとして事例集のフォーマットを作成した。

#### 2-1. 修正薬科モデル（病院内転倒転落事故防止対策モデル）

修正薬科3段階対策実施モデルは、品質管理における事故対策として事故が起こる前に事故を防止し事故件数を低減させる「未然防止」と、事故が発生してもその影響度を緩和する「影響緩和」があるとの基本コンセプトから転倒・転落事故防止対策として、

対策Ⅰ：病棟に入院している患者の中から、事故を起こす危険性が高い患者を抽出

対策Ⅱ：事故の未然防止策

対策Ⅲ：事故後の影響緩和策

の3つの対策項目から構成されている。

#### 2-2. 転倒・転落 KYT シート（早稲田大学理工学部作成、KYT4 ラウンド法）

転倒・転落 KYT シートは、KYT4 ラウンド法の手順に従い、

- ①1R:現状把握、
- ②2R:本質追求、
- ③3R:対策樹立、
- ④4R:目標設定、

で構成されている。下記に、転倒・転落 KYT シートの基本骨格を示す。

#### 【1R:現状把握】

～患者・ハード・環境要因から、想定場面・行動においてどのような現象・事故が起こるか記入する。

#### 【2R:本質追求】

～発見された危険のうち、重要危険に○印を、さらに重要なものに◎印をつける。

- ① 想定場面（ハード・環境要因）
- ② 想定行動（～すると）
- ③ 要因から考えられる。直前現象（～して）
- ④ 事故発生（～になる）

#### 【3R:対策樹立】

～危険なポイントを解決するために、具体的な対策を立案する。

#### 【4R:目標設定】

～対策のなかで最も重要な対策を絞り込み、○印をつける。→対策を実行する。

- ① 危険患者の抽出
- ② 行動の未然防止
- ③ 転倒・転落の防止
- ④ 影響度の緩和

### 2.3 KYT4 ラウンド法（中央労働災害防止協会）[33]

- (1) 危険の予知「どんな危険がひそんでいるか？」
- (2) 重点化「これが危険のポイントだ」
- (3) 対策「あなたならどうする」
- (4) 安全目標「私達はこうする」

上記4ステップの手順に従い、危険予知トレーニングを行う方法である。

### 3.事例集のフォーマット

事例集を作成したフォーマットを以下に示す。

#### 【タイトル】

#### 【キーワード】※3つまで

#### 【1R:現状把握】(I) 患者要因（内的要因）：どのような患者さんか？

- ① 年齢
- ② 性別
- ③ 病名
- ④ 診療科
- ⑤ どのような状態か？
- ⑥ -1.感覚要因？
- ⑥ -2.高次要因？
- ⑥ -3.運動要因？
- ⑦ 既往歴

#### (II) 療養環境（外的要因）：どんな場所、どのような場面で？

A.ベッド周辺 B.トイレ周辺 C.車椅子周辺 D.廊下 F.その他：



- (Ⅲ) 事故に至る経過・対応（発生時間・患者行動・医療従事者行動等）
- (Ⅳ) 事故発生（外傷の有無と外傷の内容）、事故後の経過・対応

【2R:本質追求】事故原因の本質を追求・考察（危険なポイントを発見する。）

- (Ⅰ) 事故原因Ⅰ：患者要因（内的要因）では？
- (Ⅱ) 事故原因Ⅱ：事故に至る経過・対応（患者行動・医療従事者行動等）では？
- (Ⅲ) 事故原因Ⅲ：事故後の経過・対応では？

【3R:対策樹立】対策樹立（危険なポイントを解決するために、具体的な対策を立案する。）

A:既に実施されていたこと。

B:今後実施すれば良いこと。

H:ハード面（物的面）

S:ソフト面（人的面）

(Ⅰ) 対策Ⅰ：危険患者をどのように抽出すれば良いのか？ (Ⅱ) 対策Ⅱ：どんな未然防止策（患者行動・介助者行動等）を実施すれば良いのか？

対策Ⅱ-H-A

対策Ⅱ-H-B

対策Ⅱ-S-A

対策Ⅱ-S-B

(Ⅲ) 対策Ⅲ：どんな影響度の緩和策を実施すれば良いのか？

対策Ⅲ-H-A

対策Ⅲ-H-B

対策Ⅲ-S-A

対策Ⅲ-S-B

【4R:目標設定】目標設定（対策の絞込み）上記対策のなかで最も重要な対策に●を付ける。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

【一般的対策論、類似事例の考察（参考文献、ベストプラクティス参照ページ）】

## 4.各事例集

### 4.1.事例集目次

番号	タイトル	キーワード	診療科
1.	白内障手術後の高齢患者が、入院 2 日目の深夜、トイレに行こうとしてベッドより転落し、(L)大腿骨頸部骨折を起こした事例。	白内障手術・大腿骨頸部骨折・入院 2 日目	眼科
2.	退院直前的高齢患者が、ポータブルトイレ移動時見守りが必要であったが、看護師がその場を離れた時、転倒し頭部打撲した事例。	退院直前・ポータブルトイレ・見守り	総合診療科

3.	外来通院患者が胸部 CT 検査終了時、検査技師が安全ベルトを外し、CT 撮影台より転落し(L)大腿骨頸部骨折を起こした事例。	外来患者・CT 撮影台・安全ベルト	外科
4.	小脳梗塞の患者が、ベッドサイドで排尿後ズボンを上げる際にバランスを崩し転倒し前額部を切創した事例。	小脳梗塞・排尿後・ズボン	総合診療内科
5.	ADL 自立した患者が、朝ベッド下のスリッパを取ろうとしてベッドより転落し中心性頸髄損傷を起こした事例。	スリッパ・ベッド下・ベッドより転落	循環器内科
6.	貧血の高齢患者が、夕刻病室の中央で、底が擦り切れたスリッパを履いて滑り転倒して(R)大腿骨頸部骨折を起こした事例。	貧血・スリッパ・大腿骨頸部骨折	総合診療内科
7.	小児科入院患児が、母親が目を離し時にベッド柵が降りた状態のサークルベッドより転落した事例。	母親・小児・ベッド柵が降りた状態・ベッドより転落	小児科
8.	ふらつきがあり判断力が低下した高齢患者が、レントゲン室で撮影時に撮影テーブル台で端座位をとろうとして転落した事例。	ふらつき・レントゲン室・端座位	脳神経外科
9.	麻薬、睡眠薬を使用している血液疾患の高齢患者が、夜間ポータブルトイレ使用時に転倒し、急性硬膜下血腫、外傷性クモ膜下出血にて緊急手術になった事例。	血液疾患・ポータブルトイレ・急性硬膜下血腫	血液内科
10.	低カリウム血症にて下肢脱力のある若年患者が、トイレ歩行後病室内で転倒した事例。	低カリウム血症・下肢脱力・若年	内科
11.	進行腭頭部癌で麻薬増量の過剰効果のために譫妄症状の出現した高齢患者が、夜間尿意により中途覚醒し廊下で転倒した事例。	進行癌・麻薬・譫妄	内科
12.	看護室管理の必要な認知症の高齢患者が、頻回の訪室にもかかわらず観察5分後にトイレ前で転倒した事例。	認知症・トイレ・頻回訪室	消化器内科
13.	軽度認知症のある大腸癌手術前の高齢患者が、夜間ベッドより転落し、1週間後に(L)大腿骨頸部骨折が判明した事例。	軽度認知症・転落後の観察・大腿骨頸部骨折・ベッドより転落	消化器病センター
14.	膵癌ターミナル期の高齢患者が、化学療法中、夜間ポータブルトイレに降りようとして転倒し腰椎圧迫骨折を起こした事例。	癌のターミナル期・化学療法・ポータブルトイレ	消化器内科
15.	スタッフステーション内で見守り中の不穩のある高齢患者が、早朝自ら安全帯を外し歩こうとして車椅子とともに転倒した事例。	スタッフステーション・車椅子・安全帯	脳神経外科



16.	人工呼吸器の離脱（ウイーニング）中の患者が、両手行動制限施行していたにも関わらず、外していた頭側のベッド枠の所から転落した事例。	人工呼吸器・離脱（ウイーニング）・ベッド枠	内科
17.	ADL が自立した高齢患者が、ベッドから立ち上がろうとしてサイドテーブルにつかまり、ずれてベッドより転落し頭部打撲した事例。	ADL 自立・サイドテーブル・ベッドより転落	整形外科
18.	肝不全の高齢患者が、深夜トイレでの排泄後、廊下を歩行器で歩行し転倒し、急性硬膜下血腫・外傷性クモ膜下血腫になった事例。	肝不全・急性硬膜下血腫・排泄	外科
19.	軽度認知症がある一本杖監視歩行レベルの高齢患者が、理学療法室のプラットホームで座位をとり、理学療法士がそばを離れた時に、輪投げの輪を取ろうとしバランスを崩し転倒した事例。	理学療法室・認知症・監視歩行レベル	リハビリ科
20.	急性アルコール中毒患者が、ベッド柵を乗り越えて転落し急性硬膜下血腫になった事例。	急性アルコール中毒・ベッド柵を乗り越えて・ベッドより転落	脳神経外科

#### 4.2.各事例

##### 【事例 1】

##### 【タイトル】

白内障手術後の高齢患者が、入院 2 日目の深夜、トイレに行こうとしてベッドより転落し、(L)大腿骨頸部骨折を起こした事例。

##### 【キーワード】

白内障手術・ベッドより転落・入院 2 日目

【1R:現状把握】(I) 患者要因 (内的要因) : どのような患者さんか？

① 年齢 : 70 歳 ② 性別 : 男性 ③ 病名 : 1.(R)白内障 (手術後)

④ 診療科 : 眼科

⑤ どのような状態か？ (R)眼の視力低下を自覚するようになり、物にぶつかったり、つまづくことがあるため、眼科を受診し、「白内障」と診断され、手術目的にて手術前日に入院した。自宅では普段、畳で寝ていた。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因？ (R)白内障手術後で、(L)片眼であった。

⑥ -2.高次要因？ 入院前、認知障害は無かった。

⑥ -3.運動要因？ ADL は自立し、農作業行う事も出来た。

⑦ 既往歴 : 12 年前 : 脳出血 (麻痺なし) : 降圧剤・抗血小板剤内服中である。

5 年前 : (L)眼 : 白内障手術施行された。



(II) 療養環境 (外的要因) : どんな場所、どのような場面で?

●A.ベッド周辺 B.トイレ周辺 C.車椅子周辺 D.廊下 F.その他 :

●A.ベッド周辺 : ベッドより転落

(III) 事故に至る経過・対応 (発生時間・患者行動・医療従事者行動等)

入院2日、(R)白内障手術施行され、術後、(R)眼はヘス固定され(L)片眼であった。病室は、トイレより一番奥だったが、術後はトイレ歩行に特に支障は無かった。

1:40 同室者よりナースコールあり。看護師が訪室するとベッドより転落していた。「トイレに行こうと思い、ベッドの上に立ち、一瞬、どこにいるかわからなかったが病院にいることがわかり、ベッドから降りようとして足を踏み外しベッドより転落した。」と言った。

(IV) 事故発生 (外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

意識状態は清明で返答も出来ていた。(L)腋窩の疼痛と(L)臀部痛を訴えたが、立位保持で安楽尿器を使用し自力で排泄が行えた。その後、半介助にてベッドへ移動した。(L)臀部痛の訴えは続いていたが湿布を貼布し、朝まで経過観察した。その後、医師に報告し、レントゲン撮影施行し、整形外科紹介され、「(L)大腿骨頸部骨折」と診断され、2日後に観血的骨接合施行された。

【2R:本質追求】事故原因の本質を追求・考察 (危険なポイントを発見する。)

(I) 事故原因I : 患者要因 (内的要因) では?

視力障害あり、入院前から物にぶつかったりしていた。(R)白内障手術後で、ヘス固定され、(L)片眼であった。

(II) 事故原因II : 療養環境 (外的要因) では?

自宅では畳で寝ている。一方、病院ではベッドで寝ていた。入院2日目で、ベッドでの就寝に慣れていなかった。ベッド柵は両側に1本ずつ設置していた。

(III) 事故原因III : 事故に至る経過・対応 (患者行動・医療従事者行動等) では?

患者の行動を察知できなかった。

(IV) 事故原因IV : 事故後の経過・対応では?

(L)臀部痛の訴えがあったが、立位保持できたため、骨折しているとは思わず、医師への報告は直ちには行わなかった。

【3R:対策樹立】対策樹立 (危険なポイントを解決するために、具体的な対策を立案する。)

A:既に実施されていたこと。B:今後実施すれば良いこと。

H:ハード面 (物的面) S:ソフト面 (人的面)

(I) 対策I : 危険患者をどのように抽出すれば良いのか?

眼の手術で片眼になる予定がある。入院前に、畳の上で就寝していた。

(II) 対策II : どんな未然防止策 (患者行動・介助者行動等) を実施すれば良いのか?

●対策II-H-B : 眼科病棟では、夜間枕灯の点灯 (白内障・緑内障はまぶしい光に過敏に反応するので調光スイッチがあると良い)、常備灯の点灯、トイレはセンサー自動点灯が良い (急に明るくなると一瞬盲目状態になる)、ナースコールバンドの使用と使用方法の説明をする。

対策II-S-B : 夜間の排尿パターンを知り、排尿誘導をする。

(III) 対策III : どんな影響度の緩和策を実施すれば良いのか?

対策III-H-B : 普段ベッドを使用していない患者は、ベッドより転落する事を予測し低床ベッドを使用する。緩衝マットを設置する。

対策III-S-B : 事故発生時対応マニュアルの標準化とその実施が必要である。

- ・「大腿骨頸部骨折」があっても立位がとれることがあり、レントゲン撮影と整形外科へのコンサルトが必要である。
- ・抗血小板剤内服中の患者のため、転落後は頭部外傷後の観察すなわち意識状態、頭痛、嘔吐、瞳孔不同、麻痺などの発症や推移を把握することが重要である。また打撲部の出血状態の観察も必要である。

【4R:目標設定】目標設定（対策の絞込み）上記対策のなかで最も重要な対策に●を付ける。

- 対策Ⅱ-H-B：眼科病棟では、夜間枕灯の使用、常備灯の点灯、夜間の排尿誘導が必要である。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

- ・患者は環境の変化で思わぬ行動を起こす。
- ・患者の視力障害は重要であり、入院後の環境を整える必要がある。

【一般的対策論、類似事例の考察（参考文献、ベストプラクティス参照ページ）】

参照：ガイドライン 4.2.3.1 診察・診断時の注意事項

【事例2】

【タイトル】

退院直前の高齢患者が、ポータブルトイレ移動時見守りが必要であったが、看護師がその場を離れた時、転倒し頭部打撲した事例。

【キーワード】

退院直前・ポータブルトイレ・見守り

【1R:現状把握】(Ⅰ) 患者要因（内的要因）：どのような患者さんか？

① 年齢：73歳 ② 性別：女性 ③ 病名：1.大腸炎 2.S状結腸憩室炎疑い

④ 診療科：総合診療科

⑤どのような状態か？ 便秘経過中に激しい(L)側腹部痛訴えて入院する。CT検査で「大腸炎」と診断され、絶食、補液と抗生物質投与にて腹痛は消失した。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因？ 視覚、感覚障害なし。

⑥ -2.高次要因？ 認知症なし。

⑥ -3.運動要因？ 麻痺なし。

ADLは概ね自立していたが、入院後より移動時に介助が必要となった。ポータブルトイレを使用していた。

⑦既往歴：1. 15年前から：関節リウマチ治療中である。(L)股関節と(L)膝関節の手術後である。

2. 脳梗塞後遺症（麻痺なし）：抗血小板薬内服中である。

(Ⅱ) 療養環境（外的要因）：どんな場所、どのような場面で？

●A.ベッド周辺 B.トイレ周辺 C.車椅子周辺 D.廊下 E.その他：

入院13日目。腹痛も消失し食事が摂れるようになり、退院間近であった。

ADLは端座位可能であるが、立位介助、ポータブルトイレ移乗介助、パンツの上げ下げに介助を要し、退院に向け、ベッド柵を移動支援バーに換えポータブルトイレ移乗介助および見守りをしていた。

(Ⅲ) 事故に至る経過・対応（発生時間・患者行動・医療従事者行動等）

14:00 ポータブルトイレへの移乗の見守りをしていた。看護師はカーテンを引き、患者がリハビリシューズを履き、ゆっくり移動するところまで確認（座位の確認はしていない）し、カー



テンの外に出た。

その後、患者は滑って転倒し、床頭台で後頭部を打撲し後頭部痛を訴える。外傷なし。

**(IV) 事故発生（外傷の有無と外傷の内容）、事故後の経過・対応**

看護師は、意識状態は清明で、外傷のないことバイタルサインは安定していることを確認し、担当医に報告した。

医師は、意識障害、嘔吐、瞳孔不同、麻痺等の症状は無かったが、抗血小板薬内服中でもあり、頭部 CT 検査施行し、骨折、出血、脳挫傷等の外傷性変化なく、経過観察とした。

患者は、退院前で家とほぼ同じ状況であったのに転倒してしまい非常にがっかりした。

**【2R:本質追求】事故原因の本質を追求・考察（危険なポイントを発見する。）**

**(I) 事故原因 I：患者要因（内的要因）では？**

退院前でポータブルトイレ移乗訓練中であった。ポータブルトイレ移乗の軽介助と見守りが必要であった。

**(II) 事故原因 II：療養環境（外的要因）では？**

床が滑りやすい状態であった。

**(III) 事故原因 III：事故に至る経過・対応（患者行動・医療従事者行動等）では？**

看護師は大丈夫であろうと思い目を離れた時、患者は転倒した。

ポータブルトイレの移乗の軽介助と見守りが必要であったが、実施されなかった。

**(IV) 事故原因 IV：事故後の経過・対応では？**

抗血小板薬内服中でもあり、「慢性硬膜下血腫」の出現に注意し観察する。

**【3R:対策樹立】対策樹立（危険なポイントを解決するために、具体的な対策を立案する。）**

A:既に実施されていたこと。B:今後実施すれば良いこと。

H:ハード面（物的面） S:ソフト面（人的面）

**(I) 対策 I：危険患者をどのように抽出すれば良いのか？**

アセスメントシートで基準に従いアセスメントする。ポータブルトイレ移乗の軽介助と見守りが必要であった。

**(II) 対策 II：どんな未然防止策（患者行動・介助者行動等）を実施すれば良いのか？**

対策 II-H-A：ベッド柵を移動支援パーに変える。

対策 II-H-B：ポータブル周囲に滑り止めマットを設置する。

- 対策 II-S-B：問題リストに転倒転落のリスクをあげ、看護計画を立案する。評価日どおりに評価する。ポータブルトイレ移乗の軽介助と見守りと評価されたらそれを忠実に遵守する。

**(III) 対策 III：どんな影響度の緩和策を実施すれば良いのか？**

対策 III-H-B：ポータブルトイレ使用者には滑り止めマットを標準使用とする。緩衝マットを設置する。

対策 III-S-B：事故発生時対応マニュアル・事故発生時の観察マニュアル。

介助レベルが見守りであることを、介助者全員に分かるようベッドサイドに明記する。

**【4R:目標設定】目標設定（対策の絞込み）上記対策のなかで最も重要な対策に●を付ける。**

- 対策 II-S-B：問題リストに転倒転落のリスクをあげ、看護計画を立案する。評価日どおりに評価する。軽介助・見守りと評価されたらそれを忠実に遵守する。

**【この事例から学んだこと（教訓の内容）】**