

・看護師の介入下での事故である。看護計画でポータブルトイレ移乗の軽介助と見守りとしたら、それを忠実に遵守する。一看護師が、勝手に判断し計画を変更しない。

・一瞬目を離すことで思わぬ事故になる。転倒は患者にとってもショックな出来事であり、高齢者は特に自信喪失から闘病意欲低下につながることもある。

【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 1.1.2.2 転倒・転落事故防止対策の必要性

参照：ガイドライン 4.2.3.1 診察・診断時の注意事項

【事例3】

【タイトル】

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。

【キーワード】

外来患者・CT撮影台・安全ベルト

【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：77歳 ② 性別：男性 ③ 病名：精査目的 ④ 診療科：外科

⑤ どのような状態か？ レントゲン撮影にて胸部の異常陰影を指摘され、精査目的にて胸部CT撮影のため来院する。胸部CT検査終了時に撮影台より降りようとして転落し、「(L) 大腿骨頸部骨折」を受傷した。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因？ 「特記なし」

⑥ -2.高次要因？ 何事も自分でやろうとする。意識障害等なし。

⑥ -3.運動要因？ ADLは自立していた。

⑦ 既往歴：17年前：(R) 眼網膜剥離手術。10年前：白内障手術、前立腺肥大(TUR-P)手術。2年前：急性硬膜下血腫手術。

(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：CT撮影台

(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)

放射線科技師はCT検査後撮影台を移動しながら安全ベルトを外したため、患者は撮影台から動こうとして起き上がった。しかし、撮影台はまだ高い状態であったため床に足をつこうとしたが足がつかず転落する。安全ベルトが外されたため、患者は動いても良いと思って降りようとした。検査が終了するまでは動くことを説明していなかった。

(IV) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

受傷時(L)大腿部痛の訴えがあり、車椅子に乗車し外来診察した。

【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？

患者さんは安全ベルトが外されたため動いてもよいと判断した。

(II) 事故原因II：療養環境(外的要因)では？

CT撮影台はまだ移動状態であったにも関わらず安全ベルトが外された。

(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？

患者さんは安全ベルトが外されたと思い動いてもよいと思い、撮影台から起

き上がり立とうとしたが足が床につかなかったためバランスを崩し倒れる。

(IV) 事故原因IV：事故後の経過・対応では？

転倒2日目、人工骨頭置換術施行され、リハビリテーション後、T字杖歩行にて退院した。

【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？

CT撮影患者さん全員。(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：患者さんは、撮影台で安全ベルトにより固定され、安全性が確保できる。

・検査技師は、検査終了しても撮影台が移動中は安全ベルトを外さない。

対策II-S-B：安全ベルトの使用の徹底を図る。

・患者さんには事前に撮影台を降りるときは必ず撮影台が静止してから、移動するように説明を行う。

・CT撮影患者さんには検査説明に加え移動中の危険性も加えて留意事項の説明をする。説明ポスター・パンフレットで説明する。

・検査技師は撮影時～撮影終了し移動時に声をかけながら患者さんの行動を確認しながら行う。

●検査技師は、検査終了しても撮影台が移動中は安全ベルトを外さない。

(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：

対策III-S：

【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：安全ベルトの使用の徹底を図る。

検査技師は、検査終了しても撮影台が移動中は安全ベルトを外さない。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

・安全ベルトは撮影台が動いている間は外さない。

・撮影台が移動中は動く危険なことを説明してから検査する。患者さんに理解して頂き、協力を得る。

【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 第4部 転倒・転落事故防止対策カタログ 「放射線科検査用患者抑制帯」

【事例4】

【タイトル】

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。

【キーワード】

小脳梗塞・排尿後・ズボン

【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：66歳 ② 性別：男性 ③ 病名：1.血管炎 2.小脳梗塞

④ 診療科：総合診療内科

⑤どのような状態か？ 「血管炎」で入院した。四肢麻痺はないがフラツキがあるため頭部 CT 検査施行し、「小脳梗塞」と診断された。発症時期は不明である。リハビリテーション（以下リハビリ）を開始した。自分でナースコールは押せた。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因？ 「特記なし」

⑥ -2.高次要因？ 「特記なし」

⑥ -3.運動要因？ 小脳失調による平衡障害と歩行失調あり。

(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)

「小脳梗塞」でリハビリを開始した。自力歩行可能であるがふらつきは持続していた。「血管炎」で入院、発熱があるため排尿時などプザーコールが対応していた。解熱しリハビリも開始となり、自分で動けるといふ思いから、ベッドサイドで排尿後ズボンを上げようとしてバランスを崩し、前のめりに転倒して前額部に切創した。

(Ⅳ) 事故発生 (外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

直ちに主治医に連絡し、抗血小板薬 (バイアスピリン) 内服中でもあり、頭部 CT 検査施行した。頭部 CT 検査で骨折、出血、脳挫傷等の外傷性変化は無かった。前額部に切創 3cm あり形成外科医が縫合した。家族への連絡は行った。

【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？

小脳梗塞によるふらつきはあったが、リハビリ開始で動けるといふ思いがあった。

(Ⅱ) 事故原因Ⅱ：療養環境 (外的要因) では？

ベッドサイドで立ってズボンを上げる時、支持するものがない。

(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？

リハビリが開始になり、排尿時にナースコールを押さなくなった。排尿後にズボンを上げる際にバランスを崩し転倒した。

(Ⅳ) 事故原因Ⅳ：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？

対策Ⅰ-B：リハビリ開始に伴い再アセスメントを行う。

(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：移動支援バーなど支持する物をベッドサイドに設置する。

●対策Ⅱ-S-B：・ベッド柵を掴み体を支えてズボンを上げるなど、ベッドサイドでの排尿後の処理に関する患者教育を行う。リハビリテーション開始後の危険性に関する患者教育を行う。

・主治医から患者への小脳失調の症状 (平衡障害と運動失調) についての説明と指導を行う。

(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：緩衝マットを設置する。

対策Ⅲ-S-B：抗血小板薬（バイアスピリン）を服用しているので、意識障害、嘔吐、頭痛増悪、麻痺出現等普段と異なる症状があれば知らせるように患者に伝える。頭蓋内出血の危険性（出血しやすい状態である）についても説明しておく。

【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：ベッド柵を掴み体を支えてズボンを上げるなど、ベッドサイドでの排尿後の処理に関する患者教育を行う。リハビリテーション開始後の危険性に関する患者教育を行う。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

- ・リハビリ開始で、自力で出来るという思いが危険である。
- ・ズボンを上げる時にバランスを崩しやすい。

【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

【参考文献】

運動失調（ataxia）：運動麻痺がないにもかかわらず、運動の正確さの障害、共動筋と拮抗筋の協調の障害、共動筋から拮抗筋へのスムーズな運動の変換の障害、体の一侧への偏位などを生じた状態をいう。責任病巣の違いにより、小脳失調、脊髄性失調、前庭性失調、前頭葉性失調の4つが区別される。

小脳失調（Cerebellar ataxia）：小脳は、①小脳半球、②上部虫部、③下部虫部、④片葉小節の4つに分けられる。

②上部虫部（Anterior lobe）障害の症状：歩行失調（ataxia）：上部虫部は歩行の協調に必要な部分で、ここに障害を生ずると歩行は失調性となり、バランスの崩れを防ぐためスタンスを広くとり、上肢もあたかも綱渡りをする人のように横に上げてバランスの崩れを予防する。ただし、軽症例では、wide-based gaitのみである。歩行のリズムも失われる。

③下部虫部障害の症状：③-1. 平衡障害（Dysequilibrium）：立位をとるのみで体が前後上下にガクガクと揺れ、ひどくなると1人では立位も困難になる。患者は足を大きく横に開いて立つ。更にひどくなると座位での体幹の保持も困難になる。これらの症状は、trunkal ataxiaとも呼ばれ、またガクガクふるえる現象は、trunkal titubationと呼ばれる。

③-2. 歩行障害：前葉障害のみより強い失調性歩行を示し、スタンスが広く、体はガクガクとtitubationを示し、酩酊様の歩行を示す。平衡障害が基調にある歩行障害である。

（引用：水野美邦：「神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療」医学書院、p.197.-202.1987年[34]）

【事例5】

【タイトル】

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。

【キーワード】

スリッパ・ベッド下・ベッドより転落

【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：47歳 ② 性別：男性 ③ 病名：心不全 ④ 診療科：循環器内科

⑤ どのような状態か？ 「心不全」で入院していたが、トイレは歩行で病棟内のトイレを使用するなどADLは自立していた。24時間持続点滴し、睡眠安定剤と降圧利尿剤を服用し、頻尿であった。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因？ 「特記なし」

⑥ -2.高次要因？ 「特記なし」

⑥ -3.運動要因？ 「特記なし」

(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：

●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)

8人部屋で同室者の夜間譫妄で不眠を呈していた。その夜間譫妄の同室者が夜間ベッドサイドに来て、スリッパをベッドの下へ蹴飛ばした。朝、目が覚めて洗顔に行こうと思いスリッパを探したところ、ベッドの下の奥にあり、取ろうとして頭から転落した。転落後両上肢自動運動が不能になった。

(Ⅳ) 事故発生 (外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

主治医が当直で直ちに報告した。主治医より整形外科医へ診察依頼された。その結果、「中心性頸髄損傷」の診断で、頸椎カラー装着し経過観察となった。翌日は両上肢やや運動可能となった。

【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？

睡眠安定剤と降圧利尿剤を内服中であった。

(Ⅱ) 事故原因Ⅱ：療養環境 (外的要因) では？

ベッドの間が狭い。冬場は急患が多く、ICUやHCUからの退室者も多いので、筋力低下者や不穏患者を観察室から大部屋へ移動せざるをえない。

(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？

夜間巡視時にスリッパがベッドの下に入り込んでいることに、看護師は気付かなかった。

(Ⅳ) 事故の経過・対応では？

主治医、家族へ連絡する。整形外科医の診察を依頼する。

【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？

ADL自立した患者さん。

(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：看護師は巡視時に患者の履物を、患者の目に見えてベッドから足が降りるところにいつも置く。可能であれば8人部屋を6人部屋にする。

対策Ⅱ-S-B：・看護師に対しては、履物を揃えることをルーチン業務とするよう手順書の書き換えと教育を行い周知徹底する。

・患者に対しては、ベッドの上から逆さまになって履物を取るのではなく、ベッド下に降りてから履物を取り出すよう教育を行う。

(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：低床ベッドにする。緩衝マットを設置する。

対策Ⅲ-S：

【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：看護師は巡視時に、患者の履物を患者の目に見えてベッドから足が降りるところにいつも置く。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

スリッパや日常生活で使用する物品は患者の手の届くところに置く、手が届かない時はナースコールを押すよう患者指導を行う。自分で取り出す場合はベッドから降りてから取り出すよう説明する。看護師は、日常生活で使用する物品は患者の手の届く範囲にあるように各勤務帯で対処・確認する。

【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）】

【参考文献】

譫妄(Delirium)：軽度の意識混濁に精神的興奮が加わり、主として幻視などの幻覚が加わり、周囲の状況が確認できず意思の疎通がとれない状態。なお、譫妄に似た興奮状態を示すが、幻覚を生ずるまでには至っていない状態は錯乱(confusion)と呼ばれる（引用：水野美邦。「神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療」医学書院。p.59.1987年）[34]。

【事例6】

【タイトル】

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。

【キーワード】

貧血・スリッパ・大腿骨頸部骨折

【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：85歳 ② 性別：女性 ③ 病名：低栄養 ④ 診療科：総合診療内科

⑤ どのような状態か？ 低栄養(アルブミン3.1g/dl)、貧血(Hb8.4g/dl)で社会的入院をしているが、ADLは自立し、手すりのつかまりもなく歩いていた。食事も全量摂取していた。

⑥ 内的要因：高齢者である。

⑥ -1.感覚要因？ 「特記なし」

⑥ -2.高次要因？ 「特記なし」

⑥ -3.運動要因？ 「特記なし」

(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：

●A.ベッド周辺：病室の中央

(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)

入院以来自力でよく歩いていた。16:30同室者のナースコールで訪れると、病室の中央で倒れ、一方のスリッパは履いていて、もう一方は足から離れていた。スリッパは室内用ではなく、屋外用で本人の足にとっては大きく、底も擦れて滑りやすい状態であった。

(R)臀部を痛がり、滑ったと患者は言う。看護師二人で患者さんをベッドに運んだ。危険度Ⅰで

あったが、歩容もよく特別に対策は取っていなかった。

(IV) 事故発生（外傷の有無と外傷の内容）、事故後の経過・対応

当直医に報告し、当直医より整形外科医にコンサルトされた。レントゲン撮影で「(R)大腿骨頸部骨折」と診断された。身寄りがなく、緊急手術の必要性はなく週明けまで待つことになった。鎮痛剤投与とベッド上安静を指示された。

【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？

高齢、低栄養、貧血、身長 134.6cm、体重 33.7kg である。

(II) 事故原因Ⅱ：療養環境（外的要因）では？

屋外用の底が擦り切れた履物であった。

(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？

庭で履くような滑りやすいつっかけ様のスリッパを履いていた。患者さんの足のサイズより大きく、古くなり底がツルツルになっていたが、看護師はスリッパの危険性に気付かなかった。

(IV) 事故原因Ⅳ：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？

●対策Ⅰ-B：滑りにくい履物かどうかを確認する。

(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：滑り止めのついた靴を履いてもらう。

対策Ⅱ-S-B：・足をしっかり上げて歩くように指導する

・院内テレビで流れているビデオの転倒・転落防止運動を見て指導する。

・高齢で貧血があるので杖を使用するよう指導する。

(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：緩衝床にする。

対策Ⅲ-S：

【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Ⅰ-B：滑りにくい履物かどうかを確認する。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

いつもは普通に歩いていた人でも、突然、転倒して事故に至ることがある。高齢者が足に合わないスリッパを履いていたら転倒しやすいので履物にも注意する。

【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 4.1.4 患者・家族への説明文について（成人用）

【事例7】

【タイトル】

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。

【キーワード】

母親・小児・ベッド柵が降りた状態・ベッドより転落

【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:1歳 ② 性別:男性 ③ 病名:肺炎 ④ 診療科:小児科

⑤ どのような状態か?:入院3日目。「肺炎」に対し、点滴・内服・吸入による治療中であった。入院時は発熱、咳嗽などの苦痛が強かったが、治療が進むにつれ症状が改善し、小児の活動量が増加していた。

⑥ 内的要因:小児は常に成長発達過程にある。身体的発育とともに、精神・運動機能の発達が著しい。特に事例の1歳の時期は、感覚運動的段階と言われ、目の前に存在するものしか思い浮かべることができず、認知も知覚も運動に依存する時期といわれている。

⑥ -1.感覚要因? 目的と手段を結び付けようとする。目的を達成する為に新しい手段を発見しようとする。外的刺激に反応しようとする。

⑥ -2.高次要因? 危険の認知・回避ができない。

⑥ -3.運動要因? 粗大運動として一人歩き、微細運動としてボールをつかむ、積み木を積むことができるようになる。

(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 F.その他:

●A.ベッド:ベッド上で母と遊んでいた。

(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):

20:50 眠前に母と小児がベッド上で遊んでいた。児の年齢より床高約60cmのサークルベッドを使用していた。眠前の看護師の訪室時、ベッド柵は片側がすべて下りた状態だった。

21:00頃、母が一瞬小児から目を離した時に、ベッドから小児が転落した。母も、「どのような状況で転落したか分からないが、気付いた時には床に座って泣いていた。抱き上げるとすぐに泣き止み、またベッドの上で遊びだした。」との事であった。

21:30 看護師が訪室した際、母より報告を受けた。

(IV) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応:

報告を受けると同時に看護師がバイタルサイン、神経学的所見・外傷の有無を観察。頭部、体幹、四肢ともに外傷認めず。四肢麻痺、アニソコリア(瞳孔不同)などの所見認めず。当直医師に報告し、医師が診察した。異常所見を認めないため、経過観察となる。その後も症状に変化はなかった。

【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?

- ・ベッドからの転落という危険性を認識・回避できない。
- ・病状が回復し活動量が増加していた。

(II) 事故原因II:療養環境(外的要因)では?

- ・母と一緒にいたが、児から目をそらす時間があつた。
- ・ベッド柵が下がっていた。
- ・サークルベッドは、床高が高く、転落事故の発生・外傷発生の危険性を高める。

(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?

- ・事故発生直後に発見できていない。

(IV) 事故原因IV: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？

言語行動、言語理解、言語表現の発達に伴い、言われた事を理解し行動できる様になる3歳以下の児は、小児の中でも特に注意が必要である。

（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：衣食住の環境を分けられるような療養環境の整備（室内の広さ、玩具・育児用具の整備等）する。

対策Ⅱ-S-A：・転倒転落の危険性を、入院時に説明用紙を用い、必ず説明していた。

・ベッド柵が下がっていて、付き添い者が目を離している場面を見かけたときは、付き添い者に再度声掛けをしていた。

●対策Ⅱ-S-B：・病状が回復し活動量が増加してきた時に転落事故が起きやすいため、時期を考慮した説明を付き添い者へ再度行う。

・危険を察知した場面を見かけたら、声かけだけでなく、付き添い者に説明の上看護師がベッド柵を上げる。

（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：・転落しても衝撃が緩衝される床材にする。

・衣食住の環境を分けられるような療養環境の整備（室内の広さ、玩具・育児用具の整備等）

対策Ⅲ-S：

【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：・病状が回復し活動量が増加してきた時に転落事故が起きやすいため、時期を考慮した説明を付き添い者へ再度行う。

・危険を察知した場面を見かけたら、声かけだけでなく、付き添い者に説明の上看護師がベッド柵を上げる。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

小児は、症状の変化が早い。入院時はぐったりしていても、治療が開始され症状が軽快するにつれ、活動量が増してくる。その変化に、付き添い者が気づかず、不用意にベッド柵を下げたまま他の行動に移った時、児が転落する事故が発生しやすい。一方、小児は、突然の入院による環境の変化、や母子分離不安、苦痛を伴う治療から、強いストレスを受けており、児の精神安定の為に付き添い（特に乳幼児）は必要とされる。小児の療養環境整備には、付き添い者の協力が欠かせない。児の反応を観察し、症状の変化を家族と共有し、事故防止の為の対策を実践していく事が重要と考える。

【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）】

宮崎和子監修、編集桑野タイ子編：「看護観察のキーポイントシリーズ 小児Ⅰ」中央法規、2000.9.[35]

参照：ガイドライン 4.1.4.1 患者・家族への説明文について（小児用）

小児頭部外傷の注意点：小児頭部外傷の場合、頭部外傷後の頭蓋内圧亢進徴候ではなく、原因不明に嘔吐することが多い。2~3度の嘔吐はよくあることなので、意識障害がなければ様子を見て

いて構わない。(引用:水野美邦。「神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療」医学書院。p.381.1987年) [34]。

【事例8】

【タイトル】

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。

【キーワード】

ふらつき・レントゲン室・端座位

【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:86歳 ② 性別:男性 ③ 病名:慢性硬膜下血腫

④ 診療科:脳神経外科

⑤ どのような状態か? 患者さんは、有料老人ホームにおり、ADLには介助が必要であり、車椅子での移動を要していた。意識状態は、ほぼ清明であった。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因? 「特記なし」

⑥ -2.高次要因? 理解力・判断力に関して不明である。

⑥ -3.運動要因? 車椅子程度である。

(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 ●F.その他:レントゲン室

(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)

転倒前日、外出時車から降りる際、左側に倒れるように転倒する。翌日、口腔内出血とふらつきがあったため脳神経外科を受診し、頭部・頸部レントゲン撮影の指示がある。施設より2名の付き添いがともに検査室へいく。付き添いの一人が車椅子を支えもう一人が患者の背中を持って車椅子より撮影のテーブル台に移る。テーブル台の横になり、頭部の撮影をする。技師が「背中のないいすに移動して座っていただけますか」と声かけた。患者は「はい」と答え、一人でテーブル台に起き上がって座位をとった。技師がX線管球を操作しているときに、患者が撮影台に座位で座っている姿勢から頭を下にして右側へののめりこむように倒れた。そのとき、(R)前額部挫創し、出血あり。技師との距離は1.5メートルくらいあり、すぐに支えようとしたが、間に合わなかった。

(IV) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

(R)前額部挫創し、出血あり。転倒後、部屋の外にいたもう一人の技師を呼び、患者の止血をし、看護師を呼んだ。看護師が、意識状態、頭痛、嘔吐、瞳孔不同、麻痺の有無やバイタルサインをチェックし観察のため救急外来へ移送した。施設の付添い人へ転倒したことを説明する。脳神経外科医師の診察後、前額部レントゲン撮影後、頭部CT検査施行した。事故後、すぐに観察・精査するも、「慢性硬膜下血腫」の血液の吸収が悪く、血腫除去術を行った。

【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?

患者の理解力・判断力については放射線技師のかかわる時間だけでは判断しにくい。

(II) 事故原因II:療養環境(外的要因)では?

設備環境としては、手すりをテーブル台にとりつけることが難しいので手元ストッパーの効く歩行器を配備していたが、使用されていなかった。

(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？

移動に介助を要する患者に対し、声かけだけで、手を貸していなかった。

(Ⅳ) 事故原因Ⅳ：事故後の経過・対応では？

定期的に、「慢性硬膜下血腫術後」の外来フォローを行う。

【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？

- 対策Ⅰ-B：レントゲン撮影時に、転倒のリスク判断をできるよう、アセスメントの能力を向上させるような教育をする。

(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:手すりをテーブル台にとりつけることが難しいので手元ストッパーの効く歩行器を使用する。

対策Ⅱ-S-B:施設の付き添いが来ている場合は、協力をえるか、情報を付き添い者から得て、技師が付き添う。

(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:緩衝マットを設置する。

対策Ⅲ-S-A:救急対応の教育を行う。

【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Ⅰ-B:レントゲン撮影時に、転倒のリスク判断をできるよう、アセスメントの能力を向上させるような教育をする。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

短時間しか接する機会のない放射線技師だが、ハード面に問題のある環境での作業であるからこそ、短い時間で、情報を集め、対策をとれるような、転倒・転落事故予防のシステム作りが必要である。

【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）】

【事例9】

【タイトル】

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。

【キーワード】

血液疾患・ポータブルトイレ・急性硬膜下血腫

【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：71歳 ② 性別：男性 ③ 病名：骨髄異形成症候群（以下MDS）

④ 診療科：血液内科

⑤ どのような状態か？ 入院初日である。MDS、腎機能低下、全身痛があり、精査、疼痛コントロール、輸血目的で入院。外来では非オピオイド（ペルタゾン）にて疼痛コントロール中であっ

た。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因? 「特記なし」

⑥ -2.高次要因? 「特記なし」

⑥ -3.運動要因? 自立度B 疼痛により体動困難、ふらつきあり

(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:個室

●F.その他:個室内でポータブルトイレ使用時

(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 頃入院した。

入院後～遅番帯:「トイレに行きたい」と訴えあり。妻が付き添いトイレ歩行しようとしていたところに訪室時発見。ポータブルトイレを設置し移乗見守り一部介助した。

19:15 疼痛強くフェンタネストをレスキュードーズとして初回使用した。

20:00 デュロテップパッチ1/2枚 貼用開始した。

夜勤帯:

排泄介助1回目:ポータブルトイレ介助、20分かかる。ドアは開放4点ベッド柵として退室した。

排泄介助2回目:室内トイレ介助、ふらつき軽度、殆ど支えは不要、見守りにて対応した。ドアは開放、3点ベッド柵のまま退室した。

23:10 不眠の訴えあり。睡眠薬(アモバン1錠)内服した。

1:00 入眠中であった。

2:50 物音がして訪室。下半身裸で肩から頭を壁にもたれるようにして床に倒れているところを発見された。ポータブルトイレも横倒しになっており、中には尿が入っていた。患者はベッドから起きたことを覚えていなかった。

(IV) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

2:50 頭部外傷なし、全身痛はあったが頭痛の訴えはなかった。バイタルサインは安定していた。当直医師へ報告した。

3:30 頃 当直医師診察、外傷なく意識状態は清明であったため、経過観察となった。

4:00、5:00 状態観察、入眠中であった。

時間は不明だが一度ナースコールがあり排泄介助施行した。歩行時ややふらつきあり、見守りと一部介助した。

6:00 バイタルサインは安定していた。アニソコリア(瞳孔不同)など神経学的所見なし。質問に対し返答なし、刺激に対し払い除けたり顔をしかめたりしたが、眠気が強い様子と判断した。入眠していた。

7:30 処置看護師が洗面介助施行。顔をしかめていた。入眠しており覚醒しなかった。

8:00 頃 ベッドアップし、食事介助し4~5口摂取。嚥下は問題なかった。食事摂取中こめかみの痛みを訴えたためベッドを下げた。

8:30 頃 主治医来棟、転倒報告する。診察時、傾眠JCSⅡ、(L)片麻痺があった。

9:30 頃 頭部CT検査撮影、頭蓋内血腫みられ、脳神経外科コンサルトし、家族へ連絡した。

10:00 頃 脳神経外科医師より「急性硬膜下血腫、外傷性クモ膜下血腫」で、手術適応と

診断された。

10:50頃 妻が来棟した。血液内科医師、脳外科医師より状況説明され、手術に同意された。

11:20頃 手術へ出棟した。

【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？

- ・疼痛や貧血により体動困難、ふらつきあり。
- ・初めてのフェンタネスト使用による傾眠ふらつき増強あり。
- ・初めてのデュロテップパッチ使用による傾眠ふらつき増強あり。
- ・麻薬効果により疼痛軽減により自分で動こうとする危険性あり。
- ・初めての睡眠薬（アモバン）使用による傾眠ふらつき増強あり。
- ・環境変化による混乱あり。

（Ⅱ）事故原因Ⅱ：療養環境（外的要因）では？

- ・ベッド柵3点でも一人で降りる危険性あり。

（4点ベッド柵でも乗り越える危険性があったのではないか）

- ・ポータブルトイレがベッドサイドの近くにあったことで一人で排泄行動をとる危険性あり。

（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？

- ・疼痛や貧血、麻薬や眠剤使用による危険因子の認識不足と入院時のアセスメント危険度Ⅱであったが事故防止対策がスタッフ間の共有がされていなかった
- ・事前に患者家族への転倒転落の危険性についての説明が不足していた
- ・デュロテップパッチを初回選択薬として使用したことの適切さ、量の適切さ
- ・初めてフェンタネスト使用した後の効果と副作用確認の適切さ
- ・更に麻薬に加え初めてのアモバン使用による傾眠ふらつき増強の危険予測

（Ⅳ）事故原因Ⅳ：事故後の経過・対応では？

- ・血液疾患患者は易出血性があるため転倒事故後、生命の危険が高いという認識が医師も看護師も薄かったため発見が遅れた
- ・麻薬と眠剤も使用していたため、頭蓋内出血による異常の判断が難しかった。

【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？

麻薬、睡眠薬を使用している血液疾患の高齢患者である。（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：・トイレ時にはナースコールすることの表示を患者の目に入るところに設置する。

- ・床センサーやうーご君のセンサーを物的対策として使用する。
- ・ベッドは壁付けし、ベッド柵は3点で、一側のみから移乗動作をするように工夫する。

対策Ⅱ-S：・患者家族への転倒転落の危険性について事前説明し、理解を得ておく特に血液疾患患者は易出血性があるため、転倒事故後生命の危険が高いという認識を医師とも共有した上で、患者家族へ危険性について説明し理解を得る

- ・麻薬初回投与時や眠剤使用時は経時的な効果の確認と共に、副作用出現による転倒

転落の危険性と事故防止対策を各勤務帯のスタッフ間で評価共有し申し送っていくことを徹底する。

・更に、疼痛や貧血、麻薬や眠剤使用による危険因子を認識し、事故防止対策をスタッフ間で共有していく。

・麻薬や眠剤など適切な薬剤使用について学習会を持ち知識を深める。

(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：・転倒後の打撲による出血の危険性があるため、低床ベッドにし、緩衝マットを設置する。

対策Ⅲ-S：・特に血液疾患患者は易出血性があるため、転倒事故後生命の危険が高いことや、麻薬や眠剤使用時は眠気やふらつきにより転倒転落しやすいことを、看護師間で認識し、医師とも対策を共有した上で、患者家族へも危険性について説明し理解を得る。

【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。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

・血液疾患患者は易出血性があるため、転倒転落後は生命への危険性が高いことを認識し、患者家族への説明を忘れずに行い、未然防止策、影響緩和策を早期から実施し、各勤務帯で評価し、共有していくことが必要である。

・麻薬や眠剤などの初回使用時は、経時的な効果の観察、副作用観察を適切に行い、転倒転落の危険性を予測し、上記同様、患者家族への説明、未然防止策、影響緩和策を早期からとっていくことが必要である。

・その中で、疼痛軽減されることで、痛みで動けなかった方が反対に自分で動こうとする行動が見られる可能性もあることを認識し、疼痛とADL状況を評価しながら事故防止対策を講じることが必要である。

【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

参照：ガイドライン 4.1.3 転倒・転落事故防止対策と薬剤について

【参考文献】

頭部外傷の分類：

荒木の分類が一般的である。頭部外傷で来院する大部分の患者は、荒木のⅠ型、Ⅱ型に属する軽微なものが多いが、数時間の遅れが命とりとなることがあり、初診時正常であったからといって安心してはならない。頭部外傷の患者が来たら、まずCTをとることがルーチンとなってきた。

頭部外傷の分類（荒木の分類）：

第Ⅰ型（単純型）：脳症状を全く欠如しているもの。

第Ⅱ型（脳しん盪型）：意識障害が一過性で、6時間以内のもの。

第Ⅲ型（脳挫傷型）：意識障害が6時間以上持続するか、受傷直後から、脳の器質的損傷を思わせる局所徴候の存在するもの。

第Ⅳ型（頭蓋内出血型）：意識清明期(lucid interval)のあるものの、または時間とともに意識状態の悪化するもの。

頭部外傷の特徴と注意すべき要点：

頭部外傷患者の場合、意識状態、頭痛、嘔吐、瞳孔不同、麻痺、痙攣発作などの発症や推移を

把握することが非常に肝要であり、入院時は荒木のⅡ型であっても時間とともに、Ⅳ型となる場合もあるので臨床経過を1時間毎に記載することが重要である。あやしいと思ったときには即刻再度、再々度にわたるCTを行う。

頭部外傷患者で最も大切な徴候は意識状態であり、またその悪化し始める時点を見逃さないことである。

(引用：水野美邦。「神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療」医学書院。p.380. 1987年)
[34]。

【事例 10】

【タイトル】

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。

【キーワード】

低カリウム血症・下肢脱力・若年

【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：21歳 ② 性別：男性 ③ 病名：1. 低カリウム血症 2. 肝機能障害

④ 診療科：内科

⑤ どのような状態か？ 両下腿、肩、腰部に筋肉痛、握力低下、両下肢脱力感がありつかまり歩行していた。安静度は制限なし。病室はトイレの隣の部屋を使用していた。

⑥ 内的要因

⑥ -1. 感覚要因？ 筋肉痛。

⑥ -2. 高次要因？ 「特記なし」

⑥ -3. 運動要因？ 筋力低下。

⑦ 既往歴：2年前「低カリウム血症」で入院歴有り。

(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：

● A. ベッド周辺：病室内

(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)

入院当日の夕方、トイレ歩行後に病室へ戻るが足を思うように運べず室内で前方に転倒した。

(Ⅳ) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

膝を打撲し一時的に疼痛増強するが時間とともに改善され経過観察した。歩行器または車椅子を使用するように指導し設置した。行動前のコール指導を行う。

【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？

筋力低下、筋肉痛(肩・腰・膝)あり。

(Ⅱ) 事故原因Ⅱ：療養環境(外的要因)では？

2人部屋の窓側のベッドを使用していた。

(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？

若年者は、一人で行動できるという思い込みが患者と看護師の両者にあった。

(Ⅳ) 事故原因Ⅳ：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？

対策Ⅱ-A：アセスメント評価（危険度Ⅱ）

（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：トイレに近い病室にする。

対策Ⅱ-H-B：歩行器、車椅子を設置する。

対策Ⅱ-S-A：注意説明文に沿った指導をする。

●対策Ⅱ-S-B：・看護師は、行動前のナースコール活用指導をする。

・医師は、低カリウム血症により下肢の脱力があり転倒の危険性があることを患者さんに説明する。

（Ⅲ）対策Ⅲ：どんな影響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：事故発生時のガイドラインに沿った対応をする。

【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：看護師は、行動前のコール活用指導をする。

医師は、低カリウム血症により下肢の脱力があり転倒の危険性があることを患者さんに説明する。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

思い込みによる行動は危険である。一度出来た事が次も出来るとは限らない。

低カリウム血症は、筋脱力、麻痺を生じ、下肢（とくに大腿四頭筋）にはじまり、体幹、上肢、呼吸筋がおかされる。

【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）】

【参考文献】

低カリウム血症（hypokalemia）：血清K濃度が3.5mEq/l以下のときをいう。筋脱力、麻痺は、通常2.5mEq/l以下で生じ、下肢（とくに大腿四頭筋）にはじまり、体幹、上肢、呼吸筋がおかされる（引用：水越洋、黒川清：内科学書 中山書店 p.1388.1987年[36]）。

【事例11】

【タイトル】

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。

【キーワード】

進行癌・麻薬・譫妄

【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：77歳 ② 性別:男性 ③ 病名：1. 進行腭頭部癌。2. 頸椎転移。3. 脳転移。 ④ 診

療科：内科

⑤どのような状態か？ 癌性疼痛と食欲不振のため入院した。入院後、食欲は回復し、疼痛コントロールに麻薬使用開始した。経口麻薬（MS コンチン）から外用薬（デュロテップパッチ）に移行となり徐々に容量増量中に「肺炎」を併発し熱発した。レスキューとして塩酸モルヒネ錠・カンファタニンを使用。告知済みであり、レスキューは本人の希望で使い分けされていた。

⑥内的要因

⑥ -1.感覚要因？ 「特記なし」

⑥ -2.高次要因？ 麻薬の増量・レスキュー使用・熱発が原因と思われる譫妄症状があった。

⑥ -3.運動要因？ 「特記なし」

（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：

（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）

10:00 デュロテップパッチ 5mg から 7.5mg に増量の指示有り交換。朝から微熱あり、レントゲン写真にて「肺炎」と診断され抗生物質が点滴で開始された。

19:00 体温 37.6℃。希望で塩酸モルヒネ 1T 服用し就寝した。

23:00 訪室時、ベッドに横断するように両下肢を垂らし入眠していたため介助で戻した際覚醒した。ボーっとした様子で失見当の発語聞かれたがそのまま臥床した。

23:30 部屋から飛び出し、廊下に転倒するところを訪室中の看護師が発見した。尿意の訴えから病室に戻り排尿介助する。パジャマの上から私服のズボンを両上肢に通した姿で、意味不明の発語が聞かれた。体熱感あり、体温 39.5℃に上昇していた。

（Ⅳ）事故発生（外傷の有無と外傷の内容）、事故後の経過・対応

当直医が診察して負傷なく経過観察となり、クーリング施行し入眠した。その後も数回の廊下歩行を確認したが転倒無し。翌朝 KT37℃台に解熱、夜間の記憶はなく意識状態は清明であった。レスキューの塩酸モルヒネが中止となり、次回交換からパッチが 5mg に減量となった。

【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？

麻薬増量のため譫妄症状が出現した。中途覚醒した。

（Ⅱ）事故原因Ⅱ：療養環境（外的要因）では？

消灯された病室で暗かった。

（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？

尿意があった。入眠中の体勢や意識レベルの変化を確認していながら異常を予見できなかった。

（Ⅳ）事故原因Ⅳ：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？

A：アセスメントシートによる評価（危険度Ⅱ）

●B：麻薬の増量による譫妄症状出現の変化を把握し、再アセスメントする。

（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: 体勢の異常を発見したら意図した行動を確認する。

薬剤効果のすみやかな評価をする。

イブニングケアとして、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-A:

対策Ⅲ-H-B:

対策Ⅲ-S-A:

対策Ⅲ-S-B: 家族等の付き添いを依頼する。

【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Ⅰ-B: 麻薬の増量や熱発など状況の変化を把握する。

【この事例から学んだこと (教訓の内容)】

外用薬剤は体温の上昇で急激に作用が増強する。そのため副作用出現を予測した観察・対応が未然防止策につながる。

【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 4.1.3 転倒・転落事故防止対策と薬剤について

【事例 12】

【タイトル】

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分後に大部屋内のトイレ前で転倒した事例。

【キーワード】

認知症・トイレ・頻回訪室

【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: 87歳 ② 性別: 女性 ③ 病名: 多発性肝臓癌

④ 診療科: 消化器内科

⑤ どのような状態か? 10年前より老人ホームに入所中で、家族との交流はほとんどなく、「死亡時に連絡」となっていた。身長141cm、体重39kgであった。

下血があり救急車で来院する。大腸内視鏡の結果、腸管からの明らかな出血はなく、下血の原因は「内痔核出血」と診断される。(貧血に対し濃厚赤血球2単位輸血施行する。)3日後の腹部CT検査で「肝臓癌」と診断されるが、積極的治療の対象ではなく、12日間の入院後、再度老人ホームに転院する。その1週間後、発熱、腹痛あり、胆石、胆のう炎の疑いで再入院となる。貧血(ヘモグロビン8.5mg/dl)と下肢浮腫も見られた。絶食、補液と抗生物質投与開始となったが、翌日より腹痛治まり「ご飯がたべたいよー」と訴えている。夜間起き出して違うベッドに行ったり、違う病棟に行ってしまったため、朝まで看護室管理とした。日中は車椅子に乗せて受持ち看護師が看ていたが、準夜帯になり点滴を抜こうとしたり、「ご飯をくれ」と興奮気味となり、目が離せない状況であった。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因? 「特記なし」

- ⑥ -2.高次要因？ 不穩、認知障害あり。
- ⑥ -3.運動要因？ 貧血、発熱、禁食、等による体力の消耗と筋力低下あり。
下肢浮腫による歩行障害あり。

(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 :

●B.トイレ周辺 : 6人部屋でベッドはトイレからは一番遠い位置で、トイレの入り口

(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)

日中から不穩あり、徘徊や点滴の自己抜去などの行動が見られたため日勤、準夜の交代時は車椅子に乗り看護室で観察中であった。交替後も落ち着かず一時興奮気味となり、看護師をたたこうとする行動も見られた。目が離せない状況のため看護師が他の受けもち患者の訪室時は車椅子のまま一緒に連れて行った。

21:00 幾分落ち着き、ベッドサイドのポータブルトイレで排尿後、もう寝るといって自分でベッドに上がり臥床する。その後は頻回に訪室し様子観察するが静かに寝ていた。

21:10 訪室時は寢息を立てて入眠中であった。

21:15 他の看護師が物音に気がつき駆けつけると部屋のトイレ近くの入り口に倒れていた。

(Ⅳ) 事故発生 (外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

(L)膝痛を訴えた。意識状態は清明で、バイタルサインは安定していた。当直医の指示で(L)膝部および股関節部のレントゲン撮影施行し、「(L)大腿部顆上骨折」と診断された。当直医師から整形外科に診療依頼し、骨折部をニー・ブレース固定された。翌日主治医から家族に説明された。

【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？

食事制限と環境の変化により不穩行動を助長した。

認知症があり、不穩行動が目立つようになっていた。

食事制限により体力の消耗があり、筋力も低下していた。

下肢の浮腫による歩行障害があった。

(Ⅱ) 事故原因Ⅱ : 療養環境 (外的要因) では？

夜勤帯は看護師の人員が足りない。

24時間の監視は不可能である。

夜間は足元の照明が暗い。

(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？

消灯前は患者と一緒につれていたが、消灯後は患者が就寝したため頻回には訪室していたが、わずか5分の間に動いてしまった。

看護室管理のアセスメントが不十分であった。(看護室管理が必要だった。)

(Ⅳ) 事故原因Ⅳ : 事故後の経過・対応では？

事故発生時対応マニュアルに従う。

【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？

転倒・転落アセスメントスコアシート。

(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：離床センサーを装着する。監視カメラのある部屋にする。照明を工夫する。

対策Ⅱ-S-A：看護室管理にする。頻回に訪室する。

対策Ⅱ-S-B：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：低床ベッドにする。緩衝マットを設置する。プロテクターを装着する。影響緩和床材にする。

対策Ⅲ-S-B：事故発生時対応マニュアルに従う。

【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）】

転倒・転落防止策の限界（患者要因の多様性）がある。

転倒・転落は100%防止できない。事故が起きたとき、事故の影響をいかに少なくするか。を考え、対策をたてておくことが重要である。

【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）】

【事例13】

【タイトル】

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。

【キーワード】

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

【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：78歳 ② 性別：男性 ③ 病名：S状結腸癌

④ 診療科：消化器病センター

⑤ どのような状態か？ 本年からグループホームに入所中だが、本年12月に下血があり、他院で大腸内視鏡施行され、「S状結腸癌」と診断され、手術目的にて当院に入院した。会話成立せず。発語は少ないが返答は可能であった。食事は自立し、食欲あり。尿閉にてバルンカテーテル留置中であった。夜間の転落の危険性あるが、行動制限は実施せず様子観察していた。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因？ 右側背部痛あり。

⑥ -2.高次要因？ 会話の成立なし 返答は可能 独語あり 睡眠障害 学習障害

⑥ -3.運動要因？ パーキンソンの既往あり 筋力低下

⑦ 既往歴：1. 5年前：パーキンソン病。2. 2年前：腰椎圧迫骨折。脳梗塞あり。

(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）

「S状結腸切除術」予定で、入院翌日より経口腸管洗浄剤（ニフレック）内服し始めたため、排便行為頻回で腹痛など訴え、落ち着かない様子だった。

22:00「おーい。おーい！」という患者さんの声で訪室すると、床に倒れていたのを発見する。ベッドから転落した模様であった。(R)上眼瞼裂傷と(R)前腕挫傷あり。眼瞼の出血ありガーゼで