

固定する。他の痛みや腫れはない。当直医師に連絡、診察して経過観察となる。息子に転落の電話を行う「同意書を書いたのになぜ抑制しないのか」といわれた。看護師は「抑制の同意は得られていることは了解していたが、状態が安定していたので、抑制はもう少し様子を見てからと抑制しようと思っていた。」と説明した。

【IV】事故発生（外傷の有無と外傷の内容）、事故後の経過・対応

手術の説明と転落についての説明を行う（息子さんに）「前にも落ちたから、今度は落ちないようにお願いします。落ちついても縛ってください」と話していた。

手術（腹腔鏡下S状結腸切除術）翌日より車椅子移動を開始する。本人より痛みの訴えなし。1週間後発熱38.5℃あり。(L)股関節部痛を訴えるようになる。

手術後8日目(L)股関節部痛の訴え続いたため、レントゲン撮影施行し、「(L)大腿骨頸部骨折」と診断された。

【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？

グループホーム入所中も転落している。

排尿障害でバルンカテーテル留置や手術前の処置（ニフレック内服）による頻回の排便等で不穏が増強されていた。

認知障害。睡眠障害。学習障害。痛みの訴えができない。

【II】事故原因II：療養環境（外的要因）では？

グループホームからの転院で、環境の変化があった。

低床ベッドを使用していなかった。

【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？

状態が安定していると判断し、抑制をしなかった。

危険と判断していたにも関わらず、低床ベッドを使用していなかった。

【IV】事故原因IV：事故後の経過・対応では？

患者の訴えのみを重視し、歩行出来ていたから骨折は無く、単なる打撲で大丈夫と思い込んだ。

転落の状況や患者の年齢を考慮せず、レントゲン検査での確認を怠った。

【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？

アセスメントシート。認知症がある。

【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：離床センサーを設置する。ベッドでの行動抑制をする。畳ベッドを使用する。

対策II-S-B：患者・家族説明文を使用する。頻回に訪室する。

【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。

対策III-S-B：事故発生時対応マニュアル。事故発生後の観察マニュアル。

【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：離床センサーを設置する。ベッドでの行動抑制をする。畳ベッドを使用する。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

転倒・転落後対応マニュアルの標準化が必要。

行動制限を行なう基準の検討。

ベッド転落時の状況を把握し、医師は整形外科へのコンサルトも考慮し対策をとる。

【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 14】

【タイトル】

膀胱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。

【キーワード】

癌のターミナル期・化学療法・ポータブルトイレ

【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：83歳 ② 性別：男性 ③ 病名：膀胱癌 ④ 診療科：消化器内科

⑤ どのような状態か？ 膀胱癌のターミナル期の患者。3月上旬より食後の上腹部の張り感、食欲低下、倦怠感あり。食事は一日一回のみだった。腹部CT検査にて閉塞性黄疸認め、当院に紹介され入院となる。化学療法を2週間に1回行なっていたが、徐々に活動範囲も狭くなり、一日のほとんどを床上で過ごしていた。

⑥ 内的要因

⑥ -1.感覚要因？ 「特記なし」

⑥ -2.高次要因？ 見当識障害。睡眠障害。

⑥ -3.運動要因？ 運動失調 筋力低下 心肺機能低下 化学療法における倦怠感。

(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：ベッドとポータブルトイレの間

(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)

日中も歩行することなくベッド上での生活が多かった。ポータブルトイレは自分の行動しやすいところに設置していた。介助の必要はなく自立していた。

事故当日3:00頃 同室者よりナースコールあり。訪室するとベッドとポータブルトイレの間に座り込んでいた。臀部を打ったと本人から訴えがあった。

(IV) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

医師に報告し様子観察していたが、

9:30頃、腰痛の訴えがあり、整形外科にコンサルトされ、レントゲン撮影し、「腰椎圧迫骨折」と診断された。

【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？

化学療法施行による全身状態の悪化と活動低下があった。

睡眠剤服用中でふらつきがあった。

昼間はベッド上にいることが多く、筋力低下があった。

(II) 事故原因II：療養環境(外的要因)では？

深夜での排尿は、暗く見えにくかった。

ポータブルトイレの高さ、手すりの位置が適切でなかった。

(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？

治療後の患者把握が不十分だった。

夜間の排尿が自立しているかアセスメントしていなかった。

転倒に危険について患者家族に説明が十分でなかった。

(Ⅳ) 事故原因Ⅳ：事故後の経過・対応では？

患者は臀部を痛がっていたが、医師の指示は様子観察となり、6時間後のレントゲン検査で「腰椎圧迫骨折」と診断された。観察が不十分だった。

【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？

転倒転落アセスメントシート。ターミナル期の癌患者で化学療法中である。

(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：足元照明。取っ手のあるポータブルトイレ。環境整備。ベッドからポータブルトイレ移動用具。

●対策Ⅱ-S-B：排尿誘導と排尿介助をする。リハビリ（足関節自動運動）を行う。履物を工夫する。ナースコールを指導する。

(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：緩衝マットを設置する。

対策Ⅲ-S-B：事故発生後の観察マニュアル。事故発生時対応マニュアル。

【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：排尿誘導と排尿介助をする。リハビリ（足関節自動運動）を行う。履物を工夫する。ナースコールを指導する。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

- ・化学療法における体力消耗を予測し、アセスメントの再評価を行う。
- ・夜間の排尿はリスクが高いため、患者家族に説明をする。
- ・事故後の観察を十分行う（患者の訴えだけで評価しない）。
- ・ハード面での対応策が重要である。療養環境の整備は防止策として必須条件となる。

【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 15】

【タイトル】

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。

【キーワード】

スタッフステーション・車椅子・安全帯

【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：88歳 ②性別：女性 ③病名：1. 慢性硬膜下水腫。2. 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？ 入院約1ヶ月目、意識はJCS I-1、認知症あり、体動が多く、不穏があった。移動は車椅子を使用していた。リハビリテーションでは平行棒内で歩行練習中であり、ADLは全面介助であった。

⑥ 内的要因

認知症、不穏、体動が多い。

⑥ -1.感覚要因？ 「特記なし」

⑥ -2.高次要因？ 認知症。

⑥ -3.運動要因？ 四肢筋力低下。両下肢軽度麻痺あり。

(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：

●F.その他：スタッフステーション内

何度もベッドから降りようとするので、車椅子に乗車しスタッフステーションで見守り介助していた。

(III) 事故に至る対応・経過(発生時間・患者行動・医療従事者行動等)

夜勤スタッフは2名であった。

2:00 ベッドでゴソゴソとしており、ベッドから下りようとする行為あり、頻回に訪室し観察していた

6:00 車椅子に乗車しスタッフステーションで見守りの状態であった。車椅子乗車中も自分で歩こうとするため安全帯で股関節をY字に固定していた。

7:00 スタッフが他の病室へ巡回に行った。

7:05 安全帯を外し、自分で歩こうとして左側に車椅子とともに倒れているところを発見された。

(IV) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の対応・経過

(L)側頭部に5×5cmの皮下血腫、発赤、(L)下肢に擦過傷あった。意識状態は清明で、頭痛、嘔吐、アニソコリア(瞳孔不同)、麻痺無く、バイタルサインは安定していた。医師に報告し、頭部CT検査、頭部レントゲン検査施行し、外傷性変化なく経過観察となった。

【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？

認知症があり、不穏、体動が多い。

行動制限(車椅子の安全帯)を自分で外すことができた。

(II) 事故原因II：療養環境(外的要因)では？

車椅子のストッパーが外れた。

いつも自分がいる病室ではなかった(病院で加療していることを理解しているとして)。

家ではなかった(病院で加療していることを理解できていないとして)。

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

患者は歩こうとした。

看護師は、患者一人をスタッフステーションに残し、他の病室へ行った。

患者をスタッフステーションで見守りとしたことで、転倒転落防止対策と考えていた。

(IV) 事故原因IV：事故後の対応・経過では？

【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？

認知症、体動が多い、夜間覚醒している、筋力低下、移動に介助必要、リハビリ中。

(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：安全帯を適切に施行する。

車椅子の固定を確実に施行する。

対策Ⅱ-H-B：高低差のない環境での見守りを行う。

対策Ⅱ-S-A：頻回に訪室する。

●対策Ⅱ-S-B：・入院前の生活リズムに近づける。

・目的を持って車椅子に乗車する（食事、散歩等）。

●車椅子で見守り中の患者から目を離さない

●人数の関係上、患者から目を離すときは、ベッドに臥床（柵で保護）を勧める。

(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-B：緩衝マットを設置する。ヒップ・プロテクターを使用する。

対策Ⅲ-S-B：見守りの必要な患者から目を離さなければならない場合は、他のスタッフに見守りを依頼する。

【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Ⅱ-S-B：・車椅子で見守り中の患者から目を離さない

・人数の関係上、患者から目を離すときは、ベッドに臥床（柵で保護）を勧める。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

見守りの必要な患者は目を離すと危険であること

患者をスタッフステーションで見守りとしたことで、転倒転落防止対策としていたが、倫理的面も配慮すべきである

【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項目）】

【事例 16】

【タイトル】

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柵の所から転落した事例。

【キーワード】

人工呼吸器・離脱（ウイーニング）・ベッド柵

【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：男性 ③病名：1. 心不全 2. 肺炎 ④診療科：内科

⑤どのような状態か？ 気管内挿管し人工呼吸器装着中、鎮静剤持続投与（転落前日：体動増加、呼びかけで開眼・うなずきあり）、Ramsay 鎮静スコア 3であった。

家人の同意を得て両手行動制限施行していた。

人工呼吸器装着 13 日目で離脱のため人工呼吸器の設定を変更中であった。

⑥ 内的要因

持続鎮静中であった。

⑥ -1.感覚要因? 「特記なし」

⑥ -2.高次要因? 鎮静剤投与し、挿管中のため不明であった。

⑥ -3.運動要因? 鎮静、両手行動制限していた。

(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:部屋の中央部にベッドは設置されていた。ベッドの頭側に人工呼吸器を設置固定、ベッドの頭側の柵が外してあった。

(Ⅲ)事故に至る対応・経過(発生時間・患者行動・医療従事者行動等)

13:30 看護師が体位変換のため部屋の前に行くとき人工呼吸器のアラームが鳴っており訪室する。床で臥床しているところを発見された。

ベッドの頭側の柵を外していた所から転落した模様、同時に気管チューブも抜管された。

(Ⅳ)事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の対応・経過

患者の状態をチェックし、医師に報告した。医師の指示で酸素マスクでの酸素投与を継続した。頭部CT検査、頭部・頸椎・胸部・肩レントゲン検査施行、明らかな異常は認められなかった。呼吸状態も落ち着いており、再挿管は実施しなかった。

【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?

鎮静剤投与、気管挿管をしておりコミュニケーションがとれない。体動増加していた。

(Ⅱ)事故原因Ⅱ:療養環境(外的要因)では?

人工呼吸器を頭側へ置くためベッドの柵を外していた。

人工呼吸器のアラーム音量が小さい。

(Ⅲ)事故原因Ⅲ:事故に至る対応・経過(患者行動・医療従事者行動等)では?

ベッドの柵を外していてもおかしいとは思っていない。

行動制限をし、鎮静下で人工呼吸器を装着している患者がベッドから転落すると思っていない。

行動制限の部位が適切でなかった。

鎮静状態が適切でなかった。

(Ⅳ)事故原因Ⅳ:事故後の対応・経過では?

ベッドから転落した音に気付かなかった。

部屋の近くに行くまでアラーム音に気付かなかった。

【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?

人工呼吸器装着され持続鎮静中の患者さん。意識状態、体動の有無、不穏状態により危険がある。

(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:ベッドの頭側の柵は必ず設置する。

対策Ⅱ-S-A:頻回の訪室。行動制限の部位を適切にする。

●対策Ⅱ-S-B:行動制限をし、鎮静下で人工呼吸器を装着している患者でも転倒転落の危険があ

ることを認識する。
人工呼吸器離脱時の薬の量を調節する。
人工呼吸器離脱時の医師との連絡体制を整備する。
体動の増加など兆候を見落とさない。

(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-B：低床ベッドにする。緩衝マットを設置する。離床センサーを設置する。
アラーム音を大きくする。
アラームが連動してナースコールが鳴るようにする。

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Ⅱ-S-B：行動制限をし、鎮静下で人工呼吸器を装着している患者でも転倒転落の危険があることを認識する。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

行動制限、人工呼吸器装着中、持続鎮静中の患者は、自ら転倒転落することはないと思ひ込まない。

【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項目）】

参照：ガイドライン 4.1.6 行動制限に関する同意書について

【事例 17】

【タイトル】

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。

【キーワード】

ADL 自立・サイドテーブル・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：80歳 ②性別：女性 ③病名：第一腰椎圧迫骨折

④診療科：整形外科

⑤どのような状態か？ 半硬性コルセット装着中で腰痛なく、独歩可能であった。ADLは自立しており退院間近であった。

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？ コルセットによる胸腰椎の可動域制限があった。

(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：ベッドから立ち上がろうとした。

(Ⅲ) 事故に至る対応・経過（発生時間・患者行動・医療従事者行動等）

20:30 サイドテーブルにつかまり立ち上がろうとした際、サイドテーブルが動き、頭からベッドより転落した。同室者よりナースコールがあり看護師が訪室した。

(IV) 事故発生（外傷の有無と外傷の内容）、事故後の対応・経過

血圧 124/50mmHg 脈拍 70 拍/分、意識状態は清明であった。(R)側頭部皮下血腫あるもの、出血はなし。その他打撲なし。頭部クーリング施行。医師に報告後経過観察した。

【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？

ADLは自立していたが、体幹をコルセットで固定していたため胸腰椎の可動性が制限されていた。サイドテーブルにつかまって立つと、危険という認識がなかった。

(II) 事故原因 II：療養環境（外的要因）では？

つかまりやすい位置にサイドテーブルがあった。

サイドテーブル以外につかまりやすい物がなかった。

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

退院が決定しており、患者・医療従事者ともに、退院に向けて患者が出来ることは自分で行うことに重点を置いていた。

(IV) 事故原因 IV：事故後の対応・経過では？

なし。（しかし個室の場合、ナースコールが自分で押せるかどうか）

【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:既にも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：サイドテーブルの使用方法を熟知していたか。

(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-B：サイドテーブルの置き位置を検討する。

サイドテーブルのストッパーを患者の手で行えるように改良する。（業者に依頼）

●対策 II-S-B：・入院時にサイドテーブルの使用方の説明と指導を行う。

・サイドテーブルに動いて危険であることを示す注意シールを貼付する。

(III) 対策 III：どんな影響度の緩和策を実施すれば良いのか？

【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：・入院時にサイドテーブルの使用方の説明と指導を行う。

・サイドテーブルに動いて危険であることを示す注意シールを貼付する。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

医療者側と患者側の危険に対する認識の違いがあること。

例) 医療者側は、サイドテーブルは動くため危険な要素を含んでいることを前提にしているが、患者はそのような認識していない。

【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項目）】

参照：ガイドライン 4.1.5 患者注意喚起シールについて

【事例 18】

【タイトル】

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。

【キーワード】

肝不全・急性硬膜下血腫・排泄

【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：80歳 ② 性別：女性 ③病名：1. 慢性胆肝炎 2. 肝不全 3. 貧血

④ 診療科：外科

⑤ どのような状態か？ 「慢性胆管炎」による発熱、「肝不全」による全身浮腫のため入院となり、抗生剤、アルブミン製剤投与にて治療施行し改善がみられた。貧血に対しては輸血にてふらつき消失、近日退院予定であった。

移動は歩行器を使用していた。日中は病棟トイレまで行っているが、夜間はベッドサイドでポータブルトイレを使用していた。検査等で病棟から移動の場合は、看護師が車椅子で行っていたが、それ以外は自立としていた。

⑦ 既往歴：75歳（5年前）胆石症の手術歴あり。以後胆肝炎、慢性肝炎にて近医でフォローされていた。76歳（4年前）腰椎圧迫骨折。

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？ 76歳のとき腰椎圧迫骨折

(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：

●D. 廊下：自室前の廊下で転倒

療養場面においては、ベッド柵2本設置していた。蓄光テープ付きナースコールを使用していた。

(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)

23:50 大きな音がしたのを聞いた入院患者が廊下に出たら転倒していたので、看護師を呼ぶ。看護師も音に気づき、歩行器の下敷きになって転倒しているところを発見する。病棟トイレからの帰室途中の転倒と考えられる。

(IV) 事故発生 (外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

後頭部に10cm大の皮下血腫があり、少量の出血があり。意識状態はI-1 (大体意識清明だが今ひとつはっきりしない)。瞳孔3.5mm×3.5mm。対光反射あった。

発見時、状況と共に状態を主治医に報告し、消毒しガーゼ保護した。

観察のためスタッフルームに近い部屋に移動した。(頭部外傷のため頻回の観察を要するため)

【診断】「多発性脳挫傷、(R)急性硬膜下血腫、外傷性クモ膜下出血」と診断される。

	時間	レベル	発語	行動	医療行為
転倒当日	23:50	I-1	明瞭	転倒	主治医報告。消毒、ガーゼ保護
転倒翌日	1:30	I-1	明瞭	ポータブルトイレ	部屋移動(スタッフルームの近く)
	7:00	II-20	単語のみ	起き上がり	

	8:10		不明	命従不可	主治医状態報告。CT撮影
	9:10	I-3 II-10			酸素投与開始 心電図モニター装着 点滴開始
	10:45	III-300			夫へ症状説明 病名は、「多発性脳挫傷、(R)急性硬膜下血腫、外傷性クモ膜下出血」であった。

【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？

自分で出来ると思っている。

(II) 事故原因Ⅱ：療養環境（外的要因）では？

夜間で暗い。スリッパで滑りやすい。寝巻き式病衣で絡まりやすい。夜間であるが歩行器を使用していた。

(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？

消灯前にポータブルトイレの指導と設置を施行したことで歩行器を使用すると考えていなかった。

(IV) 事故原因Ⅳ：事故後の経過・対応では？

事故後のフローに沿って対応している（頭部外傷の場合は主治医に報告する。）。しかし、報告でとどまっている。これ以降の主治医の指示は無かった。看護師は、頭部外傷のため観察が必要と判断しスタッフルームの近い部屋に移動させた。

【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？

アセスメントシート。

本人、家族からの聞き取り調査。

入院生活の中から性格を把握していく。

(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2本設置していた。蓄光テープ付きナースコールを使用していた。ポータブルトイレを設置していた。

対策Ⅱ-H-B：歩行器、ポータブルトイレを必要な時に持って行く。

対策Ⅱ-S-B：上記が可能なスタッフの人員を配置する。

(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：全てのフロアをクッションフロアあるいは、絨毯にする。

- 対策Ⅲ-S-B：医師は、肝不全の患者さんは出血傾向があることを認識し、頭部傷後の患者さんの意識状態、頭痛、嘔吐、アニソコリア（瞳孔不同）、麻痺の有無等を診察するとともに、直ちに頭部CT検査の施行が必要である。

【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Ⅲ-S-B：医師は、肝不全の患者さんは出血傾向があることを認識し、頭部傷後の患者さん

の意識状態、頭痛、嘔吐、アニソコリア（瞳孔不同）、麻痺の有無等を診察するとともに、直ちに頭部CT検査の施行が必要である。

【この事例から学んだこと（教訓の内容）】

- ・ 患者のADLに対する過信は禁物である。
- ・ ポータブルトイレの使用基準、指導手順が必要なのだろうか。
- ・ 補助具使用の場合、下敷きになる事も考えておく必要がある。
- ・ 疾患に関連し、出血傾向のある患者は、特に頭蓋内出血後の症状の悪化が早く適切な観察、対応が必要となる。血液疾患には注意が向きやすいが肝臓疾患にも注意が必要となる。
- ・ 入院生活となると、一般的に病衣にスリッパとなることが多いが履きなれた靴や服の使用も防止対策の一つではなかろうか？
- ・ この事故以後事故後のフローに出血傾向の患者の場合を追記した。（内服薬関連も追記）

【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 19】

【タイトル】

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。

【キーワード】

理学療法室・認知症・監視歩行レベル

【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：92歳 ② 性別：女性 ③ 病名：(R)大腿骨頸部骨折
- ④ 診療科：リハビリテーション科
- ⑤ どのような状態か？ (R)大腿骨頸部骨折術後で一本杖監視歩行にて病棟生活（ふらつきあり）していた。
- ⑥ 内的要因
- ⑥ -1.感覚要因？ 聴力障害あり。
- ⑥ -2.高次要因？ 軽度の認知症。
- ⑥ -3.運動要因？ 軽度の円背，変形性膝関節症。

（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：理学療法室

理学療法室のプラットホーム上に座っていた。床には治療に使われていた輪投げが数個ランダムにあった。他には何もなく、人の出入りもなかった。周囲にも人が少なく、どちらかというとき静かな状態であった。

（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）

行動：座位のまま床に手を伸ばし、輪投げの輪を取ろうとする

直前現象：理学療法士がプラットフォームの横で立位で輪を取るバランス練習をして、休憩をしていた

理学療法士は、物を取りに行こうとして、患者のそばを離れていた。

（IV）事故発生（外傷の有無と外傷の内容）、事故後の経過・対応

外傷はなく、事故後は、病棟へ報告した。

【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？

認知症。筋力低下。

(Ⅱ) 事故原因Ⅱ：療養環境（外的要因）では？

わからない。ないように思われるが。

(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？

理学療法士が患者さんのそばを離れた。

(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-A：認知症、高次脳機能障害を有し、危険行動（一人で立ったり、何か口に持っていくなど）を起こしそうな患者。歩行が不安定な患者。

(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：当院の理学療法室は見渡しもよく、ハード面は問題ないように思われる。

- 対策Ⅱ-S-A：患者の行動を抑制することは考えられない。また、患者1人に理学療法士1人が対応するため、事故は起こりにくいように考えられる。しかし、担当が電話対応や職員対応、また今回のようにやむを得ず、患者の側を離れなければならないときに、代わりに見守る人が必要である。

対策Ⅱ-S-B：リハビリ助手を採用する。

(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：

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-A：患者の行動を抑制することは考えられない。また、患者1人に理学療法士1人が対応するため、事故は起こりにくいように考えられる。しかし、担当が電話対応や職員対応、また今回のようにやむを得ず、患者の側を離れなければならないときに、代わりに見守る人が必要である

【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）】

【事例 20】

【タイトル】

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。

【キーワード】

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

【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: 82 歳 ② 性別: 男性 ③ 病名: 1. 急性アルコール中毒。2. 脳挫傷(疑)→脳挫傷・急性硬膜下血腫 ④ 診療科: 脳神経外科

⑤ どのような状態か? 友人と飲酒中、椅子から転倒、頭部打撲し救急搬送された。

来院時 Japan Coma Scale(以下 JCS) I 興奮状態であった。頭部 CT 検査上「(L)側頭葉脳挫傷疑い」で 1:40 入院した。

大声で叫び酩酊・不穏状態であったため、家族に付き添いを依頼するが拒否され、転倒・自傷事故を懸念しスタッフステーション内にベッドごと移動。ベッド左側を壁に密着させ、右側にベッド柵 2 本使用し頻回観察していたところ、静かにベッド柵を跨いで降りようとしているところ発見される。興奮消失し落ち着きを取り戻していたため、ナースコール代わりにガーグルペースンでベッド柵をたたくよう指導した。尿意を知らせて端座位で排尿しながら前夜の事を話すし、その後入眠していたことが確認された。

5 分後大きな音がし、行くと 2 本のベッド柵の間に片足が挟まった状態で、仰向け状態で頭より転落していた。

⑥ 内的要因

⑥ -1. 感覚要因? 「特記なし」

⑥ -2. 高次要因? 酩酊状態。正常な判断はできない不穏状態。

⑥ -3. 運動要因? ふらつきが強く座位保持も困難。

(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: スタッフステーション内。ベッド左側を壁に密着させ、右側にベッド柵 2 本を使用した。

(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)

1:40 JCS I 酩酊・興奮状態で入院した。トイレに行くと大声で叫び、自力座位保持もできない状態であるにも関わらず、ベッド上に立ち上がろうとするため、家族に付き添いを依頼した。

2:50 付き添い中も興奮持続。家族より帰宅希望あり、転倒転落リスクが高いことを説明するが、家族は帰宅した。ベッドごとスタッフステーションへ移送した。ベッド左側を壁に密着させ、右側にベッド柵 2 本使用し頻回の観察を開始した。

3:20 ベッド柵を跨いで降りようとしているところ発見した。興奮は消失していた。ナースコール代わりにガーグルペースンでベッド柵をたたくよう説明した。

4:10 上記の方法で尿意を知らせ、端座位で排尿しながら前夜の事を話し出した。

4:45 入眠中であった。

4:50 大きな物音がし、行くと 2 本のベッド柵の間に片足が挟まり、もう一方をその上に組んだ状態で、仰向けの状態で頭より転落していた。

(IV) 事故発生(外傷の有無と外傷の内容)、事故後の経過・対応

事故発生時、JCS III-300、アニソコリア(瞳孔不動)あり、(R)瞳孔 4.0 mm 対光反射なし、尿失禁あり BP52/触診。直ちに医師に報告し、家族に来院依頼した。頭部 CT 検査上、「頭蓋骨骨折・(R)急性硬膜下血腫・脳挫傷」と診断された。家族到着後、医師より状況状態を説明。救命目的で、9/21 減圧開頭術が施行された。

【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?

興奮状態から一見正常な精神状態への変化していた。

端座位保持不可能な酩酊状態から端座位で自立排尿可能な状態への変化していた。

家族が帰宅した。

(II) 事故原因 II : 療養環境 (外的要因) では?

精神状態、ADL とも改善していたが、ベッド左側を壁に密着させ、右側にベッド柵 2 本使用した。

転倒転落をハイリスクと判断していながら、影響緩和策は取られていなかった。

(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?

入院時の状況より、看護師・家族だけでは対応が困難であったと思われるが、医師に報告していない。

看護師だけで何とかしようと苦慮している

未然に跨ぎ超えを発見阻止していながら、患者の精神状態及び ADL が改善したこと、ナースコール代用策(ガーグルベースンで柵とたたく)が効を成したことで、看護師サイドは安心安堵し、「転倒転落のリスクはあるが、大丈夫だろう。またたいて教えてくれるだろう」と考え同じ対策を継続したと考えられる。

(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よいのか?

対策 I -A : 要注意患者として既に抽出されている。

対策 II -B : 急性アルコール中毒患者、酩酊状態、不穏は要注意とする。

(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 : スタッフステーション内管理・ベッド左側を壁に密着させ、右側にベッド柵 2 本使用する。

対策 II -H-B : 精神状態、運動機能状態の変化に応じ、対策を変更していく。(降りることができよう足元のベッド柵を撤去しておく)。

対策 II -S-A : 家族に付き添い依頼し、頻回に観察する。

●対策 II -S-B : 医師に報告し、行動制限や薬剤使用による鎮静を考慮する。

(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 : なし。

対策 III -H-B : ベッド右側にマット(厚手のもの)等を敷く。ベッドを撤去しマットレスのみとし、周囲に空きベッド、マットレス(立てて使用する)などあるものを活用しバリケードを作り囲む。

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 : 医師に報告し、行動制限や薬剤使用による鎮静を考慮する。

【この事例から学んだこと (教訓の内容)】

急性アルコール中毒は精神状態が安定しても安心油断してはいけない。麻痺等の機能障害がなく運動能力が十分ある者は障害物を乗り越えず、跨いで越えようとすることがある。ベリーロール(乗り越え)よりも跨ぎ越えのほうが重症事故となることがある。落ちない対策は徒労に終わることがあるため影響緩和策は常に念頭に置いておく。

【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）】

第4部 転倒・転落事故防止対策カタログ

NDPでは、2004年2月に転倒・転落事故防止対策に関するハード面のツールをまとめ、「転倒・転落事故対策カタログ」を作成した。その一部をここに掲載する。

尚、ここに掲載されているツール類は参加病院で使用されているものをあくまで参考として例示したものであり、特定の商品の購入や企業の宣伝を目的としているものではないことをご了解頂きたい。

1. ベッド関連の対策

- ・ ベッド柵、Pバー、ナースコールバンド、蓄光テープ、離床センサー、クリップ付衣類着用センサー、赤外線センサー、キャンピングシート、ジョイントマット、

2. トイレ関連の対策

- ・ ポータブルトイレ、

3. 車椅子関連の対策

- ・ 車椅子ベルト、車椅子用テーブル、

4. 歩行、その他の対策

- ・ 歩行器、ヒップ・プロテクター、ヘッドギア、

ベッド柵

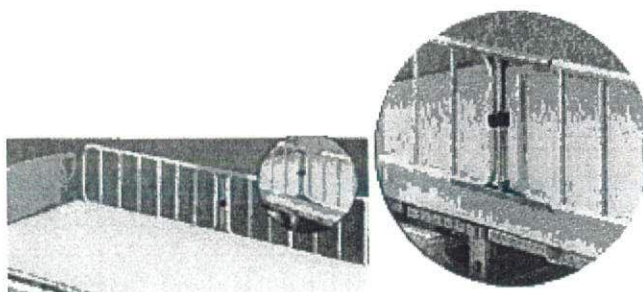
ベッド柵にも形状や素材、手すりの有無などによりさまざまなタイプがある。また、ベッド会社によって、使用できる柵かどうかが異なるが、ここでは、ベッド柵のタイプを種類に大別した。

ベッド柵 1～パイプ型



差し込んで固定するタイプが多い。もっとも標準型のベッド柵である。

柵の間に四肢を挟んでしまう可能性もあるため、注意する。片側2本ずつ使用する場合は、柵のすき間をうめる補助具(下写真)が開発されている。なお、本数は4本より3本にして、一箇所だけ空けて患者の降りるスペースを残した方が、転落事故が少なくなるという研究がある。



現場の意見：差し込んで固定するタイプは、患者がはずしてしまう可能性もあるため、不穏な行動を起こす患者には使用できない。また、上記の補助具が使用できないときは、毛布や枕を置くなどの対処が必要である。

値段：(2本組) 9,000円～

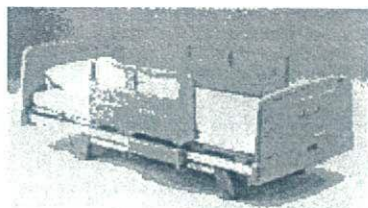
ベッド柵 2～スライド型

ベッド柵 1の「パイプ型」のもののうち、スライドして柵を立ち上げるもの。おりたたむこともできる。ベッドにもとから設置されているものと、別売りで設置できるものがある。

〈写真なし〉

現場の意見：介護には便利だが、スライドのロックをかけることを看護師が忘れてしまったり、患者がはずしてしまっている場合がある。また、四肢が挟まった場合、柵が挟まった四肢に落ちてくる場合があり、危険である。

ベッド柵 3～ボード型

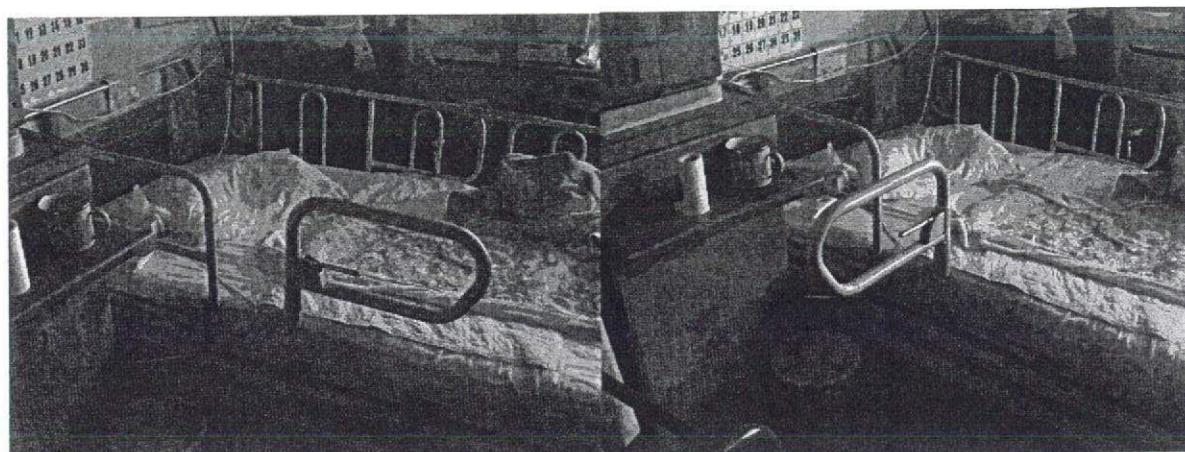


角が少なく、平面を大きくしたデザインとなっている。

現場の意見：柵の隙間が少ないので、四肢が挟まれることは少ない。しかし、場合によっては抑制と捉えられる可能性もあるので、注意したい。

価格： 12,000 円～

移動支援バー



一部がドアのように開閉するベッド柵。ベッドサイドからの立ち上がりから、ポータブルトイレへの乗り移りを容易に行うことができる。また、ほとんどのベッドに設置可能である。

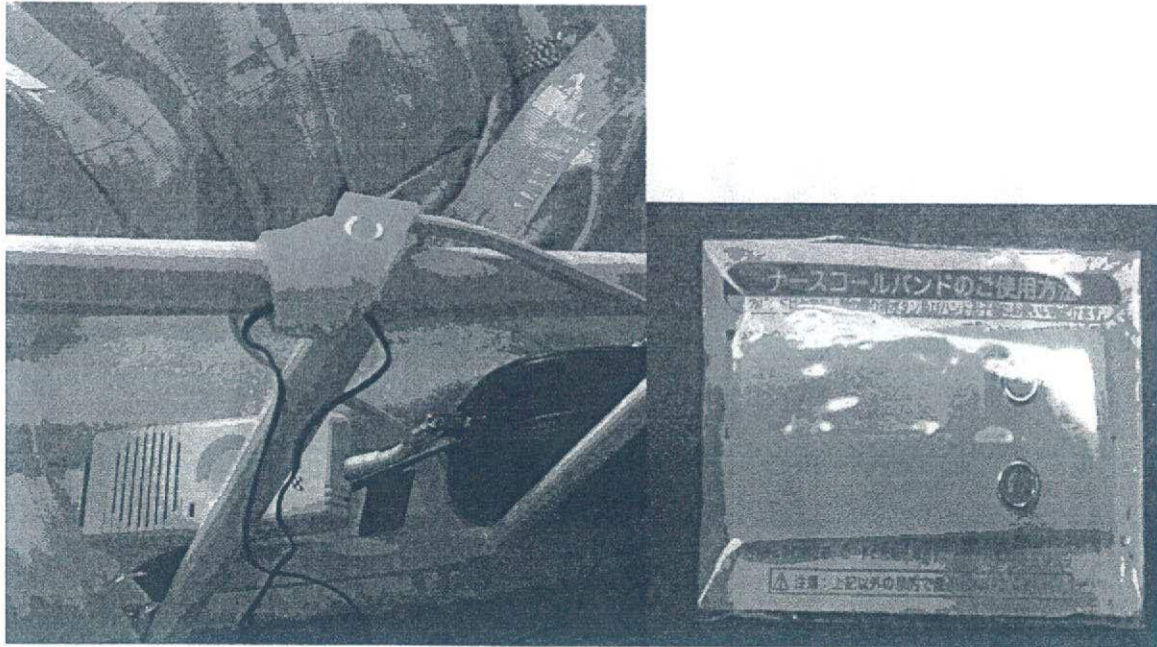


Pトイレを使用する場合には、Pトイレと移動支援バーの設置場所や距離を考慮する必要がある。なるべく患者の移動距離を短くし、かつ衣類の上げ下げなどの動作を行うスペースも確保しなければならない。

現場の意見：患者の降りる場所をあらかじめ指定し、患者の移動を補助する。また、降りないときはバーをドアのように閉めることで、転倒・転落事故を防止する。

値段：39,000円～、介護機器・用品販売店にて

ナースコールバンド



ナースコールのコード部分をベッド柵に固定する対策。
岩国市医療センター医師会病院の意見から、ナースコール会社が製品化したものである。

現場の意見：利点として、まず色についてだが、黄色は、ナースコールを見つけやすく、汚染が目立ちにくい。また、2つ1組で使用の方が固定できるようである。通常の状態ではナースコールが固定できないが、使用することでどこでもナースコールが固定できる。



ナースコール機器販売会社にて