

物的環境に関連する インシデント・アクシデント事例集

～代表事例の紹介～



公益財団法人日本医療機能評価機構
認定病院患者安全推進協議会
施設・環境・設備安全部会

2019年4月

無断転載・引用禁止

＜はじめに＞

認定病院患者安全推進協議会 施設・環境・設備安全部会は、患者安全のために必要な施設・環境・設備（以下、物的環境）に関する知見の共有や、多くの医療機関で陥っている課題の検討などを目的に2015年度から活動しています。

当部会では、活動を開始した2015年度から現在（2018年度末）まで、物的環境を要因としたインシデント・アクシデントにどのようなものがあるのかを把握するために、会員病院を対象に「物的環境に関連するインシデント・アクシデント事例の収集調査」を継続的に実施してきました。

その結果、会員病院の皆様のご協力により、335件（2019年3月末現在）の多種多様な事例を公表できる形でご提供いただきました。本調査にご協力いただいた会員病院の皆様には改めて厚く感謝申し上げます。

これらの事例の中から代表的と思われる事例について本冊子にまとめました。

本冊子には、電気消失、転倒、転落、接続間違い、患者閉じ込め、無断離院といった物的環境に関連する事例を掲載しています。ぜひご覧いただき、貴院において安全対策を検討なさる際にお役立てください。

2019年4月
認定病院患者安全推進協議会
施設・環境・設備安全部会
部会長 笥 淳夫

※本冊子に掲載している事例の2次利用および転載・引用を禁止します

＜お問い合わせ先＞

公益財団法人 日本医療機能評価機構 教育研修事業部 熊谷
電子メール p0031_info_psp_office@jcqhc.or.jp TEL 03-5217-2326

<目 次>

掲載事例の見方 P.4

■事例

事例①「DSA 室(血管造影室)での電気消失」 P.6

事例②「ベッド柵の根本が折れたことによる患者転落」 . . . P.7

事例③「ベッドのストッパーの緩みによる転落」 P.8

事例④「トイレから出てきた患者の転倒」 P.9

事例⑤「点滴スタンドの取っ手のひっかかり」 P.10

事例⑥「身体障がい者のトイレでの転倒」 P.11

事例⑦「吸引用チューブの接続間違い」 P.12

事例⑧「オーバーテーブルが動いたことによる転倒」 P.13

事例⑨「点滴キャスターのフックがひっかかり転倒」 P.14

事例⑩「ベッドサイドテーブルが動いたことによる転倒」 . . . P.15

事例⑪「放射線治療室での患者の閉じ込め」 P.16

事例⑫「頭上設置の吸引瓶の落下」 P.17

事例⑬「環境整備の不足による転倒」 P.18

事例⑭「精神科閉鎖病棟における患者の無断離院」 P.19

事例⑮「トイレでの転倒」	・・・・・・・・・・・・・・・・	P.20
事例⑯「センサーマットのセンサー遮断による転倒」	P.21
事例⑰「機械浴シャワーでの熱傷」	・・・・・・・・・・・・・・・・	P.22
事例⑱「エスカレーターでの転倒」	・・・・・・・・・・・・・・・・	P.23
事例⑲「吸引器ライナー交換時の暴露リスク」	P.24
事例⑳「シャワーの水栓脚部接触による熱傷」	P.25

掲載事例の見方

事例の分類表

下段に記載の事例内容にもとづき、次の6つの項目に分類しています。

- ①発生場所
- ②発生場所(その他)
- ③関連したもの
- ④精神・意識障害の有無
- ⑤発生内容

事例のタイトル

リスクの種類(次ページ参照)

物的環境に関連するインシデント・アクシデント事例集		DSA室(血管造影室)での電気消失		リスク
発生場所	手術室	発生内容		<input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッブによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッブが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離脱・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input checked="" type="checkbox"/> その他(停電)		
関連したもの	機器			
精神・意識障害の有無	なし			

発生内容

発生した事例の内容を簡潔に記載しています。

発生内容
DSA室、操作室での突然の電気消失

発生内容の概要

発生した事例の内容を詳しく記載しています。

概要
電子カルテ用のプリンターを接続(普段は使用せず、使用するときにはコンセントを入れる)、紙を出力した。同時に、画像の印刷も行い途中まで印刷したところ血管X線撮影装置以外の電源が落ちた(装置は別の電源)。合わせて手洗い場の電源も落ちた。幸い、患者さんが退室したばかりであり、次の患者を入室させる前だった。器材庫にブレーカーがあることが分かり復旧した。その日は当直担当者が不在であり操作室のスタッフ、手術室スタッフ、ほかの総務課スタッフはどこにブレーカーがあるか分からず復旧までに1時間要した。

要因

当該病院が考えた物的環境面の要因を記載しています。

要因
プリンターを一台稼働しているときは大丈夫だが、プリンターを2台同時に使用すると操作室の容量20Aの所、30A消費していて、いつブレーカーが落ちてもおかしくないことが再現で確認される。ただし、再現時にはブレーカーは落ちなかった。操作室にはプリンターが3台(電子カルテ用、AW(血管撮影)用、ME用)があるが、2台以上同時に使用することがいままでもあまりなかった。今回ブレーカーが落ちた原因は、プリンター2台の同時使用の可能性も考えられるが、他の機器の多重使用も否定できない。

対策

当該病院が考えた対策を記載しています。

対策
①今後20Aから30Aに変更可能か検討するが、30Aにするには、病院の停電が必要であることがわかった。空いているブレーカーがあるためそこにプリンターをつないで分電で対応する予定。②10年前にも違う棟の病室でポータブルエコーの電源を入れた際に病室が停電。全病室のアンペアを確認したが、2年前に電子カルテ導入後改めて全病室確認していなかったため全館各部屋のアンペアを確認する予定。③医療機器の使用アンペアを一覧にし周知する ④災害マニュアルを改訂する。

参照(写真)

対策を実施した前・後の発生場所の写真を掲載しています。

参照

2018-0506

公益財団法人 日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会

収集年度と事例の識別番号

リスクの種類

	分類	解説	具体例
A	患者による 使い方・置き方の リスク	患者が不適切な物の使い方や置き方をしたためにトラブルが発生した場合	患者がエスカレーターに禁止されているシルバーカーを乗せ、転倒した 等
B	物の性能のリスク	患者やスタッフが使用した物の仕様に問題があったためにトラブルが発生した場合	フットレストの裏側に皮膚が引っかかり、患者（または医療スタッフ）が怪我をした 等
C	不適切な環境設定 ・維持管理不足による リスク	建築や設備などの環境に問題があったり、メンテナンスなどに問題があることによりトラブルが発生した場合	歩行器等の車輪がエレベーターのドアの溝にはまり、患者（または医療スタッフ）が転倒した 等
D	スタッフによる物の 不適切な使用・利用・ 選択・設置・確認不足 によるリスク	スタッフが不適切な使い方や置き方などをしたり、確認不足によってトラブルが発生した場合	ダブルパイピングシステムへの取り付け・取り外しの際に乱暴に扱い、一部が割れた・削れた可能性があり、ダブルパイピングの目詰まりによる人工呼吸器の酸素供給不足となった 等
E	スタッフが作業する 上での環境上のリスク	スタッフが確実な作業をする上で作業環境上問題があってトラブルが発生した場合	壁に装着した吸引器の蓋がアウトレットカバーに引っかかり、医療スタッフがライナー交換をスムーズに出来ないため、吸引が間に合わず曝露する心配がある 等

DSA室(血管造影室)での電気消失

発生場所	手術室	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input checked="" type="checkbox"/> その他(停電)	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	機器		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

DSA室、操作室での突然の電気消失

概要

電子カルテ用のプリンターを接続(普段は使用せず、使用するときコンセントを入れる)、紙を出力した。同時に、画像の印刷も行い途中まで印刷したところ血管X線撮影装置以外の電源が落ちた(装置は別の電源)。合わせて手洗い場の電源も落ちた。幸い、患者さんが退室したばかりであり、次の患者を入室させる前だった。器材庫にブレーカーがあることが分かり復旧した。その日は営繕担当者が不在であり操作室のスタッフ、手術室スタッフ、ほかの総務課スタッフはどこにブレーカーがあるか分からず復旧までに1時間要した。

要因

プリンターを一台稼働しているときは大丈夫だが、プリンターを2台同時に使用すると操作室の容量20Aの所、30A消費していて、いつブレーカーが落ちてもおかしくないことが再現で確認される。ただし、再現時にはブレーカーは落なかった。操作室にはプリンターが3台(電子カルテ用、AW(血管撮影)用、ME用)があるが、2台以上同時に使用することがいままでもあまりなかった。今回ブレーカーが落ちた原因は、プリンター2台の同時使用の可能性も考えられるが、他の機器の多重使用も否定できない。

対策

①今後20Aから30Aに変更可能か検討するが、30Aにするには、病院の停電が必要であることがわかった。空いているブレーカーがあるためそこにプリンターをつないで分電で対応する予定。②10年前にも違う棟の病室でポータブルエコーの電源を入れた際に病室が停電。全病室のアンペアを確認したが、2年前に電子カルテ導入後改めて全病室確認していなかったので全館各部屋のアンペアを確認する予定。③医療機器の使用アンペアを一覧にし周知する ④災害マニュアルを改訂する。

参照

ベッド柵の根本が折れたことによる患者転落

発生場所	病室	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	ベッド		
精神・意識障害の有無	あり		

発生内容

ベッド柵の根元が折れて患者がベッドから転落した。

概要

14:00頃、介護病棟の4人部屋に面会に来た他の患者家族から誰かが落ちてしていると知らせがあった。訪室すると患者が床に寝ており、差し込み式のベッド柵の根元が1本折れていた。隙間から落ちた様子であった。ベッドは低床としてあった。外傷はなく、経過観察をして異常はみられなかった。患者は失語症と脳血管性の認知症があり、ナースコールができず、言葉で意思を伝達できない人である。健側の腕を使い起き上がることから転落のリスクがあるため、柵の使用とベッドの低床プランが建てられて実施されていた。

要因

ベッドと柵は購入から15年経過している。入院患者は認知症で健側の腕で柵をつかんで起き上がることが多かった。柵の金属疲労から患者が柵をつかんだ時に負荷がかかり折れた可能性がある。

対策

全部のベッド柵の点検をして、危険な柵は廃棄した。

参照

ベッドのストッパーの緩みによる転落

発生場所	病室	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	ベッド		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

ベッドのストッパーがゆるくて、横にスライドして患者が落ちそうになった。

概要

患者を車いすの乗せるために車いすをベッドに近づけて、患者が端坐位から立ち上がった時にベッドが後ろに動き、落ちそうになった。ベッドのストッパーは4つのタイヤの対角線上に2か所あり、2か所ともかけられていた。

要因

4つのタイヤのうち2か所だけにしかストッパーがついていない。ベッドのタイヤやストッパーが古くなった。ストッパーの緩みは以前から報告があって、施設課職員で点検して、その都度修理していたが、部品交換ではないため完全に良くなってはいなかった。

対策

7月10日に介護病棟のベッド全部のストッパーを点検して、新たな対策を考えることになった。

参照

トイレから出てきた患者の転倒

発生場所	トイレ、廊下	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	カーテン		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

トイレから出てきた患者の転倒

概要

トイレから出てきた際に目前に通っていた配膳車に驚き、よろけ、転倒した。トイレの入り口には「のれん」のようにカーテンが下がっていた。患者は杖を使用しており、カーテンをくぐって廊下に出るが、この時、視線は下を向いており、前方を確認できていなかった。またこのトイレはカーテンからすぐに廊下になっている。

要因

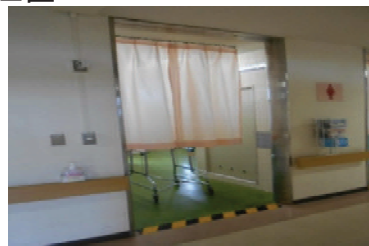
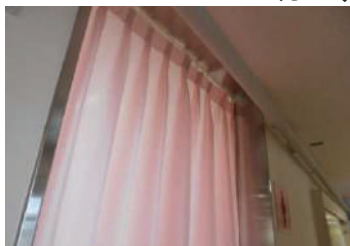
トイレからすぐに廊下になっており、視線を下げたまま廊下に出ることになる。

対策

トイレからカーテンをくぐって廊下に出ることになるため、カーテンの設置場所を数センチトイレ内に移動させた。また、トイレから廊下の境目にトラテープを張った。またトイレの出口周囲に「一時停止」の表示をした。

参照

カーテンの設置位置



点滴スタンドの取っ手のひっかかり

発生場所	病室	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input checked="" type="checkbox"/> その他(薬剤)	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	点滴スタンド、シリンジポンプ		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

シリンジポンプでヘパリン持続点滴中、押し子部分に点滴スタンドの取っ手(持ち手)が引っ掛かり約5時間点滴が出来ていなかった。

概要

術後2日目の患者をNsステーション横の部屋で経過観察を行っていた。エリキュースの内服に変わりヘパリン持続点滴中だった。夜間頻回に閉塞アラームが鳴り、ルート確認を行ったが原因ははっきりしなかった。同じルートからイノバンを持続していたが、そちらには問題はなく閉塞アラームは鳴らなかった。朝になり、シリンジポンプの押し子に点滴スタンドの取っ手が挟まり、押し子が押せていないためと分かった。夜間、部屋は電気を消した状態で、訪室時懐中電灯で対応していた。

要因

閉塞アラームが鳴るたびにルートの確認は行っていたが、室内は暗くシリンジポンプ周囲に問題があると考えなかったため全体が見れていなかった。点滴スタンドを選択する際に取っ手の有無について考えていなかった。

対策

シリンジポンプ使用時は取っ手のついていない点滴スタンドを使用するよう指導
アラーム時の確認は必ず問題部分だけでなく全体を行うよう再指導

参照

身体障がい者のトイレでの転倒

発生場所	トイレ	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	杖、ドア		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

杖歩行自立患者。トイレに入る際、身障者トイレの自動ドアが閉まってきて、ドアに押され、転倒。麻痺側の鎖骨骨折となる。

概要

PTが音を聞いて、麻痺側を下にして転倒している患者さんを発見し、車椅子介助する。実際に転倒したところは誰も見ておらず、ご本人に状況確認した。リハビリ後、リハビリ室前にある身障者トイレに一人で杖歩行し入る際、閉まってきたドアに押され転倒したとのことであった。左肩痛ありレントゲンにて鎖骨骨折が判明した。

要因

自動ドアは本来なら体などに反応し閉まらないが、床上20cm位の所にあるセンサーが反応しなかったのか、中にある手をかざすと閉まるセンサーを押してしまったか、閉まり続けたドアに押されてバランスを崩し転倒してしまったとのこと。目撃者なく詳細は不明。

対策

業者を交えて、リハビリ前の身障者トイレの自動ドアの検証を行った。ドアは20cm/秒の速度で閉まる設定(一般的)。開いてから1分後に自動で閉まる。閉まる圧は最小にしても、閉まり続けた場合押される感じあり。ただ、最小にした場合、ドア自体が重いので、故障する恐れありとのこと。電源を切った場合に手で閉めるのは相当な力が必要となる。足元のセンサーがキャッチした場合と、体を使って少し押し返すと再び開く設定になっていた。PT・業者・医療安全管理者にて検討した結果、閉まる速度を半分に設定(10cm/秒)し、1ヵ月後評価することとなる。回復期リハビリ病棟の身障者トイレと2箇所を半分の速度に変更した。1ヶ月後、速度が遅いなど問題となる評価はなかったため、医療安全管理委員会にて、この2箇所はこのまま半分の速度設定を続けることとした。その他の病棟は、速度は変更せず様子を見ることになる。

参照

吸引用チューブの接続間違い

発生場所	病室	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	吸引器		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

吸引用ボトルに接続するはずの吸引用チューブを、中央配管にセットした吸引器本体に接続して患者の吸引を行った。

概要

気管切開を受けた患者からナースコールがあり担当の看護師Aが病室を訪問すると、患者から喀痰吸引の希望があった。看護師Aは、患者の頭側の中央配管にすでにセッティングされていた配管保護装置のついていない古いタイプの吸引器のつまみを「OPEN」にして、吸引圧を確認後に吸引カテーテルをチューブを接続し患者の喀痰吸引を行った。喀痰吸引を終えた看護師Aが吸引器の吸引圧メーターを見ると針の動きがいつもと違うことに気づいた。吸引カテーテルから吸引器本体までたどってみると、吸引チューブが吸引ボトルではなく吸引器本体に接続されていた。すぐに病院の施設担当者に吸引用の中央配管を点検してもらったが、異常はなかった。看護師Aは、吸引器・吸引ボトル・吸引チューブがすでに中央配管につながりセットされていたので、吸引前にチューブがどこにつながっているか確認しないで患者の吸引を開始した。

要因

病院内の喀痰吸引に用いる吸引器は、ほとんどが配管保護装置がついていない古いタイプである。吸引用ボトルフィットフィックスをセッティングすると、吸引器本体の正面にボトルがあり吸引ボトルのインレットエルボが吸引器本体に接続されているか見えにくい。

対策

喀痰吸引前に吸引器の接続が正しく行われていることを確認する。吸引器の接続方法や中央配管故障の危険性についての資料を配布し、吸引器を取り扱う各部門で学習会を行ってもらおう。吸引器を配管保護装置つきタイプに切り替える。事例紹介と対策を資料として配布し、リスクマネージャーに会議で説明し実施を依頼した。

参照



患者に使用するときには、貯留した吸引物が見えないようにボトルの覆いをしているので背後が見えにくい。

オーバーテーブルが動いたことによる転倒

発生場所	病室	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input checked="" type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	オーバーテーブル		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

ベッドサイドで転倒

概要

深夜3時、患者が自分一人で尿器を用いて排尿しようと思った。そのため、オーバーテーブルに手を掛けて立とうとした。しかし、オーバーテーブルが動きベッドからずり落ちて尻餅をついた。また、その途中にオーバーテーブルの角で右側胸部を打った。

要因

オーバーテーブルブルーブルにストッパーが掛けられていなかった。

対策

ストッパー付きのオーバーテーブルに変更する ベッドサイドでは、ストッパーを掛けて動かないようにする オーバーテーブルを支柱にして立たないように患者指導する。

参照

点滴キャスターのフックがひっかかり転倒

発生場所	病室	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	点滴スタンド、カーテン		
精神・意識障害	なし		

発生内容

転倒

概要

カーテン上部の網目に点滴キャスターのフック部分がひっかかり転倒した。

要因

カーテンの網目の位置と点滴のフック位置が同じ高さだった。

対策

カーテンの網目が高い位置になるタイプのカートンに変更した。

参照

ベッドサイドテーブルが動いたことによる転倒

発生場所	病室	発生内容	リスク
発生場所(その他)		<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
関連したもの	歩行器、杖、ベッド、その他		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

ベッドサイドテーブルが動いたことにより転倒。頭部をベッドの縁の角にぶつけたことにより、切創を負った事例。

概要

15時のラウンド時に廊下で他患者から、Yさんが転んで血を流していると報告を受ける。病室を訪室すると患者はベッドに端座位となりタオルで頭部を押さえていた。靴は履いていなかった。後頭部の右側に創があったが、創は浅く圧迫で徐々に止血できた。創の長さは4cm程度あり、リクシアナを内服中である。当直医に報告し、圧迫して止血を確認できたら経過観察で良いとの指示あり。患者はトイレのために起き上がり、端座位となり水を飲んだあと、弾性ストッキングのまま、ベッドサイドテーブルにつかまりながら、歩行器に下げていた杖を取ろうとしたところ、テーブルが動いてしまい、バランスを崩し、滑るように転んでしまい、ベッドのレールのところでぶつけたらしいとのことであった。

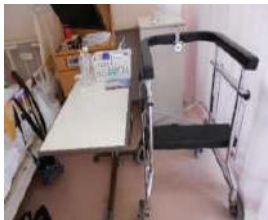
要因

患者は理解力があり、ベッド周囲の動くものにはつかまらないように指導はされていた。しかし歩行器の手前にベッドサイドテーブルが置いてあり、杖を取るためにベッドサイドテーブルに手をかけたと思われる。また患者の使用していたベッドは古いタイプのパイプベッドであり、転倒した際に頭部を打ちつけている。パイプベッドはレールの部分が露出している。よってその部分に頭部を打ち、切創を負った。

対策

杖で歩行している患者の杖がどこに置いているのか訪室時に確認し、すぐに手の届く所へ置いていない場合は、ベッドサイドに置くよう指導する。弾性ストッキングや靴下で歩行すると滑りやすく、転倒のリスクが高いことを理解しているか確認しておく。オーバーテーブルを支援にしているような行動が見られたら、その都度危険であることを説明する。就寝前の環境を確認し、消灯する。

参照



①歩行器の手前に動くベッドサイドテーブルが置いてあった。歩行器に杖がかかっていたため、杖を取ろうとしたところ、テーブルが動いた。足元もすべり転倒。



②ベッドのレールの角になっている部分に頭部をぶつけた。

③電動ベッドがすべてに整備されておらず、写真のようなパイプベッドを使用している状況。可能な限り、電動ベッドを使用。ストッパー付きのベッドサイドテーブル導入の検討。

放射線治療室での患者の閉じ込め

発生場所	その他	発生内容	リスク
発生場所(その他) 放射線治療室		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input checked="" type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
関連したもの	ドア、その他		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

放射線治療室に患者を閉じ込めてしまった事例

概要

放射線治療を受けている40歳代患者。放射線治療が終わり患者は更衣中だったが、技師は退室したものと誤認して照射室の扉を閉めた。当日の最終照射患者だったため、技師は業務終了の準備をしており、室内の観察モニターをOFFにしたため患者閉じ込めに気付かなかった。患者は室内から助けを求めたが、外部に声が届かなかった。約5分後に患者自身が開扉ボタンを押して出てきたため、閉じ込めていたことに気付いた。

要因

治療室の扉は、放射線管理区域のため、電子ボタンで開閉するようになっている。照射時以外は原則開扉しているが、今回は業務終了のため閉扉した。観察モニターは室内を確認してからシャットダウンすることになっている。本事例は、更衣室の観察モニターで患者が見えなかったため退室したと誤認した。さらにすぐにシャットダウンしたため、扉前で患者がいることに気付かなかった。

対策

①治療室の観察モニターはすべての業務終了後にシャットダウンする。
 ②治療終了後に伝票を手渡すなど手続きを変更し、退室確認を確実に実行する。
 ※本事例では、患者自身が出口を探し、開扉ボタンに気付いたため退室できた。しかし、高齢者などの場合は、連休期間の長期の閉じ込めとなり、大きな事故に繋がりがねなかった。非常ボタンなど外部への通報設備の設置も今後検討する必要があると考えている。

参照

頭上設置の吸引瓶の落下

発生場所	病室	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input checked="" type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	機器、その他		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

就寝中、頭上に設置されている吸引瓶が落下し、患者の左頬部に皮膚損傷が生じた。

概要

4月11日23時ごろ、患者の頭上に設置されている吸引瓶が落下したとナースコールを受けた。左頬部に表皮剥離が生じた。患部を消毒し、モイスキンパッドで保護。患者は入眠していたため、どのように落下したか記憶にない。

要因

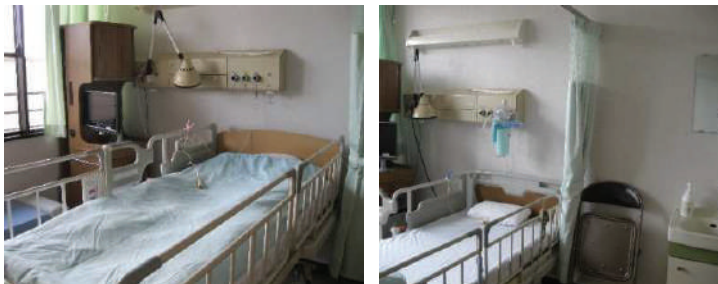
- 1) 吸引瓶が患者の頭上に設置されていた。
- 2) 吸引瓶は2か所ボタン型のフックで引掛ける形で設置されており、下から(ベッドで臥床している患者の腕が伸びて吸引瓶に触れた場合)軽く持ち上げる程度でも容易に外れる。
- 3) 設置が安全に確実に出来ているかどうか定期点検していない。

対策

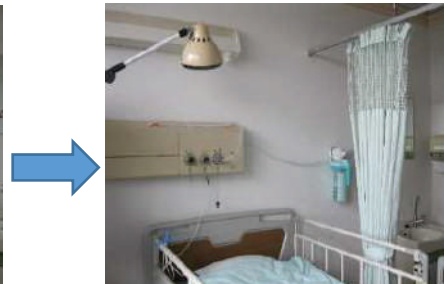
- 1) 部屋のレイアウト上、ベッド設置場所の変更は困難と判断し、全病室の吸引瓶の位置を点検し、患者の頭上になる吸引瓶の位置について設置する場所を変更した。

参照

【対策前】
2か所ボタン型のフックで設置。



【対策後】
吸引瓶の設置位置の変更と固定するフックもスライド型に変更した。



環境整備の不足による転倒

発生場所	病室	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	床		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

環境整備不足による、患者介助時職員の転倒事例。

概要

看護師2名で、バスタオルを使用して身体を頭側に引き上げていたところ、床にこぼれていた水で看護師が左足を滑らせ、ひねった。

要因

ベッド周囲の環境整備が不十分であった。こぼれている水に気付かなかった。床上安静の患者であり、ベッド周囲に物がたくさんあり、狭いスペースに入って介助を行っていた。

対策

環境整備を行い、看護師自身の安全に配慮してケアを行う。

参照

精神科閉鎖病棟における患者の無断離院

発生場所	その他	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input checked="" type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)	患者様ホール		
関連したもの	その他		
精神・意識障害	あり		

発生内容

精神科閉鎖病棟において、リモコンキーのセンサー連動にてドアが開いて、患者が無断離院した。

概要

精神科閉鎖病棟のドアを開ける場合は、リモコンセンサーにて施錠状態を解除するが、目的以外の箇所もセンサーの連動にて解除になってしまい、認知症が有る高齢患者が無断離院をした。捜索して、病院から約1km離れた所を歩いているのを発見し、無事保護した。

要因

リモコンセンサーキーの連動。目的以外の箇所も開いてしまう。上下階での連動もあり、今回の離院はどの状態で開いたのかわからない。

対策

- ・患者がドア付近にいるときは誘導する。または、リモコンキーを使用せず、手動で開ける。
- ・出入り口のドアだけを手動状態にする。センサーを切る。

参照

トイレでの転倒

発生場所	トイレ	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	主な原因 <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	ドア		
精神・意識障害	なし		

発生内容

個室のトイレまでの動線及びドアの構造による転倒。

概要

トイレに入ろうとして、取っ手を握り押しして入ろうとしたら、ドアが止まらずに勢いあまって倒れて頭を打った。頭頂部に擦過傷2cm形成。

要因

トイレのドアを押しすることもできるし、引くこともできる。慣れないと使い勝手が悪い。またトイレの入り口に手すりがないため、倒れかかってもつかまるところがない。

対策

ベッドからトイレ・洗面台まで、包括病床のみに手すりをつけてもらった。

参照

① トイレの前に手すりがない状態。



② 手すりをつけてもらった状態。ドアを押し入るが、中には近いところに手すりがない。

③ ドアを引いて入ろうとすると、後ろに倒れそうになる。



センサーマットのセンサー遮断による転倒

発生場所	病室	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	機器、コード		
精神・意識障害	あり		

発生内容

患者によるスイッチ遮断により、センサーマットが作動しない状態での転倒。

概要

徘徊防止用にベッド上に設置するセンサーマットのスイッチが遮断されていた。深夜に患者が離床したが、センサーマットのアラームは鳴らなかった。患者は病室入り口で裸足、仰臥位で転倒していた。後頭部に挫創を認め、創傷処置を行った。バイタルサインは安定していた。日勤帯で頭部CT検査施行し、異常を認めなかった。この転倒以前にも患者が音量スイッチを無音状態にしており、その状況で病室入り口まで徘徊していた。

要因

- ・スイッチ遮断によりセンサーが停止する。
- ・患者が病室内のセンサーマットのスイッチを遮断することが出来る。

対策

- ・センサーマットのコードやスイッチを患者から見えないようにセッティングする。
- ・確実に状態を観察できるよう、ナースステーションに近い部屋へ患者を移動した

参照

機械浴シャワーでの熱傷

発生場所	洗面所・浴室	発生内容	リスク
発生場所(その他)		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input checked="" type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input checked="" type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
関連したもの	シャワー		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

機械浴シャワーでの熱傷インシデント。

概要

ハバード浴開始前に設定温度が40度になっていることを確認し、さらに素手で適温を確認し、ハバード浴を開始した。洗髪中に患者から「熱い」という訴えがあり設定温度を下げたが、湯温が上昇してしまった。すぐに患者のハバード浴を中止し、全身の観察を行なったが、熱傷までには至らなかった。原因を調査したところ、給水バルブが閉められていたことにより、熱湯のみが注水されていたことが判明した。

要因

- ・給水バルブは普段開閉することをしていなかったため、使用前の点検箇所に含まれていなかった。
- ・シャワー開始前に湯温は確認したが、温まる時間を見越して出しっぱなしにしたため、適温だと判断した。

対策

- ・始業前点検の点検表を作成し、以下を統一して行なうこととした。
- ①給湯・給水バルブの開栓確認。
- ②5分間お湯を出しっぱなしにする。
- ③温度計での湯温を確認。 ④素手で湯温を確認。

参照

エスカレーターでの転倒

発生場所	エスカレーター	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input checked="" type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	杖、エスカレーター		
精神・意識障害の有無	なし		

発生内容

下降時エスカレーターでの転倒。

概要

1階インフォメーションで受付案内を担当している看護師が、受付時間が終了したため自動受付機の終了点検を行っていたところ、エスカレーター方面からゴットンという物音がしたため驚いて目を向けたところ、下降時のエスカレーターに人が転倒していた。エスカレーターを緊急停止させ、患者の状態を確認。患者は頭頂部をエスカレーターの足板に打ち付けて擦過傷があり、左手背面、肘部にも擦過傷があり出血していた。意識清明、起立可能で、車椅子にて救急外来へ搬送した。

要因

・1階に総合受付、2階に内科外来、中央採血室、生理検査室などがあり、患者はエスカレーター又はエレベーターで移動している。・エスカレーターがエレベーターよりも手前にあり、車椅子の方以外は手前のエレベーターを使用していることが多い。

対策

・昇り・下りのエスカレーター入口付近に注意喚起ポスターの掲示及びポールの設置。
 ・ボランティアがいらっしゃる時間帯は昇り
 ・下りのエスカレーター入口付近に立っていただき、杖をついている方や、高齢で足元がふらつくような方はエレベーターを使用していただくよう声掛けしている。
 ・エレベーターの速度は速くなく、遅くもない速度に設定している。
 ・自動アナウンスも行っていたが、診察室の近くであり静寂が保てないという理由で撤去されている。

参照

<昇りエスカレーター入口>



<下りエスカレーター入口>



吸引器ライナー交換時の暴露リスク

発生場所	病室	発生内容 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input checked="" type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input checked="" type="checkbox"/> 治療・処置 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input checked="" type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	機器		
精神・意識障害の有無	あり		

発生内容

他インシデント検証時に報告された不安全状態 吸引器ライナー交換時の暴露リスク。

概要

壁付けアウトレットに吸引器をセットすると、蓋がアウトレットカバーに引っかかり開かない。隙間からライナーを出し入れしているが、廃棄時は内容物で引っかかってしまう。もともと壁に装着したまま操作する吸引器のため、都度都度外すのも苦労している。また大量吸引で吸引中に交換が必要になった時は、ライナー交換がスムーズに出来ないため、吸引が間に合わずスタッフが暴露する心配がある。

要因

医療機器の動作を阻害するアウトレットカバーの存在。

対策

(検討中) 吸引器をかけるネジ位置を変更する(下にずらす)

参照



シャワーの水栓脚部接触による熱傷

発生場所	洗面所・浴槽	発生内容 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 閉じ込め <input type="checkbox"/> 離院・徘徊 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 落下物 <input type="checkbox"/> 衝突・接触 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input checked="" type="checkbox"/> その他()	リスク <input type="checkbox"/> A. 患者による使い方・置き方のリスク <input type="checkbox"/> B. 物の性能のリスク <input checked="" type="checkbox"/> C. 不適切な環境設定・維持管理不足によるリスク <input type="checkbox"/> D. スタッフによる物の不適切な使用・利用・選択・設置・確認不足によるリスク <input type="checkbox"/> E. スタッフが作業する上での環境上のリスク
発生場所(その他)			
関連したもの	シャワー		
精神・意識障害	なし		

発生内容

シャワー室内水栓脚部接触による熱傷。

概要

自立レベルの患者が、午前中にパウチ交換のためシャワー浴室で立ってシャワーを浴びていた。ふらついてシャワーの水栓の脚部にもたれかかったところ、前腕部が接触したとのことで、午後になって前腕部に水泡が出来ているとの訴えがあり、熱傷が発覚した。

要因

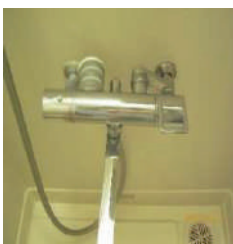
・シャワー浴室内に安全バーは設置されていない(設置出来ない)・シャワーの向かって左側の水栓脚部は、使用中は高熱になるが、カバーが設置されてなかった。
 ・シャワー浴室は狭く介助者が中に入ること出来ず、ドアを閉めないと浴室外が水浸しになってしまうので、シャワー浴室外での見守りも出来ない
 ・院内の浴室全ての水栓脚部を点検したところ、使用中熱くなる、向かって左側の水栓脚部にカバーが設置されていないもの(カバーが破損して無くなったと思われるもの)が約半数あることがわかった。
 ・向かって右側の水栓脚部は熱くならないのに注意書きシールが貼ってあるが、向かって左側の水栓脚部は熱くなるのに注意書きシールが貼ってなかった。

対策

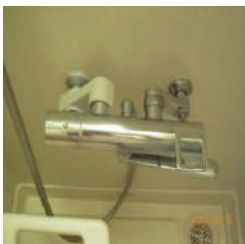
・シャワー浴室だけでなく、院内の浴室を総点検し、使用中熱くなる左側の水栓脚部にカバー設置されていない箇所には、全てカバーを設置した。
 ・シャワー浴室使用していただく場合は、シャワー中の転倒事故などの危険性が無いか、その日の患者の状態を確認する。

参照

① シャワー浴室事故直後応急処置後



② シャワー浴室カバー設置後



③ 介助浴室対策実施前



④ 介助浴室カバー設置後