

【事例3】 ベッドからの転落の事例

アルツハイマー型認知症。夜勤者3名のうち有資格者が申し送りに中、看護助手がベッドからずり落ちたような左側臥位で倒れているA氏を発見する。

時間	事象の整理	直接原因 背後要因	対策案
AM8:40	<p>看護師 A(夜勤者) 申し送りの準備</p> <p>助手 B(夜勤者) 助手 C(夜勤者) 助手 D(早番 日勤者) 助手 E(早番 日勤者) 朝のオムツ交換</p>		<p>AM9時前後の業務の見直し</p> <p>AM9:00~9:30までのスタッフ配置の再検討 病棟の巡視へ資格者の配置</p>
AM8:50	<p>助手 B 患者がベッド柵に足を掛けている状態を目撃</p>	<p>この患者に対してのヒヤリハット報告が提出されていない(患者情報の共有ができていない)</p> <p>壁と柵を使用した転落防止策時に転落した患者がいなかった</p> <p>日頃から動きの多い患者ではあるが、1人で転落するほど動けると思っていなかった</p>	<p>申し送り方法の変更 (申し送りを聞く人数を減らす)</p>
AM9:00	<p>看護師 A 助手 D、助手 E、他日勤者 申し送り 助手 B、助手 C 病棟内巡視</p>	<p>この患者に対してのヒヤリハット報告が提出されていない(患者情報の共有ができていない)</p> <p>起き上がれないので、足を掛けたくらいで落ちないと思っていた</p> <p>ベッド柵の隙間が転落へつながる程危険だと思っていなかった</p> <p>足をベッド柵へ掛ける状態を見ていたが、今の防止策で良いと考えていた</p>	<p>衝撃吸収マットの購入</p> <p>転倒・転落患者に対する勉強会(院内)への参加(OJTの整備)</p> <p>病棟特性を明確にしたオリエンテーションマニュアルの作成</p>
AM9:05	<p>助手 B 患者がベッドより転落しているところを発見</p>	<p>この患者に対してのヒヤリハット報告が提出されていない(患者情報の共有ができていない)</p> <p>助手2人以外は、申し送りに中であつた</p> <p>申し送りは、助手2人以外全員参加する取決めになっている</p> <p>助手2人で60人の患者を見ていた</p>	<p>ラウンド(巡視)マニュアルの作成</p> <p>スタッフ間で転倒・転落防止のための報告基準を作成する</p>



分析を深めるためにはどのようにすればよいのでしょうか？

事象の整理

転倒・転落は、起こるまでの時間経過的な事象がわかりにくいことが多いですね。

事象事例は、看護師や助手の行動だけでなく、患者の行動に着目して時系列に事象を整理すると、直接原因・背後要因が分析しやすくなります。

転倒の事象事例は8:50から9:05までの事象を具体的に整理するとよいでしょう。

直接原因・背後要因

申し送りに中という体制がなぜ助手2名で行われてしまっているのか、その背後にある要因を病院組織の問題として分析するとよいでしょう。

なぜ、情報の共有ができていなかったのかを分析すると、患者が転落した直接原因は、助手が患者を見ていなかったことだけではないことに気がつくと思います。