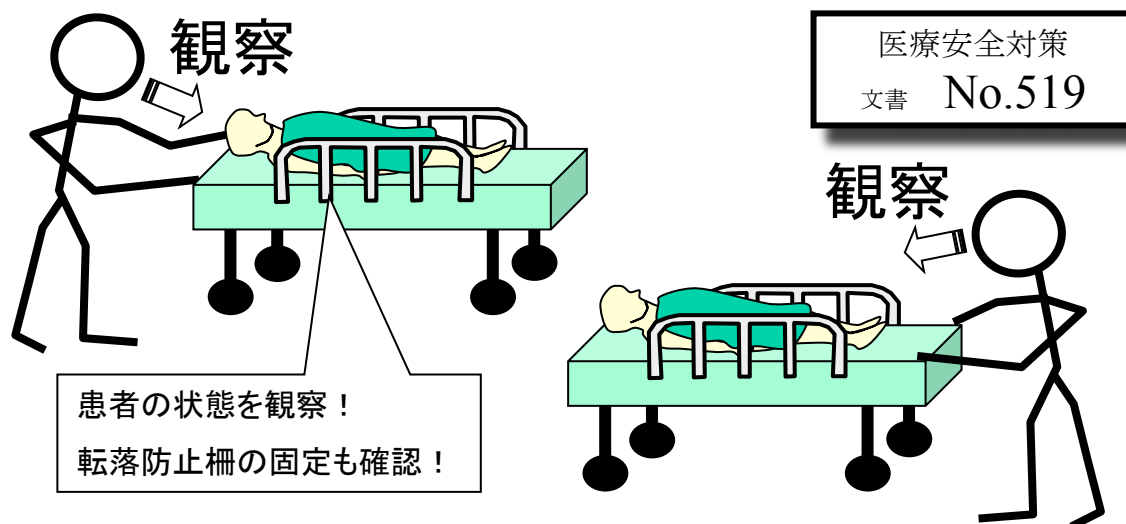


6-11: 転倒・転落など

6-11-1 ●患者搬送

1) 患者搬送における医療従事者の位置と転落防止柵

患者搬送における医療従事者の位置と転落防止柵 (No.282を改訂)

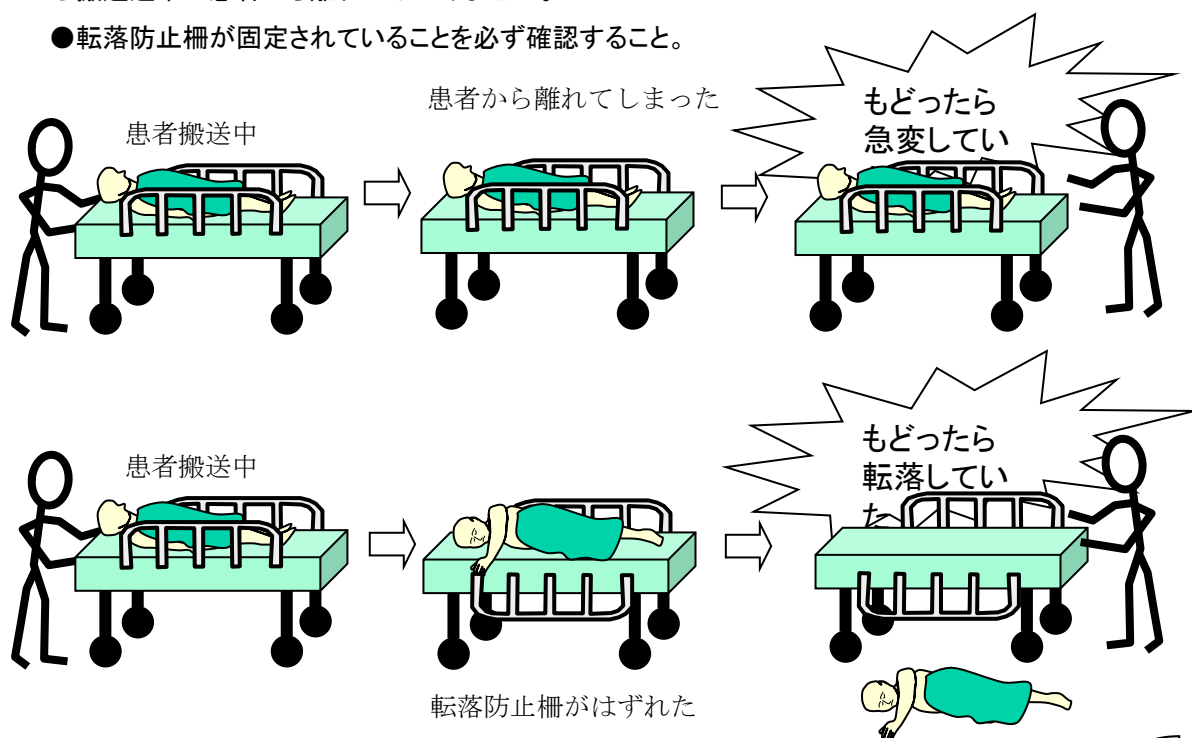


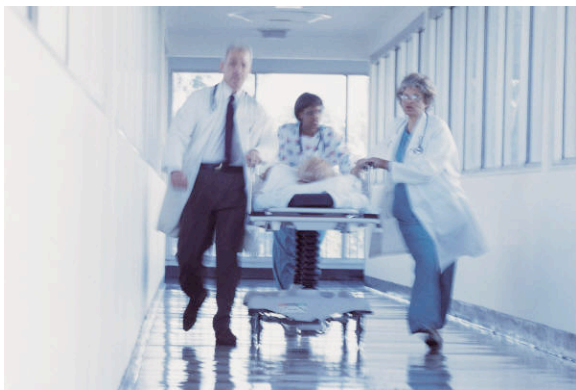
●呼吸抑制のある鎮静剤を投与したあとは、搬送途中で呼吸停止する可能性があります(参照: 医療安全対策文書No.256)。

●患者搬送において、「医療従事者は、常に患者の状態変化を観察できる位置にいること」が原則です。患者の呼吸が見えない位置にいてはいけません。

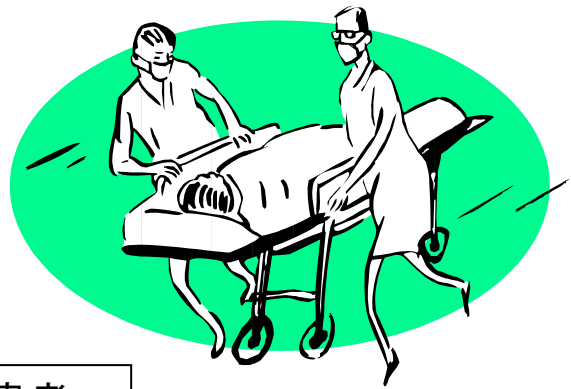
●搬送途中に患者から離れてはいけません。

●転落防止柵が固定されていることを必ず確認すること。

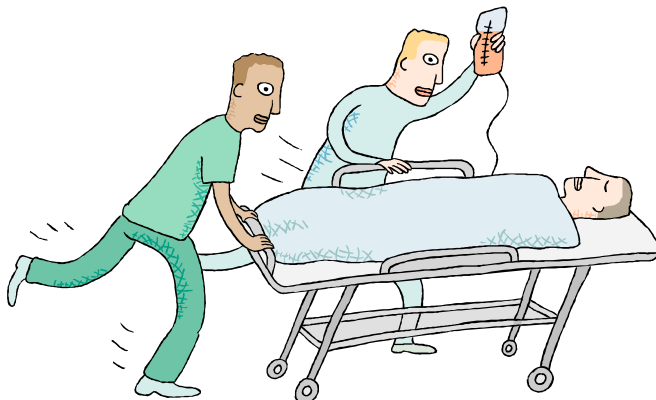




患者搬送イラスト



●医師・看護師は患者の容体が観察できる位置に立って搬送すること



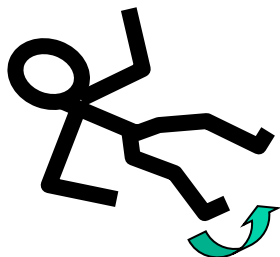
●転落防止柵が固定されていることを必ず確認すること



6-11-2 ●転倒・転落

1) 高齢者の転倒による骨折

高齢者の「転倒による骨折」

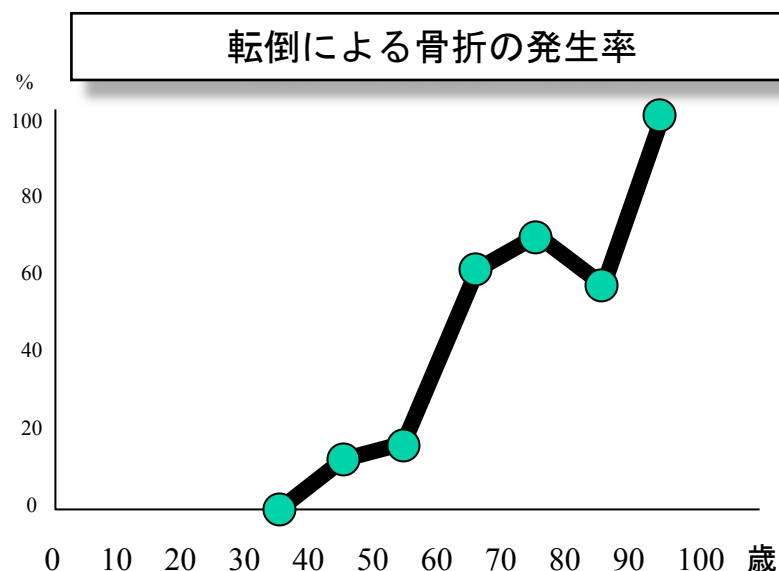


医療安全対策
文書 No.222

●65歳以上の在宅高齢者が1年間という期間で転倒する確率は20%といわれています。「65歳以上の高齢者は入院でも外来でも転倒する危険性が非常に高い」と考えること。

●「過去1年間に転倒した経験のある高齢者」は、転倒経験がない人に比べて約4倍の確率で何回も転倒しやすいと考えること。

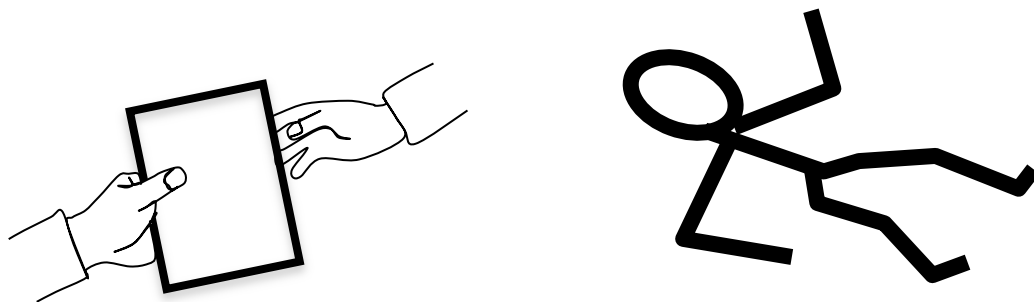
●下図に示すように、50歳代以下では転倒による骨折の発生率は20%以下ですが、60歳以上では60%以上の確率で骨折が生じます。



参考：鈴木隆雄 転倒・骨折：medicina 40, 1690-1694, 2003

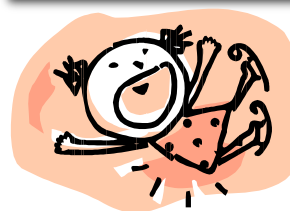
10月11日から「転倒や転落を防止するために」の使用開始

医療安全対策
文書 No.515



- 転倒・転落の報告件数が増加しています。
- 従来の対策だけでなく、患者家族に転倒・転落の要因と予防を理解していただき協力を得る患者参加型の対策が必要です。
- H17年10月11日から入院時に、「転倒や転落を防止するために」という説明文書を入院のしおりといっしょに全入院患者に渡します。
- 入院時に説明文書を読まれたか確認し、意識付けを促してください。

転倒・転落直後の対応マニュアル



患者が転倒・転落したとき以下の手順にしたがい対応すること

1) 患者の状態を評価

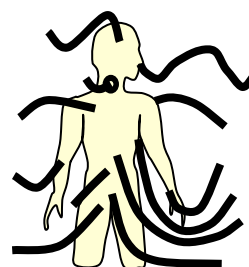
①外傷の有無：頭部外傷と骨折に要注意（必要に応じて創処置、頭部CT、受傷部位のX-P）

②意識とバイタルサインの変化

（必要に応じて酸素飽和度と心電図）

③手術創の状態、ライン・チューブ類の装着状態

（必要に応じて消毒、再装着）

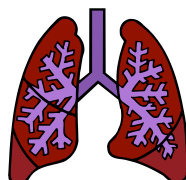
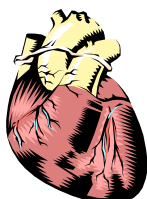


2) 治療と連絡

①緊急の検査と治療

②他科受診依頼

③家族への連絡



3) 転倒・転落の原因を検討し、再発防止を図ること

①命に関わる疾患が発生して転倒・転落した？

心筋梗塞、低酸素をきたす疾患、脳血管障害

②意識障害があった、または意識を失って転倒・転落した？

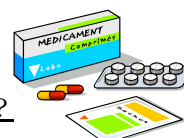
脳の疾患、痴呆症、せん妄状態

低血圧、不整脈、低酸素、低血糖、けいれん

③薬剤の影響で転倒・転落した？（鎮静剤、新しく投与された薬剤？）

④トイレに行こうとしていたのではないのか？

⑤すべりやすい、つまずきやすい環境があったのでは？



★参考 医療安全対策文書No. 222：高齢者の転倒による骨折

★Adams GA and Bresnick SD: On Call Surgery, 第2版, 99-104, 2001



転倒・転落事故発生時の現場の対応

看護部 医療事故防止委員会

I. 患者の安全確保と救命

1. 患者の状態を観察・確認する。

- ・意識レベル、瞳孔、四肢の動き
- ・外傷の有無、部位、程度
- ・骨折の有無、部位
- ・疼痛の有無、部位、程度
- ・バイタルサイン
- ・その他

★ 異常が見られない場合は、ベッドに戻し経過観察をする。

★ 必要に応じて応急処置を行う。

2. 事故発生状況と患者の状態を報告する。

- ・正確な状況の把握
- ・処置対応の優先順位決定
- ・必要に応じて応援依頼

3. 医師の指示により応急処置・必要な検査を行う。

4. 患者の状況により医師と相談し、家族に連絡する。

5. 必要に応じ治療。

II. 情報収集と報告

1. 事故直後

- ・転倒転落前後の状況を把握し、情報収集を行う。
- ・正確な情報収集ができれば、師長、医師に経過を説明する。

2. 一段落ついたら

- ・レベル3以上の場合は、「有害事象発生後の対応マニュアル（No. 318）」に従って行動する。
- ・検査を実施した場合は、本人と家族にその結果を説明する。
- ・事故後24時間は、とくに頭部の打撲を考えて、意識状態、悪心嘔吐に注意して観察。
- ・師長は状況、原因などを上司に報告する。
- ・病棟スタッフ全員で事故について振り返り、原因を明確にして、予防対策を考える。

3. 記録

- ・客観的に書く

自分が見たこと聞いたことを、正確に記述する。転倒の場面を目撃したのであれば、「患者が床に横たわっているのをみつけた。」というように書く。次いでその場面で自分が行った行動のみを「患者を助け起こしてベッドに戻した」とか「外傷の有無を調べた」というように記述する。

6-11-3 ●行動制限

1) 行動制限に関するインフォームド・コンセント



行動制限（拘束・抑制）に関する インフォームド・コンセント

医療安全対策
文書 No.488

- 行動制限に関する方針、基準は明確になっていますか？
- 手順書はありますか？記録はありますか？
- 行動制限の回避・軽減・解除の努力をしていますか？

身体行動制限（拘束・抑制）の適応

患者本人または他の患者等の生命及び身体を保護するため、緊急やむを得ず身体行動制限を必要とすると医師が判断した場合のみの適応とする。

●適応例

- 1) 意識障害を伴い、自分自身の安全に関する判断能力が低下している場合（脳血管障害、低酸素脳症、頭部外傷、中毒、その他）
- 2) 自ら危険な行動を起こす、または自分で危険を回避できない場合（精神疾患、自殺企図、パニック状態、不穏・せん妄・認知機能が障害されている状態、その他）
- 3) チューブ類を自己抜去する可能性がある場合、良肢位・安静を保持する必要がある場合

●緊急やむを得ない場合とは次の3要件を満たす時

- 1) 切迫性：患者本人または他の患者等の生命および身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- 2) 非代替性：身体拘束を行う以外に代替する看護方法がない
- 3) 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的である

★ 身体行動制限（拘束・抑制）に関しては、H17年6月15日（水曜日）から次のような手順でインフォームド・コンセントを得てから実施してください。

No.	手順	内容
1	身体拘束の必要性の判断	担当看護師と主治医（または当直医）が協議し決定。
2	家族へのインフォームド・コンセント（IC）	主治医が「身体行動制限（拘束・抑制）に関する説明同意書」を用いて説明し、同意を得る。 ● <u>緊急時は実施後にIC。</u> ● <u>予想されるときは、あらかじめIC。</u>
3	身体拘束開始	担当看護師は「身体拘束フローシート」を使用して、身体拘束を開始する。
4	拘束軽減と解除の努力	身体拘束を軽減し解除する努力を行う。
5	身体拘束の解除	解除できた時点で、「身体拘束フローシート」に解除の記録を残す。