

8 窒 息

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臥床中の患者の食事介助で、嚥下がうまくいかずひっかけそうになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不適切な食事姿勢 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頭の角度、対称的な姿勢、過剰な伸展・屈曲パターンの抑制、全身がリラックスし、安定した姿勢をとる。 ・ 基本姿勢は、食物が通過しやすい頭と脊柱が垂直となるように正中位を保持する。最低でも45度まで上体を起こす。頭部が伸展しないように頭部を前屈させる。 ・ 頸のすわっている患者はコンピラックスなどを利用し、座位にする。股関節、膝関節をきちんと曲げて、足底は床に着くようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直ちに食事を中止し、口から掻き出す。 ・ すぐにタッピング、吸引をする。 ・ 体位調整 側臥位をとらす ・ 発声させて誤嚥状態を確認する ・ 観察 顔色 チアノーゼの有無 呼吸状態 バイタルサイン測定
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 水分、味噌汁、固いリンゴやメロン、ブロッコリー、粒のあるぜんざいでむせ、ひっかけた。 ・ そばの刻み食を食事介助している際に、急に咳き込んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不適切な食事形態 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の状態や、嚥下能力を考慮した食事形態の工夫（医師や栄養士との連携） 小さく刻む、つぶす。 水分にムースアップを使用する。 粒状のものにはトロミアップを使用する。 汁物は極少量含ませる。 ・ 固形物と流動食を交互に嚥下させる。 ・ 医師と連携をとり、無理せず注入とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に報告し、指示を仰ぐ。 ・ 状態によっては救急カートの準備 ・ 家族への連絡 ・ 経時的記録を行う。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 朝食介助中、時間や他の患者を気にするあまり、嚥下を確認せず口に入れたら、むせ込んだ。 ・ ロールパンを口の中に自分で入れて口唇チアノーゼがみられた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 摂食のペース ・ 一口量の多さ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1口ごとに嚥下を確認し、次の食物を口に入れる。 ・ 一人に集中して介助する。 ・ 途中患者の状態をよく確認し、休憩を入れたり、よく咀嚼するように声掛けする。 ・ 個人の一口量にあったスプーンを選択し、咀嚼できる量を口に入れる。固形物は一口量の大きさに切っておく。 ・ 顔を横に向け、上体をやや挙上させて摂取させる。 ・ 枕を使い、頸部前屈位にする。 	

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防止策	事故発生時対応策
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・痰が多く、食事時の咳き込み、むせが目立つ。 ・緊張がある患者に、声掛けしながら一口ずつ口に入れたが咳き込んだ。 ・援助者変更による緊張感 ・食事介助中、食物が口の中に残った状態で突然発作を起こし、顔色不良となった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状観察と判断が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・無理に経口摂取させない。 ・食前に吸引をしておく。 ・いつでも吸引出来るように吸引器を準備しておく。 ・緊張の強い児には、できるだけ慣れた人が介助できるようにする。 ・観察を密にし、発作の前兆を把握する。 ・発作の前兆があれば食事を中断する。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・介助者の声掛けに返事をしようとしてひっかけた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事時の不用意な会話 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事に集中できる環境づくり ・食事時の不要な声掛けはしない。 	
注入	<ul style="list-style-type: none"> ・注入中に患者がMチューブを抜去していた。 ・注入中に患者が動いて、注入セットが引っ張られ、途中まで抜けていた。 ・固定チューブが流涎ではがれ、Mチューブが途中まで抜けていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・Mチューブの自己抜去 ・注入中の観察不足 ・チューブ固定の不備 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人、重心児、小児等は無意識のうちに抜去するので、行動等、状態を十分に把握しておく。 ・注入前に必ずMチューブの位置確認をし、しっかり固定する。 ・注入中の観察を十分に行う。 ・不随意運動などで手がひっかからないようにMチューブに余裕を持たせる。 ・Mチューブの固定 	<ul style="list-style-type: none"> ・注入を中止し、側臥位をとらせ注入物を直ちに吸引する。 ・観察 <ul style="list-style-type: none"> バイタルサイン測定 呼吸状態 顔色 チアノーゼの有無 ・医師に報告する
	<ul style="list-style-type: none"> ・注入前後に咳込みや喘鳴が出現した。 ・注入中、注入後に嘔吐した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・注入技術の未熟 	<ul style="list-style-type: none"> ・注入前は排痰を十分行う。 ・体位の調整 <ul style="list-style-type: none"> 注入中及び注入後30分は上体を挙上し、逆流を防ぐ。 ・注入中後の状態観察 <ul style="list-style-type: none"> 注入温度 37～38度 注入速度 100ml/時間以下 顔色 呼吸状態 痙攣発作 ・注入中に吸引する場合は、鼻腔から吸引し、嘔吐反射が出現しないようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急カートの準備 ・経時的記録を行う。 ・家族への連絡

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防止策	事故発生時対応策
注 入	<ul style="list-style-type: none"> ・ Mチューブが胃の中に入っていることを確認（胃液の逆流確認、エアー音の確認）し、注入しようとしたが、口の中でMチューブが丸まっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Mチューブの位置確認の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 注入前はMチューブの位置確認を行う。 エアー音の確認 胃液吸引での確認 口腔内の確認 ・ 注入中の観察 顔色、激しい咳き込み等 	
痰	<ul style="list-style-type: none"> ・ 側臥位で、口の中に痰を一杯溜めていた。 ・ 側臥位中、泡沫粘稠痰が溢れ、口や鼻が塞がれそうになっていた。 ・ 吸入中加湿され痰が多量に口中から溢れてした。 ・ 喘鳴が強く、吸引や体位変換しても喘鳴がとれない。 ・ 冷汗が見られ、SpO₂が低下しており、後から呼吸苦を訴えた。 ・ 他覚的症状がなくても、吸引すると多量に痰が引かれた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の状態把握不足 ・ 吸引、排痰の介助不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 老人、小児、重心児、術後や意識障害者は、症状が無症状のまま経過することがある。訪室を多くし、観察を密にして、患者の状態把握を十分に行う。 顔色、チアノーゼ、喘鳴音、SpO₂、呼吸状態、咳嗽、冷汗、バイタルサイン ・ 体位ドレナージ、ネブライザー吸入を上手に行い、痰吸引を行う。 ・ 吸入中後は、患者の観察を密に行い、吸引を頻回に行う。 ・ 痰量の多い患者は、他患のケアに入る前に十分に排痰を行い、聴診して喘鳴音が残っている場合は、残っている肺を上にして、側臥位をとらせる。 ・ 患者、家族に排痰の方法や吸引の必要性について説明する ・ 医師との連携をとり、必要時去痰剤などの指示を受ける。 ・ 吸引器が側に無いときは、携帯用の吸引機の点検、準備をして、すぐ使えるようにしておく。 ・ 患者、家族に排痰の方法や吸引の必要性について説明する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痰による窒息時の対応 ・ 痰吸引を行い、医師に至急連絡して、指示に従う。 ・ 観察を行う。 顔色 チアノーゼ 呼吸状態 SpO₂ バイタルサイン 意識状態 ・ 気管内挿管の準備をしておく ・ 気管切開の準備をしておく。 ・ アンビューバッグを準備しておく。 ・ 救急カートの準備をしておく。 ・ 必要時、家族への連絡をする。 ・ 経時的記録を行う。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痰が取れないため、吸引を繰り返し行っていたら、患者が足をバタバタさせて怒った。 ・ 吸引時間が長く、チアノーゼが出現した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 吸引手技の未熟 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体位ドレナージやネブライザー吸入、タッピングを行い、痰の排出を容易にして吸引を行う。 	

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
痰	<ul style="list-style-type: none"> 患者の咳に合わせて吸引ができなかった旨、何度も吸引することにより、呼吸苦を訴えた。 		<ul style="list-style-type: none"> 吸引するときは、患者に吸引の必要性を説明して協力を得る。 1回の吸引で痰が取りきれない時は、呼吸、心拍、血圧が吸引前の状態に安定してから繰り返して行う。 嘔吐反射の激しい患者の吸引は、鼻腔より陰圧をかけずにカテーテルを15～20cm挿入して、そっと回転しながら吸引する。 吸引前後は、聴診で呼吸音を聴取して喘鳴音の有無、部位を確認する。 吸引前、吸引中、吸引後は患者の状態を観察しながら行う 	
誤嚥	<ul style="list-style-type: none"> オーバーテーブルの上に延長チューブのキャップを置き忘れていた。 経口摂取できない患者に、家族が棒付きアメ玉をくわえさせて帰ってしまった。 床に落ちていたユベラの容器を丸ごと口に入れた。 何でも口に持っていく患者のベッドに坐薬の空袋、小さなおもちゃ等、ベッドの上に置き忘れた。 	<ul style="list-style-type: none"> 置き忘れ 	<ul style="list-style-type: none"> 処置後は置き忘れがないか確認する。 乳幼児、重心児、脳卒中後遺症、パーキンソン病、痴呆等、患者の病態像を理解しておく 	<ul style="list-style-type: none"> 口の中に入れていた物を取り出す。 医師へ報告し、指示を仰ぐ。 必要時はすぐ吸引する。 体位調整 側臥位にする 観察
誤飲	<ul style="list-style-type: none"> いざり移動できる患者が床のゴミを食べようとしていた。 プレイルームに輪ゴム、ボタンが落ちていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 清掃、片づけ不足 	<ul style="list-style-type: none"> 床、ベッド内、ベッド周辺の清掃、片づけを意識的に行う。 	<ul style="list-style-type: none"> バイタル測定 呼吸状態 顔色 チアノーゼ
	<ul style="list-style-type: none"> 痴呆のある患者がちり紙やタオルを口の中に詰め込み、飲み込めなくて目をシロクロさせていた。 異食患者が外に出て砂を食べようとしていた。 毛布についているマークの所の布を口の中でモグモグさせていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 異食行動 	<ul style="list-style-type: none"> 異食行動をとる患者の行動・所在確認をする。 危険な場所の点検を行う。 必要な所には施錠をする。 児の手の届かない場所の工夫をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 救急カートの準備 経時的記録を行う。 家族への連絡

9 酸素吸入

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
酸 素 吸 入	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の指示流量と、実際の酸素流量と違う場合がある。 ・ 酸素流量計の流量が観察するたびに違う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素流量の管理不足 ① 医師指示流量の確認不足 ② 流量計の点検不足 ③ 患者が流量計を触ることがあったら患者への教育不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に指示を確認し、正しい流量にする。 ・ 医師に指示流量をカードに明記してもらい、流量計に下げしておく。(変更時は速やかに書き換えること) ・ 流量観察は最低、各勤務帯で2～3回は行う。 ・ 流量計の点検を行い、正常なものを使用する。 ① 流量計のねじは締まっているか。 ② 流入管の穴は締まってないか ③ フロートの振動は激しくないか。 ④ 点検は使用前及び週1回は必ず行い、不良は交換する。不良には、「不良」と明記しておく。 ・ 患者及び家族に酸素吸入開始時に指導を行い、かってに流量計に触れないようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者異常時は医師へ報告する ① 報告内容 異常発生の原因 バイタルサイン チアノーゼ SpO₂ 意識レベル等 ② 指示受け内容として 1) 酸素量をどうするのか 2) 血液ガスの準備が必要か。 3) 患者家族への連絡はどうするのか ③ 必要があれば救急カート、ハートモニターなど準備する。 異常発生時は経時的に記録を行う。器具の不良は速やかに交換する
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素 0.7l の指示が 7 l 流れていたので、よく見ると微量流量計ではなく、普通の流量計がついていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 流量計の確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 流量にあった適切な器具を使用しているか、確認する。 ・ 流量計を間違わないようテープなどで色別する。 (例) 赤 - 微量流量計 青 - 普通流量計 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護婦の流量計の観察時、人によって流量の違いがある。 ・ 酸素マスクを使用している患者が眼が痛い、風が来るといわれたので、よく見ると鼻マスクの固定が緩く、浮いていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護婦の流量計の見方の知識不足 ・ マスク装着の不確実さ及び管理不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正確な流量測定を行う。 ・ 流量計の見方を正確に身につける。 ボール状の浮きは球中心 コマ状の浮きは上端の目盛りを読む 	

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
酸 素 吸 入	<ul style="list-style-type: none"> ・マスク内に湿気が溜まり水滴となり、少し顔に落ちていた。 		<ul style="list-style-type: none"> ・マスク使用時は、本人に合った大きさのマスクを使用し、確実に装着する。装着後、患者に違和感や酸素の漏れがないか必ず確認を行う。 ・息苦しさや圧迫感など異常があったら、すぐ看護婦に知らせるように指導する。 ・マスク装着者の観察を行い、患者の状態が許せば定期的にマスクを外し、循環促進と圧迫減少を行う。 ・マスクや接続管の状態観察を行う。水滴も除去する。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・テント内に穴が空いていたり、手を入れる所のチャック部分がしっかり締まらないので、酸素濃度が低くなっていた。 ・酸素テント内の温度が上がっているのに気づいた。 ・酸素テント内の水が溶け、患者の肩のそばまで水がしみてきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・テントの点検不足と確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・使用前に物品管理を行い、異常のないことを確認してから使用する。少しでも異常を認めたら使用しない。 ・テント使用時の注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ①ベッドの作り方 ②酸素テント内の温度 18.5～22℃ ③テント内酸素濃度（医師の指示） ④氷の量 ⑤排水管が抜けたり、曲がりたりして水漏れはないか。 ⑥バケツ排水受けに使用している時は水が一杯になっていないか。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素吸入患者の側でタバコを吸おうとしている人がいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・火災の危険性 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院内は原則として禁煙なので来院者に分かるように「禁煙」標識を見える所に掲示する。また、禁煙室も明示する。 ・患者、家族、面会者に禁煙の説明を行い、協力を得る。 ・酸素吸入患者の病室には必ず禁煙を表示する。 ・消化器の用意をしておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・火事の場合は、酸素を止め消火する。 ・火災報知器のボタンを押す。 ・患者を速やかに安全な場所に移動する。 ・火災発見者は大声で連絡し緊急

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
酸 素 吸 入	<ul style="list-style-type: none"> ・ 蒸留水の補充後、加湿器の締めが不十分でSpO₂が低く、医師より注意された。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業後の確認不足（コルベンの締め忘れ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業や処置後は必ず正常であるか点検確認を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 電話で急報する
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中央パイピングとの接続部がはずれ、酸素が流れていなかった。 ・ SpO₂が低かったため、カニューレ接続部を見ると、管があってなくて酸素が漏れているのに気づいた。 ・ 酸素カニューレとアクアバックの接続がはずれていたのに気づいた。 ・ 夜眠っているとき、カニューレがはずれて、SpO₂が低下していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 接続部の確認不足（接続部のはずれ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ルートの接続部位の確認と固定をしっかりと行う。 ・ 接続部の酸素漏れの有無を確認する。 確認方法として、 ①音で確認する。 ②綿花に水を含ませて接続部に押し当て気泡が出ないか見る。 ③水につけてみる。 ・ 接続管の点検を行う。 ①穴は空いていないか。 ②大きさは合っているか。 ・ 息が苦しくなったり、管が抜けているのに気づいたら、至急知らせるよう患者・家族に指導する。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素流量計の流量が設定でき、ボールが動き、加湿部の気泡が全く正常でも、患者に酸素が供給されないことがあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素流量計付き湿潤器のひび割れ等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ チューブ先端から酸素が出る音を確認する（「シュー」音の確認） 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素取り付けが完全になされていない状態で開始したため、急激に圧がかかりカニューレ内に蒸留水が逆流した。 ・ 酸素アクアバック使用时、使用法の順序を誤り、バッグ内の圧が上昇し、接続部より水が吹き出した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 使用前の点検、確認不足 ・ 使用方法の知識不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素吸入についての手順を周知する。 ・ 患者に使用する前に点検を行い、異常のないことを確認してから装着する。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素ポンベの元栓を開けずに、酸素が切れていると患者の訴えあり。 ・ 携帯用の酸素ポンベのスイッチを入れずに歩いている患者がおり、息苦しいと言われた。 ・ 酸素流量の多い患者の移動時、大丈夫と思っていたが残量が少なく慌てた。 ・ ストレッチャーについている酸素ポンベの酸素が出るか確認せず、患者を乗せて苦痛を与えた。 ・ 酸素吸入患者を車椅子で移動する時、 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者への指導不足 ・ 使用状態の看護者の観察不足 ・ 酸素ポンベの残量確認不足 ・ 看護者の準備不足や思いこみ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 酸素ポンベについて使用方法・注意事項など患者に説明し理解してもらう。その後実際の使用状態の観察を行う。 ・ 移動時は移動する前に酸素の残量チェックを行い、指示された量と時間を考え、空になる時間を予測する。必要があれば量の多いものに交換する ・ 行動する前に今一度考える。 ①患者の状態はこれでよいか 	

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
酸素吸入	カニューレを持たずに行こうとした。 ・酸素ポンベを押して歩行される患者が廊下のタイルにつまづき、転びそうになった。	・病棟整備の対応の遅れ	②必要物品は揃っているか。 ③事故防止は万全か。 ・整備点検 ・営繕の安全パトロール	・環境上の危険個所のチェック

10 気管切開（気管カニューレ装着）

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
気 管 切 開	<ul style="list-style-type: none"> ・痰量が多く、痰吸引を行い、他患の巡視に行行って戻ってみると、気管切開部より痰が溢れていた。 ・ネブライザー吸入後、5分後に戻って見ると、痰が溢れていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪室を多くして、観察を行い、患者の状態把握を十分に行う 顔色、チアノーゼ、喘鳴音、 SpO₂、呼吸状態、咳嗽、 冷汗、バイタルサイン ・体位ドレナージ、ネブライザー吸入を上手に行い、痰吸引を行う。 ・痰量の多い患者は、他患のケアに入る前に十分に排痰を行い、聴診して喘鳴音が残っている場合には、残っている肺野を上にして、側臥位をとらせる。 ・患者、家族に排痰やドレナージや吸引の必要性、時にはアンビューバッグによる蘇生の必要なことを説明する。 ・異常時にはすぐに知らせることができるよう、ナースコールの使い方などの説明、練習を行う。 ・ネブライザー吸入後は、排痰、吸引を十分行ってから、他患のケアに入る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痰吸引を行い、医師に至急連絡する。 ・観察を行う。 顔色 チアノーゼ 呼吸状態 SpO₂ バイタルサイン 意識状態 ・アンビューバッグの準備をしておく。 ・救急カートの準備をしておく。 ・必要時、家族への連絡をする。 ・経時記録を残す。
	<ul style="list-style-type: none"> ・人工鼻、酸素吸入がはずれていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態把握不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・人工鼻、酸素吸入がはずれ、SpO₂が下降する患者は、常にアンビューバッグを枕元に置く。 ・人工鼻、酸素吸入がはずれたら、至急看護婦に知らせるように患者・家族に指導する。 ・小児・重心児は、故意又は意識的にはずす場合があるので、観察を密に行い、ベッドを観察しやすい位置に置く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・SpO₂が下降し、痰吸引しても改善しない、チアノーゼ呼吸状態が悪化した場合は、アンビューバッグによる蘇生を行い、呼吸状態、SpO₂を安定させる。それでも改善しない場合は医師に報告し、指示を受ける。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	対応事故発生時策
気 管 切 開	<ul style="list-style-type: none"> 側臥位にしたら、気管カニューレの固定のひもが緩んでおり、カニューレが抜去しかかった。 咳嗽のたびに気管カニューレが移動して緩み、切開口とカニューレ部の間から痰が流れた。 	<ul style="list-style-type: none"> 気管カニューレの固定方法が不十分 患者の状態把握不足 	<ul style="list-style-type: none"> 気管カニューレのひもは、指1本入るきつさでしっかり固定する。 処置時、訪室時、カニューレがしっかり固定されているか、きつくないか、緩すぎないか、常に確認する。 体位変換、移動時などは、カニューレの抜去に十分注意する。 Yガーゼの適切なものを選び、汚染のたびに取り替える。 気管カニューレは、切開口にあったものを選ぶ。 	<ul style="list-style-type: none"> 気管カニューレ一式を準備しておく。 抜去したらすぐ医師へ報告する。 アンビューバッグの準備をしておく。
	<ul style="list-style-type: none"> 吸引するとき、吸引チューブを入れすぎ、刺激で嘔吐しそうになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 吸引手技の未熟 	<ul style="list-style-type: none"> 体位ドレナージやネブライザー吸入、タッピングを行い、排出を容易にして吸引を行う 吸引する時は、患者に吸引の必要性を説明して協力を得る 吸引チューブは気管分岐部(咳嗽反射を認める位置)以上の深さに入れすぎないように、気管カニューレにそって陰圧にならないようにそっと入れて、回転させながら吸引する。 1回の吸引で咳嗽反射の激しい時は、3分以上休止して、咳嗽、呼吸、心拍、血圧が安定してから繰り返し行う。 吸引前後は、聴診で呼吸音を聴取して喘鳴音の有無、部位を確認する。 吸引前、吸引中、吸引後は患者の状態を観察しながら行う。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 食事中むせて咳込んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態把握不足 (気管の物理的 刺激) 	<ul style="list-style-type: none"> 気管にあった気管カニューレを挿入する。 食物・水分摂取時はよく観察し、少量ずつ摂取させる。 むせにくい食物を選択する。 	<ul style="list-style-type: none"> むせたらよくタッピングし、吸引する。 ひどく咳込む時は医師に報告する。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
気 管 切 開	・気管切開をしている患者のカニユーレ部分に寝具がかかっていた。	・患者の観察不足	・定期的な巡視 ・寝具の工夫	・アンビューバッグの準備
	・切開部からの出血のためガーゼ汚染が続き、ガーゼ交換をした。その後、吸引すると、カニユーレ内から凝血を吸引した。	・患者の止血機能の把握不足 ・吸引間隔が適切でない。	・患者の止血機能を把握する。 ・切開後の止血状態、吸引後の排液の正常を観察する。 ・適切なカフ圧を設定する。 ・観察を十分に行い、吸引間隔をあげない。	・カニユーレ内の吸引を十分に行う。 ・医師に連絡し、止血のための対策を行う。
	・切開後数時間経ち、患者の体をギャッジアップしようとした時、カニユーレが抜けそうになった。	・体位変換時の危険予測が不十分 ・体位変換の技術が未熟	・ギャッジアップ時、その他、体位変換時はカニユーレ挿入部位を観察しながら行う。 ・丁寧に移動を介助する ・切開後はしばらくカニユーレが不安定であることに留意する。	・体位変換を中止し、カニユーレのカフ圧を抜き、固定をし直す。 ・呼吸音を聴取する。
	・何回も吸引したが、粘稠な痰がカニユーレに付着し、なかなか吸引できない。	・水分摂取への介入が不十分 ・気道加湿への介入が不十分 ・吸引技術が未熟	・十分な水分摂取、輸液量が確保できるように医療者間で連携する。 ・患者に水分の摂取が重要であることを説明する。 ・適時ネブライザー吸入や痰の溶解剤を使用する。 ・カニユーレの交換時期を短くする。	・カニユーレを交換する。
	・カニユーレ挿入患者の嚥下訓練時、患者がむせてカニユーレ口から食物が飛び出てきた。	・訓練前のカフ圧点検漏れ ・嚥下訓練のための食物選択、体位保持の知識不足	・嚥下訓練前にカニユーレのカフ圧を点検する。 ・嚥下訓練時、嚥下しやすい食物を選択する。 ・やや前かがみに座位を保持する。	・食事摂取を中止する。 ・吸引を十分行う ・呼吸音聴取 ・一般状態を観察する。
	・カニユーレ交換時、同じサイズを挿入しようとしたが、気管口が狭くなり、カニユーレが挿入できなかった。	・カニユーレ交換時の準備不足 ・カニユーレ挿入技術が未熟	・交換時は1サイズ大きいカニユーレ、小さいカニユーレを用意する。	・適切なサイズのカニユーレに交換する。 ・カニユーレ交換の熟練した看護婦に交替する。 ・医師へ連絡する

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
気 管 切 開	・分泌量が多く、気管口の周囲がびらんした。	・気管口の清潔管理に関する知識不足	・切開部のガーゼは適時に交換する。 ・切開部の皮膚保護を軟膏や保護材で行う。 ・適時、適切な吸引を行う。	・医師に連絡し、皮膚保護材を使用する。
	・ボカレドチューブからの吸引をしていなかった。	・看護婦の知識不足 ・マニュアル遵守の意識低下	・吸引後、呼吸音を聴取する。	
	・カニューレ交換後、固定のヒモをはさみで切ったとき、カフのチューブを一緒に切った。	・看護婦の確認不足	・チューブとヒモを分け、はさみの刃には、紐だけ残っていることを確かめて切る。	・カニューレを抜き、新しいカニューレと交換する。

11 転倒

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
一般的事項			<ul style="list-style-type: none"> ・転倒しやすい場所を常に意識しておく。 洗面所、手洗いの周辺 入浴日の浴室の出入口 病室、廊下、プレイルームの掃除・ワックスかけ後 配茶、配膳時 ポータブルトイレ、尿器使用の周辺 病室の点滴スタンド、衣装ケース、ポータブルトイレ等の障害物 ・リスクマネジメントの勉強会 	<ul style="list-style-type: none"> ・意識レベルの確認 バイタルサインのチェック ・全身状態の観察 打撲、外傷、骨折の有無程度 ・転倒後 48 時間は要観察 吐き気、嘔吐の有無程度 ・医師に報告する ・ストレッチャーに移し、安全な場所へ移動 ・必要時、レントゲン撮影、縫合等処置 ・家族へ連絡 ・状態の記録を経時的に書く。
病室・廊下等清掃	<ul style="list-style-type: none"> ・床掃除の後、乾いておらず足を滑らせた。 ・廊下でワックスかけ後、滑ってしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・清掃時の安全管理不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・床掃除の後は、乾燥しているか確認し、濡れていたらもう一度乾燥した雑巾で拭き取る。 ・ワックスかけの日時、場所を表示する。 ・ワックスをかけたときはゆっくり歩く。手すりにつかまって歩くなど、表示する。 	
洗面・手洗い	<ul style="list-style-type: none"> ・床に水がこぼれており、滑りそうになった。 ・廊下に水がこぼれていたのに気づかず、滑ってしまった（こぼした人が雑巾を取りに行っている間）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・床面の状況把握不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・洗面所、手洗い、浴室の出入口等に水をこぼさないようにする。 ・床が濡れていたら気がついた時点ですぐに拭き取る。 ・洗面所、手洗い、浴室の出入口等、こぼれやすい所には、雑巾を常備する。 ・水がこぼれている場所をスタッフ、患者に教える。 ・洗面所、手洗い等に見ずをこぼしたら転倒の危険があるので、落とさないようにしてくださいと表示し、患者及び家族の協力を得る。 ・配茶、配膳者に雑巾を準備しておき、こぼしたらすぐに拭き取る。 	
配茶・配膳	<ul style="list-style-type: none"> ・朝の配茶時、床にこぼれていたのに気づかず滑った。 			

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
排泄物	<ul style="list-style-type: none"> 尿器使用患者のベッドサイドに尿こぼしがあり、転倒しそうになった。 あちこち散尿する患者がいて散尿したところで寝転がっていた。 		<ul style="list-style-type: none"> 尿器、ポータブルトイレの使用方法について指導。 濡れた時点でその都度拭く。 滑り止めがついているマット等を使用する。 	
病室・廊下の整備	<ul style="list-style-type: none"> ブレイルーム内で足が滑り、倒れそうになった。 廊下の床の一部はがれ転倒しなにか気になった。 部屋が狭く、ベッドから降りて廊下に出ようとして、つまづきそうになった。 夜間巡視中、テレビリモコンのコードが床に落ちていた。IVH中であり、点滴スタンドや患者がコードにつまづく恐れがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設設備の把握不足 物品の整理整頓不足 	<ul style="list-style-type: none"> 滑りやすい箇所は、テープなどの目印を付け、注意を促す。 危険箇所は表示し、早急に修理を依頼する。 高齢者は転倒しやすく、骨折しやすいことを認識しておく 病室の床にスリッパ以外は物を置かないように指導する。 衣装ケースはベッドの下に入れ込むか、入らない場合は衣装ケースの位置を通路側にしない。 夜間巡視時、点滴スタンドの位置、床に物や水滴など落ちていないか点検する。 	
疾患・患者・家族の問題	<ul style="list-style-type: none"> 60歳以上の入院患者が多く、床面に問題がなくても一人歩きでふらつく場面が多い。 ドアのストッパーをかけようとしてふらつき、尻もちをついた。 高齢の患者が持続点滴終了後、靴下を履いたまま歩いている。 パーキンソン、痴呆で立位不可の患者が、ベッドの柵の狭い部位から端座位で前屈状態になっている。 夜間巡視時、患者がベッドから降りて排尿しようとしているところを発見された(介助でポータブルトイレ使用可)。 動く重心児が寝ている重心児につまづき転倒しそうになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 老化に伴う運動能力・注意力の低下、運動反射の鈍化 状態把握不足 滑りやすい状態での歩行 疾患により動作緩慢で筋固縮があり、自分で動きをコントロールすることが難しい。 患者自身が自力で可能と考えるADL動作と現実ギャップがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時オリエンテーションで転倒しやすい場所や履物を、患者、家族に説明する(ゴム製靴底、低いヒールの物が転倒しにくい)。 アナムネ聴取時、患者の歩行状態、以前の転倒の既往、ADL動作の状態を確認しておく。 病棟内の危険箇所を明示し、注意を促す(洗面所、浴室、トイレなど)。 ふらつきのある患者には適切な歩行補助具の使用を勧める(歩行器、シルバーカー、車椅子など)。 高齢者、長期臥床者などの歩行時はできるだけ看護婦が付き添う。 ベッドは患者が端座位で床に足がつく高さに設定する。 	<ul style="list-style-type: none"> 転倒後 48 時間は要観察。 意識レベル、全身状態の観察(バイタルサイン、骨折、外傷、打撲の有無程度) ストレッチャーなどで安全な場所へ移動する。 緊急時は医師、家族へ報告 必要時縫合などの処置、レントゲン撮影 出血時は圧迫止血を行う。 経時的な記録を詳細に残す。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
疾患・患者・家族の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ全盲の重心児を一人歩きさせたところ、他患を覗いていた瞬間に転倒し鼻出血が見られた。 ・異食する患者をプレイルームの椅子に座らせていたが、抑制から抜けだそうと必死になり、椅子から立ち上がった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患のため運動障害認知障害があり、危険を予測回避することができない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間の排尿時はナースコールしてもらい、排尿介助を行う。ベッドからの移動動作はゆっくり行うよう指導する。 ・広い空間の確保、動く重心児の行動は、常に視野に入れておく。転倒を予測し、いつでも支えられるように近くにいる。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・介助で入浴後、看護婦が付き添い独歩で病室に帰室したが、その後病室の入口近くで（トイレに行こうとした？）仰向けに倒れているのを発見。普段から血圧の変動があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴後の血圧の変動・疲労に対する患者把握不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴前後の一般状態の観察を行い、循環動態の変化による影響を把握する。 ・入浴後、しばらくは安静にできるようにニード充足状態の観察をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・頭部打撲の可能性があり、CT撮影の実施及び意識レベルや外傷の有無の観察を行う。
	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が自力で車椅子でトイレに行き、片方のストッパーをかけ忘れ、トイレを済まして乗車時に車椅子が動いて転倒した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・車椅子の取扱いの説明不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・操作の原則を確実に伝える。患者が自己で移動できる場合でも、できる限り見守る体制をとる。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも介助でトイレに誘導している患者が、早朝一人でトイレに歩いて転倒した。 看護婦は他の患者のケアを優先していた 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の危険認知不足 ・観察不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・自己で歩いてしまう可能性のある患者の場合は、患者のニードに合わせて先回りしてケアをする。 	
医療・看護者側の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・患者を車椅子から床に下ろす時一人で介助したため重くて倒れそうになった。 ・患者のポータブルトイレ介助時片手で体を支え、片手で紙をとろうとしてバランスを崩しそうになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で移動介助できるといふ思いこみ 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の身体状況を正確に把握する。 ・ボディメカニクスの活用 患者に移動の目的を説明し協力を得る。できるだけ患者に接近して行う。看護者の足は肩幅程度に開き身体全体を使う。看護者の身体は捻らない。 ・体の大きな患者は2人以上で介助する。 ・できるだけ水平に移動させる ・移動する方向に重心を動かす 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・喘息、心身症の患児の生活鍛錬目的でサッカー中に、患児と看護士が接触し、患児が転倒した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患児の動きの把握不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・患児は看護士に負けまいと必死にかかってくる。そのような心理を認識し、患児を視野に入れて動くようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・骨折等外傷の有無と処置 ・患児へのいたわり

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
医療・看護者側の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車椅子に乗車して、食堂で集団指導に参加。他患を病室に戻す間患者が一人になった。看護婦が戻ると、床に四つん這いになっていた。 ・ 同室の患者が急変したため病室を換え、床頭台やポータブルトイレの位置が患者にとって左右逆になった。夜中にトイレに起きたとき、いつもと勝手が違うため戸惑い、オーバーテーブルの足に躓き転倒した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 危険への認識不足 ・ 患者の状態把握不足 ・ 患者が環境の変化に対応できない事への認識不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者を一人にしない。 ・ 円背があったり、車椅子乗車中は前のめりになりやすいので、常時観察ができ、対応できる体制をとる。 ・ 病室換えても、患者の生活環境はできるだけ同じに整える ・ ベッド下に降りることができない患者の周辺に、躓きの原因となる物を置かない。 	

12 転 落

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
疾患・患者・家族の問題	・寝返りをしない患児のため、母親がベッド柵を使用せずにいる（側を離れる）。	・母親への指導不足 ・母親の認識不足	・母親指導 入院時オリエンテーションの利用、場面ごとの確認、声掛けで意識づけ（側を離れる時はベッド柵を上げる） ・小児用柵付きベッドの使用、ベッド柵周囲に保護板、クッション等を置く。床に畳、布団を敷く。 ・行動の観察、動きを常に視野に入れておく。 ・こまめな訪室 ・ナースコールは患者の手が届かないところに固定する。	・転倒時の対応策に準じる。
	・痴呆患者が柵から足を出し降りようとしている。	・理解力、判断力が低く危険認知が出来ない。		
	・脳性麻痺患者が朝食を待っている間二段ベッドでつかまり立ちをしていた。 ・夜間巡視後、酸素吸入バルン留置している患者が自力でポータブルトイレ移動しようとして床に座り込んでいた。	・観察不足		
	・ベッドから転落の危険を予測し、ベッド柵を全体に取り付けていたが、「夢をみていてベッドから飛び降りた」と、柵を乗り越えて転落した。	・観察不足	・頻回な観察 ・ベッドをはずし、畳（カーペット）の上にマットレスを置く。	・打撲、骨折等、外傷の有無の把握と処置
	・ベッド柵の中にいる1歳の患児の所へ他の患児が来て、ベッド柵を下げて遊んでいたとき、1歳の患児がベッドから転落した。 ・転落の危険があるため、ベッドの片方を壁につけ、他の片方にベッド柵2本を取り付けていたが、柵と柵の隙間からすり抜けて転落した。	・観察不足 ・患児の危険への認知不足 ・患者の危険への認識不足 ・看護者の観察不足	・患児に他患に勝手に接触しないよう指導する。 ・隙間のないベッド柵を取り付ける。 ・頻回な観察	・打撲、骨折等外傷の有無の把握と処置 ・打撲、骨折等外傷の有無の把握と処置
	・巡回時にベッド柵を外して降りようとしているのを発見。	・患者の危険への認知不足	・頻回な観察 ・患者が何をしたいのか把握し、予測して対応する。	
医療・看護者側の問題	・ベッド柵がきちんとフックにかかっていないため柵が落ちそうになった。	・確認不十分	・ベッドサイドを離れる時は、柵が固定されていることを確認する。 ・柵が不十分な場合、固定金具を併用 ・スタッフ間での声掛け、注意をする。 ・安全確保のためシーツなどを使い必要最小限の抑制を行う ・高齢者の場合は特に転落のリスクが高いことを認識する。	
	・ベッド上での処置、オムツ交換中など柵を降ろしたまま側を離れた。 ・ストレッチャーでの搬送中、患者が起き上がりそうになった。	・転落しないだろうという気の緩み		
	・処置台を高くした状態で、71歳の患者が寝かされていた。周囲に包交係看護婦はおらず点滴準備中の看護婦だけだった。	・ハイリスクの認識不足		

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
医療・看護者側の問題	・処置をするためベッド柵を下げて、後ろを向いて物品の準備をしていた際に、患者が寝返りをうって転落した。	・リスクへの認識不足	・スタッフ間の意識を統一する ・準備を整えてから、最後にベッド柵を下げる。	
	・下肢の骨接合術終了時、医師・看護婦が創部の固定や牽引台をはずし、体位を仰臥位に戻そうとしていた時、肩から上半身が滑り落ち、転落しそうになった。間接介助者は記録しており、患者に目を向けている者がいなかった。	・狭い手術台における固定・観察が不十分	・手術終了で気を緩めず、全員が患部にのみ集中せず、観察者としての役割を守る。	
	・間接の拘縮がある患者がベッドから転落しているのを発見。ベッド柵は4本できるが2本しかしていなかった。その前に「芋が食べたい」等の訴えがあった。	・ベッドから降りるはずがないという思いこみと患者のニードへの働きかけ	・患者の行動範囲の把握と有効なベッド柵の利用。 ・患者の訴えに耳を傾け、ニードの充足を図る。	・打撲・骨折等外傷の有無と処置

13 入 浴

項目	ヒヤリ・ハットメモ	具体的リスク	防 止 策	対 応 策
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> 入浴介助時、床に石鹸が落ちていて、滑りそうになった。 入浴後の脱衣場の入口が濡れて滑りやすくなっていたり、足拭き用の敷物に躓いて転倒しやすい。 入浴後、患者を抱きかかえて移動する際、片足が滑りドキッとした。 	<ul style="list-style-type: none"> 床の安全確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> 入浴日の浴室やその周辺は危険が多いと認識し、各自が危険な場面を想定して細心の注意をはらう。 濡れても滑らず、躓きにくい材質の敷物にする。 介助者は、移動時滑らないような履物を履く。 入浴後のストレッチャー、車椅子等が通った後は、水滴、水だまりを素早く拭き取る。 高齢者や障害児など、自力歩行可能でも、入浴後は転倒の危険が高いため介助する。 入浴介助や患者移動など、無理せず他のスタッフに声かけし、2人で心にゆとりを持って行動し、お互いに声かけし合う。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 入浴介助中にシャワーの温度が設定してあるにもかかわらず急激に上昇した。 	<ul style="list-style-type: none"> シャワー温度の調節不良 	<ul style="list-style-type: none"> 使用前に介助者が温度を直接確かめる。 湯をかける前に介助者の手で湯の温度を確かめる。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門業者に点検 修理を依頼する。
	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活に支障がなく、入浴許可が出ている、てんかんの患者にシャワーを許可したが、シャワー浴中に発作が起き、倒れた。 	<ul style="list-style-type: none"> 発作出現の危険認知不足 	<ul style="list-style-type: none"> 発作はいつ起こるか分からないため、一人で入浴しないようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> てんかん発作への対応と、転倒児の頭部打撲や骨折の有無等、発作消失後に精査する。
	<ul style="list-style-type: none"> 入浴中、気管切開部の周りにまいたタオルがぬれ咳き込む。 	<ul style="list-style-type: none"> 入浴時の配慮不足 	<ul style="list-style-type: none"> 2人の介助者で、患者の状態把握を十分に行う。 湯がカニューレに入らないように注意する。 濡れたタオルはすぐに取り替える。 浴場に吸引器を準備しておく 	<ul style="list-style-type: none"> 痰吸引をすぐに行う。
	<ul style="list-style-type: none"> 確認せずエレベートバス上昇ボタンを押した。新人看護婦が横に動かした。エレベートバスのロックがかからなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> エレベートバス使用の知識不足 	<ul style="list-style-type: none"> 勤務交換時エレベートバスの使用方法をきちんと教えておく。 使用前に点検する。 	

項目	ヒヤリ・ハットメモ	具体的リスク	防止策	対応策
入浴	エレベーターバスの浴槽の中にずれて行き不安を与えた。		・できるだけ落ち着いて行動する。急がないで声かけが必要。目くばり・気配り・患者の声に耳を傾けること。	
	・入院以来入浴していなかった患者に入浴許可が出、エレベーターバスでの入浴介助を開始したところ、状態が急変した。	・急激な循環の変化による心負荷（入浴方法の選択判断不十分）	・医師の許可があっても一挙に全身入浴にせず、観察を密にし、部分浴から段階的に安全なケア方法を行う。	・心負荷の軽減と状態観察 ・心不全に対する治療処置
	・何人もの患者を次々に介助するため、次の患者に脱衣室で待機してもらっていたら、痴呆があり、理解力が不十分だったため、一人で動いて転倒しそうになった。	・患者の状態把握不足	・認知障害のある患者を一人放置しない。	
	・入浴時、台に乗せるとき、手がぶらりとなっている。 ・後方より支えているとき、前のめりになりそうだった。 ・身体を洗っている時、頭がずり落ちた。 ・ストレッチャー上で着せる時は、支えていないと、手足が落ちそうになる。	・入浴時の患者の身体的安全固定の技術不足	・患者の変形や可動域を知ること。 ・もう一人の介助者に前方より支えてもらって安定して動く ・石けんですべらないように何回も湯で流す。 ・筋力のない患者が多いので、支え方を工夫する。 ・介助者は2人で行う。 ・ストレッチャーは狭いので、特に注意する。 ・患者の変形を考慮して介助する。 ・足元に気を付けながら移動する。	
	・ふろ場のゴムホースに引っかかりやすい。	・ふろ場の環境 ふろ場の物品整理整頓不足	・ゴムホースは、できるだけ歩行のじゃまにならない位置におく。	
	・浴室の配管が剥き出しになっていて、片麻痺のある患者の麻痺側の下肢に湯の配管が当たっているのに気づかず、熱傷していた。	・設備の把握不足	・配管に熱伝導しない物を巻いて剥き出しにしない。	・熱傷への処置