

### 【3】共有すべき医療事故情報「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」(第 13 回報告書)について

#### (1) 発生状況

第 13 回報告書では分析対象期間(平成 20 年 1 月～3 月)において、ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例が報告され「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。更に、類似事例が報告されたため、第 23 回報告書(分析対象期間:平成 22 年 7 月～9 月)および第 31 回報告書(分析対象期間:平成 24 年 7 月～9 月)においても、「再発・類似事例の発生状況」(第 23 回報告書 125 頁、第 31 回報告書 156～163 頁)において、事例の概要、背景要因などを取りまとめた。

このたび、本報告書分析対象期間(平成 25 年 4 月～6 月)においても類似の事例が 4 件報告された報告されたため、再び取りあげた。

これまで報告された「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」の件数の推移を図表 III-3-7 に示す。

図表 III-3-7 「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成 16 年				0	0
平成 17 年	0	0	0	1	1
平成 18 年	0	2	1	1	4
平成 19 年	1	0	2	0	3
平成 20 年	2	0	1	0	3
平成 21 年	0	1	1	1	1
平成 22 年	1	0	2	2	5
平成 23 年	2	3	3	2	10
平成 24 年	4	4	3	3	14
平成 25 年	2	4	—	—	6

#### (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例 4 件の概要を以下に示す。

##### 事例 1

##### 【内容】

患者はクローン病による左半結腸切除後、縫合不全のため緊急にて開腹ドレナージ・人工肛門造設術を施行した。その際、左側腹部から仙骨前面に 1 本、右側腹部からダグラス窩に 1 本、腹部正中に 1 本ドレーンが挿入された。

手術が終了し、抜管後、病棟帰室のためストレッチャーに移動の際、左側腹部に挿入したドレーンが抜けた。再開腹しドレーン再挿入となった。

##### 【背景・要因】

- ・手術台と平行にストレッチャーを並べ、患者の頭側に麻酔科医師、右側に看護師、左側に外科医師が配置し移動しようとしていた。
- ・右側腹部のドレーンバッグと腹部正中のドレーンバッグは看護師が患者の上に置き、安全な状態であることを確認していた。

- ・左側腹部のドレーンバッグは、左側に医師がいたので、ドレーンのチューブ等の確認をしていると思い、安全な状態であるかの確認・声かけをしなかった。
- ・移動後、詳細な原因は不明であるがドレーンが抜けてしまった。

## 事例 2

### 【内容】

患者は、胆のう炎のため P T G B D を挿入し、ジェジュナルチューブは排液バッグのみ使用している状態であった。その後、P I C C を挿入し、膀胱留置カテーテル、酸素吸入含めて 5 ルートが存在した。P T G B D の流失が不良のため胆のう造影を施行した。

放射線検査室の透視下にて造影を施行した際に、造影剤の漏出を認めたため C T 撮影をした。検査科のストレッチャーで C T 撮影室へ移動した。その時、P T G B D の先端排液バッグを外し、代わりに造影に使用した注射器を接続した。

C T 撮影後検査科ストレッチャーから再度透視台へ医師 1 名、放射線技師 2 名、看護師 1 名で移動を行った。放射線技師、看護師からはルートが見えず、医師には見えていたが引っ掛からないだろうと思った。「チューブが多いから気を付けましょう」と声をかけあったが、下ろしたベッド柵に P T G B D の接続していた注射器が引っ掛かり、バルーンが膨らんだ状態で抜けた。主治医より家族に説明され再挿入となった。

### 【背景・要因】

- ・移動前に声を掛け合ったが、実際にルートをたどり確認を行っていなかった。
- ・看護師は 2 年目で酸素吸入、腸瘻、点滴ルート、膀胱留置カテーテルと P T G B D カテーテルの 5 つのルートがある患者を受け持つのは初めてであった。
- ・医師はチューブが多いことに気付いていたが引っ掛からないだろうと思い確認を怠った。

## 事例 3

### 【内容】

髄膜脳炎で入院加療中。入院後から人工呼吸管理であり、気管切開術施行。その後、精査目的に全身造影 C T 予定であった。医師 3 名、看護師 3 名で病室から C T 室へ搬送し、用手換気は研修医が行っていた。患者ベッドから検査台に移動時に、気切カニューレが一時的に外部に牽引された。気切カニューレとバッグバルブを外さず、移動を行っていた。検査台移動後の用手換気で強い抵抗を認めた。気切カニューレ入れ替えを試みるも困難であり、気切孔をガーゼでふさぎバッグバルブマスクを用いて換気したが S p O<sub>2</sub> の低下があったため、緊急気管挿管を施行した。その後、S p O<sub>2</sub> は上昇した。C T 検査は中止し、再度患者用ベッドに移動する際に右内頸の中心静脈カテーテルが牽引され抜去した。同部位より少量の出血があり圧迫止血をした。

### 【背景・要因】

- ・移動時には、患者の体には中心静脈カテーテル、末梢点滴ルート、シリンジポンプ、胃管、尿道カテーテル、モニタが装着されていた。

- ・CT室には医師1人、研修医2人、看護師3人、放射線技師1人がおり、移動時の換気は研修医が行っていた。
- ・リーダーシップをとって指示するものはいない状態であった。移動時には一旦換気を中止、バッグバルブを外すなどの指示を出していなかった。

#### 事例4

##### 【内容】

入浴のため、浴室内のエレベートバス用ストレッチャーに看護師二人で抱え移動した。着地の際、右足第5趾が浴室ストレッチャーに敷いてある発泡スチロール製のマットにひっかかった。移動を行った看護師はその場では気づいていなかったが、病室に戻った患者から、「移った時にマットにぶつかり、その後から小趾が痛い」と聞き、足の趾の痛みを訴えたためそのことを知った。面会に来ていた母親に看護師は、「入浴時にマットにひっかかり、その後、趾の痛みを訴えている」と説明した。足趾のエックス線撮影、整形外科医に所見を診てもらった際に、右第5趾基節部骨折と診断された。母親へ電話にて、整形外科医師から骨折と診断されたこと的狀況について、「ヒビが入っている。古いものかは不明ではあるが、治療としては、痛みに対する処置をすることと、保存的療法で経過観察をする」と伝えた。

##### 【背景・要因】

- ・移動時に趾先がマットレスにひっかかり、過伸展により基節部に負荷がかかった。

### (3) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の改善策として、以下の事項が報告されている。

#### 1) 移動時の確認

- 移動時は一度全員で手を止め、ライン等の安全確認を声出し指さし確認を徹底する。
- ストレッチャーを移乗時にルートの絡みがないか、声だし指さし確認を行う。
- 実際に指でルートを追って確認する。
- 周囲に引っかかるものがないか確認をしてゆっくり移動をする。

#### 2) 教育

- カテーテルの重要性を認識する。
- 病棟で事例の情報共有、初めての体験時の教育体制の確認、見直し。

#### 3) 物の整備

- 気切カニューレが万が一抜去したときを想定して、バッグバルブマスク、予備の気管カニューレや、気管挿管の準備をしておく。

#### 4) チームコミュニケーション

- 移動時には、患者に影響が及ぶような手技が必要な場合(移動時のバッグバルブマスクの換気など)は担当医が責任を持ち管理する。
- ベッド移動時には、リーダーを決め、リーダーが指示を出すようにする。
- リーダーは全体が見える位置につく。

**(4) 「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」の現状**

ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例の報告数は、本事業開始(平成16年10月)から図表Ⅲ-3-7のとおり増加傾向であり、第31回報告書では平成22年以降のベッドからベッドへの患者移動に関連した事例について分析した。その後、本報告書の対象期間(平成25年4月～6月)までに報告された35件について、事故の内容について分類を図表Ⅲ-3-8に示す。事故の内容は、ドレーン・チューブ類の抜去の事例が最も多く11件報告であり、次に骨折の事例が10件であった。今回、最も多く報告された「ドレーン・チューブ類の抜去」の事例11件について着目し、分析した。

**図表Ⅲ-3-8 事故の内容**

事故の内容	件数
ドレーン、チューブ類の抜去	11
骨折	10
打撲	5
切創・裂傷など	4
意識消失	2
誤嚥性肺炎(酸素加湿水の逆流)	1
不明	2
合計	35

**(5) 「ドレーン・チューブ類の抜去」の事例について****①移動の場面**

移動時にドレーン・チューブ類が抜けた事例11件の移動の場面を分類した(図表Ⅲ-3-9)。移動の場面は、手術が5件と最も多く、次いで入浴と、検査が各2件、処置、その他が各1件であった。

**図表Ⅲ-3-9 移動の場面**

場面	件数
手術	5
検査	2
入浴	2
処置	1
その他	1

## ②事故の内容

ベッドからベッドに移動した際に抜けた、ドレーン・チューブ類の種類を分類したところ、手術時に挿入した腹腔内ドレーンが6件と多かった(図表Ⅲ-3-10)。次いで、尿道カテーテルと気管・気管切開チューブがそれぞれ2件あり、その他に中心静脈カテーテルや経腸栄養チューブなどの報告があった。患者に挿入されているドレーン・チューブ類の種類を問わず、患者の体内に挿入され、外表に出ている部分があるものは、抜けるきっかけがある。

図表Ⅲ-3-10 ドレーン・チューブ類の種類

種類	件数
腹腔内ドレーン	6
尿道カテーテル	2
気管・気管切開チューブ	2
中心静脈カテーテル	1
経腸栄養チューブ	1

※1事例に2本のドレーン・チューブ類が抜けた事例が報告されている。

さらに、報告された事例から、ドレーン・チューブ類が抜けた背景・要因を場面別に分類した。その内容をみると、ドレーン・チューブ類の位置を確認しないまま移動した事例が多い。また、一部のチューブ類は確認したが、ドレーンは医師が行うだろうといった思い込みや、声に出してドレーン・チューブ類の位置の確認を行っていない事例が多い。このことにより、移動の指揮を執るリーダー役を決め、リーダーの声かけで、全員でドレーン・チューブ類が移動に安全な位置にあることを確認のうえ、移動することの重要性が示唆された。

図表Ⅲ-3-11 ドレーン・チューブ類が抜けた背景・要因

場面	背景・要因
手術	ドレーン側に医師がいたため、主治医が管理するものだと思い、確認の声をかけなかった。(2件)
	スライダーを勢いよく移動したため、スライダーの端にドレーンが引っ掛かった。
	ドレーンをシーツにテープで固定していたことに気付かなかった。
	輸液ラインと尿道カテーテルは注意したが、ドレーンの確認は医師に任せた。
入浴	入浴介助が多く焦っていたため、移動時にチューブ類をまとめなかった。
	チューブ類を確認しないまま移動した。
検査	移動前に声をかけたが、ルートをたどってチューブ類の位置を確認しなかった。
	移動前にリーダーシップを取って、指示をする者がいなかった。
処置	移動時にチューブ類の確認を看護師が怠った。
その他	移動時、声かけをする者が人工呼吸器からチューブをはずしたことを確認していなかった。

### ③患者への影響

ベッドからベッドに移動した際にドレーン・チューブ類が抜けた事例の患者への影響を分類した(図表Ⅲ-3-12)。手術により挿入していたドレーンが抜けた事例は、5件とも再開腹後、再挿入となっている。患者の状態が不安定な手術直後の時期に再び麻酔をかけ、創部を開腹する必要があり、患者の身体へ与える侵襲は大きい。気管・気管切開チューブが抜けた事例のうち1件は、患者のSpO<sub>2</sub>が低下するなど呼吸状態が悪化し、再挿管を行っている。尿道カテーテルが抜けた事例のうち1件は、尿道を損傷し、その後、尿道カテーテルを再挿入している。事例内に記載されている内容からは、患者への影響が不明の事例が3件あった。移動により、治療のために挿入されているドレーン・チューブ類が予定外に抜けることは、患者へ与える影響が大きい。

図表Ⅲ-3-12 患者への影響

影響	件数
ドレーン再挿入	6
SpO <sub>2</sub> 低下し、再挿管	1
尿道損傷し、尿道カテーテルを再挿入	1
不明	3

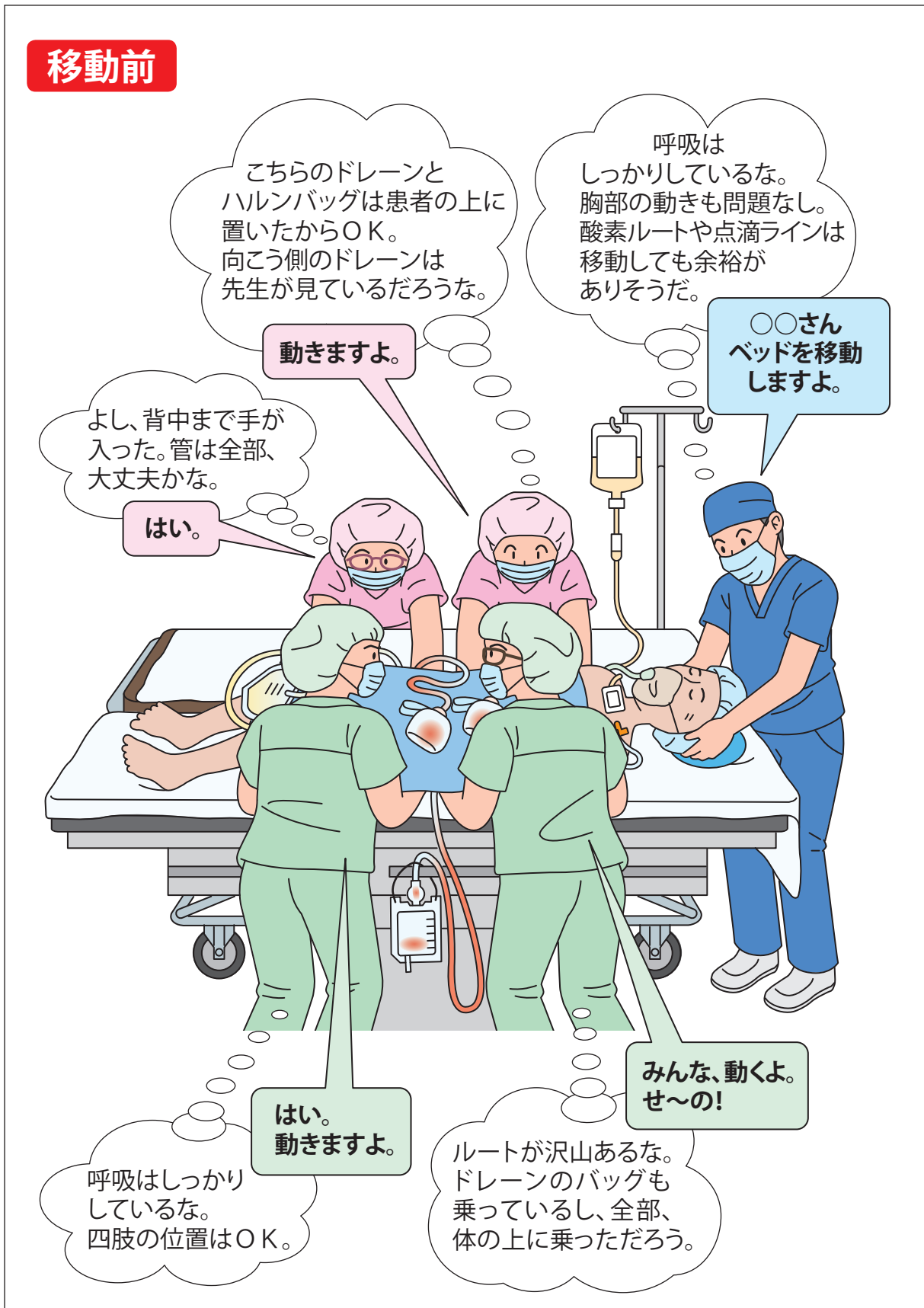
### (6) イラストから見る事例のイメージについて

ベッドからベッドに移動した際にドレーン・チューブ類が抜けた事例のうち、報告の多かった手術台からストレッチャーへ移動する際の事例について、事例1のイメージの移動前と移動後、移動前の確認の一例をイメージしやすいようイラストを掲載する。

事例1のイメージの移動前は、手術担当医師、麻酔科医師、看護師は、それぞれが個別に患者移動の際に患者の状況やドレーン・チューブ類の位置などの安全確認を行っていることは推測できる(207頁、図表Ⅲ-3-13)。しかしながら、確認する事項や範囲が互いに共有されていないため、短い言葉かけの中でそれぞれの「思い」が他の医療スタッフに伝わらず、ドレーンの確認が十分に行われていない。そのため、図1のイメージのまま移動すると、208頁の図表Ⅲ-3-14のようにドレーンを手術台にかけたまま移動してしまい、ドレーンを引っ張ってしまうことになる。

そこで、209頁の図表Ⅲ-3-16に移動前の確認の一例を示した。麻酔科医師がリーダー役となり、医療スタッフに確認して欲しい内容を明確に指示し、また、それぞれがリーダーの指示に従って確認し、声に出して返答している。このように確認することで、移動時にドレーン・チューブ類が抜けることなく、安全に移動できるであろう。

図表Ⅲ - 3 - 13 事例1のイメージ (移動前)



Ⅲ

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

2-[4]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

共有すべき医療事故情報「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」  
 (第13 回報告書) について

図表Ⅲ-3-14 事例1のイメージ(移動後)





図表Ⅲ - 3 - 16 移動前の確認の一例

### 移動前の確認の一例

**① C 医師 (リーダー)**

確認します。  
**Aさん**、そちら側のドレーンとハルンバッグはOKですか?  
**Bさん**、酸素チューブ、点滴ライン、硬膜外チューブはOKですか?  
**D先生**、**E先生**、そちら側のドレーン乗せましたか? それぞれ、引っ掛かっていないですか? 移動しても余裕がありますか?  
**〇〇さん**、ベッドを移動しますよ。

**② A 看護師**

こちら側のドレーンとハルンバッグはOKです。

**③ B 看護師**

酸素チューブ、点滴ライン、硬膜外チューブはOKです。

**④ E 医師**

こちら側は……。

**⑤ D 医師**

あ、ドレーンがあります! 移動を待ってください。

Ⅲ

1  
2-[1]  
2-[2]  
2-[3]  
2-[4]  
3-[1]  
3-[2]  
3-[3]

共有すべき医療事故情報「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」(第13回報告書)について

## (7) まとめ

第13回報告書および第23回報告書では、医療機関の取り組みとして複数人で移動することの検討や、安全に移動できる環境づくりについて掲載した。第31回報告書では平成22年以降のベッドからベッドへ患者移動に関連した事例26件の、移動の目的や事故の内容を分析し、事故の経緯や事故の程度などを整理して掲載した。本報告書では、ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例より、さらにドレーン・チューブ類の抜去について着目し、移動の場面やドレーン・チューブ類の種類、ドレーン・チューブ類が抜けた背景・要因、患者への影響などを整理して示した。報告された事例は、ドレーンの位置確認不足や、医療者間でのコミュニケーション不足などで発生している。移動する際は全体の指揮を執る役割を決め、ドレーンの位置確認を医療者全員で行うことの重要性が示唆された。また、報告のあった事例をもとに事例1のイメージの移動前と移動後、移動前の確認の一例のイラストを作成し掲載した。各医療機関で移動時の危険性について情報共有するとともに、移動時の危険予測をすることにより未然防止に役立てられるよう広く活用いただきたい。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。