

【3】 ベッドなど病室の設備に関連した医療事故

本報告書では、報告された医療事故事例のうち、「事故の概要」のコード情報の中から「療養上の世話」および「その他」に関するコードを選択した事例、もしくは、それ以外で報告の内容がベッドなど病室の設備に関連する事例について抽出を行い、病室の設備を「ベッドおよびベッド柵」、「床頭台」、「オーバーテーブル」、「ナースコール」と限定し、分析を行った。

(1) ベッドなど病室の設備に関連した医療事故の現状

平成21年4月1日から9月30日の間に報告されたベッドなど病室の設備に関連した医療事故は6件であった。ベッドの隙間を防ぐ為に使用しダンボールの断面で受傷した事例1件、オーバーテーブルを支えにしようとして転倒した事例4件、床頭台を支えにしようとして転倒した事例1件であった。事例概要を図表Ⅲ-2-9に、発生分類を図表Ⅲ-2-10に示す。

(2) ベッドなど病室の設備に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第31回および第32回ヒヤリ・ハット事例収集(平成21年1月1日～6月30日に発生した事例)において報告されたベッドなど病室の設備に関連した事例について分析を行った。

ベッドなど病室の設備に関連したヒヤリ・ハット事例について、報告された事例の中から25件の事例概要を図表Ⅲ-2-11に示す。また、記述情報のテーマにあげられた「ベッドなど病室の設備に関連した事例」の内容を、「ベッドおよびベッド柵」、「床頭台」、「オーバーテーブル」、「ナースコール」として分類した(図表Ⅲ-2-12)。

図表Ⅲ - 2 - 9 ベッドなど病室の設備に関連した医療事故の概要

No.	事故の程度	分類	事例の内容	背景・要因	改善策
1	障害の可能性なし	ベッドおよびベッド柵	当該事象の4日前にベッドの頭側の隙間に患者が頭部を突っ込んでいたため、ダンボールで隙間を塞いだ。その際、バスタオルでダンボールを覆った。しかし、バスタオルを紐で縛る等の対策は行わなかった。当日、検温のため担当看護師が病室に入ると、ダンボールの上部の断面に血液が少量付着し、ベッド上の枕元が血液で汚染されているのを発見した。患者の手が保護していたバスタオルにあたり、バスタオルが外れてしまったと思われる。さらに、患者が激しく体動しベッドのマット面から40センチほどの高さにあるむき出しになったダンボールの断面に顎をぶつけ切創を形成したと思われる。患者は外科医によって縫合処置が行われた。	患者は認知症等で他者の指示に従えない状態であると共に体動が激しく車椅子に座っていても危険な状態であるためベッド上で体幹(腹部)ベルトを使用し抑制をされていた。患者は、抑制をされていても体動が激しくベッド柵やベッドの頭側のボードに四肢や頭部をぶつけたり擦りつけたりすることがあった。ベッド柵の隙間から四肢や頭部が出ないようにダンボールで隙間を塞いだ。さらに、その上からベッド柵にはムートンを掛け、頭側のボード部分にはバスタオルを掛け保護していたが、この事例に関しては落ち防止の固定がされていなかった。むき出しになったダンボールの断面に顎を擦り、切創を作ってしまったと思われる。	<ul style="list-style-type: none"> 保護用の掛け物がずれないように紐で固定する。 ダンボールの使用をやめパラマウントベッド社が無償提供しているベッドサイドレールカバー(依頼済みである)を使用する。 病室の扉を開けておき、頻繁に観察する。
2	障害の可能性なし	オーバーテーブル	1時20分頃にガタガタと物音がするため訪室すると患者がベッドの足元側に倒れているのを発見した。患者から「トイレに行こうとしてベッドの足元の柵に掛けていたオーバーテーブルを持った時にテーブルが外れ一緒に倒れ頭を少し打った気がする。」と言われた。左手関節レントゲン施行の結果、左橈尺骨遠位端骨折と診断され、手術予定となった。	患者はトイレに行こうとしてベッドの足元の柵に掛けていたオーバーテーブルを持った時にテーブルが外れた。	<ul style="list-style-type: none"> 歩行可能な患者は、ベッドにオーバーテーブルを掛けない。 足元のマットと柵の間に置く。
3	障害の可能性(低い)	オーバーテーブル	患者は通常、ベッドサイドのポータブルトイレを使用した後、ナースコールで看護師を呼びベッドへ移動していたが、一人でベッドへ戻ろうとオーバーテーブルを支えに立ちあがったところ、オーバーテーブルが動いてしまい、バランスを崩し転倒してしまった。レントゲン結果左大腿骨転子下骨折あり。その後観血的骨接合術を施行した。	患者は甲状腺癌、肺転移、骨転移で腰椎圧迫骨折をしており、放射線治療を実施しながら疼痛緩和の目的で麻薬を内服していた。	<ul style="list-style-type: none"> オーバーテーブルはストッパーがなく動いてしまうことがあり、日頃より患者には注意するように呼びかけてはいたが、今後もステッカー等を貼り、再度危険性について説明を行う。 移動時は遠慮なくナースコールしてもらうよう説明し、訪室回数を増やし話しやすい人間関係を作る。

No.	事故の程度	分類	事例の内容	背景・要因	改善策
4	障害の可能性なし	オーバーテーブル	患者は病室内の洗面台で手を洗おうとベッドサイドに立ち、オーバーテーブルにつかまり歩行しようとしたところ、オーバーテーブルが動き、バランスを崩し尻もちをついた。腰部レントゲン撮影、第1腰椎圧迫骨折が診断された。	患者はオーバーテーブル(ストッパーなし)を支えにした。患者は2ヶ月前より発熱のため臥床がちに過ごしていたため、歩行可能であるが筋力低下があったと考えられた。患者は主治医より退院について話され、家族から積極的に動くように促されていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ストッパー付きオーバーテーブルへの変更する。 ・患者にナースコール使用を再度説明する。 ・転倒のリスクについて家族へ説明する。
5	障害の可能性(高い)	オーバーテーブル	退院前日の朝5時頃、ベッドから転落し左眼を負傷した。左眼球破裂、左眼瞼裂創を認め、緊急手術となった。ベッド上で座位になり水を飲もうと湯飲み茶碗をとろうとして前かがみに倒れたと考えられた。患者自身の転落後の記憶がないが、発見時オーバーテーブルはいつもの位置から20cmほどずれており、オーバーテーブルが動いて前かがみに落ちたと思われた。患者は6人部屋で、患者のベッドと同室者のベッドとの間に仕切りをする形で、ロッカー(可動式・ストッパーあり)・床頭台(可動式・ストッパーあり)・オーバーテーブル(可動式・ストッパー無し)を並べていた。	患者は入院時より下肢の筋力低下はあったが、院内では行動に制限はなく、歩行もゆっくりではあったが自立していた。多少物忘れがあったときや、ふらつきが見られた時は看護師が声掛けし、ナースコールを利用するように指導を行って対応していた。不眠・中途覚醒の訴えから、事故の3日前から眠剤が処方され、朝起きがけのふらつきを自覚しており、医師も看護師もその情報を得ていた。眠剤にて本人の満足を得ることが出来たが、同室者の情報では行動に異変があるといわれており、その時点で、医師との情報共有を行い、より良い対応を検討する必要があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・眠剤と転倒との因果関係は不明だが、行動の異変を早期に把握し、アセスメントを十分に行い、より状況に適した対応を行う。 ・転倒現場は誰も見ていないが、割れやすい湯飲みなどベッド周囲に置かないようにする。 ・可動式オーバーテーブルに対して固定式オーバーテーブル導入や使用者の限定などの検討を行う。
6	障害の可能性(高い)	床頭台	患者は午前3時頃、トイレに行こうと立ち上がり、床頭台のテーブルを支えにした時、床頭台が動いた為バランスを崩し転倒する。テーブルの角で左上眼瞼を打ち、裂傷となる。翌朝形成外科受診し左上眼瞼を6針縫合した。	患者のADLは自立していた為、転倒の危険予測ができていなかった。床頭台のストッパーをしていなかった。患者は眠剤を内服していたこと。入院時の安全教育で床頭台やテーブルを支えにしないことは説明していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢であること、眠剤を内服していることから、日常的な安全教育を行い、注意喚起が必要であった。

図表Ⅲ-2-10 ベッドなど病室の設備に関連した医療事故の発生分類

分類	件数
ベッドおよびベッド柵	1
オーバーテーブル	4
床頭台	1
ナースコール	0
その他	0
合計	6

図表Ⅲ - 2 - 1 1 ヒヤリハット事例 記述情報(ベッドなど病室の設備)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
【ベッド・ベッド柵 12件】 他類似事例 31件			
1	患者の家族がリモコンでベッドの高さを上げた際、酸素流量計の底に引っかかり、アウトレットへの差込口で折れたため、酸素が漏れた。シューと音がしたため、看護師が駆けつけ発見した。患者は車椅子乗車中であったため、酸素を別のアウトレットから供給し、影響はなかった。酸素供給業者に修理点検を依頼した。	ベッドに障害物を感知する機能と自動制御機能が備わっていないため、挟まれる可能性があった。	・ベッドを上下し障害物がないか確認して安全な位置に設置するようにしているが、転落防止のため、壁に近づけて使用する場合もある。障害物感知と自動制御機能をすべてのベッドに備えるよう提案して欲しい。
2	体位変換のため訪室すると患者がベッド頭側のフレームの穴に頭を入れていた。外傷はなかった。	注入食後ベッドをフラットにしていた。安全保護帯も外していたため体が体動により上方へ移動し頭が挟まった状態になっていた。体動が激しかった。	・ベッドフレームカバー・ベッド柵カバー作成し使用した。
3	患者は床頭台の中よりものを取ろうとしてベッド柵に掴まったところ誤って柵を下ろすレバーの部分を握ってしまいベッドサイドに滑落してしまった。	不明	不明
4	訪室すると患者の体位が乱れており麻痺側の右下肢が屈曲した状態でベッド柵に挟まっていた。ベッド柵より下肢を抜き脳外科医に診察依頼した。ガーゼ保護の指示を受け、主治医に報告し家族に説明した。	体動が多くなっており、体位を整えても訪室するたびに体位が乱れている。	・両側のベッド柵に布団をかけ、身体損傷の予防をする。
5	脳梗塞の患者で危険行動がみられたためベッドを一番低床にしようとしたところ、ベッドの下に輸液ポンプの点滴棒の足が入り込んでおりベッドを下げた際にバランスが崩れて患者の側頭部に当たった。患者に当たる前に点滴棒を支えたため直撃はしていないものの軽度の疼痛と5cm大の腫脹認めため医師が診察し、様子観察となった。	ベッドを下ろしている際に音がしたためベッド周囲を見渡し、ベッドを少し移動させた。その際に確認が足りず、その後のことが予測できなかった。	・患者のベッドを下げる際は必ず周囲や患者自身を良く観察し、ベッドの下に物がいないことを確認してから実施する。 ・点滴棒を置く位置も事故の可能性を考えて倒れても危険の少ない位置にする必要がある。
6	日常生活は車椅子を自力で操縦し、自立している患者であった。ベッドから車椅子に移乗しようとした際、ベッドが動いたため転倒してしまった。確認すると、ベッドのストッパーが解除になっている状態であった。解除になっていた原因は不明である。	ベッドストッパーの状態の確認不足があった。	・検温の都度、ベッドストッパーの固定の確認を行う。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
7	夜間の訪室時、患者が病室のベッド上の柵と柵の隙間に首を入れて、挟まっている状態を発見した。夜間行動が活発だった為、病室には頻りに訪室していた。発見後、すぐに元にもどし、患者への影響はなかった。	病室には頻りに訪室していたが、柵の隙間への配慮などを予測して、対応していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> • すぐにシェーバーでベッド柵を覆い、隙間をなくし予防した。 • 不穏行動の患者には、早めに対応策を判断し、事前に転落防止用のカバー(小児用)を取り付けることなど、部署内に周知徹底した。
8	術後2日目の患者が自分でベッドのコントローラーを使用し、ベッドの高さを一番下に下げた時に左右の胸腔ドレーンのボトルにベッドがぶつかり、左胸腔ドレーンのボトルの吸引圧部が破損し、吸引がなくなった。患者の状態に変化はなかった。患者に術後の挿入されているドレーン類について説明し、ベッドの上げ下げは看護師に伝えるように指導した。	不明	<ul style="list-style-type: none"> • 自分でコントローラーを使用できる患者には、使用時の注意点を説明する。 • 可能な範囲で胸腔ドレーンはベッドを一番下まで下げてもぶつからないところに固定する。
9	ベッドサイドに端坐位になり着替えをしようとしたところ、バランスを崩した。後ろに倒れた際に、ベッド柵と柵の間に首が挟まった。同室者がうなり声に気づきナースコールで知らせ、看護師が柵を外した。患者は一次的に頸部の圧迫感があったが、大きな影響はなく改善した。	物理的な環境や設備上の問題点(柵と柵の間のすき間をカバーしていなかった)院内事故防止教育の問題点(他施設での同事例の紹介はしていたが、具体的な取り組みをしていなかった)。	<ul style="list-style-type: none"> • ベッド柵と柵の間のすき間は、必ず柵カバー(サイドレールスペーサー)を使用する。
10	患者のオーバーテーブルに配膳し、ギャッジアップすることを患者へ伝えたが、「自分でできる」と言われ、家族もいたので、他の患者の配膳を行った。患者が自分でギャッジアップした時、ベッドが輸液ポンプに引っかかり点滴棒が抜けかけたところを他の看護師が発見し、点滴棒をつかんだが、患者の眉間にかすった。	輸液ポンプを使用している患者に、チューブ類を引っかけるという危機感はなかった。点滴棒に輸液ポンプを設置していることの注意点について患者、家族へ指導できていなかった。患者の「自分でできる」という言葉と家族がいることで安心してしまい、最後まで確認することなく他の患者のケアを行った。	<ul style="list-style-type: none"> • 輸液中や輸液ポンプを使用している場合、患者の状況にあわせた環境調整を行い、最後まで確認する。
11	ベッドのギャッジアップ部分の隙間に左手首まで入れ抜けなくなっているところを発見した。左手首は発赤あり、動きは良好、内出血はなかった。	養護学校通学(院内)以外は病棟でベッド上で過ごすことが多くベッドは遊び道具の一つであった。患者特性から小さな穴や隙間に指や手を入れ遊ぶことが好きであった。観察が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> • 指や手の入るベッドの隙間を埋める工夫をする。 • 遊び道具と一緒に遊ぶ時間の工夫をする。 • 患者特性をスタッフ全員で共有し観察を行う。 • 頻回に巡床する。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
12	他の看護師と体位変換をするため訪室した際、他の看護師に下腿に内出血痕あると指摘された。また、朝ベットと柵の間に足がはまりこんでいたとの情報あり。右下腿前面に3×3cm、左下腿前面に3.5×2cmの内出血痕を確認した。	日常生活自立度がC2(自分では寝返りがうてない)であり、動けないと認識していたが危険の認知が低かった。訪室の度、体勢を整えても向いた側の柵に寄っていく傾向はあったが柵を保護するなどの処置まではアセスメントできなかった。患者が認知症であり危険を理解することが困難であった。	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活がある程度自立できている患者でも、柵側に寄ったりするような患者の場合は柵を柔らかいもので保護する。 スタッフ全員が危険を認知し、注意できるよう申し送りをする。
【オーバーテーブル 7件】 他類似事例		4 5 件	
13	長期安静後リハビリをし、一人での歩行は難しい患者はベッドから降りて窓の方に向かってふらつき、オーバーテーブルにつかまっただがコロがついていて、オーバーテーブルが動き、そのまま床に倒れこんだ。オーバーテーブルが動くことは知っていたが、ここまで自分の足に力が入らないとは思わなかったと患者は話す。	理解力もあり、しっかりされた患者なので転倒の危険は少ないと認識していた。転倒予防器具を使用するほどではないと思っていた。	<ul style="list-style-type: none"> 歩行器などの器具を使用し、病棟でもリハビリを進め筋力の増強を図る。 夜間や自信がない時はナースコールを押すよう説明する。 次回購入時はコロの付いていないオーバーテーブルを入れてもらう。
14	端座位の方が痛みがないとのことと患者・家族の希望もあり、夜間は端座位でオーバーテーブルに伏せ就寝していた。危険防止のため、ベッドはオーバーテーブルを挟む形で壁側に寄せ、更にオーバーテーブルとベッドをひもで縛り、オーバーテーブルの足を砂嚢で固定していた。しかし、体の重みでオーバーテーブルが前方に移動し体がずり落ちた。患者に影響はなかった。	固定が不十分だった。ナースセンターから離れた部屋であった。勤務の引き継ぎ中で観察が手薄になる時間帯だった。	<ul style="list-style-type: none"> オーバーテーブルが動かない限界まで壁際にベッドを寄せる。 観察を強化する。 ナースセンターに近い部屋に移動する。 患者家族の同意が得られれば、TVモニター付きの部屋へ移動し体位のずれをいち早く察知できるようにする。 患者にも体位がずれたことに気付いたら遠慮なく直ちにナースコールするよう説明する。
15	患者が清拭を希望し端座位で座っていた。オーバーテーブルが患者の前にあり、端座位でベッド柵を持っていた手がオーバーテーブルに挟まり左第4、5指に擦過傷ができた。	オーバーテーブルの長さや高さがベッド柵と同じで、不注意で挟まった。	<ul style="list-style-type: none"> オーバーテーブルを短いタイプに変更し、ベッド柵との高さも変更した。
16	トイレへ行こうとして起きたが足元がおぼつかず、よろめいた時にオーバーテーブルに手をつきテーブルが動いたため、共に自分も滑って転倒した。右前腕外側尺骨側に受傷した。湿布を貼用した。	当日化学療法でレスタミンコーワの服用と抗癌剤点滴による倦怠感、眠気が普段より強かった。補液による尿量の増加で夜中にも尿意出現しトイレにかよっていた。暗くて周囲が見づらく、自宅との環境の違いに入院2日目ではなれていなかった。転びそうになりとっさに掴まっていたのが、移動性のあるオーバーテーブルだった。注意喚起のシールが貼ってあったが、暗くて見えづかった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時より、年齢よりやや記憶力がおとったり、反応が鈍かったりすることがわかっていたので、事故を予測して、早目にトイレの誘導をしたり部屋の豆球で少し明るくしておく準備が必要であった。 尿量が普段より多いので夜間のトイレの回数が多いことも予測していたので、その点も配慮し誘導する必要もあった。 注意喚起、患者に指導しておく。支えになるものを準備する(ベッド柵等)。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
17	患者が車椅子へ移乗しようとして、オーバーテーブルに手をついたところ、天板が下がった。直そうとして支柱のねじを緩めたはずみで天板が下がり、右第1指を挟んだ。	高さ調節をしたときに、ねじがしっかり締まっていなかったか、次第にねじが緩んできた。	<ul style="list-style-type: none"> 高さ調節をした時には、ねじはしっかり閉める。 ベッドサイドの設備に不具合が生じた場合は、職員へ連絡するよう患者へ指導した。
18	患者はポータブルトイレに移乗する際、オーバーテーブルを持ち立とうとしたが、オーバーテーブルのロックがかかっておらず(ロックが不完全だった)、尻もちをつき転倒した。	年齢が70歳以上である、足腰の弱り・筋力低下がある、上肢障害、めまい・立ちくらみなどがあつた、消極的で遠慮がちな性格である、自分でできていると思っている、トイレに行く回数が多い、ポータブルトイレを使用している、オーバーテーブルにキャスターがついている、夜間で看護師の人数が少なかった。	<ul style="list-style-type: none"> ポータブルトイレに移乗する際はコールするように説明する。 オーバーテーブルはキャスターのロックがかかっていることを必ず確認する。
19	ガシャーンという音が聞こえた為訪室したところ、オーバーテーブルが二つに割れてベッドサイドにマグカップや湯飲みなどが落ちているのを発見した。	電動ベッドを使用中であり、家族付添中であつたが、オーバーテーブルが引っかかっているのを気がつかず、ギャッチアップした。	<ul style="list-style-type: none"> 新しいオーバーテーブルを用意し、電動ベッド使用時はベッド周囲の安全を確認しなければならないことと、看護師付き添いのもとで操作するように説明した。
【床頭台 3件】 他類似事例 12件			
20	患者が自室の洗面所からベッドへ戻る際、下肢がふらつき、身体を支えようと床頭台のスライド式テーブルに左手を着いた所テーブルが前方にスライドし、その弾みで身体が右へ半回転し、お尻から床へ着地した。同室者よりナースコールがあり、看護師が訪室すると患者がベッドと床頭台間の床に臀部を付けて座っているのを発見した。	患者はるいそう著明であり、軽度の下肢のふらつきが見られていた。ベッドサイドには床頭台の他、ポータブルトイレが設置してあり、通路の幅はひとり分程度の広さしか無かつた。	<ul style="list-style-type: none"> 床頭台スライド式テーブルの上には常時物を置かなず、不要時は必ず収納する。 床頭台を身体への支えに使用しないよう説明する。 看護師は環境整備に努める。 歩行時ふらつきが見られる時は、遠慮せず必ずナースコールで介助を依頼するよう説明する。
21	退院後の床頭台を清掃後のものと交換しようと廊下を移動中に突然前方へ床頭台が倒れた。移動していた当事者が足を打撲した。キャスターが1箇所取れており、ビスが1本なかつた。	4箇所のビスを留めることでキャスターを固定する仕組みになつたが、1箇所のビスが取れており、他の3箇所に負荷がかかっている状態であつた。何らかの要因でビスが緩んだことにより、床頭台が転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> リース業者に要因分析と対策を依頼した。 全床頭台の一斉点検を行い、全台ビスの締め直しを実施する。
22	アンギオ後1日目。日中、ベッドから立ち上がろうとして床頭台を持ったが、ストッパーが片方しかかかっていたために動き、膝を床につくかたちで転倒した。同室者からのナースコールで発見した。	患者の年齢が70歳以上、足腰の弱り・筋力低下があり、自分でできていると思っていた。ベッド柵の不使用、床頭台のストッパーが不十分であつた。トイレまで距離がある、看護者側が転倒を予測していなかつた。	<ul style="list-style-type: none"> 床頭台のストッパーの確認をする。 ベッド柵の必要性をアセスメントし、必要時は必ず使用する。 高齢であり、アンギオなどの特殊処置がある患者は、入院時の転倒のアセスメントをしっかりし、プランを立案する。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
【ナースコール 3件】 他類似事例 12件			
23	ベッドに寝ている患者の体位を変えようとして電動ベッドを動かした時に、ナースコールの線がベッドに絡まっているのに気づかず動作を続けた為、ナースコールの線を断線させた。	電動ベッドの体位を変える時に、周辺機器の状態を把握していなかった。	・電動ベッドを動かす時には周辺機器の状態を充分確認する。
24	ナースコールが鳴り訪室するとナースコールのコードを首に巻き首を絞め顔面紅潮していた。コードを解くと深大性の呼吸をし「良くなり死んでしまいましたかった。」と泣きながら話していたが大事には至らなかった。	悩みや気持ちを聴くなどスタッフと患者との会話が不十分であった。ナースステーションから離れており行動に目が届きにくかった。ナースコールのコードに遊びがあり首に巻く余裕があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースコールのコードを短く切り遊びをなくした。 ・はさみなど危険なものを手の届く場所に置かないようにした。 ・ステーションから目の届く場所に患者を移動した。 ・リハビリのスタッフとも連絡を取り合い協力を依頼した。 ・患者と接する機会を増やし会話をするようにした。 ・家族に度々面会をしていただくようにした。
25	回診時、患者を座位から臥位に変更するため、ドレーンには注意を配りながら電動ベッドを作動させた。しかし、頭側が下がらず、接触不良のためと思ったため、コントローラーの根本を確認していた。するとナースコールのコードがからんでいたらしく、ナースコールの根元が引きちぎれて、ベッドの頭もとがいきなり下がった。	電動ベッドを作動させる前に、周囲の状況を確認するという基本的な動作がおろそかになってしまった。	・ベッド作動させるという前だけでなく、何事においても、周囲の環境を整え、安全な状況を確認するという事は、基礎の基礎である。簡単な動作に移る際も、気を抜かないようにしたいと思う。

図表Ⅲ - 2 - 12 ベッドなど病室の設備に関連したヒヤリ・ハット事例の発生分類

分類	件数
ベッドおよびベッド柵	43
オーバーテーブル	52
床頭台	15
ナースコール	15
その他	0
合計	125