

【4】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。その後、第23 回報告書(分析対象期間:平成22 年7月～9月)においても、類似事例が報告され再発・類似事例の発生状況(平成22 年年報348 頁、第23 回報告書125 頁)を取りまとめた。

本報告書分析対象期間(平成24 年7月～9月)に報告された「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」は3 件であった。

これまでの「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」の事例件数を図表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	3
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	—	11

(2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例1

【内容】

看護師2 名で透析室への移送のためストレッチャーへベッドより移動した。ペースメーカーラインの接続部を目視で確認したが接続に問題がないように見えた。その後 HR30 台となり、数秒眼球が上転した。ラインを確認、接続し正常にペースメーカーが作動し意識もすぐに回復した。

【事故の背景要因の概要】

- ・ 移乗時に何かに引っ張られペースメーカーラインの接続部に力がかかった可能性がある。
- ・ 移乗後ラインの確認を目視のみで行い、接続部を手でさわ確認しなかった。

事例 2**【内容】**

入浴後の着衣のためにスライダを使用し入浴用ストレッチャーからベッドへの移動を看護師 3 人で行った。移動時声を掛け合ったが、上半身はベッドに移ったが、下半身が斜めにストレッチャーに残った状態となり、体が同一に移動されなかった。スライダを抜くために、患者を右側位にした際に右肩が内側に入った状態になり、右肩を手前に引いて、仰臥位に戻した。着衣をしようと患者の手関節と肘関節を支え、袖を通した時に患者から「痛い」と訴えがあった。袖を通すのをやめて、右上肢を下ろすと屈曲しない方向に腕が位置していたのに気づいた。

【背景・要因】

- ・入浴用ストレッチャーからベッドへ移動後、スライダを抜くために右側臥位にした際に、患者の肩が内側に入って、右肘関節に重力が加わった可能性があった。
- ・移動時の看護師は 3 人で、受け側の看護師は 1 人だったため、引っ張る側の力を要した。
- ・移動後の患者の上肢の位置の観察と確認、看護師間の声掛けがされていなかった。
- ・入浴用ストレッチャーは頭足が傾斜になっており、移動時に殿部に重力が加わり均等に移動されず、下半身がストレッチャーに残った状態となった。
- ・入浴用ストレッチャーとベッドの高さが違っていて、移動時に高さの落差があった。

事例 3**【内容】**

患者は、洞不全症候群による完全房室ブロックの患者。血管造影室にてペーシングリードを挿入し、CCUへ入室した。医師と看護師は、患者をストレッチャーからベッドへ移動させた後、ルート類の整理をしていると、一時的ペースメーカのジェネレーターと延長コードの接続が外れているのを発見した。このとき患者は、眼球上転、意識消失しており、心電図モニタ上心停止となっていた。ただちに、胸骨圧迫を開始し、ジェネレーターと延長コードの接続を行った。患者はすぐに意識を回復し、心電図モニタ上ペーシングリズム、血圧低下は認めなかった。

【背景・要因】

- ・ジェネレーターと延長コードの接続部ロックがかかっていなかった。血管造影室でペーシングリードを挿入した医師達が、ジェネレーターと延長コードの接続部ロックをかける方法を知らなかった。
- ・患者をストレッチャーからベッドへ移動する前に、ジェネレーター、延長コード、ペーシングリードの接続状態を確認していなかった。
- ・ベッド移動後、延長コードが患者の肩の下に入っていた。

(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、以下が報告されている。

事例1

- ・移動の前後は接続を手で触り確認する。
- ・移乗中にラインが引っ張られないように注意する。

事例2

1) 適切な人数で行う

- ・スライダーを使用しての移動時、拘縮、変形のある患者、体格の良い患者、人工呼吸器患者の移動は、患者を受ける側2名、送る側2名の4人で行う。
- ・3名での移動する時は患者を受ける側を2名とする。

2) 安全な環境を作る

- ・移動時のベッドとストレッチャーの高さを同じに調節してから移動する。

3) チームコミュニケーション

- ・移動時は掛け声をかけて、タイミングを合わせる。・移動時、着衣時は特に余裕をもって、ひとつひとつの行動を確認しながら愛護的に行う。

4) 院内教育

- ・当院における骨折リスク・衣服着脱・移動方法に関する院内での全体研修会を実施し、起こりやすい骨折機序と防止策を理解して実施する。
- ・安全な衣服着脱の方法を動画にし各部署に配信し、動画から普段の振り返りをし、どこにも問題点があるのかを理解して、行動にうつす。

事例3

1) 延長コードの接続の確認

- ・病棟医長が該当医師に対して、ジェネレーターと延長コードの接続部のロック方法を指導した。

2) 患者移動手順の徹底

- ・患者移動時は、ジェネレーター、延長コード、ペーシングリードの接続が確実にできているかを確認する。
- ・延長コード等が身体の下に入らないように注意しながら十分な人数で実施する。

(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、平成16年～平成22年は毎年5件以下であったが、平成23年は10件、平成24年は本報告書分析対象期間9月30日現在で11件であり、増加傾向にある。

そこで、本報告書では、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26件について分析した。

①医療事故の内容

ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故 26 件の事故の内容を分類し図表Ⅲ - 3 - 8 に示す。骨折が最も多く 9 件であり、次にドレーン・チューブ類の抜去が 6 件であった。

図表Ⅲ - 3 - 8 事故の内容

事故の内容	件数
骨折	9
ドレーン・チューブ類の抜去	6
切創・裂傷など	4
打撲	3
意識消失	2
誤嚥性肺炎	1
不明	1
計	26

②患者が移動した目的および移動したベッドの種類

ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故 26 件を、移動の目的を図表Ⅲ - 3 - 9 に示し、移動したベッドの種類で分類し、図表Ⅲ - 3 - 10 に示す。移動の目的は、入浴が 12 件と最も多く、次いで検査が 6 件、手術が 4 件であった。

図表Ⅲ - 3 - 9 ベッドからベッドへ患者移動した目的

移動の目的	件数
入浴	12
検査	6
手術	4
他科受診	1
透析	1
処置	1
その他	1
計	26

図表Ⅲ - 3 - 10 ベッドからベッドへ患者移動した目的と移動の種類

移動の目的	移動の推移	件数
入浴		12
	【入浴前の移動】	
	ベッド⇒移動用ストレッチャー	1
	ベッド⇒シーティング (座位の姿勢を保持する道具)	1
	ベッド⇒入浴用ストレッチャー	1
	スケールベッド⇒入浴用ストレッチャー	1
	【入浴後の移動】	
	入浴用ストレッチャー⇒ベッド	2
	リフト入浴器⇒ストレッチャー	1
	移動用ストレッチャー⇒ベッド	2
	入浴用ストレッチャー⇒移動用ストレッチャー	3
検査 (CT、MRI、胃透視、血管造影など)		6
	【検査前の移動】	
	ベッド⇒移動用ストレッチャー	1
	移動用ストレッチャー⇒検査台	1
	ベッド⇒検査台	2
	【検査後の移動】	
	検査台⇒ベッド	1
	移動用ストレッチャー⇒ベッド	1
手術		4
	【手術直後の移動】	
	手術台⇒移動用ストレッチャー	2
	手術台⇒術後ベッド	1
	【病棟への移動】	
	移動用ストレッチャー⇒ベッド	1
他科受診	ベッド⇒移動用ストレッチャー	1
透析	ベッド⇒移動用ストレッチャー	1
処置	ベッド⇒移動用ストレッチャー	1
その他 (日中電動ストレッチャーで過ごすため)	ベッド⇒電動ストレッチャー	1
	計	26

入浴の事例 12 件のうち、入浴前の移動は 4 件であり、入浴後の移動は 8 件であった。報告された事例では、入浴前の移動は時間や人手などを調整し準備して行うことができるが、入浴後の移動は、十分な時間の余裕や人手を確保することの難しい現状があると考えられる。

検査の事例 6 件のうち、検査前の移動は 4 件であり、検査後の移動は 2 件であった。一般に検査の時間は決まっているので、事前に準備をしておく場合もあるが、多くは検査室からの呼び出しに応じて移動の準備を行う。報告された事例では、医療者は、検査を受ける他の患者に遅れが生じないように急いで移動を行っている現状があると考えられる。

手術の事例 4 件のうち、手術直後の手術台からの移動は 3 件であった。手術直後、医師や看護師など多くの医療者が対応できる状況にもかかわらず、移動の際の医療事故が発生していた。

次に、移動の目的別に事故の内容を整理し、図表Ⅲ - 3 - 11 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 1 1 移動の目的および事故の内容

移動の目的	事故の内容	件数
入浴		12
	骨折	6
	切創・裂傷など	4
	ドレーン・チューブ類の抜去	2
検査		6
	打撲	3
	骨折	1
	意識消失	1
	誤嚥性肺炎	1
手術		4
	ドレーン・チューブ類の抜去	3
	不明	1
他科受診		1
	骨折	
透析		1
	意識消失	
処置		1
	ドレーン・チューブ類の抜去	
その他		1
	骨折	
	計	26

事故の内容は、入浴の際の骨折が6件と最も多かった。ストレッチャー等で入浴介助が必要な患者は骨組織が脆く易骨折性の状態である場合や、感覚障害や意識障害がある場合もあり、医療者は、患者移動の際に、患者が良肢位であるかどうかとともに、移動した後に四肢の位置がどのようになるか想像した上で、必ず医療者が体位を確保することが重要である。また、手術の際の医療事故はドレーン・チューブ類の抜去が3件あった。これは手術直後に手術台からベッド（あるいはストレッチャー）に移動する際に、患者に挿入されているドレーンやチューブ類の安全性の確認などの、全体の指揮を執る役割を持つ医療者が明確にされていなかったことが推測され、チームの中でそのような役割を担う医療者を明確にしておくことの重要性が示唆された。

③事故の経緯

報告された事例26件について、図表Ⅲ - 3 - 1 1 に示す内容のうち、「骨折」「ドレーン・チューブ類の抜去」「切創・裂傷など」「打撲」「意識消失」「誤嚥性肺炎」のそれぞれについて、事故の経緯を図表Ⅲ - 3 - 1 2 に整理した。骨折を生じた経緯には、移動中に上肢が垂れ下がったり、挟み込んだりすることが挙げられており、移動時のみではなく移動中に自分の身体を保持できない患者の四肢がどのように動くのかを想定して肢位や体位を調整することの必要性が示唆された。

意識消失の経緯には、ペースメーカーのラインの接続が外れたり緩んだりしたことが挙げられており、また誤嚥性肺炎では酸素ボンベが斜めに倒れ酸素加湿水が逆流したことが挙げられている。これらは患者の病状に大きく影響を与える可能性があり、医療機関において予防策の検討が必要と考えられる。

図表Ⅲ - 3 - 1 2 事故の経緯

事故に至った出来事	
骨折	<ul style="list-style-type: none"> ・ 右上肢を下ろすと屈曲しない方向に腕が位置していた ・ 患者の腕が下がったため重力により上腕骨が骨折した可能性がある ・ 右上肢が体幹部の下敷きになっていた ・ 患者を抱きかかえた時、右上肢が垂れ下がり、背中の中へ入り込むような状態となった ・ 一人で抱きかかえ移乗しようとした。ベッドへ寝せようとした際に、ベッドの頭側が動いたため、慌てて両手に力を入れて患者の身体を自分の方へ引き寄せた ・ 移動時左上腕を胸部とストレッチャーの間に敷き込んだ状態となった ・ 移乗後、右下肢が撮影台に取り残され、右下肢は外転・外旋されていた ・ 不明 2件
ドレーン・チューブ類の抜去	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胃ろうチューブの先端をガードしている部分がベッド上に置いてある DVD のコードに引っかかった ・ 腎カテーテル・尿道カテーテルのチューブがストレッチャー下方に引っかかった事に気が付かず、ストレッチャーを動かした ・ 患者の下側に挿入したスライダーにドレーンが引っかかった ・ ベッドを移動したと同時にドレーンが抜けた ・ 移動の際シートにはドレーンを固定していたテープが張り付いていたのに気が付かず、移動直後にシートを除去した ・ 移動の声掛けをする者が、気管内チューブを人工呼吸器から外した事を確認していなかった
切創・裂傷など	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の前腕がベッド柵にぶつかった ・ ストレッチャーは左側にあったが出浴ボタンは右側を押し、患者は 90cm の高さから担架ごと落下した ・ 機器を上昇させる際に機械内部のベルトに左手指を巻き込まれた ・ 出浴する際、ストレッチャーの架台が無いことに気づかずスライドし、レールからエレベートバス担架が外れ担架毎転落した
打撲	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレッチャー上の上部に置いていた SpO₂ モニターを処置ベッドに先に移そうとして、ストレッチャーの枠に当たってバランスを崩し児の頭部（額辺り）に当てた ・ 検査台とストレッチャーの間が空き身体が下がり、検査台とストレッチャーの間、約 55cm の高さから、ずり落ちる様に、移動用マットと共に殿部から転落 ・ 患者移動のために使ったロールボード（患者の移し変えを楽にさせる器具）が前額部にあたった
意識消失	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一時的ペースメーカのジェネレーターとペーシングリードの延長コードとの接続が外れた ・ ペースメーカラインの接続に負荷がかかった可能性がある
誤嚥性肺炎	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の左側に酸素ポンペを斜めに立てかけていたところ、横に倒れ酸素加湿水が逆流し、患者がむせ込み SpO₂ 74～78%まで低下
不明	<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレッチャーとベッドの間に看護師が入ろうとし、声かけをせずにストレッチャーを動かしたため、ベッドとストレッチャーの間に隙間が生じ、患児が寝返りをしてベッドとストレッチャーの隙間に転落

④事故の程度

ベッドからベッドへの移動に関する事例において、事故の程度が「死亡」とされた事例はなく本報告書分析対象期間の事故の程度（図表Ⅱ - 2 - 1 5、4 2 頁）と比較すると、患者が死亡に至る可能性は小さいと考えられるが「障害残存の可能性が高い」とされた事例の割合は、ほぼ同じであった（図表Ⅲ - 3 - 1 3）。

図表Ⅲ-3-13 事故の程度

事故の程度	件数	%
死亡	0	0
障害残存の可能性ある(高い)	3	11.5
障害残存の可能性ある(低い)	6	23.1
障害残存の可能性なし	6	23.1
障害なし	10	38.5
不明	1	3.8
合計	26	100

(5) まとめ

第13回報告書および第23回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が報告され「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。その後、類似事例は増加傾向にあり、本報告書分析対象期間にも3件の報告があった。

本報告書では、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26件について、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示した。

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。

Ⅲ

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

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

