

○インシデントアクシデント報告から講じた医療安全対策事例

領域別	インシデントアクシデント報告概要	要因分析	安全対策
薬剤	<p>パクリタキセル(抗がん剤)初回投与時、点滴開始 1 分後に患者が顔面紅潮となり、2 分後に呼吸苦、意識低下を起こした。</p>	<p>抗がん剤の副作用によるアナフィラキシーショックであると判明。また、同様の副作用の64%は 1 回目の投与時に発現しているとの国内報告が確認された。</p>	<p>パクリタキセル投与時の経過観察を次のとおりルール化した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師は投与開始後 10 分間(呼吸苦等の発生が予想される危険時間)はベッドサイドで患者の急変に備える。 ・可能な限り、心電図モニターを装着し監視する。 ・医師は 10 分経過後も、急変に直ちに対応できる体制をとる。
薬剤	<p>手術目的の入院患者が塩酸チクロピシン(抗血小板薬)を服薬していたことが、手術の直前で判明したため手術が中止となった。</p>	<p>入院患者が抗血小板薬・抗凝固薬を服用していたことの確認が不十分であり、医師が服薬中止を指示することが出来なかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・抗血小板・抗凝固薬一覧を作成し病棟、外来に配布した。 ・手術や検査の準備時、外来において患者が服用している薬剤を調べ、これに基づいて医師は中止すべき薬剤を指示する手順をルール化した。
薬剤	<p>輸液ポンプによる点滴で、薬剤を流量 12ml/h で追加する指示があったが、予定量 112ml/h で流量設定をしてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予定量の設定をする時に流量画面であることを確認しないで「112」(112ml/h)を入力した。 ・スタート前に流量の再確認をしなかった。 ・スタートしてから滴下状態を見なかった。 	<p>輸液ポンプによる与薬手順を徹底するため、全ての職員の作業手順を再チェックした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプの開始ボタンを押す前に流量と予定量の確認をする。 ・開始直後に滴下管の滴下速度を目で確認する。
ドレーン・チューブ類の管理	<p>二股口EDチューブ(注1)で片方の口から栄養剤を入れたが、もう片方の口から漏れ出てしまった。</p>	<p>二股口EDチューブの構造的な問題。</p>	<p>汎用性が高い二股口EDチューブを採用していたが、改めて、利用状況を確認したところ、単口の ED チューブで足りることが判明したため、標準採用品を単口に変更した。</p>

療養上の世話 (転倒)	内視鏡検査でフルニトラゼパム(催眠鎮静薬)を使用した患者が、検査終了約1時間半後に自力でポータブルトイレに移動しようとして転倒した。	<ul style="list-style-type: none"> ・覚醒が不十分でふらつきがあった。 ・ひとりで移動しようとした。 	<p>フルニトラゼパム(催眠鎮静薬)使用ルールに、次の事項を追加した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使用基準量を0.01mg/kgに統一した。 ・使用后2時間はベッド上での安静を義務付けた。
療養上の世話 (転落)	小児用ベッドから患児が転落した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドからの転落は、家族が柵を下ろした状態でこどもから目を離した状況で起こっている。 ・ベッドは、高さが80cmあり、日常生活では使用されていないため、家族が転落についての危機意識が低い。 ・転落の85%は2歳以下、特に1歳以下が最も多い。寝返りや、柵にもたれかかった時、体を支持できずに転落する。 ・入院が1週間以上経過し、入院当初の緊張が薄れてくる時期に起こる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド転落がどのような状況で起こるのか、実際の損傷状態の写真を挿入したビラを作成し、掲示や家族に配布した。 ・全てのサイレンサーベッドに「柵を上げてください」のシールを貼付した。 ・ベッド選択チャートの作成。 ・必要物品をすべて準備してからオムツ交換を行う(家族にも指導)ことをルール化した。 ・柵を下ろして、患者に対し何かをしている状況下では後ろから声をかけないことをルール化した。
手術	外来手術予定患者と外来で処置を受ける患者とを取り違えて、手術室へ誘導した。その後、手術室看護師が、患者氏名を確認したところ、患者誤認をしていたことに気づいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・外来処置室で行う予定の患者を、誤ってホワイトボードの外来手術患者一覧に記載されていたため、看護師が患者確認をし、手術室へ誘導した。 ・外来手術患者には、患者確認用のリストバンドを装着していない。 	<p>手術室で手術を行う患者全てに、リストバンドを装着してもらい、入室時に患者認証をするよう、運用を変更した。(外来手術患者にも、リストバンドを着用してもらう)</p>
その他 (医療機器)	SPO2(経皮的酸素飽和度)センサー(注2)装着中に皮膚発赤(褥瘡)があった。	<p>安定した値の表示がされない場合は、センサー一部を締め付けて装着していた。その行為が逆に、血行障害となり褥瘡が発生した。</p>	<p>販売業者を交えての勉強会を開催し、次の項目をルール化した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・センサー一部にクッションシールを必ず貼る。 ・各勤務毎(8時間毎)にセンサーを貼り換え位置を変える。 ・汗や皮膚落屑で汚れたセンサーは速やかに交換する。

その他 (医療 機器)	患者急変時、救急カートのアンビューバッグ(注3)で換気するために、バッグを強く押したところ、バッグの底部が外れてしまった。直ちにジャクソンリース(注4)に変更し、蘇生を行った。	・救急カートには、組立て型のアンビューバッグを装備していた。 ・説明書では、バッグの中央を手で押すようになっていたが、バッグの後部を強く押したため、底部が外れた。	・販売業者から、類似事例について確認したところ、同様の事故があったことを踏まえ、安全に使用できる製品を調査・検証を行った。 ・それまで使用していた組立て型のアンビューバッグから、底部と本体が一体になったアンビューバッグに交換した。
その他 (患者 行動)	不穏状態で隔離室に入院した患者のポケットから、持ち込み禁止である危険物(マッチ)が出てきた。	隔離室へ入室する時は、必ず看護師が点検を行うが、職員により点検の程度に差があり、危険物の持込を完全に防ぐことが出来なかった。	隔離室へ入院する場合は、病院の病衣に更衣する。
その他 (無断 離院)	老人性認知障害の患者が、無断で自宅に戻ってしまった。	普段から病棟入り口付近に立って過ごしていることの多い患者であり、業者等の出入りの際、一緒に出て行った可能性が高い。(離院の経緯を患者に確認するが認知障害もあり不明)	離院の可能性がある患者等が入院している場合は、病棟出入口に「ビクリマーク [◆] 」を表示し、業者等に周知して、病棟内に入る際、インターホンにより職員に一報するようルール化した。
その他 (院内 施設)	患儿が病棟内の電話ボックスと壁の隙間で遊んでいた。大人が入れない死角になるペースであり、危険であった。	子どもにとっては退屈な入院生活の中で、格好の遊び場所となり得るが、大人には思いもつかない場所であったため、危険防止策が講じられていなかった。	・医療安全巡回時のチェック項目に、子供の目線で病院内の危険箇所を探し、危険防止策を講じることを追加した。 ・本件については隙間を塞ぐ対応をした。
その他 (院内 施設)	他施設で、エスカレーターの事故が発生し、外来エリアの職員に確認したところ、緊急停止ボタンの位置や作動方法が周知されていなかった。	エスカレーターでの転倒事故防止対策が明確になっていない。	・病院職員の全職種を対象に、エスカレーターの緊急停止方法の伝達講習会を開催した。 ・院内ニュースで、緊急停止方法を全部署に配布し周知した。

(注1) ED チューブは、栄養補給のために口や鼻から十二指腸まで入れる栄養カテーテル。

(注2) SPO2(経皮的酸素飽和度) センサーは、皮膚を通して体の中の酸素レベルを測定する機器。

(注3) 人工呼吸時に使用する。アンビューバッグは自動的にバッグが膨らみ、酸素ボンベがなくても空気を利用して酸素を投与する。緊急時に使用する。

(注4) ジャクソンリースは、数気圧の圧を供給するボンベ類に接続し、バッグを膨らまして酸素を投与する。重症な呼吸器疾患や緊急時に使用する。