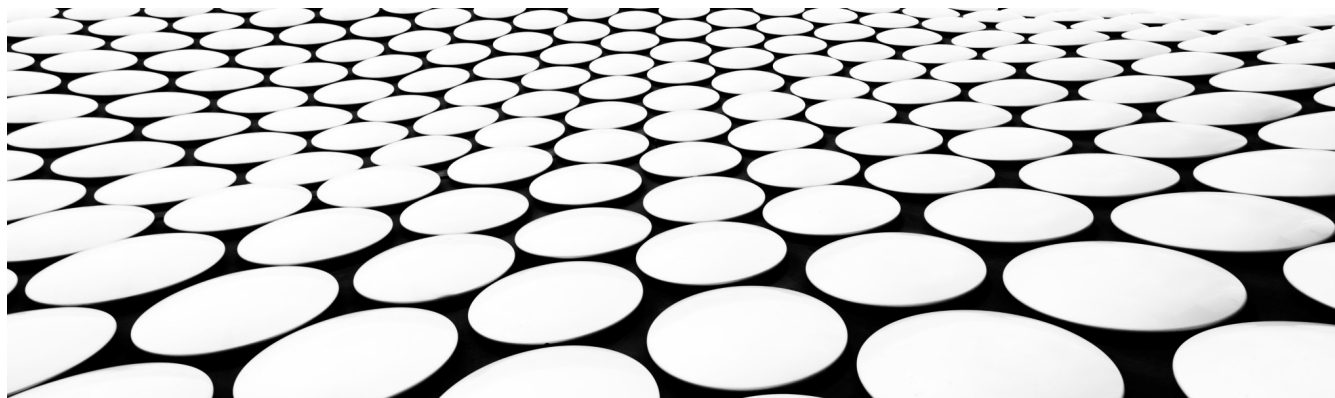


第41回医療安全管理者ネットワーク会議

2023年9月30日(土)
11:00~16:30
オンライン開催



主催:医療の質・安全学会 医療安全管理者ネットワーク委員会

企画協力:ニプロ株式会社

第 41 回 医療安全管理者ネットワーク会議

目次

1. Zoom 参加にあたっての注意事項	2
2. プログラム	2
3. 昼休憩のご案内	3
4. 受講証明書について	3
5. 趣旨説明	5
6. 講演資料	15
7. グループワーク①	49
8. グループワーク②	49

Zoom参加についての注意事項

- 録音および録画は禁止しています。
- ご自身のマイクはミュートにしてご参加ください。
- ご質問は、チャット機能をご利用ください。対応可能な範囲でご回答いたします。
- PC、Zoomの技術的なご質問、ネット通信環境のご相談はご遠慮ください。
- グループワークではできる範囲でカメラONとしてください。

企画協力  NIPRO

第41回医療安全管理者ネットワーク会議

■午前 11:00～12:30

- 11:00～11:10 開会挨拶
- 11:10～11:30 ネットワーク会議趣旨説明
- 11:30～12:10 グループワーク① ※アイスブレイク含む
「コロナ禍で出来た事、出来なかった事、工夫した事」(過去の振り返り)
- 12:10～12:30 全体発表

■休憩 12:30～13:30

ニプロ株式会社から情報提供配信

■午後 13:30～16:30

- 13:30～14:25 講演:「コロナに係る事例分析から見えて来たもの」
講師:坂口美佐 先生
(公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長)
- 14:25～14:35 質疑
- 14:35～14:45 休憩
- 14:45～15:35 グループワーク②
「3年間の経験で学んだ事から、次に活かせること」(将来への展望)
- 15:35～16:15 全体発表
- 16:15～16:25 医療安全管理者へのメッセージ
- 16:25～16:30 閉会挨拶 ※終了後にアンケートのご協力をお願いします

企画協力  NIPRO

※変更になる可能性がございます。

昼休憩のご案内

HN LINE

ニプロ 医療機器データ通信サポートシステム

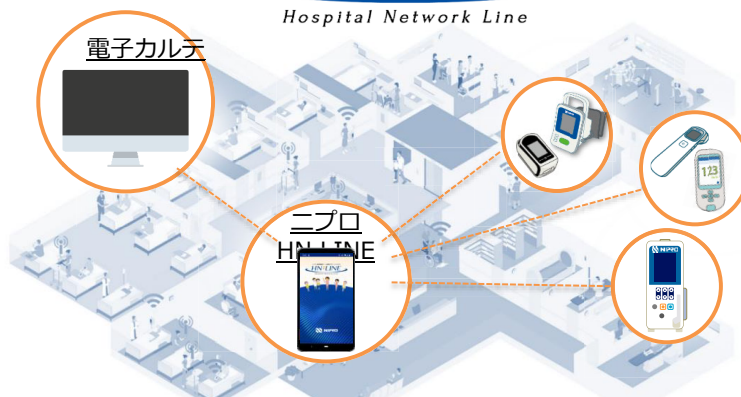


■昼休憩■

12:30～13:30

ニプロ株式会社より

情報提供を配信します



企画協力  NIPRO

受講証明書について

■発行要件

次の時間帯の参加履歴（Zoom接続履歴）が確認できた方

- ・「開会挨拶」～「午前の部終了」（11:00 ～ 12:30）
- ・「午後の部開始」～「閉会挨拶」（13:30 ～ 16:30）

※午前の部の終了時間、および午後の部の時間は、当日の運営状況により多少前後する
可能性がございます。

■発行方法

該当者に、事務局から「受講証明書」のダウンロードURLを記載した
メールを送信いたします。

URLにアクセスしてご自身でダウンロードしてください。
メール送信予定日は、10月上旬を予定しています。

企画協力  NIPRO

医療安全管理者の本当の‘仕事’ ～コロナ禍で出来た事、出来なかった事～

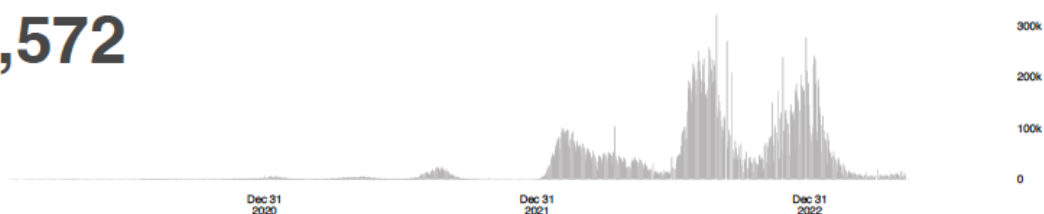
奈良県総合医療センター
安宅一晃

Covid-19 パンデミック

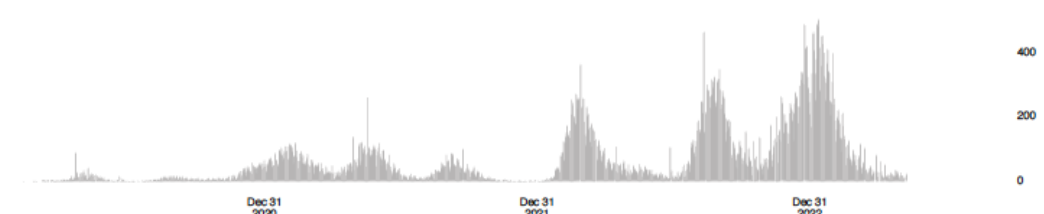
Japan Situation

Daily Weekly

33,803,572
confirmed cases

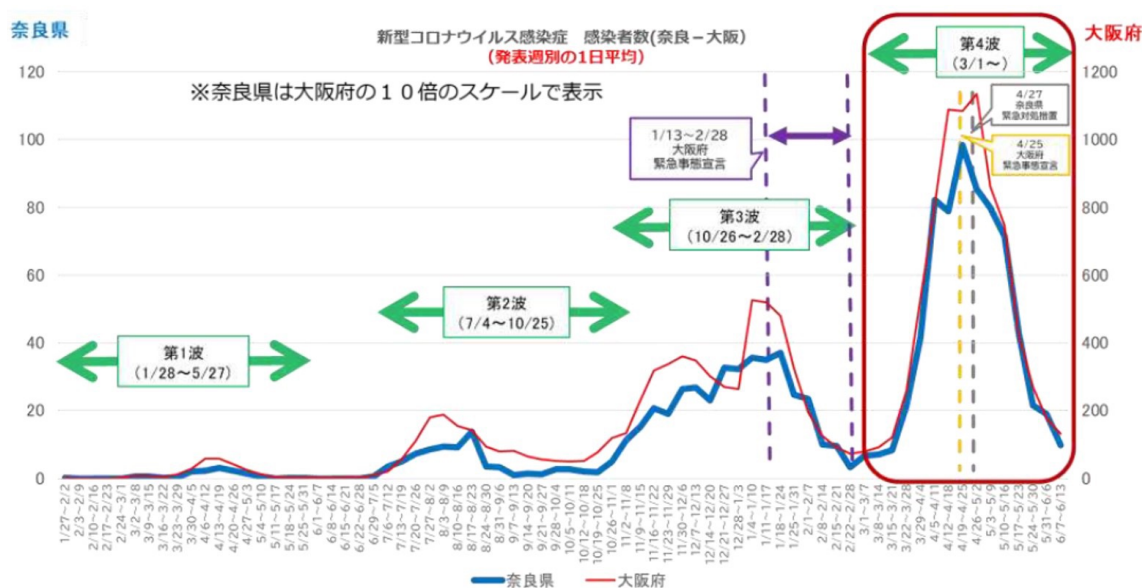


74,694
deaths



Source: World Health Organization

奈良県 : Covid-19感染者数



当院重症例 : 第1例目

72歳男性、

既往歴 : 潰瘍性大腸炎治療中、腰椎圧迫骨折

現病歴 : 3月16日 温泉旅行

3月28日頃 感冒様症状

4月 4日 近医受診内服薬を処方

4月 7日 38度台の発熱、再度近医受診

胸部単純写真で右下肺野に浸潤影

4月 8日 当院入院、酸素 2 L/minでもSpO2 94%

4月12日 SARS-CoV-2 PCR陽性

4月13日 呼吸状態悪化、気管挿管後ICUに入室

Covid-19に関する情報（第1波頃）

- 接触感染以外にも、空気感染の可能性あり
- 耳や目の粘膜からウイルス入る可能性あり
- 陰圧室が必須
- N-95、ダイベック、手袋2枚、ゴーグル
- 聴診器は使用しない
- 気管挿管後は陰圧室でも30分以上滞在
- 気管支ファイバーは禁忌
- 心肺停止してもまず医療者を守る

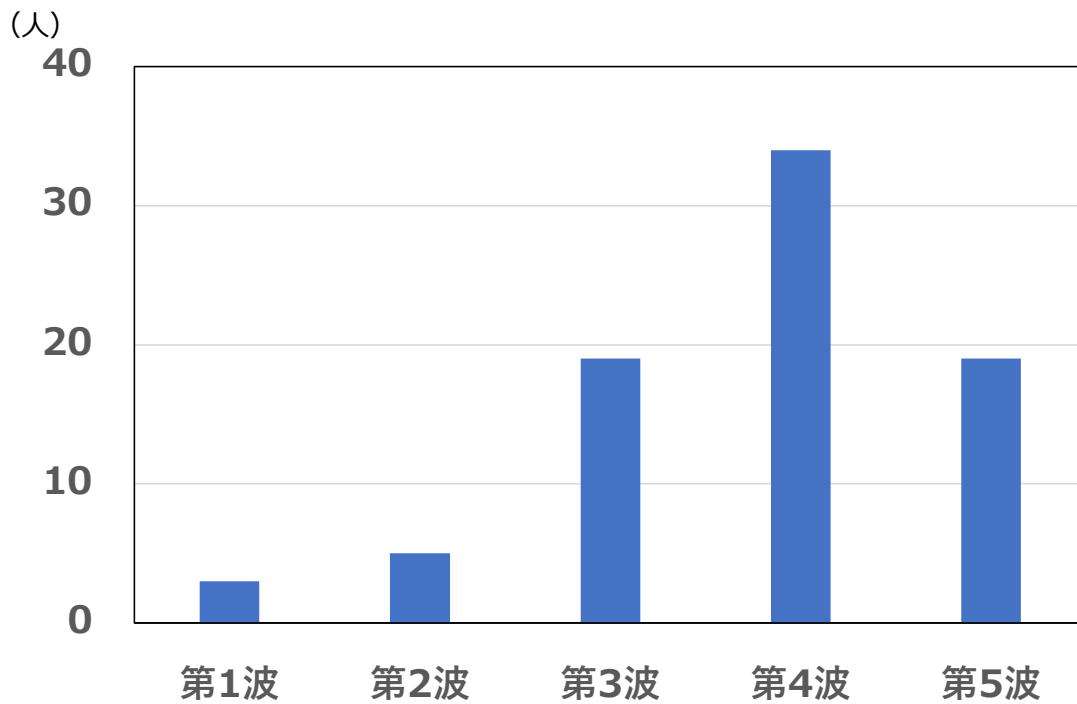




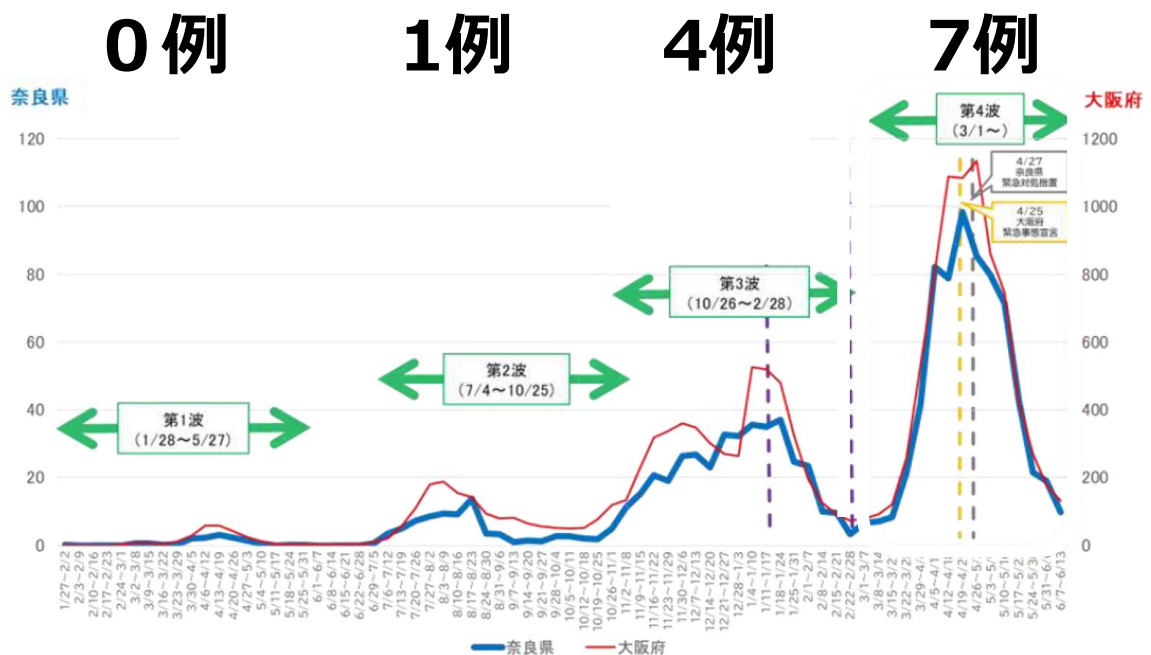
現場では

- ルールは遵守
- RedゾーンとGreenゾーンの伝達方法
- 治療方針の確認
- 処置時のタイムアウト実施
- 症例を経験する毎に治療のプロトコル化
- 最新の治療に関して論文を吟味

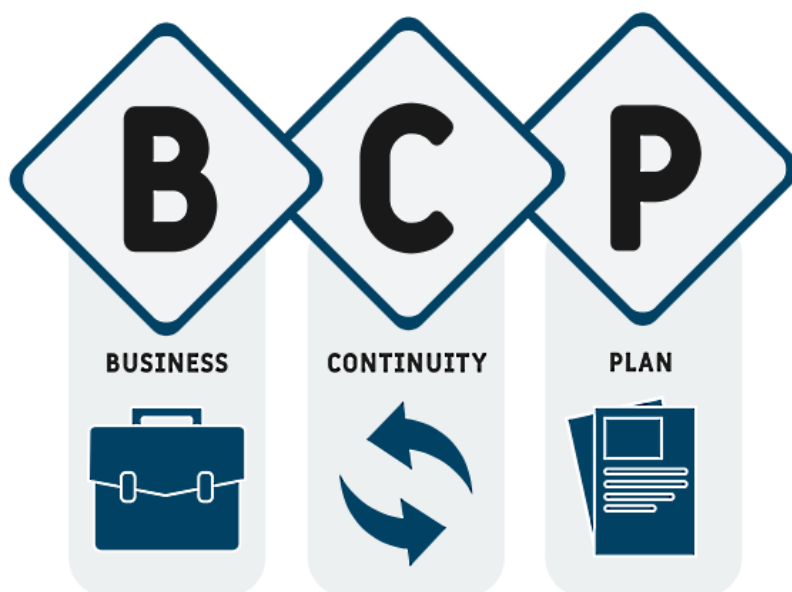
当院のCovid-19重症患者数



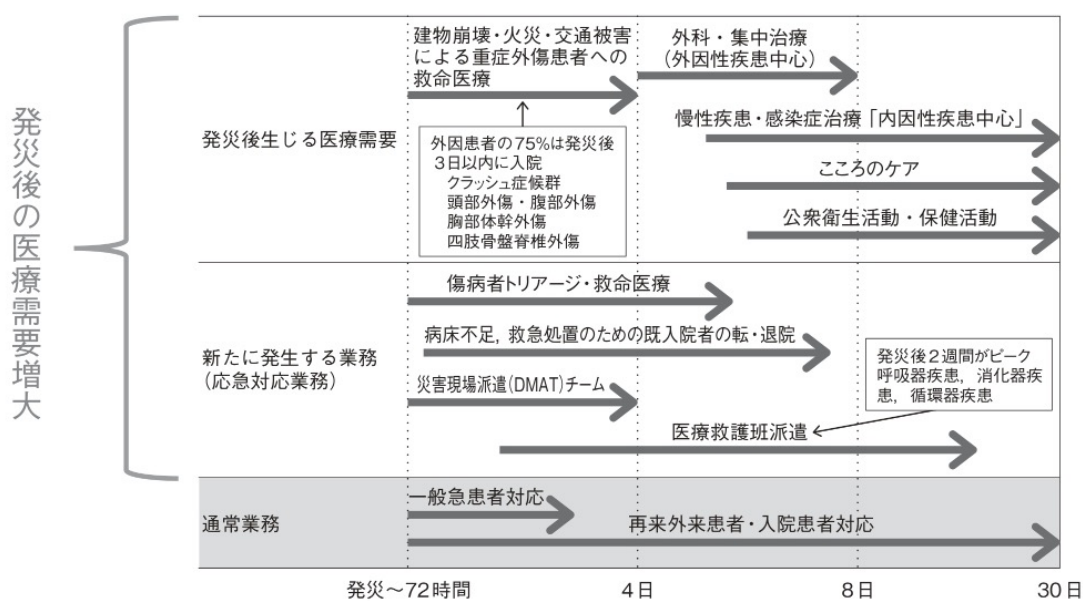
当院のインシデント件数



事業継続計画

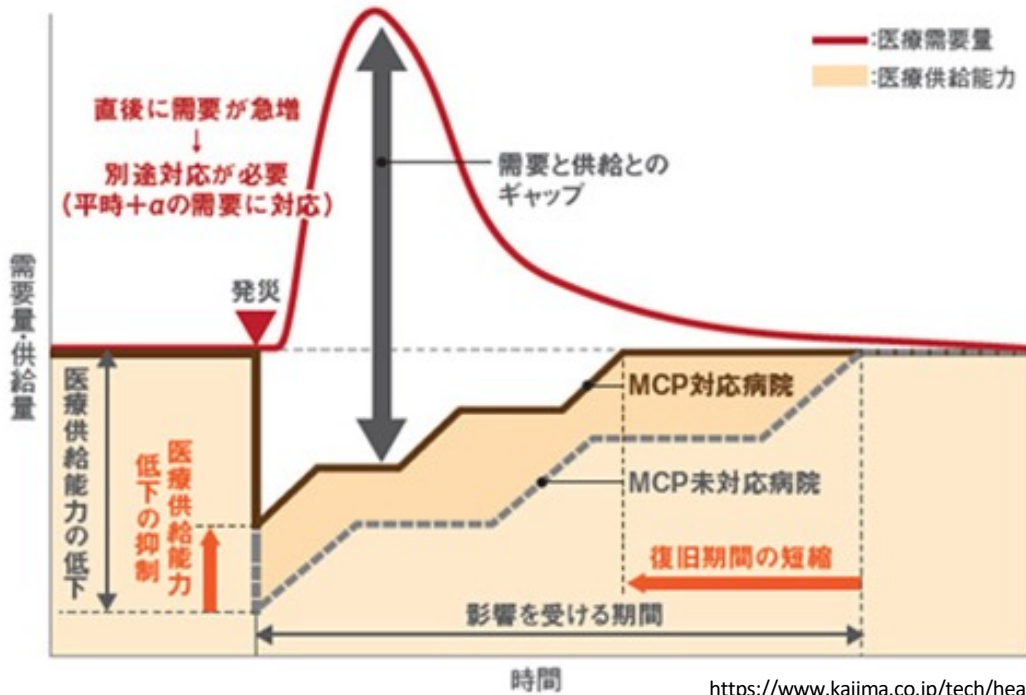


発災後の医療需要増大



佐々木 勝. ビジネスインパクト分析 (BIA) .20-24. 使える病院BCP. 第1章1-6. K株式会社新興医学出版社, 2019, 東京

病院のBCP



発災後の重要業務 病院と一般企業の違い

BCPのもと重要業務を遂行する



資源欠乏下、場合によっては平常時以上の業務を強いられる

許容される時間内に操業度を復帰させる
許容限界以上のレベルで事業を継続させる

佐々木 勝. ビジネスインパクト分析 (BIA) .20-24. 使える病院BCP. 第1章1-6. K株式会社新興医学出版社, 2019, 東京



Contents lists available at ScienceDirect

Progress in Disaster Science

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pdisas



Invited ViewPoint

Are we there yet? The transition from response to recovery for the COVID-19 pandemic



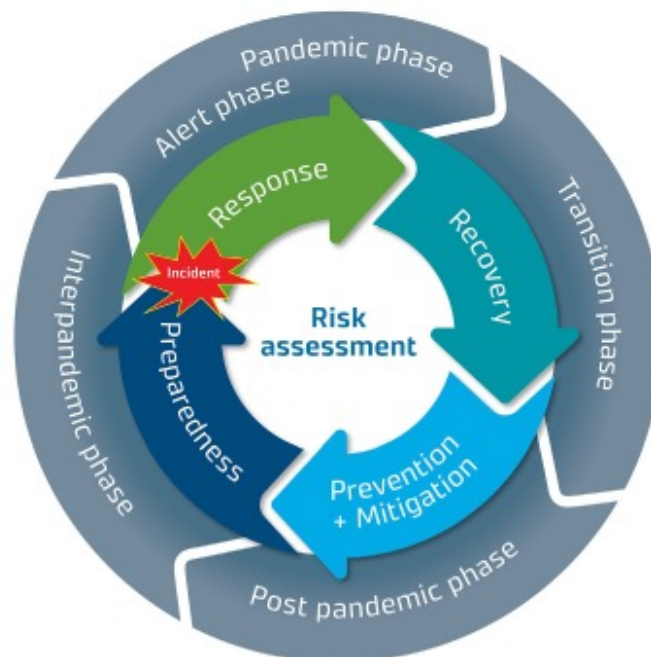
Bapon (SHM) Fakhruddin ^{a,b,*}, Kevin Blanchard ^c, Durga Ragupathy ^a

^a Tonkin + Taylor, New Zealand

^b Committee on Data of the International Science Council (CODATA), 105 Carlton Gore Road, New Market, Auckland 1213, New Zealand

^c DRR Dynamics Ltd, United Kingdom

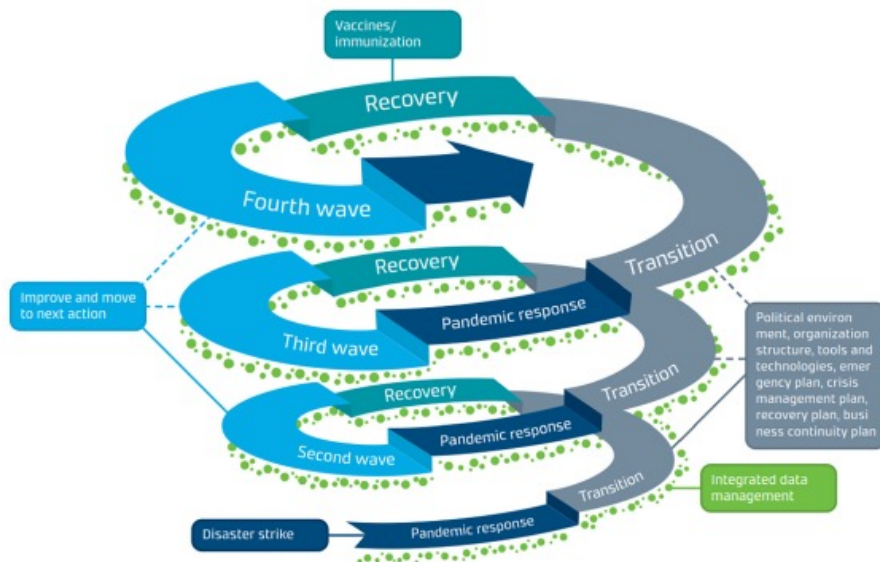
災害リスク管理サイクル



災害リスク管理サイクルーワクチンありー

B. (S.H.M.) Fakhruddin et al.

Progress in Disaster Science 7 (2020) 100102



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

第41回医療安全管理者ネットワーク会議

医療安全管理者の本当の‘仕事’
～コロナ禍で出来た事、出来なかった事～

次のパンデミックに備える資料として
今回のセミナーを企画

医療安全管理と 新型コロナウイルス感染症 －事例から見えてきたもの－

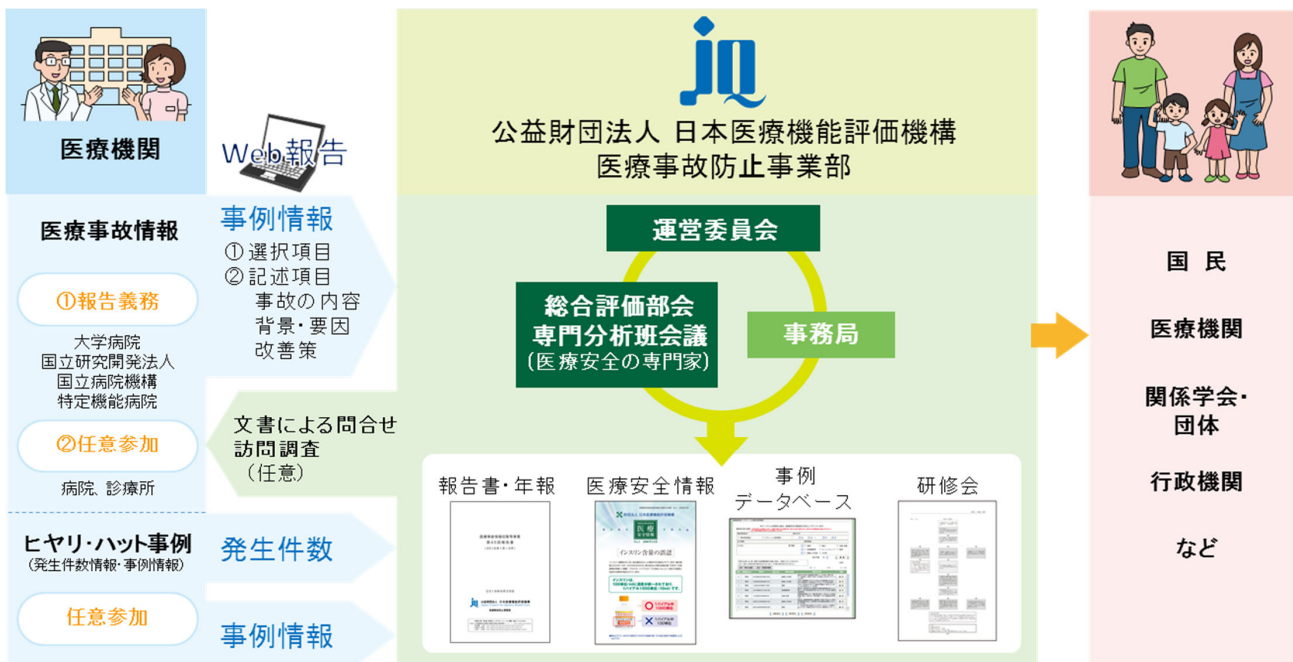
公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部
坂口 美佐

本日の内容

1. はじめに～医療事故情報収集等事業について
2. 新型コロナウイルス感染症に関連した事例
 - ① 新型コロナウイルス感染症患者の治療・看護の過程で発生した事例
 - ② 感染対策に関連した事例
 - ③ その他の影響に関連した事例
 - ④ ワクチン接種に関連した事例
3. おわりに～事例から見えてきたもの

1. はじめに 医療事故情報収集等事業の概要

医療事故情報収集等事業



医療事故情報収集等事業の目的

医療機関から医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例を収集し、分析・提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

医療事故の発生予防・再発防止

情報は匿名化して取り扱う
懲罰的な取り扱いをしない

5

医療事故情報として報告していただく事例

- ① 誤った医療または管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
- ② 誤った医療または管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。
- ③ ①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

過誤の有無や障害の程度にかかわらず、幅広く事例を収集

6

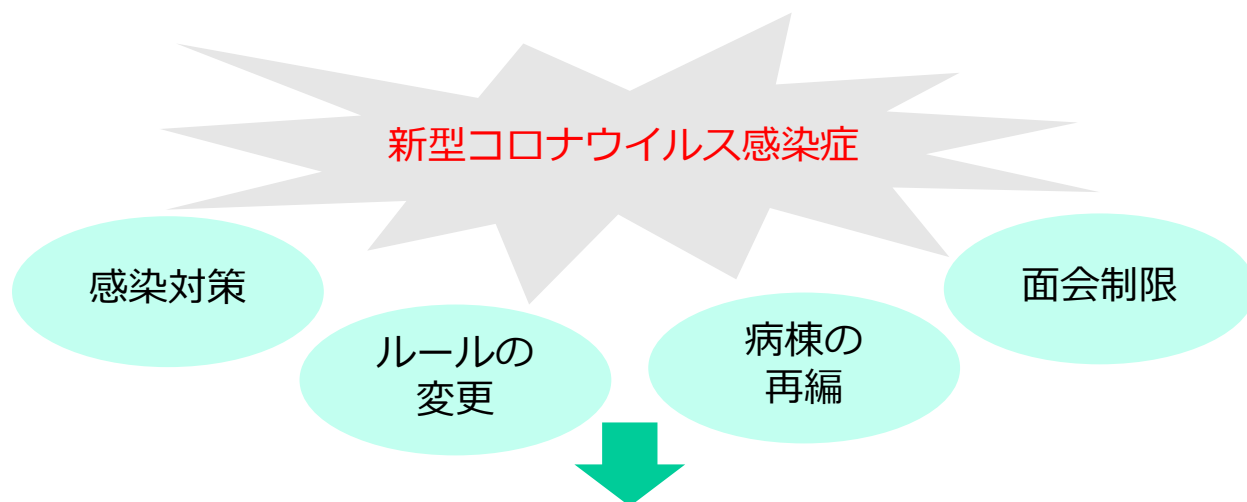
医療事故情報収集等事業の成果物



すべてホームページから閲覧・ダウンロードできます
<http://www.med-safe.jp/>

2. 新型コロナウイルス感染症に関連した事例

新型コロナウイルス感染症に関連した事例



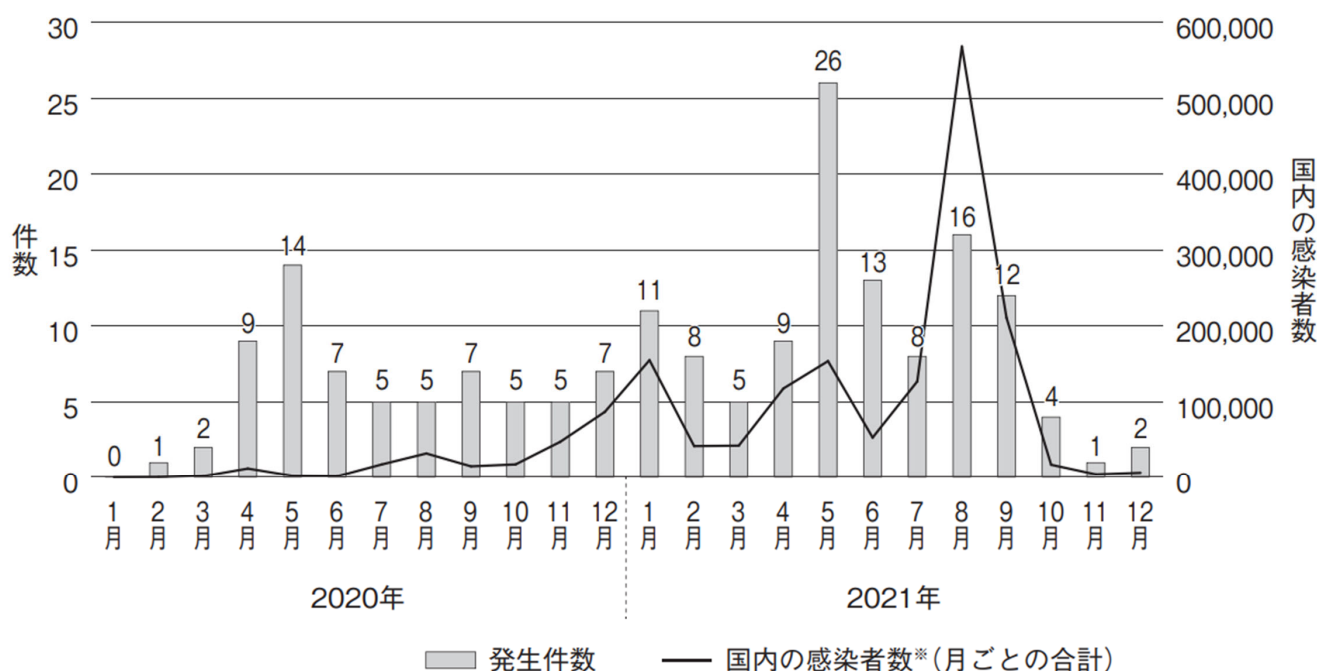
どのような医療事故情報が報告されているか？

2020年の報告事例 56件→第64回報告書（2021年3月）
 2021年の報告事例126件→第68回報告書（2022年3月）

9

発生月別の事例の件数

図表Ⅲ－２－２ 事例の発生月別の件数と国内の感染者数



※国内の新規感染者数の情報はNHKのホームページ¹⁾より引用

報告書・分析テーマの閲覧

ホームページ <https://www.med-safe.jp/>

事業の内容と参加方法

参加登録 医療機関一覧

HOSPITAL

参加登録

事例報告 ログイン

医療安全情報 X提供 医療機関一覧

本事業は、医療機関から医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を収集し、分析・提供することにより、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としています。

報告書

分析テーマ

再発・類似事例の分析

年報

集計表

集計表検索

薬局ヒヤリ・ハット

事例検索

関連文書

利用ガイド

お問合せはこちら

分析テーマを見るには

2021年 (第65回~第68回)

第68回報告書

その他 患者間違いに関連した事例①

その他 **新型コロナウイルス感染症に関連した事例 (2021年)**

第67回報告書

薬剤 外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例②

医療機器等 療養上の世話 医療関連機器圧迫創傷 (MDRPU) に関連した事例

第66回報告書

薬剤 外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例①

2021年 (第65回) 薬剤 カテコラミン製剤の交換が遅れたことにより持続投与が中断した事例

第65回報告書

その他 研修医に関連した事例②

薬剤 サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例

2020年 (第61回)

薬剤 メイロン静注7%/8.4%250mL 製剤を誤って処方した事例

2019年 (第57回)

医療機器等 ドレーン・チューブ 発声機能付き気管切開チューブ・スピーチバルブの取り扱いや管理に関連した事例

2018年 (第53回)

新型コロナウイルス感染症に関連した事例

- ① 新型コロナウイルス感染症の患者の治療・看護の過程で発生した事例
- ② 感染対策に関連した事例
- ③ その他の影響に関連した事例
- ④ ワクチン接種に関連した事例

13

① 新型コロナウイルス感染症の患者の治療・看護の過程で発生した事例

分類	主な内容	報告件数	
		2020年	2021年
治療・処置	急変、歯の誤飲、出血など	0	13
	ECMO関連	1	8
チューブ等	事故抜去、自己抜去など	2	8
薬剤	処方間違い、血管外漏出など	2	8
医療機器等	人工呼吸器の回路接続間違いなど	0	3
検査	検体取り違え、患者取り違えなど	1	2
療養上の世話	温タオルによる熱傷など	0	2
患者要因	転倒、自殺など	3	15
その他		4	0
合計		13	59

(第64回報告書、第68回報告書より改変) 14

ECMO回路への空気の混入

【事故の内容】

1. 研修医が患者の右鼠径部に挿入されている動脈ラインより血液を採取しようとした際、同部位に挿入中のECMOの脱血管の側管と誤認し、同箇所より採血を試みた。
2. その際、脱血管の三方活栓が全方向開放となり、多量の空気が脱血管内に混入し、ECMOが停止した。
3. 鉗子で脱血管、送血管の患者側をクランプしながら、他のスタッフに急変を知らせた。同時に医師、臨床工学技士に連絡した。
4. 患者のSpO₂は23%に低下した。ジャクソンリースバッグ加圧を開始し、ECMOの回路を交換した。

(第68回報告書) 15

ECMO回路への空気の混入

【報告された背景要因】

- 動脈ラインの採血箇所とECMO回路内の側管を誤認した。
- 通常、動脈ラインは橈骨部か鼠径部から挿入されていることが多いが、当患者は右足背から挿入されており、研修医はそのことを把握していなかった。
- 動脈ラインの固定板が、ECMO本体付属の支柱棒に固定されており、動脈ラインのルートとECMOの回路・ルートが混在している状態だった。
- 研修医はECMOの管理経験がなかった。
- 看護師とのコミュニケーションが取れていなかった。

(第68回報告書) 16

CVルートへの接続の緩みによる空気塞栓症

【事故の内容】

1. 新型コロナウイルス感染症の疑いのため個室隔離中の患者からナースコールがあり、「息が苦しい」と訴えがあった。
2. 医師の指示で酸素投与を増量し、SpO₂は90%台へ上昇した。
3. 30分後、医師が心エコーを実施したところ、右室内に大量の空気を確認した。
4. CVルートを確認すると、輸液ラインの接続が外れていた。

【報告された背景要因】

- CVルートの患者側から輸液までの接続部に緩みがないか、確認が不十分であった。
- 医師・看護師は、普段なら接続部の緩みを見逃さないが、感染してしまうかもしれないという恐怖と早く部屋から退室したい気持ちがあり、見逃してしまった可能性があった。

(第64回報告書) 17

新型コロナウイルス感染症治療薬に関連した事例

【事故の内容】

エバシエルド筋注セットは、1箱にチキサゲビマブとシルガビマブの2種類の薬剤が入っており、それぞれ別のシリンジに準備することになっているが、看護師は2種類の薬剤を同一シリンジに混和したものを2本準備し、投与した。

【報告された背景要因】

- 看護師にとっては初めて調製し、投与する薬剤であった。
- 病棟に常備していたカラーの投与方法の手順書が見当たらず、パソコンから手順書をモノクロで印刷したため、製剤の色の違いがわかりにくかった。
- 投与経験のある別の看護師に確認したが、間違った調製方法を教えられた。

(第73回報告書「事例紹介」)

18

新型コロナウイルス感染症治療薬に 関連した事例

〈参考〉エバシエルド® 筋注セット添付文書の記載内容（3. 組成・性状から一部抜粋）

販売名	エバシエルド筋注セット	
有効成分	1バイアル（1.5mL）中 チキサゲビマブ （遺伝子組換え） 150mg	1バイアル（1.5mL）中 シルガビマブ （遺伝子組換え） 150mg

※エバシエルド® 筋注セット添付文書，アストラゼネカ株式会社，2023年5月改訂（第4版）。

〈参考〉エバシエルド® 筋注セットの調製・投与方法（一部抜粋）

エバシエルド® 筋注セットの調製・投与方法

医療関係者向け

詳しくは、資料「エバシエルド®筋注セットの調製・投与方法について」をご確認ください。

調製

チキサゲビマブ及びシルガビマブを、それぞれ300mg投与する場合は各製剤2バイアルずつ投与してください。
(150mgを投与する場合は各1バイアルずつとなります。)

- ・チキサゲビマブ及びシルガビマブのバイアルを冷蔵庫から取り出し、室温に戻してください。
- ・不溶性異物や変色がないことを目視により確認してください。
- ・製剤ごとに別々の滅菌シリンジで抜き取ってください。
- ・**チキサゲビマブとシルガビマブを混和しないように注意してください。**

各製剤300mgを投与する場合
チキサゲビマブ 3.0mL 各成分ごとに混和せず、別々の滅菌シリンジに抜き取ってください。 3.0mL シルガビマブ

※アストラゼネカ株式会社ホームページ，エバシエルド® 筋注セットの調製・投与方法。

https://med.astrazeneca.co.jp/content/dam/physician-services/Japan/medical/product/evu_covid-19/download/evu_covid-19_07.pdf（参照2023-4-19）。

（第73回報告書「事例紹介」）

19

新型コロナウイルス感染症治療薬に関連した事例 （薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の報告事例）

【事例の内容】

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の20歳代女性患者にゾコーバ錠125mgが処方された。患者に妊娠または妊娠の可能性について確認したところ、月経が予定日より遅れており、妊娠の可能性のあることを聴取した。処方医に疑義照会を行った結果、薬剤が削除になった。

【推定される要因】

患者は、医療機関でも妊娠について尋ねられたが、妊娠の可能性まで考慮して返答しなかった。

【薬局での取り組み】

ゾコーバ錠125mgが女性に処方された場合は、妊娠または妊娠の可能性について確認を行う。

The screenshot shows the website interface. A red box highlights the '共有すべき事例' (Cases to be shared) button in the navigation menu. An arrow points from this button to a detailed case study page. The case study page is titled '毎月3事例を取り上げて「事例のポイント」とともに紹介' (Introducing 3 cases every month along with 'Key points of cases'). The case study includes sections for '禁忌' (Contraindications), '事例' (Case), 'その他の情報' (Other information), and '事例のポイント' (Key points of the case). The '事例のポイント' section lists several key findings from the case, such as the need for caution when prescribing to women of childbearing age and the importance of providing detailed information to patients.

厚生労働省からの注意喚起

新型コロナウイルス感染症における経口抗ウイルス薬（ゾコーバ錠 125mg）の使用にあたっての注意喚起に係る追加の情報提供（資材の活用の徹底及び相談窓口について） 2023年8月30日

「製造販売業者において、服用後に妊娠している可能性がある」と判明した症例が複数確認され、その中に資材の活用が十分になされていなかった事例が含まれるとの報告がなされた」



- 引き続き、製造販売業者が周知している資材の活用を行うこと
- 妊娠している可能性について、入念に説明、確認を行うこと
- 残薬が生じた場合は、必ず廃棄するか薬剤師に返却するよう、患者への指導と対応を行うこと
- 資材は改訂されているため、最新の資材を確認の上、活用すること

製薬企業から提供されている資材

別添1

ゾコーバ®錠125mg(以下:本剤)を服用する際の事前チェックリスト

説明者と患者さんで、以下の項目を必ず確認してください

- 妊娠している女性又は妊娠している可能性のある女性は**この薬を服用できません**。この薬は、動物実験で、ウサギの胎児に催奇形性が認められており、人での影響はわかっていませんが、妊娠中に服用することで、胎児奇形を起こす可能性があります。
- 現在、妊娠中又は妊娠している可能性がある場合には、**本剤を服用できません**。少しでも可能性がある場合は、必ず医師、薬剤師又は看護師に申し出てください。
 - 前回の月経後に性交渉を行った場合は妊娠している可能性があります。避妊をしていても妊娠していないとは限りません。
 - 妊娠初期の妊婦では、妊娠検査で陰性を示す場合があります。
 - 実際に、本剤を服用した後で妊娠していたことがわかった事例があります。
- 妊娠する可能性のある女性は、本剤を服用中及び最終服用後2週間以内に性交渉を行う場合は、パートナーと共に適切な避妊を行ってください。
- 本剤を服用中及び最終服用後2週間以内に妊娠した、あるいは妊娠していることがわかった場合には、直ちに医師、薬剤師又は看護師に相談してください。
- 症状が良くなった場合でも5日間飲み切ってください。
 - 万が一、薬が残ってしまった場合でも絶対に他の人に譲らないでください。
 - 残った薬は保管せず、患者さん自身で廃棄又は薬剤師にお渡しください。
 - 副作用等で中止する場合は医師、薬剤師又は看護師に相談してください。

SHIONOGI

別添2

ゾコーバ®錠125mgを処方された女性の患者さんご家族のみなさまへ

妊娠している女性又は妊娠している可能性のある女性は、このおくすり服用できません。

このおくすりは、動物実験で、ウサギの胎児に催奇形性が認められており、人での影響はわかっていませんが、妊娠中に服用することで、胎児奇形を起こす可能性があります。

- 現在、妊娠中又は妊娠している可能性がある場合には、このおくすりを服用できません。少しでも可能性がある場合は、必ず医師、薬剤師又は看護師にお伝えください。
- 前回の月経後に性交渉を行った場合は妊娠している可能性があります。避妊をしていても妊娠していないとは限りません。
- 妊娠初期の妊婦では、妊娠検査で陰性を示す場合があります。
- 実際に、このおくすりを服用した後で妊娠していたことがわかった事例があります。
- 症状が良くなった場合でも5日間飲み切ってください。
- 万が一、おくすりが残ってしまった場合でも絶対に他の人に譲らないでください。
- 残ったおくすりは保管せず、患者さん自身で廃棄又は薬剤師にお渡ししてください。
- 副作用等で中止する場合は医師、薬剤師又は看護師に相談してください。
- 妊娠する可能性のある女性は、このおくすりを服用中及び最終服用後2週間以内に性交渉を行う場合は、パートナーと共に適切な避妊を行ってください。
- このおくすりを服用中及び最終服用後2週間以内に妊娠した、あるいは妊娠していることがわかった場合には、直ちに医師、薬剤師又は看護師に相談してください。
- 万が一、服用開始後に妊娠が判明した場合には、妊娠と薬情報センターのご相談が可能です。相談申し込みの詳しい手順についてはお問い合わせください(0120-41-24-93、受付時間 月～金曜日10:00-12:00、13:00-16:00)。もしくは近隣の産婦人科医院にご相談ください。

妊娠と薬情報センターはこちら

製造販売元 [文献請求先及び問い合わせ先]
塩野義製薬株式会社
大阪市中央区道徳町3-1-8
SHIONOGI 医薬情報センター TEL 0120-956-734

RMP
XCVA-Q-0014 (V03)
第181700
2023年8月作成

23

新型コロナウイルス感染症に関連した事例

- ① 新型コロナウイルス感染症の患者の治療・看護の過程で発生した事例
- ② 感染対策に関連した事例
 - 新型コロナウイルス感染症の患者
 - 新型コロナウイルス感染症ではない患者

24

②感染対策に関連した事例 (※新型コロナウイルス感染症の患者)

分類	主な内容	報告年	
		2020年	2021年
個人用防護具（PPE）の着用等の感染防止策	CVC挿入時の動脈誤穿刺、急変時の対応の遅れ など	4	2
専用病棟等での慣れない治療・看護	薬剤の過量投与、与薬時の患者間違い など	3	3
感染者に対応するための手術室・検査室の準備	手術・検査開始の遅れ など	3	1
感染対策のための個室隔離	人工呼吸器回路の接続外れ、転倒 など	0	7
診察・観察時間の短縮	診断の遅れ など	0	3
その他		2	0
合計		12	16

(第64回報告書、第68回報告書より改変) 25

個人用防護具（PPE）の着用等の感染防止策

【事故の内容】

1. 他施設で透析導入予定で待機していた患者が、新型コロナウイルス感染症疑いのため当院に転院搬送された。
2. 3年目の医師が上級医の監督下でエコーガイド下に右内頸静脈よりバスキュラーアクセスカテーテルを挿入したところ、動脈内に迷入していた。

【報告された背景要因】

- 個人用防護具（PPE）やビニール越しにエコー画像を確認しながら手技を行う必要があり、通常とは異なる状況下であった。
- 胸部X線検査では、カテーテルが正中寄りで迷入している可能性があったが、新型コロナウイルス感染症疑いで隔離中であったこと、他の業務が滞っていたことから、精査を先送りした。

隔離スペース内の患者の転倒

【事故の内容】

1. 医師は、陰圧装置のある隔離スペース内にいる90歳代の肺炎の患者に、PCR検査の検体採取のため横を向くように説明した。
2. 患者は、椅子から立ち、透明のビニールカーテンを壁だと思い手を付き、転倒した。
3. 医師2名は、隔離スペースの前（汚染区域）で個人用防護具（PPE）の着用の準備中であり、看護師は、清潔区域で検体受け取りの準備中であつた。

【報告された背景要因】

- 休日のため、発熱外来の看護師は1人で対応しており、PCR検査の検体採取時、患者の側の不潔区域に看護師を配置できなかった。

(第64回報告書) 27

専用病棟等での慣れない治療・看護

【事故の内容】

1. 患児は、出生後より気管切開されていた。喀痰の増加と酸素化不良のため当院を受診、新型コロナウイルスの感染を否定できず専用病棟に入院となった。
2. 翌日未明に酸素化が急激に悪化し、PPE着用後に対応を開始した際、モニターで心静止の状態であり心肺蘇生を開始した。
3. 気管切開チューブと蘇生バッグを直接接続するところ、マスク部分を気管切開チューブに当てる形で換気を継続した。

【報告された背景要因】

- 医師・看護師ともに小児の対応に不慣れであり、蘇生バッグと気管切開チューブが接続できないと思い込んだ。
- 小児用の物品は普段使用しないため取り扱いに不慣れであつた。

(第64回報告書) 28

感染者に対応するための手術室の準備

【事故の内容】

1. 双胎、高度肥満の妊婦が当院に転院搬送された。
2. 翌日6:40、医師は帝王切開を決定し、緊急度は30分以内に手術室入室であった。
3. 新型コロナウイルス感染症の可能性があり、麻酔科、感染症科と協議の上で胸部CT撮影を実施し、放射線科による読影結果を確認後、8:10に病棟を出棟し、手術室に入室した。
4. 9:10、腰椎麻酔が困難なため、全身麻酔に切り替え、9:36に帝王切開術を開始し、その後、2児を娩出した。
5. 児Xはアプガースコア低値であり、小児科医が蘇生処置を開始した。

(第64回報告書) 29

感染者に対応するための手術室の準備

【報告された背景要因】

- 当院産婦人科において、新型コロナウイルス感染症対応の患者の手術を行う1例目であった。
- 各スタッフの対応に時間がかかり、手術室入室まで90分を要した。
- 産婦人科医は帝王切開術の実施が決定してから複数の部署に連絡を行う必要があり、時間がかかった。
- 患者が高度肥満であり、新型コロナウイルス感染症の対応が必要という状況から、帝王切開術の決定を早い段階で行うべきであった。

(第64回報告書) 30

個室隔離中の患者の人工呼吸器の回路接続外れ

【事故の内容】

患者は新型コロナウイルス感染症で人工呼吸管理中であった。リーダー看護師がセントラルモニタアラームでHR30回台に気付き、防護衣を装着している看護師に確認を依頼した。看護師が訪室すると人工鼻と呼吸回路の接続が外れており、呼吸回路はホルダーから外れて、ベッド横に落ちていた。

【報告された背景要因】

- 看護師は部屋を離れる前に呼吸回路と人工鼻等の接続の緩みがないか確認しなかった。
- コロナ対応のため、個室のドアが閉められており人工呼吸器の回路外れのアラーム音が部屋の外には聞こえなかった。
- コロナ禍の中で呼吸回路やホルダーの種類が変更されており、回路とホルダーの固定が十分でなかった。

(第68回報告書) 31

医療安全情報No.176 (2021年7月) 人工呼吸器の回路の接続外れ

医療事故情報収集等事業

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.176 2021年7月

人工呼吸器の回路の接続外れ

人工呼吸器を使用中、回路の接続が外れていた、または緩んでいたため患者に影響があった事例が39件報告されています(集計期間:2017年1月1日~2021年5月31日)。この情報は、第64回報告書「再発類似事例の分析」で取り上げた内容をもとに作成しました。

人工呼吸器の回路の接続が外れ、患者に影響があった事例が報告されています。

接続が外れた部位と件数

◆接続が外れた、または緩んだ部位が不明な事例が4件あります。

医療事故情報収集等事業

医療安全情報 No.176 2021年7月

人工呼吸器の回路の接続外れ

事例 1

看護師は、勤務開始時に人工呼吸器の回路の接続部に緩みがないかを手で触れて確認することになっていたが、ナースコールの対応に追われ目視のみで確認した。その後、患者のSpO₂低下のアラームが鳴ったため看護師が訪室したところ、患者は顔面蒼白で、SpO₂は50%台であり、気管切開チューブと回路の接続が外れていた。

事例 2

患者のSpO₂が80%台後半まで低下し、分時換気量低下のアラームが鳴っていたため、看護師は気管吸引を実施した。SpO₂が上昇したため、リーダー看護師が回路を確認したところ、回路と加湿加湿器の接続が外れていた。

事例が発生した医療機関の取り組み

人工呼吸器の「分時換気量低下」「低換気」「下限圧」のアラームが鳴った時は、患者の胸郭の動きと回路の接続部を確認する。

上記は一例です。施設に応じた取り組みを検討してください。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(匿名化された事例)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価委員会委員の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。
本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。https://www.med-safe.jp/
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたって保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の責を軽減したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東京ビル
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
https://www.med-safe.jp/

個室隔離中の物品管理

【事例の内容】

- 患者は新型コロナウイルス感染症のため個室管理中で、胃瘻から経管栄養を行っていた。
- 個室管理のため、経管栄養の物品は患者の床頭台の上で消毒していた。栄養バッグはディスポーザブルのものを使用し、胃瘻チューブとシリンジは500mLのカップに次亜塩素酸ナトリウム液を作製して浸漬していた。カップの側面には「次亜塩」と記載していたが、カップを箱の中に入れて整理していたため、カップを取り出さなければ「次亜塩」の表示は見えなかった。
- 他病棟からの応援看護師Bは、患者の胃瘻から薬剤を注入した。その後、応援看護師Bはオーバーテーブルの上の注入ボトルやシリンジを入れている箱の中のカップに入っている液体がフラッシュ用の白湯と思い込み、20～25mL程度注入した。

(第71回報告書「事例紹介」)

33

個室隔離中の物品管理

【報告された背景要因】

- 通常、経管栄養の物品はナースステーション内で消毒液に浸漬して保管するが、新型コロナウイルス感染症であったため、消毒方法が普段と異なっていた。
- 新型コロナウイルス感染症の患者の経管栄養の物品について消毒方法の取り決めがなかった。
- 看護ケア計画には、次亜塩素酸ナトリウム液の作製や、病室内でシリンジやチューブを次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬していることが反映されておらず、普段担当しないスタッフは把握できなかった。
- 応援看護師Bは、患者のベッドサイドに消毒液があるということ想定していなかった。
- N95マスクを着用しており、次亜塩素酸ナトリウムの臭いは感じなかった。

(第71回報告書「事例紹介」)

34

②感染対策に関連した事例 (※新型コロナウイルス感染症ではない患者)

分類	主な内容	報告年	
		2020年	2021年
面会・付き添い制限	転倒・転落、家族との連携不足など	10	7
院内の環境・体制の変更	転倒、手術の延期	5	7
ルール・手順の変更	リモート診察時の確認不足、患者への説明不足など	4	14
病棟再編による慣れない看護・連携不足	急変時の対応の遅れ	2	1
外出・外泊などの制限	自殺企図など	0	2
教育機会の減少	CVCの動脈内誤挿入	0	1
その他		3	2
合計		24	34

(第64回報告書、第68回報告書より改変) 35

面会・付き添い制限に関連した事例

■ 転倒

- 患者は、退院するために会計に行く際、階段でつまずき階段下まで転落したところを発見された。新型コロナウイルス感染症対応のため面会を制限していることから、家族が面会できない状況で単独で移動していた。(第64回報告書)
- 新型コロナウイルス感染症対策の中で、家族の付き添いに制限があり、患者は体力が低下し自宅で動けなくなることがあるという情報を事前に収集できないまま、患者が転倒した。(第68回報告書)

院内の環境・体制の変更に関連した事例

■ 転倒

- 新型コロナウイルス感染症への対策によりリハビリテーションが中止となったため、患者が自主的に病室内で歩行訓練を行い、転倒した。
- 発熱トリアージのため、外来患者は2階を経由して受診する経路になった。患者は階段で足を踏み外して転倒した。患者に階段の奥にあるエレベーターを使用する説明ができていなかった。

■ 手術の延期

- 患者は膀胱がんに対する手術を予定していたが、糖尿病で血糖コントロールが不良であり、手術後は集中治療室に入室する可能性があった。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響で集中治療室の入室が制限されているため手術が延期となった。

(第68回報告書) 37

ルール・手順の変更に関連した事例

■ 外来化学療法室見学の中止

- 通常、外来化学療法を受ける患者には、外来化学療法室の見学の際に説明を行い、治療当日は自動車での来院を控えることを伝えていたが、新型コロナのため見学や注意事項の説明をしていなかったため、患者は当日自動車で来院した。

■ 自宅での前処置の実施

- コロナ感染予防のため大腸内視鏡検査の前処置は自宅で行う体制としていた。看護師は飲水量を説明しておらず、患者はモビプレップを服用時に水を約3L飲んでおり、水中毒となった。

■ 救急診療のルール変更

- 従来、救急搬送された患者は救急医療部が診ていたが、コロナの影響で各診療科の外来に救急患者が搬送されるようになった。外来担当は研修医であり、患者のS状結腸穿孔に気づかなかった。

(第68回報告書) 38

ルール・手順の変更に関連した事例

■ マスクの着用

- 搬送された患者にマスクを着用させようとする場を離れた際に、患者がストレッチャーから転落した。(第68回報告書)

■ 使用薬剤の変更

- 上部消化管内視鏡検査時のエアロゾルは感染のリスク因子となるため、咽頭反射の抑制を目的にペチジンを使用していた。患者がエフピーOD錠を内服していたことを確認せず、禁忌であるペチジンを使用した。(第68回報告書)

■ PCR検査結果待ち

- 入院決定後、新型コロナウイルスのPCR検査等の結果を待っている間、患者は酸素ボンベを使用しており、車椅子で家族とトイレに行った際に酸素ボンベの残量がゼロになった。(第73回報告書 再発・類似事例の分析「酸素残量の確認不足」)

39

ルール・手順の変更に関連した事例

■ 人工呼吸器の「COVID-19対応」

- 救急外来ではCOVID-19対応のため人工呼吸器に接続をする際には人工鼻と閉鎖式吸引チューブを装着することになっているが、装着していなかった。
- 通常は人工呼吸器を加温加湿器モードで使用しているが、COVID-19疑いのため人工鼻を使用した際、人工鼻モードへの切り替えを行わなかった。
- 救急外来ではCOVID-19対策として、ジャクソンリースを用いる全症例に人工鼻フィルターを使用している。患者にジャクソンリースを使用した後、人工呼吸器に切り替えた。人工呼吸器の回路には加湿器が装着されており、人工鼻を外さなかったため、二重に加湿していた。

(事例検索より)

40

PMDA（医薬品医療機器総合機構）からの 情報提供

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

臨時号No.1 2020年 4月

再周知特集 その1 (人工呼吸器等の取扱い時の注意について)

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、医療現場で人工呼吸器等を使用する機会が増えています。これまでのPMDA医療安全情報から、人工呼吸器等の取扱いにおいて、安全使用のために注意するポイントをまとめました。

<https://www.pmda.go.jp/files/000234785.pdf>

41

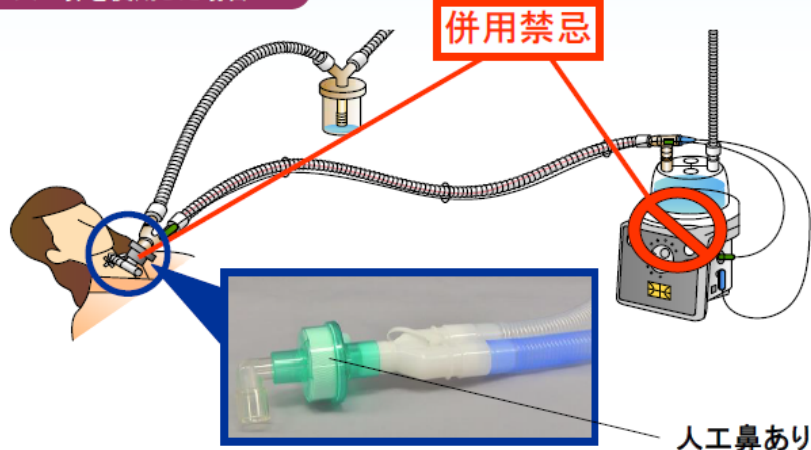
PMDA（医薬品医療機器総合機構）からの 情報提供

(事例3) 人工鼻による人工呼吸管理を行っていたが、加温加湿器に変更する際に、人工鼻をつけたまま、加温加湿器を接続した。

3 人工鼻と加温加湿器の併用禁忌について

- 人工鼻と加温加湿器は併用しないこと。
- 人工鼻とネブライザは併用しないこと。

人工鼻を使用した場合



<https://www.pmda.go.jp/files/000234785.pdf>

42

医療安全情報No.194 (2023年1月)

テスト肺使用による人工呼吸器回路の再接続忘れ

医療安全情報収集等事業

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.194 2023年1月

テスト肺使用による人工呼吸器回路の再接続忘れ

体位変換などの際、人工呼吸器の回路を患者から外しテスト肺を接続したため、人工呼吸器のアラームが鳴らず、患者に回路を再接続していないことに気付くが遅れた事例が3件報告されています(集計期間:2019年1月1日~2022年11月30日)。この情報は、第70回報告書「事例紹介」で取り上げた内容をもとに作成しました。

患者から外した人工呼吸器の回路にテスト肺を接続したため、人工呼吸器のアラームが鳴らず、患者に回路を再接続していないことに気付くのが遅れた事例が報告されています。

事例のイメージ



◆テスト肺(テストラング)は、人工呼吸器の作動の確認を行う際に使用するものです。

医療安全情報 No.194 2023年1月

テスト肺使用による人工呼吸器の再接続忘れ

事例 1

看護師は、人工呼吸管理中の患者の体位変換を行う際、人工呼吸器の回路を気管切開チューブから外し、テスト肺を接続した。体位変換後、患者の呼吸状態や人工呼吸器の回路の接続を確認しないまま退室した。5分後、セントラルモニタのアラームが鳴り、SpO₂ 85%、心拍数40回/分であることに気付いた。看護師が訪室したところ、患者に人工呼吸器の回路を再接続していなかったことが分かった。

事例 2

看護師は、人工呼吸管理中の患者(自発呼吸あり)の体位変換を行う際、人工呼吸器の回路を気管切開チューブから外し、テスト肺を接続した。体位変換後、患者に人工呼吸器の回路を接続せず退室した。看護師は、5分後に患者の経管栄養を開始し、30分後には人工呼吸器の加湿加湿器の蒸留水を交換したが、患者の呼吸状態や人工呼吸器の回路の接続は確認していなかった。体位変換から1時間後、患者の家族が来院し、患者に人工呼吸器の回路が接続されていないことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

・人工呼吸器を装着している患者のもとを離れる際は、回路が患者に接続されていることや、患者の胸郭の動きを確認する。

上記は一例です。施設に合った取り組みを検討してください。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として匿名化された事例に基づき、医療事故防止のために作成されたものです。
 本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。https://www.med-safe.jp/
 ※この情報の存在にあり、作業時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を本来にあり保証するものではありません。
 ※この情報は、医療従事者の教養を醸成したり、医療従事者に業務上責任を課す目的で作成されたものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
 〒101-0061 東京都千代田区神田三輪町1-4-17 機建ビル
 電話：03-5217-0252(英語) FAX：03-5217-0253(英語)
<https://www.med-safe.jp/>

病棟再編による慣れない看護・連携不足

【事故の内容】

1. 患者は、食道癌による気道狭窄があり、緊急入院後、週明けに気管切開の予定であった。
2. 夜間、患者は呼吸困難感を訴え、その後、痰を出しにくいと訴えたため、看護師Bが吸引の準備をしていたところ、SpO₂低下のアラームが鳴った。
3. 看護師Cと看護師Dが病室に入ると、患者が倒れていた。
4. 看護師Eが外科当直医に電話連絡を行った後、院内緊急コールを発報しようとしたができず、看護師Bが発報し、CPRが開始された。

病棟再編による慣れない看護・連携不足

【報告された背景要因】

- 入院後に患者が訴えていた呼吸困難感に対して、入院に至る経緯を踏まえたアセスメントが適切に行えていなかった。
- 倒れている患者を発見した時点で、速やかにBLSを開始するべきであった。
- 患者は、本来であればハイケア病棟への入室を検討すべき病態であったが、新型コロナウイルス感染症対応によりベッド数に制限があったため、一般病棟で管理せざるを得なかった。
- 新型コロナウイルス感染症対応のため急遽編成された病棟であり、スタッフの連携が不十分であった可能性がある。

(第64回報告書)

45

新型コロナウイルス感染症に関連した事例

- ① 新型コロナウイルス感染症の患者の治療・看護の過程で発生した事例
- ② 感染対策に関連した事例
 - 新型コロナウイルス感染症の患者
 - 新型コロナウイルス感染症ではない患者
- ③ その他の影響に関連した事例

46

③ その他の影響に関連した事例

■ 患者の受診控え

- ・ 長期留置が一因となったCVポートの断裂
- ・ 腫瘍マーカーの結果報告の遅れ

■ 患者の行動の変化

- ・ 患者は新型コロナウイルスの感染が怖く、エスカレーターの手すりを持たずに杖をついて乗ったところバランスを崩し転落した。
- ・ 外来診察終了後、家族が会計をしている間に、患者は感染を恐れて一人で駐車場に向かい、転倒した。

■ 物品の供給不足

- ・ 不慣れな製品の使用による透析回路内への空気混入
- ・ 代替薬投与後の過鎮静

(第64回報告書、第68回報告書)) 47

事例検索の使い方

事業の内容と 参加方法	参加登録 医療機関一覧	HOSPITAL 参加登録	事例報告 ログイン
医療安全情報	医療安全情報 FAX提供 医療機関一覧	本事業は、医療機関から医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を収集し、分析・提供することにより、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としています。	
報告書	分析テーマ	再発・類似事例の 分析	
年報	集計表	医療事故情報 50713件 ヒヤリ・ハット事例 87990件 (2010年1月～2022年12月)	
事例検索	関連文書	利用ガイド	お問合せは こちら

事例検索の使い方

※現在、2010年1月～2022年12月に報告された事例を公表しています。

報告事例区分		報告年
<input checked="" type="checkbox"/> 医療事故情報 <input type="checkbox"/> ヒヤリ・ハット事例		2022年～ 年
事例の概要		
<input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器等 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他		
発生場所	関連診療科 (医療事故情報のみ選択可)	当事者職種
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
全文検索		
キーワード入力		選択
COVID コロナ SARS PCR		いずれかを含む
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>

<公表している事例について>

- ・事例は医療機関からの報告時点の内容であり、報告された事例内に含まれていた個人や医療機関の公表後、情報の追加・削除や事例の取り下げは行いません。
- ・医療事故情報は報告された全ての事例、ヒヤリ・ハット事例は報告する範囲に該当する一部の事例

10、50、100、1000件の表示件数を選択できる

表示件数 検索

▶各年の事例の一括ダウンロードはこちら

このページの事例を全件選択 このページの事例選択解除

事例区分:事故 事例ID:A9E2BC1E63604D814 報告年:2022 事例の概要:ドレーン・チューブ

事例の内容

○月15日10:45頃、定期的経鼻栄養チューブ（コーフローフィーディングチューブ10Fr）の交換を主治医が実施...

事例 1 件ごとの表示

医療事故情報

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故情報収集等事業

事例ID	A6238B0B0C5D4E80		
報告年	発生曜日	曜日区分	発生時間帯
2022	火曜日	平日	14:00～15:59
医療の実施の有無	事故の治療の程度	障害の程度	
実施あり	軽微な治療	障害なし	
事故の概要	発生場面	事故の内容	
ドレーン・チューブ	管理	その他のドレーン・チューブの固定	
発生場所 (複数回答可)	関連診療科 (複数回答可)	患者の数	性別
病室	呼吸器内科	1人	男性
疾患名	COVID-19	年齢	80歳代 (男性)
当業者	当業者職種	職種経験	当業者部署
1人	看護師	30年11ヶ月	3年11ヶ月
特に関心を求める事例	本事例は選択肢には該当しない	発見者	ドレーン・チューブ
		同職種者	末梢静脈ライン
当業者以外の関連職種 (複数回答可)			
看護師			
医療材料・物品等1			
【販売名】 シュアールドサーフロ 針24G			
【製造販売業者】 テルモ株式会社			
【購入年月】 不明			
医療材料・物品等2			
【販売名】 シュアブラダAD延長チューブ20cm			
【製造販売業者】 テルモ株式会社			
【購入年月】 不明			
医療材料・物品等3			
【販売名】 テガダムIVコンフォートフィルムドレッシング			
【製造販売業者】 3M			
【購入年月】 不明			
事故調査委員会設置の有無	発生要因 (複数回答可)		
その他 病棟カンファレンス	観察を怠った		
	記録などに不備があった		
	準備ができていなかった		
	物品		
	患者側		
事例概要			
【実施した医療行為の目的】			
COVID-19 肺炎、呼吸器性肺炎治療として点滴治療が開始され、末梢ライン確保が必要となり、1. 生食			
2. ソルナム9450(0ml×100単位)+KOL110m(500単位)の点滴ライン、3. 担架搬送部、4. 酸素マスクを装着			
【事故の内容】			
○月15日 COVID-19のため入院 入院時より意識レベル2-3～3-200 酸素7L、4時間持続点滴が開始			
前日に本の末梢ラインを確保した。			
○月26日上肢の末梢確保が難しくなり○月27日より左右の足首部に末梢ラインを入れ替えを行った。			
○月16日COVID-19の入院期間が終了し、一般病棟に転床することとなった。その時、右前腕部・両足首部に計3本の末梢ラインが留置され点滴が投与			
されていた状態で一般病棟に転床した。			
○月19日右足首部の末梢ラインを抜針した。			
○月22日中心静脈カテーテルを挿入することになり、右足首部の末梢ラインを抜針した。その時、末梢ラインとシュアブラダ延長チューブを固定していた部位			
に異変が生じた。看護師が確認し、NOC認定看護師に診察を依頼し、深部不明だがステープ3以上であると診断される。			
【事故の背景要因の概要】			
1. 患者は高齢で皮膚が脆弱であり、末梢確保が難しく下肢に末梢ラインを確保することになった。			
2. 皮膚脆弱な患者であり、下肢に末梢ラインを確保することになったが、コロテープを貼付し難く、テガダムIVコンフォートドレッシングを使用していた。			
3. 末梢ルート固定用粘付剤に目付を記載することは知っていたが、病室内にマスクがなかったため記入忘れをすることが多かった。			
4. 末梢ルート差し替え日を粘付剤に記載していなかったため疑問に思わず差し替え時期を過ぎても使用していた。(7日留置で差し替えであったが、24日留置されていた。)			
5. 末梢ルート差し替え日を粘付剤に記載しておらず、転倒先の看護師へ末梢ライン差し替え日の申し送りもなかったことで、転床先でも疑問に思わず差し替え時期を過ぎても使用していた。			
【改善策】			
1. 高齢者および皮膚が脆弱な場合は、下肢にルート確保する場合は、パネエイドプロロー(ピロー付き)を使用する。(留置針と皮膚接触面の除菌)			
2. 末梢ルート確保、差し替えした時は、粘付剤の上に目付を記載する。また、末梢ルートの挿入、差し替え、部位、抜針については看護記録に残す。			
3. 末梢ルート固定用粘付剤に目付を記載することの必要性を再度周知し、病室にマスクを常備する。			
4. 転床する場合は、末梢確保ラインの入れ替え日を申し送り事項に入れ、転倒先病棟看護師に申し送る。			

関連診療科
発生場所
当事者職種
経験年数
関連医薬品 など

事例の内容
背景・要因
改善策

CSV出力でダウンロード

このページの事例を全件選択 このページの事例選択解除 << 1/1 >>

事例区分:事故 事例ID:A9E2BC1E63604D814 報告年:2022 事例の概要:ドレーン・チューブ

事例の内容 表示

○月15日10:45頃、定期的の経鼻栄養チューブ（コーフローフィーディングチューブ10Fr）の交換を主治医が実施...

事例区分:事故 事例ID:A16977027245A31FD 報告年:2022 事例の概要:その他

事例の内容 表示

救急外来事務担当者が、患者（COVID-19陽性）の受診前に家族と電話で連絡を取り、患者は高齢のため次男が診察...

事例区分:事故 事例ID:AE36B3C05CD66578A 報告年:2022 事例の概要:療養上の世話

事例の内容 表示

患者は発熱のため動けなくなり、当院へ紹介・入院。既往症に外傷性くも膜下出血後、認知症状あり。コロナ陽性を疑い、...

事例区分:事故 事例ID:ACB1206BB6D94CDDF 報告年:2022 事例の概要:薬剤

事例の内容 表示

直腸癌にて加療中、代謝性アシドーシス、高K等で病棟に入院中であったが、予兆なくCPAとなりROSC後にICUに...

↓ 一番下までスクロール

XML出力 PDF出力 **CSV出力**

CSV出力でダウンロード

事故	A9E2BC1E	2022年	火曜日	平日	10:00~11:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	病室		ドレーン・チューブ	本事例は	その他	
事故	A1697702	2022年	日曜日	休日・祝日	16:00~17:59	実施あり	治療なし	障害残存の可能性が	救急外来		その他	感染対策に	本事例は	その他
事故	AE36B3C0	2022年	金曜日	平日	16:00~17:59	実施なし		障害残存の可能性が	病室		療養上の世話		本事例は	呼吸器内
事故	A6238B0E	2022年	火曜日	平日	14:00~15:59	実施あり	軽微な治療	障害なし	病室		ドレーン・チューブ	本事例は	呼吸器内	
事故	A0C82949	2022年	金曜日	平日	0:00~1:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	廊下		療養上の世話	本事例は	消化器科	
事故	ABD3CF8	2022年	木曜日	平日	18:00~19:59	実施あり	濃厚な治療	死亡	病室		ドレーン・チューブ	本事例は	呼吸器内	
事故	A8558EF2	2022年	水曜日	平日	2:00~3:59	実施なし		障害残存の可能性が	病室		療養上の世話	本事例は	呼吸器内	
事故	A26B0E07	2022年	木曜日	平日	6:00~7:59	実施あり	軽微な治療	障害残存の可能性が	その他	自宅	医療機器等	本事例は	外科	
事故	A1D76CA1	2022年	日曜日	休日・祝日	不明	7:00に	実施あり	軽微な治療	障害残存の可能性が	病室	療養上の世話	本事例は	その他	
事故	A42CA671	2022年	金曜日	平日	8:00~9:59	実施あり	濃厚な治療	死亡	病室		その他	管理	患者の自	神経科
事故	AAA877E0	2022年										等	本事例は	その他
事故	AA205C6A	2022年									世話	本事例は	内科	
事故	ABC3E210	2022年									世話	本事例は	呼吸器内	
事故	AC20FFD0	2022年									麻酔覚醒時	本事例は	麻酔科	型
事故	AD6661F2	2022年									世話	本事例は	呼吸器内	
事故	A4128358	2022年	木曜日	平日	6:00~7:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	病室		療養上の世話	本事例は	内科	
事故	AA760E76	2022年	金曜日	平日	14:00~15:59	実施あり	軽微な治療	障害なし	手術室		その他	カーゼ遺	本事例は	麻酔科
事故	A1198073	2022年	月曜日	平日	8:00~9:59	実施あり	治療なし	障害なし	病室		薬剤		本事例は	小児科
事故	A2F0B89E	2022年	木曜日	平日	8:00~9:59	実施あり	濃厚な治療	障害なし	廊下		その他	転倒による	本事例は	整形外科
事故	A60AAE45	2022年	月曜日	平日	16:00~17:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	病室		ドレーン・チューブ	本事例は	その他	
事故	AC6E2475	2022年	火曜日	平日	20:00~21:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	手術室		治療・処置	本事例は	その他	
事故	A52990F2	2022年	火曜日	平日	4:00~5:59	実施あり	軽微な治療	障害残存の可能性が	病室		療養上の世話	本事例は	循環器内	
事故	ADB4F62f	2022年	火曜日	平日	12:00~13:59	実施あり	治療なし	障害なし	病室		その他	未記入	患者の自	内科
事故	ADC1C82	2022年	月曜日	平日	18:00~19:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	病室		治療・処置	本事例は	心臓血管	
事故	AF6A7FC4	2022年	木曜日	平日	2:00~3:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	病室		療養上の世話	本事例は	神経科	
事故	A7651A85	2022年	土曜日	休日・祝日	12:00~13:59	実施あり	濃厚な治療	死亡	病室		医療機器等	本事例は	呼吸器内	
事故	A7E3A6A	2022年	火曜日	平日	8:00~9:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	その他	トイレ	その他	未記入	患者の自	その他
事故	AD0B2024	2022年	土曜日	平日	6:00~7:59	実施あり	治療なし	障害なし	病室		その他	未記入	患者の自	精神科
事故	A86AD8D	2022年	火曜日	平日	22:00~23:59	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が	病室		ドレーン・チューブ	本事例は	その他	

**エクセルで1事例が横1列に表示される
⇒事例の分析や資料作成が可能**

新型コロナウイルス感染症に関連した事例

- ① 新型コロナウイルス感染症の患者の治療・看護の過程で発生した事例
- ② 感染対策に関連した事例
 - ・ 新型コロナウイルス感染症の患者
 - ・ 新型コロナウイルス感染症ではない患者
- ③ その他の影響に関連した事例
- ④ ワクチン接種に関連した事例

53

④ ワクチン接種に関連した事例

■ 2021年の報告事例

事例の詳細		件数	
過少投与	使用済みバイアルの再希釈	1	2
	注射針の接続の緩みによる 穿刺時の薬液の飛散	1	
生理食塩液の投与		1	
使用済み注射器での接種		1	
皮下注射での接種		1	
その他	アナフィラキシー	1	3
	てんかん発作	1	
	神経損傷	1	
合計		8	

(第68回報告書)

54

厚生労働省からの情報提供 ワクチン接種の間違いについて

■ 新型コロナワクチンの接種開始～2021年6月16日の報告件数

表1 間違いとして報告のあった件数

延べ接種回数	間違いとして報告のあった件数		
		重大な間違いとして報告のあった件数	左記以外として報告のあった件数
23,329,470	139	70	69
(10万回当たり)	0.596	0.300	0.296

令和3年6月22日 厚生労働省健康局健康課予防接種室 事務連絡
「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その2）」

55

厚生労働省からの情報提供 ワクチン接種の間違いについて

■ 新型コロナワクチンの接種開始～2021年6月16日の報告件数

表2 間違いの態様別の詳細

間違いの態様	件数	10万回あたりの件数
1. 接種ワクチンの種類の違い	1	0.004
2. 対象者の誤認（3.を除く）	1	0.004
3. 接種対象年齢以外の接種	0	0
4. 不必要な接種	13	0.056
5. 接種間隔の違い	31	0.133
6. 接種量の違い	13	0.056
7. 接種部位・接種方法の違い	1	0.004
8. 接種器具の扱いが不適切	6	0.026
9. 血液感染を起こし得る間違い	23	0.099
10. 期限切れワクチン接種	2	0.009
11. 不適切な保管ワクチン接種	9	0.039
12. その他	39	0.167

令和3年6月22日 厚生労働省健康局健康課予防接種室 事務連絡
「新型コロナ予防接種の間違いの防止について（その2）」より

56

新型コロナワクチンの間違い接種情報 (厚生労働省)

新型コロナワクチンの間違い接種情報 (No.1 令和3年8月)

注意 **使用済み注射器の再使用**

使用済みの注射器を再使用してしまう誤りが起きています。
不要な侵襲を与えるだけでなく、血液感染を起こしうる重大な医療事故です。

※2021年6月16日までに、使用済み注射器の再使用による血液感染を起こしている間違いが23件報告されています。

以下の対策が有効です！

- ① **リキャップを絶対に行わない**
- ② **針捨て容器は、接種者の手が届く場所に置く**
使用済み注射器は、自らすぐに廃棄する
- ③ **接種者は、接種直前に注射器に薬液が充填されているか必ず目視で確認する**

上記は一例です。自会場に合った取り組みを検討してください。

厚生労働省健康局健康課予防接種室

使用済み注射器の再使用

間違いが起きたのはどんなとき？

- ① 1つのテーブルに、薬液が充填された未使用の注射器を入れるトレイと、使用済みの注射器を入れるトレイを近接して配置していた。
- ② 接種実施者は、廃棄担当者が針刺ししないよう、使用済みの注射器をリキャップし、誤って薬液が充填された未使用の注射器の入ったトレイに置いてしまった。
- ③ 接種実施者は、誤って使用済みの注射器を手にとり、注射器内に薬液が充填されていないことを確認せずに、空の使用済み注射器を別の被接種者に穿刺してしまった。

※①～③の背景に、接種希望者が多く混雑してきたため、注射器への薬液充填が追いつかなくなり、元々薬液充填が待っていた患者等(申込み者、接種実施者が担当)になったという状況もあった。

間違いが起きたのはなぜ？

- **使用後の注射器が1本ずつ針捨て容器に廃棄されず、接種実施者の手の届くところにある**
- 使用済み注射器を、針捨て容器ではなくトレイに置いている
- **使用済みの注射器をリキャップしたため、見た目使用済みの注射器であることがわかりづらい**
- 接種するときに、薬液が正しい量充填されていることを確認していない
 - ・「リキャップの付いている注射器は未使用」という思い込みがある
- **その他の要因**
 - ・ 外的要因により一連の作業が中断してしまう
 - ・ 接種希望者が多く混雑してきた等により、焦りがある

間違いはどの会場でも起こりうるからこそ、間違いが起きる要因を減らす対策が重要です。取り組むのは、今です。

※本資料は、事業担当者へのヒアリング等によって作成時点で確認できた範囲の情報をもとに、厚生労働省において取りまとめられたもので、記載内容については、今後の状況を確認し、変更見直しを行う可能性があります。掲載に際しては、医療従事者の職業を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

安全なワクチン接種のための11 Tips

安全なワクチン接種のための11 Tips

- 1 「スピード」より「安全第一」
- 2 明確に相談相手と役割分担
- 3 「もしも」に備えた会場づくり
- 4 ワクチン準備「調製」「鑑査」の2ステップで
- 5 ワクチン準備トレーを使ってスマートに
- 6 しないさせない作業の中断
- 7 フルネーム 名乗ってもらって本人確認
- 8 直ちに廃棄接種後の針とシリンジ
- 9 一度はやろうシミュレーション
- 10 活用しようパルスオキシメーター
- 11 これで迷わないアドレナリンの適応

安全なワクチン接種のための11 Tips

1. 「スピード」より「安全第一」



慌てるとあぶない



慌てなくてよいのです
忙しすぎない役割分担と
慌てさせない雰囲気づくりを

第1版 (2021.8.1)



業務量と人の流れを制御しよう



2021© Department of Clinical Quality Management, Osaka University Hospital

(作成：大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部) 59

安全なワクチン接種のための11 Tips

4. プラスワン☆ 有効なダブルチェックの方法



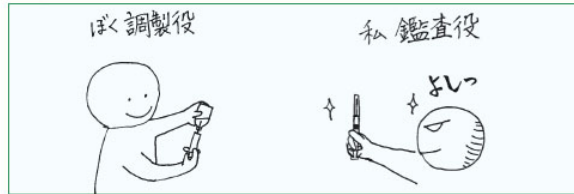
「ながら確認」はキケン



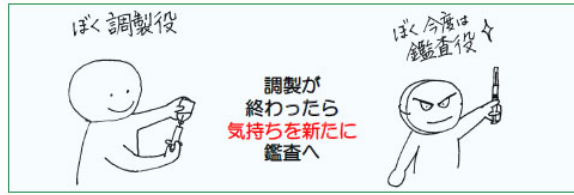
「みんなで確認」もキケン



調製と鑑査を別の人が行う場合



ひとりで調製と鑑査の両方を行う場合



確認は独立して行うことがポイントです

第1版 (2021.8.1)

2021© Department of Clinical Quality Management, Osaka University Hospital

(作成：大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部) 60

3. おわりに 事例から見えてきたもの

61

事例から見えてきたもの（1）

■ 新型コロナウイルス感染症患者の治療・看護の過程で発生した事例

- ECMO、人工呼吸器、中心静脈カテーテルなど、重症者の治療に関連した事例が、「慣れない」「初めて」の状況で発生していた。
- 慣れない人や環境、余裕のない状況で発生した事例は、平時でも潜在的に存在するリスクが表面化したとも考えられる。
- 事例からピットフォールを知り、ポイントをおさえて教育・共有するとよいのではないか。
- 新しい治療薬は添付文書などを確認し、適切に処方・投与することが必要である。

62

事例から見えてきたもの（2）

■ 感染対策に関連した事例

- 感染対策のためのルールや手順の変更は、新型コロナウイルス感染症に感染している患者にも、感染していない患者にも影響を与えていた。
- ルールの変更や新しいルールの導入により、多方面に影響が出る可能性がある。できれば、あらかじめリスクを検討して対策を講じておきたい。
- 感染防止だけでなく、医療事故防止の視点も加えて対策を検討することができるとうい。

63

事例から見えてきたもの（3）

■ その他の影響に関連した事例

- 患者の行動の変化や物品の供給不足など、思わぬ影響により発生した事例が報告されていた。
- 予測は難しいが、事例を共有することで対策に役立てられるのではないだろうか。

■ ワクチン接種に関連した事例

- ワクチン接種という注射手技を全国で行うことで、起こりやすいエラーがあらためて明らかになった。
- 日頃から、基本である「患者の確認」「薬剤の確認」を確実に行うことが重要と思われる。

64

おわりに

- 新型コロナウイルス感染症に関連した事例について、医療事故情報収集等事業に報告された事例を中心に紹介しました。
- 感染対策、手順の変更、病棟の再編など、医療現場で様々な対応が求められる中で、多様な事例が発生していました。
- 経験したことのない状況で発生した事例を共有することは、同種事例の発生予防や再発防止に有用です。
- コロナ禍で学んだことは、今後、新たな感染症発生時にも応用できるのではないのでしょうか。

ご報告いただいた医療機関の皆様にお礼申し上げます

グループワーク①

議論テーマ

「コロナ禍で出来たこと、出来なかったこと、工夫したこと」 (過去の振り返り)

議論内容

グループワーク②

議論テーマ

「3年間の経験から学んだことから、次に活かせること」 (将来の展望)

議論内容

