

指標

医療事故情報収集等事業 第13回報告書

常任理事・医療安全部長

山本 直也

いわゆるヒヤリ・ハット報告事業の「医療事故情報収集等事業第13回報告書」が、本年6月18日に日本医療機能評価機構より公表されたので、その要旨を「共有すべき医療事故情報」を中心にまとめた。

今回の報告書は、平成19年10月～12月に発生したヒヤリ・ハット事例と平成20年1月～3月までに報告された医療事故情報を取りまとめたものである。

全体は4項目よりなっており参考資料が1から6までありA4で200ページに近く、医療事故情報収集等事業の概要、報告の現況、分析作業の検討状況、共有すべき医療事故情報および参考としての医療安全情

表1 収集回毎に定められた記述情報収集テーマ

収集回	発生日	テーマ
第25回	平成19年	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時の患者持参薬の管理に関連する事例 ○輸液ポンプ、シリンジポンプに関連した事例 (機種等とともに早期に発見できた理由、工夫や取り組みを記載) ○小児患者に関連した事例 ○リハビリテーション中に起きた事例 (理学療法士、作業療法士、言語療法士等に関連した事例)
	7月～9月	
第26回	10月～12月	<ul style="list-style-type: none"> ○小児患者に関連した事例 ○リハビリテーション中に起きた事例 (理学療法士、作業療法士、言語療法士等に関連した事例) ○禁忌薬(配合禁忌、併用禁忌、疾病禁忌、アレルギー)に関連した事例 ○輸血療法に関連した事例
第27回	平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ○リハビリテーション中に起きた事例 ○禁忌薬(配合禁忌、併用禁忌、疾病禁忌、アレルギー)に関連した事例 ○輸血療法に関連した事例 ○手術の際の異物残存
	1月～3月	
第28回	4月～6月	<ul style="list-style-type: none"> ○リハビリテーション中に起きた事例 ○禁忌薬(配合禁忌、併用禁忌、疾病禁忌、アレルギー)に関連した事例 ○輸血療法に関連した事例 ○手術の際の異物残存

報の提供が多く、図表を用いながら提示されている。

ヒヤリ・ハット事例の収集は、定点医療機関からは「全般コード化情報(報告様式に沿った)」を、「記述情報」は全ての参加医療機関から、広く情報提供することが重要と考えられる事例について発生要因や改善方策等を含めて報告していただいたものである。表1のごとく収集回毎に定められたテーマに沿って整理・分析されて報告がなされている。

登録医療機関は表2のごとくで総数で約540医療機関、報告義務対象医療機関からの報告件数は表3のご

表2 報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

	開設者	報告義務対象	参加登録申請
		医療機関	医療機関(注)
国	国立大学法人等	46	1
	独立行政法人国立病院機構	146	-
	厚生労働省(国立高度専門医療センター)	8	-
	厚生労働省(ハンセン病療養所)	13	-
	独立行政法人労働者健康福祉機構	-	1
自治体	都道府県	2	7
	市町村	-	25
	公立大学法人	8	1
	地方独立行政法人	1	0
自治体以外の公的医療機関の開設者	日本赤十字社	-	48
	恩賜財団済生会	-	4
	厚生農業共同組合連合会	-	6
	国民健康保険団体連合会	-	1
	全国社会保険協会連合会	-	36
	厚生年金事業振興団	-	1
	共済組合及びその連合会	-	6
法人	学校法人	49	8
	医療法人	-	87
	公益法人	-	15
	会社	-	7
	その他法人	-	5
個人		-	10
合計		273	269

(注) 参加登録申請医療機関とは、報告義務対象医療機関以外に任意で当事業に参加している医療機関である。

表3 地域別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

地域	医療機関数	報告医療機関数	
		平成20年1月～3月	平成20年1月～3月
北海道	11	6	21
東北	24	8	19
関東甲信越	84	34	99
東海北陸	37	14	37
近畿	35	14	36
中国四国	36	16	44
九州沖縄	46	17	30
合計	273	109	286

表4 共有すべき医療事故情報

概要	内容
治療・処置	診察室における患者取り違え事例が報告された。 救急外来で休日外来注射の際、看護師は患者Aの名前をフルネームで呼んだところ患者Bが返事をして診察室に入ってきた。医師も、看護師も患者間違いに気付かず注射を実施した。通常は患者が診察室に入った際に名乗ってもらい本人確認をしているが、今回は名乗ってもらわなかった。
医療機器	血糖測定器の不適切な使用に関連した事例が報告された。 1) 看護師は、簡易型血糖測定器（プレジジョンエクシード）で血糖を測定する際、間違えて他の血糖測定器用のカートリッジ式センサー（L F S クイックセンサー）を取り付けて測定した。血糖値が低く、ブドウ糖を投与したが改善しない為、血糖測定器とセンサーを確認したところ間違いに気付いた。当該血糖測定器は他社のいくつかのセンサーを間違えて挿入してもスイッチが入り、間違った値で血糖が測定されていた。 2) イコデキストリン透析液を使用して腹膜透析を行っている患者に対し、GDH法のうち補酸素にPQQを使用する血糖測定器（ニプロフリースタイルメーター）で血糖値を測定し、その値をもとにインスリンを投与した。その後、グルコースオキシダーゼ（GOD）法を用いた別の血糖測定器（ワンタッチウルトラ）で測定したところ、血糖値が低値であったため、両方の機器で血糖値を測定すると、GDH法を用いた血糖測定器では215mg/dL、GOD法を用いた血糖測定器では91mg/dLであった。これにより、当該患者に対して不適切な血糖測定器を使用したため血糖値が高値を示し、必要以上にインスリンを投与したことがわかった。
医療材料等	酸素吸入療法の際のチューブの不適切な使用に関連する事例が報告された。 看護師Aは患者に酸素4Lで吸入療法を開始した。すぐにピーッと音がなり、ルートを確認すると患者は苦悶表情であった。気管切開部にカテーテルマウント・フレックスチューブのゴム栓を閉じたまま気管チューブに接続され、酸素が一方向的に流れ、呼吸ができない状態になっていた。
療養上の世話	グリセリン浣腸の温度に関する事例が報告された。 術前処置のグリセリン浣腸液をタオルの保温庫に入れて保温した。40分後浣腸液を取り出し患者の部屋で水道水でしばらく冷まし、自分の前腕内側の皮膚で容器の温度を確認したところ、熱くなかったので患者へ使用した。液を50mL注入したところで患者から「熱い」といわれ、注入管を抜いた。翌日より赤色の水様便が見られ、内視鏡で高温の浣腸液による直腸粘膜傷の可能性が高いと診断された。
その他	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た。 1) 入浴介助後、患者の身体にバスタオルをかけてトロリーバス（特殊入浴装置）のまま自室に移動した。トロリーバスからベッドに移動する際、患者を抱え上げたとき、看護師が支えていた麻痺側の手が下に落ちトロリーバスの溝に挟まった。しかしバスタオルで隠れていたため気付かず移動し、骨折した。 2) 右肩関節形成術後患者が心臓カテーテル検査用台に移る際にベッドの金具に頭部を打撲し、3針縫合をした。
その他	ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例が報告された。 夜間、看護師は訪室した際、ベッド柵とベッド柵の間に横向きで首が挟まり心肺停止の状態の患者を発見した。患者がどのように挟まったかは不明であるが、患者には以前から幻視があり、離床センサーをつけるなど対策を講じていたが、スパーサーの設置はしていなかった。
その他	口頭での情報伝達の間違いが生じた事例が報告された。 麻酔中に血圧が低下したため研修医は、口頭で指導医に指示を求めた。指導医はエフェドリンとして8mg使用を意図し、エフェドリンを希釈したもの（当該部署ではエフェドリン1mL(40mg)を生理食塩水9mLで希釈している）を2mL使用するつもりで、「2ミリ」静脈内に投与するように口頭指示をした。研修医は「2ミリ」を聞いて、未希釈のエフェドリンを2mL(80mg)患者に投与した。 (事例概要については第12回報告書66頁 図表Ⅲ-1 13番参照)。

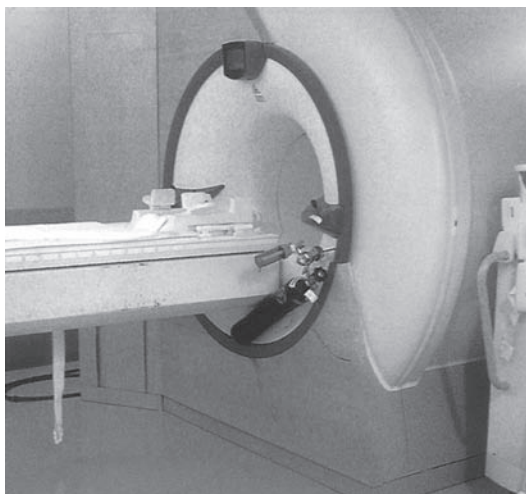
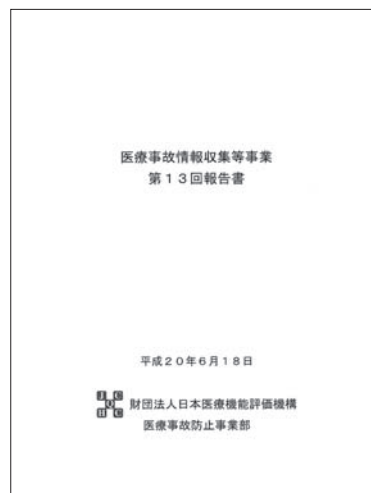


図1 MRIに吸着した酸素ボンベ



報告書の表紙

とく286件である。詳しい背景要因分析が幅広くなされているので医療機関ごとにご利用いただきたい。

共有すべき医療事故情報については表4に、再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」は表5に、特にMRIに吸着した磁性体の画像（図1）が掲載されていたので医療安全教育等の参考にされんことが評価

機構の方より要望されている。

以上、誠に簡単であるが「医療事故情報収集等事業第13回報告書」の紹介をさせていただいた。なお、報告書は財団法人日本医療機能評価機構のホームページ (<http://jqhc.or.jp/>) からダウンロードすることができる。

表5 「共有すべき医療事故情報」(再掲分)

概要	内容
薬 剤	<p>薬剤のアレルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。 (第12回報告書141頁)</p> <p>電子カルテの記録に気付かず、検査実施医が患者との検査前の説明でキシロカインアレルギーに気付いたため、実施にいたらなかった。 (事例概要については本報告書71頁 図表Ⅲ-2-1 18番参照)。</p>
薬 剤	<p>インスリンの単位の誤解に関連した事例が報告された。 (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁、第10回報告書142頁、第11回報告書131頁、第12回報告書143頁)</p> <p>ヒューマリンRを100単位10mLだと思い、患者に10倍量投与した。 (事例概要については本報告書70頁 図表Ⅲ-2-1 7番参照)。</p>
薬 剤	<p>オーダ入力する際、端末操作の誤りによる薬剤の指示間違いの事例が報告された。 (第10回報告書141頁、第12回報告書143頁)</p> <p>1) エクザール5.5mgと処方すべきところ5.5本(55mg)と入力し、患者に投与した。(事例概要については本報告書69頁 図表Ⅲ-2-1 4番参照)。 2) ジゴシン散を入力する際、本来0.2mgと入力するところ、2mgと入力した。 (事例概要については本報告書69頁 図表Ⅲ-2-1 3番参照)。</p>
ドレーン・チューブ	<p>複数のドレーン等が留置されている患者において、間違ったドレーンに輸液を接続した事例が報告された。(第10回報告書142頁)</p> <p>フェンタニルを静脈から投与するところを洗浄用ルートの三方活栓に接続した。 (事例概要については本報告書70頁 図表Ⅲ-2-1 9番参照)。</p>
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いが2件報告された。 (第8回報告書137頁、第10回報告書143頁、第11回報告書131頁、第12回報告書143頁)</p> <p>1) 脳出血の緊急手術で頭皮を切開し2ヵ所に穿頭を行ったところで誤って右側の開頭を行っていることに気付いた。 2) 脳出血で緊急外来から緊急手術となった。右側の部分剃毛を行い血腫除去を開始した。医師が術前所見と術中所見の差異から左右の間違いに気付いた。</p>
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷が3件報告された。 (第5回報告書113頁、第8回報告書138頁、第9回報告書170頁、第10回報告書143頁、第11回報告書132頁、第12回報告書144頁)</p> <p>1) 患者から「麻痺側を温めてほしい」と希望があり、以前にも使用経験があったのでペットボトルにお湯を入れタオルにくるんで座布団においた。患者が下肢にペットボトルをしぼっていたのを見つけたため危険性を説明し、下肢から離れた。その後麻痺側大腿に低温熱傷を発見した。 2) 清拭のために患者の右大腿部付近にビニール袋に入れた清拭タオルを置き、右側臥位にした。清拭中、患者が熱いと言ったため、背部清拭後確認すると右大腿部に発赤ができていた。右側臥位にした時、患者の足にタオルが当たっていた。 3) 清拭のためタオルを4枚ビニール袋に入れて電子レンジで3分加熱した。このタオルを右足側のベッドの隅のタオルの上において清拭、更衣をした。その後、右足背、左足背の水疱を発見した。 (事例概要については本報告書99頁 図表Ⅲ-2-10 3番参照)。</p>
医療機器	<p>MRI（磁気共鳴画像）検査での事例が報告された。 (第9回報告書169頁)</p> <p>MRI検査終了後、担当医がMRI室に酸素ボンベ付きのストレッチャーを持ち込み、酸素ボンベをMRI本体に吸着させてしまった。医師は患者の容態が気になり少しでも早く退室させ対応したかった。また、看護師が気をきかせMRI専用ストレッチャーを格納場所に戻していた。患者に影響はなかった。(図表IV-1-3) [本誌では図1]</p>
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の接続外れや緩みに関連した事例が3件報告された。 (第12回報告書142頁)</p> <p>1) 人工呼吸器の酸素接続部分の外れがあった。 (事例概要については本報告書91頁 図表Ⅲ-2-7 3番参照)。 2) 人工呼吸器の加湿チャンバーの給水キャップの外れがあった。 (事例概要については本報告書92頁 図表Ⅲ-2-7 8番参照)。 3) 人工呼吸器のウォータートラップのリークがあった。 (事例概要については本報告書91頁 図表Ⅲ-2-7 6番参照)。</p>