

(3) 事例が発生した医療機関の改善策について

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。

1) 接続時に行うこと

- ① 接続の際、患者側からルートをとどる。
- ② 胃管へ薬剤や空気等を注入する際は、静脈内空気注入防止策として経静脈ルートのチューブとは口径の違う注射器を使用する。

2) 教育や当該事例周知に関すること

- ① 看護師が実施可能な業務体制と適切なフォロー体制を確立する。
- ② ローカルルールが存在しているかを調査する。
- ③ 全職員に事故の説明と改善策を周知徹底する。
- ④ 関連する医師に医療安全に関する再教育を行う。
- ⑤ 術前執刀医と麻酔科医は患者に接続した全てのラインと注入可能個所を指さし確認する。
- ⑥ 手術が十分安全な環境で行われることを声だし確認する。その際、安全が確認されない場合手術を開始しない。
- ⑦ 手術室におけるライン、コードの整理の仕方のルールを作る。
- ⑧ 手術室における手術行為における安全管理の監査を可能にするため、現在経済的な事情で限られた科のみ行っている手術の映像記録を早期に全科に適応する。
- ⑨ 手術室におけるオカレンスレポートに安全管理に関するルール違反の項目を追加する。
- ⑩ 外部委員による安全管理の巡視・監査を定期的に行う。

(4) まとめ

平成20年1月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、カテーテル・ドレーンを他のカテーテル・ドレーンに接続できる状況にある場合は、刺入部と接続部をたどって確認することを掲載した。

該当事例が発生した2医療機関では、カテーテル・ドレーンをたどること、口径の違う注射器を使用すること、それらに関連したマニュアル等を整備し周知徹底すること等を改善策としてあげている。今後も引き続き類似事例発生動向に注目していく。