

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
61 * *		<p>経管栄養ポンプを使用し経管栄養を注入する際に、エアを注入するルートに誤って接続したため、経腸栄養剤注入時にバルーンが破損し、周囲に漏れ、ガーゼが汚染し、腸瘻チューブを交換することとなった。調達した在宅患者に使用している栄養セットの先端は、チップ型(黄色)ではなく、バルーンにも接続できる細さであり、本来接続する注入口に「栄養注入口」と記載があることに気付いていなかった。</p>	<p>入院患者に使用する経腸栄養セットは、接続部が黄色のカテーテルチップ型であるが、他の病棟で在宅で使用訓練用に使用している経腸栄養セットを入院患者に使用した。病棟では経管栄養ポンプを使用した経験がほとんどなかった。腸瘻チューブの構造理解が不十分であり、接続部位に「栄養注入口」と印字があるにも関わらず、思い込みで接続した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジャーへ下記の指導を行った。 ・ 使用経験のない機器・材料を使用する場合のスタッフの教育、訓練には、口頭や紙媒体での申し送りではなく、実際的な方法を用いること。 ・ 経腸栄養剤に使用する注入セットは、カテーテルチップ型を使用することの徹底。 ・ 警鐘事例報告により、他の部署への注意喚起・周知を行うこととした。 	<p>空腸瘻栄養チューブ</p>
62 * *	<p>胃瘻・腸瘻チューブ(栄養剤等の注入に関する事例関連)</p>	<p>経管栄養チューブから16%ミルクのあと、エンシユアHIを注入している小児で、注入後内服薬も注入する必要があった。内服薬を白湯5ml程度で溶解し、注入しようとしたところ、途中でチューブが閉塞してしまった。ミルクング、ポンピングを試みるが、閉塞は解除されず再挿入となる。</p>	<p>チューブの内壁はミルクや経管栄養剤の乳成分の沈着が生じやすく、閉塞しやすい状況になっていた。内服薬を溶く時に、白湯の量が少なく、顆粒成分が残っていた。内服薬を溶くときの注意点、注入する時の注意点が明文化されてなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 注入終了時のチューブ内に通す白湯の量を増やし、沈着を防ぐ。 ・ チューブのクリーニングの方法を検討する。 	<p>経食道経管栄養チューブ</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器	
63	*	*	<p>午前中、担当看護師が患者を車椅子に移乗して、胃瘻ボタンに接続チューブを接続し経管栄養の注入を開始した。終了時に接続チューブが折れ曲がり、栄養剤がもれているのを発見した。担当医師に報告し、午後から濃厚流動を再度注入した。</p>	<p>胃瘻ボタン接続部を注入開始時に確認しているが、注入中の観察が行われていない。栄養注入時のポジショニングが看護師個々の方法にまかされている。上肢が動かせる患者であることのリスクを予測できていない。</p>	<p>・ 患者に適した経管栄養注入時のポジショニングの検討と看護計画の追加。</p>	胃瘻栄養チューブ
64	*	*	<p>経管栄養専用注入ポンプを使用し経管栄養を行ったところ、予定より2時間早く終了してしまった。患者に終了予定時間より早く終了したことを謝罪した。次いで、主治医の診療後、今後予想される身体症状(下痢)について説明し、理解と納得を得た。</p>	<p>ポンプ設定時の注入の量と速さの確認と不備の問題点。</p>	<p>・ 注入ポンプ設定の際は注入量、速さを十分確認する。 ・ 注入開始後、1分間の観察で安心せず、適宜訪室しポンプの作動を確認する。</p>	経食道経管栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
65 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(栄養剤等の注入に関する事例関連)	<p>患児は血糖値を維持しにくいシリンジポンプにより持続注入していた(25ml/h)。胃瘻の深さは3cmで固定していた。ミルク開始時、開始後5分後のチェックでは胃瘻を固定している綿球に漏れは見られなかった。胃瘻挿入部の数cm上を固定しているテープがやや小さめであることには気付いていたが、密着していたため貼り直しはしなかった。1時間弱程度経過してミルクの漏れに気付いた。胃瘻の挿入深さが1cm程になっており、テープが剥がれかかっていた。綿球・衣服・シーツが濡れており漏れたミルクの測定は不可能であったが、時間的に考えて20ml程度の漏れであると推測された。その後すぐに医師が血糖測定したところ、60mg/dlであった。追加指示なく、チューブ再固定を行い、注入再開した。</p>	<p>患児は体動が激しく、胃瘻事故抜去の危険性が高いことは十分に予測されていたが、注入前の胃瘻固定、その後のチェック、観察が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 注入前の固定を確実にを行い、テープを大きめに貼るようにする。 ・ 患児が覚醒し、体動が激しくなっているときには十分に観察を行う。 	胃瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
66 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(栄養剤等の注入に関する事例関連)	昼食のみ胃瘻からCZHi(栄養剤)200mlと白湯400mlを注入すると、付箋でカルテに貼られていたため、後から経管栄養の種類や量を記入する板を書き直そうと思っていたが忘れていた。そのためいつも通りのCZHi400ml、白湯200mlが準備されていた。さらにその書き直していない板で確認し注入した。別の看護師から言われて、カルテを見て気付く。経管栄養を入れるバッグの目盛りを見ると残り約210mlだったため10ml注入し白湯400mlを準備し直し注入した。	経管栄養の種類や量の変更をカルテに付箋で貼っており、カーデックスや専用の板を書き直していなかった。経管栄養を準備する前に、種類と量に変更はないか、書き直していないか板で確認したが、書き直していない板を見て、別のスタッフが準備していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経管栄養の種類や量の変更をカルテに付箋ではるのではなく、カーデックスや専用の板に記入したり申し送りをしたりする。 ・ 変更時は、すぐに専用の板を書き直す。 ・ 準備されていても経管栄養をつなぐ前に種類や量を再確認する。 ・ その日の担当する患者の経管栄養は担当看護師が準備するようにする。 	胃瘻栄養チューブ
67 * *		午前6時頃、重症心身障害児病棟にて卒後2年目部署配属1ヶ月目の看護師が、3孔の胃・空腸瘻カテーテルを挿入している患者に、空腸瘻の注入孔から栄養剤を注入するところを、胃瘻の注入孔から注入した。胃瘻の他方の孔からは、胃内容を排液ドレナージ中であつたため、栄養剤が流出してしまった。	看護師は、栄養剤を空腸瘻孔から注入することと、空腸瘻孔がどれかも把握していた。栄養剤を接続するとき、意識しないうちに、胃瘻孔に接続していた。注入孔には胃瘻、空腸の明示はしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 注入孔に胃瘻、空腸の明示をする。 ・ 経管栄養の技術の再指導を行なう。 ・ 栄養剤注入の実施時、先輩の看護師が確認をする。 	空腸瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
68 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(栄養剤等の注入に関する事例関連)	<p>経管栄養チューブ挿入中の患者。眠前に経管栄養チューブより溶解したマイスリーを投与しようとした。その際、溶解するコップの側に正中創の洗浄用のシリンジがあった。そのシリンジを使用して、入眠剤を溶解してしまった。患者に投与する前に間違っていることに気がついた。</p>	<p>経管栄養注入用のシリンジと洗浄用のシリンジが同じ場所においてあった。シリンジの色も同じであった。しかし口が合わず、入れる前に発見できた</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正中洗浄用のシリンジは一回ごとに破棄する。感染創のシリンジは特に破棄する。 ・ EDに使用するシリンジと正中創に使用するシリンジの色を区別する。 ・ 使用目的をシリンジに明記する。 	<p>経腸栄養注入キット</p>

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
69 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	清拭時に、胃瘻チューブ周囲にタオルと手が触れ、胃瘻チューブが抜けた。その際固定水 2ml が1ml に減っていた。	医師は、胃瘻管理マニュアルと異なるチューブの交換、固定水の交換指示を出していた。看護師は、固定水の管理、チューブの管理は医師が行うものにとらえ、固定水の管理をしていなかった。胃瘻の管理マニュアルが、周知徹底されていなかった。チューブの固定の長さが指示録に記載されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 胃瘻管理マニュアルに従い、固定水は週1回、チューブは月1回の交換とする。 医師は固定位置の長さを指示録に記載する。 チューブの固定位置にマーキングする。 看護師は、日々の観察、固定水の交換を行う。 固定水の交換日は全員月曜日とし、ワークシートに入力する。 	胃瘻栄養チューブ
70 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	夕食と薬を注入した後、胃瘻カテーテル(ボタン式)が抜けているのを発見した。注入は殆ど漏れており、薬も注入できていなかった。注入前に胃瘻カテーテルのバルンの状態は確認していない。すぐに吸引用カテーテルを胃瘻に挿入した。医師により、胃瘻カテーテルが再挿入されたが念のため、当日夕と翌朝の注入は中止して輸液で様子観察となった。抜けた胃瘻チューブはカフに穴が開いており、蒸留水が漏れてしまっていた。胃瘻チューブは1ヶ月で交換のところ、1ヶ月以上交換されていなかった。	胃瘻チューブ内のバルンの確認は挿入されてから行っていない。1ヶ月で交換するチューブが医師の都合等で1ヶ月以上も遅くなっていた。しかし、今までチューブトラブルがなければ交換しないこともあった。	<ul style="list-style-type: none"> 注入前には、胃に挿入されていることを確認する。 定期的にバルンのチェックをする。交換は期限を守る。 	胃瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
71 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	腸瘻のドレーンキャップ交換時、刺入部を洗浄前に縫合されていたが、洗浄後に縫合が外れルートが約5cm 抜けているのを発見した。リーダーの指示にて医師へ報告し、固定の為の縫合をしないとした。	洗浄中に縫合の確認をせずに処置をしていた。またルートが腸ろうから抜け出した時にテープで固定しその場を去った。リーダーに対しての報告時、説明が足りなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1針しか縫合していなかったため、縫合が外れ易いことを意識して、洗浄中も固定の確認をする。 ・ ルートが抜け出たときにはすぐにナースコールをし、その場を離れない。 ・ リーダーに報告時、細かく意識をもって伝える。 	空腸瘻栄養チューブ
72 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	入浴後、バスタオルで身体を清拭時、胃瘻チューブが抜けた。胃瘻チューブは引っかけないよう折って輪ゴムで止めていた。ただちに医師より新しい胃瘻チューブを挿入した。	チューブは必ず確認しながらケアを行う手順が不遵守だった。少しの外力で抜けると言う認識欠如とケア時の危機意識不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例を共有しディスカッションを行ない、チューブ類の管理について再学習した。 ・ 医療安全管理研修会にて胃瘻に関する研修をする予定。 	胃瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
73 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	昼の経管栄養の為、エアースクリューを確認したが確認ができずエアースクリューが抜ける音がした。テープを剥がすと胃瘻チューブが自然抜管されていた。チューブのカフが抜けて約0.2mlだけ入っていた(5ml 固定)。すぐ当直医へ報告し、胃瘻チューブ再挿入した(今までの16Frが入らず14Frに変更)。	原則は1ヶ月交換だが、カフに問題なければ2ヶ月ごとに交換していた(1ヶ月交換予定)。バルンの固定水が漏れて自然に抜管したのではないかと。週1回のカフ交換を忘れていた。処置時エアースクリュー確認時の観察不足。体動発症でチューブが身体の下になることがあった。チューブの自己抜管の既往があったので腹帯や腹巻をしていたが、最近着用していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ カフ交換で異常がなければ2ヶ月ごとに交換する。 ・ カフ交換でバルン水の確認と水分量が不足していたらリーダーに報告する。 ・ 必ず腹帯や腹巻をする。 ・ ケアプランの基本的留意点に入れて全スタッフ徹底する。胃瘻カフ交換チェック表を作成し、忘れないようにする。 ・ 処置時やエアースクリュー確認時観察する。 	胃瘻栄養チューブ
74 * *		嘔吐があったため、チューブを開放したが、なんとなく固定が不十分な感じがしていた。23時過ぎに2人で体位変換したとき胃瘻チューブが抜けてしまった。すぐに再挿入しテープでの固定も行った。不穏状態の受け持ち患者がおり、少し焦っていた。	チューブがテープ固定されていないことが、わかっていたのに固定していなかったため。中のバルンはきちんとしてあるが、腹壁にある円盤部分に、テープ固定をしておいた方が確実にあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ チューブの固定を確実にを行い体位変換などのときは、特に注意することが必要である。 ・ 気付いた時点で行動する。 	胃瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
75 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	PEG(胃瘻)造設している患者(入院期間72日)。退院時、家族より「胃瘻チューブ交換はしていないのですか」と言われた。退院後当院受診の予定がなかったため「施設母体の病院です思う。」と家族に伝えたが、家族から「その病院では胃瘻チューブ交換は行っていない」と言われた。退院当日、消化器科に胃瘻チューブ交換日の予約を取り、後日交換となった。家族より「入院中になぜ交換できなかったのか」と申し入れがあった。	退院許可が出てから、施設の空き待ちの状態が長く続いており、家族もほとんど来院していなかった。施設サマリーにも、胃瘻チューブ交換日時や次回予定日などは記入されていなかった。家族も来院時、胃瘻チューブ交換についての問い合わせはなかった。入院中、「胃瘻チューブの交換は？」と考えたが、退院後は施設母体の病院に受診するため、そちらで交換すると思い主治医や上司に相談しなかった(当院は1ヶ月交換だが、3ヶ月交換のところもあり、以前にもこのようなケースがあった)。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、サマリー(病歴)にて胃瘻チューブ交換について確認すると共に、家族にもどのようなシステムになっているのか確認する。 不明な場合は退院のめどがついた時、またはつく頃には退院後の胃瘻チューブ管理について医師と共に確認する。 	胃瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
76 * *		左側臥位から仰臥位に体位変換を行った際、排液バッグに接続していた胃瘻チューブが抜去した。抜去後、瘻孔より少量の排液を認めたが、患者の状態に変化は見られなかった。	PEG(胃瘻)管理に関する院内の看護マニュアルがないため、管理方法が統一されていなかった。通常、テープ等でチューブを皮膚に固定するが、この患者は固定されていなかったため、体位変換時、下方向に引っ張られた可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・ PEG管理を行っている部署をラウンドし、各部署の管理方法を確認した。 ・ PEG管理マニュアルを作成中。 	胃瘻栄養チューブ
77 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	注入時、エアー音を確認しようと胃瘻チューブを手に持った時にチューブが抜けた。チューブを見るとバルーンの固定用水が入っていなかった。胃瘻チューブ交換は4日前に実施されており、その間は特に問題はなかった。患者への影響はなかった。	胃瘻チューブ交換後4日間は問題なく経過しており、固定水の入れ忘れは考えにくいため、徐々に抜けた可能性がある。胃瘻チューブ交換時に固定用水を入れた記録は残っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胃瘻チューブ交換を行った際は必ず、固定用水何ml という記録を残す。 ・ チューブ固定の確認を注入時に行うという看護手順を徹底する。 	胃瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
78 * *		入浴介助を終えて、ストレッチャーに移動時、エンテラルフィーディングチューブ(十二指腸固定)の先端が洗い台の隙間に引っかかり抜けてしまった。	チューブ留置のまま入浴する患者のチューブの纏め方について、病棟ルールがなく、まとめて固定して入浴する場合やそのままの状態での胸の上において注意しながら入浴介助する場合がある。	・ 入浴時、移動時は、鼻孔から先に出ている部分は丸めて固定バンドをする方法を徹底する。	経食道経管栄養チューブ
79 * *		胃瘻チューブ交換後にサイズの違いに気付き、20Fから24Fに交換した。挿入部位に変化はなかった。	サイズの確認不足(準備・交換前)。準備をしていたので大丈夫だと思った(思いこみ)。名前の確認をして、サイズの確認をしていなかった。	・ サイズの確認不足(準備・交換前)。準備をしていたので大丈夫だと思った(思いこみ)。名前の確認をして、サイズの確認をしていなかった。	胃瘻栄養チューブ
80 * *	瘻・管理に関する事例 胃瘻・腸瘻チューブ(観)	腸瘻より朝の薬を注入しようとする時腸瘻の三方活栓がロックされた状態であった(通常は薬剤注入後2時間クランプし開放していた)。前日の午後以降、腸瘻より少量しか排液が流出していなかった。嘔気なし。午前中1時間、腸瘻の三方活栓を開いた状態にして約30ml 流出あり。朝の薬を腸瘻より注入した。	前日の午後の薬注入後、2時間後腸瘻の三方活栓の開放を忘れていたが、体交の時に三方活栓の方向が移動したか不明である。開放を忘れていたのが原因であると考えの方が妥当。勤務交代時のチェックが不十分であった。	・ 各勤務帯、検温時三方活栓の方向確認、流出状態確認をする。 ・ 同一勤務者による薬の注入、開放を行なう。 ・ 開放できていない場合は必ず申し送る。	空腸瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
81 * *		腹部からイレウス管と胃瘻チューブが留置されている患者。ウロガードの記載と実際のルート接続が逆になっていた。	接続時、ルートの確認不足。ドレーナージしているルートが複数あり、連日リハビリで出棟する際のクランプで間違えやすい。	・それぞれのルートに管の名前を示したテープを貼り、判りやすいようにする。	導尿カテーテル
82 * *		胃瘻造設、入れ替え後退院した患者の家族より、胃瘻チューブのカフ用量に関する質問を受けた。入れ替え時の記録には、20Fr、20ml と記載があったため、そのように伝えた。しかし、前回の胃瘻造設時には製品の業者作成のパンフレットが渡されており、それと今回挿入したものには、号数と用量に相違があり詳しい資料の提示を求められた。土曜日で、消化器の医師、主治医が不在であったため、神経内科の医師が説明して納得された。後日主治医より詳しい資料を送付することになった。	胃瘻チューブ挿入時の説明では、患者・家族がカフの管理は行わないため、カフ用量までは説明していない。基本的には近医に情報提供しているのみ。しかし、今回の家族は、前回は、資料を渡されていたため、今回は情報提供が少いと判断した。	・消化器科と診療科、病棟への挿入器材の情報伝達方法の検討。	胃瘻栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
83 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(観察・管理に関する事例関連)	意識レベル低下の患者の保清中に経鼻栄養チューブ(セイラムサンプチューブ)が挿入されており、テープで頬部に固定してあったが、ルートに位置を確認しないまま体位変換を実施し、チューブが15cm程度抜けていることに気付く。再挿入試みるが挿入出来ず、抜去した。主治医に報告し、夕方再挿入を行なった。	保清中何度も体位変換をしているうちに無意識に実施してしまった。セイラムサンプチューブで2点(鼻・頬部)固定していたが、剥れやすい状況だった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 固定箇所を増やす(鼻・頬・寝衣)。 ・ 処置時など患者の動作が多い場合は一時的にクランプをして行なう。 	経食道経管栄養チューブ

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
84 * *	胃瘻・腸瘻チューブ(その他関連)	正中創と胃瘻チューブ刺入部から滲出液が多く出ており、ガーゼで保護していた。ガーゼ交換をしようとガーゼを除去すると胃瘻チューブが抜けていた。チューブのバルンは膨らんでおり、チューブを固定していた布絆は皮膚に残っていた。	胃瘻チューブの刺入部が1cm程開いていた。固定の縫合針は皮膚に潰瘍を形成していたため10日前に抜糸していた。そのため、布絆でのテープ固定のみであった。体動が激しく腹圧がかかったため。	・ 医師との連携(抜けやすいことを医師に報告し情報を共有する)。	胃瘻栄養チューブ
85 * *	その他の医療機器関連	PTCD(胆管ドレナージ)の排液を捨てようと患者の元へ行った。コッヘル(鉗子)で閉鎖し、三方活栓をOFFにして排液ボトルを外して排液を捨てた。再度排液ボトルを繋ぎ直しコッヘルを外す際、三方活栓を操作し忘れてOFFのまま部屋を出てしまった。患者が腹痛のためナースコールをしたため訪床し、主治医指示の腹痛の際の注射を施行した。その後家人より「三方活栓がOFFになっているが良いか」との問い合わせがあり、操作ミスが判明した。直ぐに開放した。その後排液が流出し、腹痛はおさまっていった。患者及び家族に謝罪した。	仕事に対してゆとりがなく、焦りを感じていた。忙しいときこそ落ち着いて、ひとつひとつの作業を行なえば良かった。今回の場合は、排液容器をベッドサイドへ持っていき、コッヘルでクランプせずに行なえば良かったともいえる。	主治医と話し合い、排液の際の三方活栓はなくし、ボトル内の排液を破棄する場合はクランプをしないよう対策をとった。	三方活栓

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
86 * *		透析開始時、送血側の回路を患者の送血側穿刺部に接続していない段階で血流設定を行い透析開始ボタンを押してしまった。その後血圧測定ボタンを押し穿刺部のテープ固定をしようとした際、送血側の回路を患者の送血側穿刺部に接続していなかったことに気付いた。送血チューブから流れる廃液を捨てる配管につないだ状態であったため、そのチューブに血液が70ml 漏れた。主治医に報告し経過観察した。バイタル等の変化や自覚症状なく経過した。エラーに関し患者本人へ当事者と係長で説明し、了解を得られた。	送血側の接続が完了していると思い込みがあり、確認が不十分となった。透析装置接続操作マニュアルを守っていなかった。患者と話しながらの操作で注意力が散漫となった。操作業務に慣れが生じ流れ作業的になってしまった可能性がある	一人の患者に対し看護師二人での業務一穿刺者1名機械操作1名が望ましいが今の状態では困難。操作マニュアルの厳守。接続操作中は集中し患者との会話は接続作業後とする。一つ一つの操作を声だし指差し確認しながら行う。理解力のある患者の場合は患者と共に声だし確認しながら行う。穿刺部、器械、回路と血液の流れから目を離さない。	人工透析回路
87 * *	その他の医療機器関連	硬膜外麻酔を挿入している患者で下肢の痺れがありチューブを閉鎖していた。痛みが出たため再度チューブを開放する際、三方活栓の開放のみを行い、もう1箇所閉鎖されていたのを見逃し開放し忘れた。	今まで硬膜外麻酔の開放・閉鎖は主に三方活栓しか行った事がないため、2箇所閉鎖されていると気付かなかった。ルートを隅々までしっかりと見ていなかった。	ルートは必ずすべて手にとって隅から隅まで(刺入部からポンプの所まで)確認する。特に閉鎖するものはどこが閉鎖できるのか確認し、ラウンド毎に観察する。閉鎖する所は1箇所ではないと思ってチェックする。	硬膜外カテーテル

情報不足のため製造販売業者による検討対策が困難と考えられた事例もしくは、ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
 (* 第7回報告書, ** 第8回報告書)

		具体的内容	背景・要因	改善策	影響を与えた医療機器
88 * *		<p>輸液ポンプでドブトレックス(急性循環不全改善剤)、シグマート(狭心症治療剤)が投与されていた。ドブトレックスのシリンジ交換時、三方活栓を止め、輸液ポンプをダブルチェックした。約2時間後ポンプのアラームが鳴り、三方活栓再開通忘れによる閉塞が発見された。血圧変動なく経過観察となった。</p>	<p>他にも輸液ポンプを使用しており「三方活栓を開いた。」と思い込んでいた。ダブルチェックをした際も「つもり」で見逃した。三方活栓に触れた記憶はあるが正しく扱えていなかった。心不全の患者にとって強心薬が投与されない時間があることで状態悪化につながる危機感があった。</p>	<p>「つもり」は気付きにくいいため、確実に投薬できるよう、今後は全てつないだ後、再度指差し、声だし確認する。ダブルチェックは流量だけでなく、その薬剤が「確実に投与されているか」投与方法まで確認する。</p>	三方活栓
89 *	その他の医療機器関連	<p>経皮的静脈ポート(薬剤注入用の小さい貯留容器)留置術の間接介助を行っていた。電気メスを医師が使おうとした際、パチッと音がし、設定を見たところカット(切開電流)が250になっていた。手術を開始してから2回電気メスの設定を確認したが、カット凝固(凝固電流)ともに40台であった。医師に指摘され、すぐにカット凝固を40に設定しなおし手術は続行された。創部への影響はみられなかった。</p>	<p>患者は認知症であり、手術に協力が得られなかったため、何度も患者の周囲や電気メスの近くを動いた。また静脈ポート留置の業者が室内に居て医師への説明時に電気メスの近くを動いた。これらのことにより、電気メスのダイヤル部に接触する可能性があった。同機種の使用期間の長い電気メスに関して設定している値よりも設定数が上昇したケースも報告されていたため電気メスそのものの故障も考えられる。</p>	<p>ダイヤル部が軽く、少しの接触でも設定数が大幅に変わってしまうので、電気メスのコード接続時、使用前、使用中、頻回に電気メスの設定をチェックする。</p>	電気メス