

考えられた事象

第1期：計5件 事故なし：計9施設

未回答：計24施設

第2期：計3件 事故なし：計12施設

未回答：計17施設

レベル2

a) 上記1から11までに該当しないレベル2と

考えられた事象

第1期：計3件 事故なし：計10施設

未回答：計23施設

第2期：計1件 事故なし：計14施設

未回答：計16施設

4. レベル3以上の事故報告

平成15年9月1日～平成16年8月31日までの間にレベル3以上の報告は74件あった。その内容は以下のようなものであった。

誤穿刺	21件
抜針かつ/もしくは脱血	12件
除水過剰	5件
除水不足	4件
ベッドから転落	3件
薬剤の間違い	5件
急性C型肝炎発症	1件
食事内容の間違い	1件
漏血	3件
内シャント閉塞	2件
内シャント出血	1件
透析運転スイッチ押し忘れ	4件
透析液の血液内への大量逆濾過	1件
動静脈穿刺間違い	2件
回路内空気混入	1件
静脈側穿刺側腫脹, 回路断裂	1件
自己抜針	1件
転倒・骨折	2件
造影剤血管外漏出	1件
熱傷	1件
薬剤副作用	1件
回路内凝血	1件

上記の事故報告の中で漏血事故は大きな問題である。その原因としては、①ルアーロックが完全に締めてなかったことによるチューブ脱落、②人工血管内シャントの中枢側での断裂が発生し、人工血管内圧が高まったために前回の穿刺部より出血した、③

1時間毎の体位変換を要する寝たきり患者の穿刺部位からの漏血、であった。最初の事例では輸血を必要としており、大きな事故といえる。

頻度の最も高かった事故は誤穿刺であり、職員の安全管理の面から大きな問題である。また、抜針による脱血事故も12件と無視できない数である。

D. 考察

参加施設の概況から判断されるように、透析医療を実施している施設の中でも大きいところでは500床以上から小さいところでは無床診療所までの広い範囲の医療施設が本研究に参加してくれた。各医療施設ともに院内に安全管理委員会は設置され、ヒヤリ・ハット報告もなされているが、当方が用意した質問事項に対しての返事では、施設毎に、また職域毎に大きなばらつきが認められた。患者に対する実害をどの線で区切るかということに対する受け取り方に差があったものと考えられる。そこで本研究では情報集積に際し、レベル3以上の事故については、患者に実害が生じ、そのため検査や治療を行った、あるいは入院の必要が生じた、または入院期間の延長を要したという基準を設けた。その結果、74件の事故報告が集積された。不可抗力的な事例から、明らかに職員の安全管理意識の欠如からくる事例まで、その程度は千差万別である。医療器械はフルプルーフの観点から設計・作成されているものが多くなってきているが、今後も情報の集積を継続して、新たな対策をたてていきたい。

職員の安全管理という問題からは誤穿刺事故の減少が望まれるが、本研究の実施中にある医療器械メーカーが開発した、針先にキャップがかぶる穿刺針が紹介された。試験使用した施設の医療従事者からは好意的な意見が寄せられたが、ネックとなる問題はその価格であった。透析回路にしても多くの種類の回路が巷に氾濫しているのであるが、安全管理面から審議して、各施設が同じ物品を大量に共同購入すれば、費用も安くなるのではないかと推測される。

E. 結 論

まだ、対策まで論じることのできるレベルではないが、さまざまな医療施設で起こっている事故事例

の収集・分析を通じて、新たな安全管理の一助としたい。

平成 17 年 3 月 31 日 発行

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金
肝炎等克服緊急対策研究事業「血液透析施設における C 型肝炎感染対策事故
(含：透析事故) 防止体制の確立に関する研究」研究報告書

発行人 主任研究者 山 崎 親 雄

事務局 社団法人日本透析医会
〒101-0041
東京都千代田区神田須田町 1 丁目 15 番地 2 号
淡路建物ビル 2 階
TEL 03-3255-6471

印刷所 株式会社三秀舎
〒101-0047
東京都千代田区内神田 1 丁目 12 番地 2 号
TEL 03-3292-2881
