

原因として以下のように多くの可能性が挙げられます。

- ・体重測定時の問題：測定ミス，記載ミス，患者から偽りの申告，等。
- ・コンソール側の問題：除水ポンプ故障（事例 16），透析モードスイッチ押し忘れ（事例 33, 50），透析液の血管内へ急速な逆濾過（事例 58），等。

いずれにしても結果として患者さんの生命に影響が及んだり，透析時間，回数の増加を強いてしまいますので，ふだんからの十分な注意が必要と考えます。

事例 22 **抜針・出血**

- 4) 事故内容：透析 3 時間目，食事のため起き上がった時に静脈側穿刺針が抜けた。出血量は約 100 mL であった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成 15 年 11 月（火曜日）
- 8) 発生した時間：午後 0 時 15 分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了時より透析終了操作開始前まで）
- 10) 対象：入院患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師 5. 常勤臨床工学技士
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：
 1. 針の固定があまかった。テープは優肌絆[®]（ユーキバン[®]）を用いていた。
 2. 患者自身も手関節のテープ固定をはがしていた。
- 16) 教訓と再発防止策：
 1. 優肌絆[®]を使用する時は固定を二重固定する。
 2. 余裕を持った固定を心がける。
 3. 起き上がる時には穿刺部を確認しながら起こす。

事例 23 **漏血**

- 4) 事故内容：HDF 開始直後，漏血でアラームが鳴った。潜血反応が陽性であった。ダイアライザーを交換して HDF を再開した。終了時に抗生剤（ケイテン[®]）を投与した。その後，患者に異常はみられなかった。原因は不明であった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成 15 年 12 月（金曜日）
- 8) 発生した時間：午後 5 時 30 分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺時，透析開始操作実施時期）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師 5. 常勤臨床工学技士

- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：不明
- 16) 教訓と再発防止策：ダイアライザーの取り扱いに十分注意する。

事例 27 除水過剰

- 4) 事故内容：1時間あたりの除水量と総除水量とを間違えた。患者の総除水量 2,500 mL、透析時間 4 時間の予定であった。625 mL/ 時間の除水設定が正しかったが、実際には 2,500 mL/ 時間として設定してしまった。患者の穿刺介助の際、1時間の除水設定を確認せず透析運転してしまった。透析開始より 50 分程で患者よりナースコールで気分不快の訴えがあった。そして血圧降下（ダウン）と顔面蒼白の事態となった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成 15 年 11 月（水曜日）
- 8) 発生した時間：午前 10 時 10 分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了時より透析終了操作開始前まで）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：6. 軽快
- 15) 原因：
 - (1) 透析開始介助にて、1時間の除水設定の確認不足。
 - (2) チームリーダーの点検、確認不足。
- 16) 教訓と再発防止策：
 - (1) チームリーダーがコンソール設定しながら患者に確認してもらう。
 - (2) 1時間チェック時、1時間の除水を患者に確認してもらう。

事例 28 出血

- 4) 事故内容：モニターラインがはずれ失血してしまった。失血量は 30～300 mL であったが正確には不明。患者 A 氏の穿刺介助に行った時、モニターラインがしっかりはまっているか確認せず、介助をすべて終わらせて立ち去った後にモニターラインがはずれた。透析 3 時間目に血圧降下し、また予定除水量より 300 g 多く除水されていた。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成 15 年 11 月（木曜日）
- 8) 発生した時間：午前 9 時 30 分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺時、透析開始操作実施時期）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師

14) 転帰：6. 軽快

15) 原因：

- (1) モニターラインがしっかりはまっているか確認しなかった。
- (2) 回路→フィルター→接続ラインと接続部が多いので、はずれる危険度が高いと考えられた。
- (3) フィルターは毎回交換していないため接続する回数が多く、接続部の口がはずれやすくなっていた。

16) 教訓と再発防止策：

- (1) これまで「圧モニターライン→フィルター→エクステンションチューブ ET 3-200 mm[®]→コンソール」と接続していた。今後はエクステンションチューブを取りはずし、コンソールへフィルターを直接付けて、そこへ圧モニターラインを接続するようにした。
- (2) 透析開始操作時に圧モニターラインの接続の確認をしっかりとるように申し送った。
- (3) 圧モニターラインの先にフィルターの付いた回路へ変更していくよう改良予定である。

事例 33 **スタートスイッチ押し忘れ**

- 4) 事故内容：穿刺直後より静脈圧上昇あり、また本人からも違和感訴えがあったため、透析モード停止にして再穿刺を行った。透析再開するためには透析モードのスタートスイッチを押す必要があったが押し忘れてしまった。約30分後に他患者から指摘され押し忘れが発見された。このため以後2回の透析で透析時間が各15分ずつ延長となり患者さんに迷惑をかけた。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成15年10月（木曜日）
- 8) 発生した時間：午前8時30分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺等、透析開始操作実施時期）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師 5. 常勤臨床工学技士
- 14) 転帰：5. 軽快
- 15) 原因：再穿刺者とリーダーが関わりながら発見できなかった。すなわち他患者の穿刺と重なる時間帯であったため再穿刺者は多忙であり、最終点検せずに他患者のところへ移動してしまった。さらにリーダー点検も直後に行われていたが、点検確認ミスにより発見できなかった。
- 16) 教訓と再発防止策：点検表に沿って確認の徹底。

事例 34 **内シャント閉塞**

- 4) 事故内容：透析終了操作をした時、止血のみを確認してシャント音は聴取しなかった。透析後座位の血圧111/54 mmHgで患者さんは独歩で離床された。しかし5m程歩行して椅子に座ったところふらつき転倒した。その時冷汗がみられた。このためすぐストレッチャーへ移した。血圧は174/86 mmHgへ回復した。リーダーと補佐で交代に手があいている方が血圧をみながら徐々に離床させた。その間、担当看護師と回収した臨床工学技士は関わることなく、患者さんは帰宅さ

れた。しかし帰宅後、患者さんが内シャント閉塞に気づき入院となった。翌日血栓除去術の事態となってしまった。

- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成15年11月（水曜日）
- 8) 発生した時間：午後1時20分
- 9) 発生時期：5. 血液透析終了後（透析終了操作後ベッドから離れた以後）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師 4. 非常勤看護師 5. 常勤臨床工学技士 7. その他（師長補佐）
- 14) 転帰：2. 入院（外来患者の場合） 7. その他（血栓除去術）
- 15) 原因：
 - (1) 止血確認後、人工血管であったにもかかわらず圧縮綿球をつけたまま一周させてテープ固定をした。このためシャント音聴取ができていなかった。
 - (2) ふらつき転倒した後、血圧の観察のみしかできておらず、シャント音の確認をしていなかった。
 - (3) 担当看護師が透析終了後から一切関わっていなかった。
 - (4) 複数のスタッフが部分的にしか関わっていなかった。このため責任の所在が不明であった。
- 16) 教訓と再発防止策：
 - (1) 透析終了後に血圧低下があった場合、血圧測定だけでなくシャント音も確認していく。
 - (2) 回収者が止血を確認できなかった場合、受け持ちに声をかけていく。
 - (3) 人工血管の方にテープを一周させない。

事例 35

急性 C 型肝炎発症

- 4) 事故内容：急性C型肝炎（アンプリコア定性陽性）の患者1名が発症した。

平成15年10月6日肝機能酵素上昇。同月20日HCV抗体陰性。同月31日HCV RNA アンプリコア定性が陽性であった。翌11月5日総合病院へ入院となる。急性C型肝炎と診断された。HCV モニターゲノタイプ1。

<診断前後の生化学データ推移>

平成15年	9月1日	10月6日	10月20日	10月27日	10月31日	11月3日	12月17日
ALP	318	783	558	641	581	584	403
GOT	16	114	71	139	112	142	36
GPT	9	87	50	105	86	97	11
LDH	251	370	357		379	409	302
γ-GTP	11	140		149	164	155	64
Chol-E	102	145				145	160
アミラーゼ	88	130			134	129	155
IgM HBc 抗体						(-)	
HCV 抗体			(-)				
HCV RNA アンプリコア定性					(+)		

<その他の経過>

他院入院歴：平成 15 年 7 月 14 日から同月 17 日まで消化管出血疑いを主訴として総合病院へ入院。輸血、上部消化管内視鏡検査を受けられた。

輸血歴：1 回目は平成 15 年 7 月 14 日総合病院にて MAP 2 単位。2 回目は同月 30 日当院にて MAP 2 単位。いずれも日赤に残っていたサンプルからは HCV 検出されず。

- 5) レベル：4 (実害が生じ、その障害が長期にわたると推測される)
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：不明
- 8) 発生した時間：不明
- 9) 発生時期：6. 不明
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：7. その他 不明
- 14) 転帰：2. 入院 (外来患者の場合) 4. 後遺障害 (現在通院中も含む)
- 15) 原因：感染経路不明
- 16) 教訓と再発防止策：

<当院での血液透析に関する状況>

回収液：当日に個人用で準備している (使い回しはしていない)。

開始および終了操作：患者毎に手袋を替えて施行している。

ベッド：当院ではベッドは固定制となっている。当該感染患者は月・水・金曜夜間透析を受けられていた。

月・水・金曜昼間透析では HCV 抗体陽性患者の HCV セロタイプはグループ 1。火・木・土曜昼および夜間は現在使用していない。

コンソール、オーバーテーブル、ベッド用聴診器を透析終了毎に次亜塩素酸ナトリウムにて清拭している。

駆血帯：患者別に名前が記載されているものを使用している。

シーツ：血液汚染がみられた場合、その都度シーツ交換を実施している。汚染シーツは水洗後に次亜塩素酸ナトリウムで消毒している。

事例 38 **体重測定間違い**

- 4) 事故内容：当該病棟患者が透析室へ入室する前、スケールベッドの準備をする際、布団 3 kg を乗せたまま体重表示を 0 と設定してしまった。その後当該病棟患者が入室し、スケールベッドへ移り透析前体重を測定する時には布団 3 kg を乗せずに測定した。このため実際の体重より 3 kg 低い値が表示されてしまった。この値をもとに透析による除水量が設定されたため、3 kg 少ない除水となった。透析後の正確な体重測定で除水が 3 kg 残ったことが判明した。原因検討にてスケールベッド設定方法の間違いが指摘された。
- 5) レベル：3 (実害が生じ検査や治療を行った)
- 6) 2 名以上の集団発生事故：記入なし
- 7) 発生日時：記入なし

- 8) 発生した時間：記入なし
- 9) 発生時期：記入なし
- 10) 対象：入院患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：うっかりミスであるとともに勤務交替直後であり，体重測定方法に十分習熟していなかった。
- 16) 教訓と再発防止策：新人オリエンテーションマニュアルを再チェックするとともに，教育されたかどうかを確認する必要がある。

事例 39 穿刺間違い

- 4) 事故内容：透析患者の穿刺を行う際に，動脈側，静脈側の位置を間違え穿刺して接続した。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：記入なし
- 7) 発生日時：記入なし
- 8) 発生した時間：記入なし
- 9) 発生時期：記入なし
- 10) 対象：記入なし
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：カルテにどちらが動脈側か静脈側かを記載してあることは知っていた。しかし早く穿刺せねばとの焦りからカルテ確認を省略して穿刺してしまった。反対接続が大きな問題であるとの認識は少なかった。
- 16) 教訓と再発防止策：
 - (1) 透析終了時に抜針者により事故が発見され，報告を受けた。既に透析は終了しており，患者の状態には変化がないので帰宅してもらい，その後主治医に事後報告した。
 - (2) （看護師サイドから）カルテの確認作業の徹底。医師への報告を直ちに行うことの徹底。
 - (3) （医師サイドから）反対接続をして血液透析を行うと再循環という現象が生じ，体内の血液浄化が行われない可能性が生じる。このため本来は透析後の血液検査（血清カリウム等）の緊急結果を見て対応（追加の血液透析等）を考えねばならない事故であり，看護師たちの自己判断での帰宅は問題であったと指導した。

[コメント]

再循環の原因には動脈側と静脈側とを逆に穿刺して接続する場合や，たとえ穿刺が正しくても，シャント流量が少なく，静脈圧が高く，内シャントの構造が単純でない場合に生じます。再循環が発生すると透析回路内の血液のみが浄化されるため，回路内血液の色調が明るくなる傾向があります。またダウン等で途中補液の際に動脈側から補液が吸い上げられ，回路内血液の色調が薄まるなどの現象がみられます。経験を積んだ看護師さんはこれらの現象で再循環を発見していただくことがあります。再循環が疑われた場合，その段階で（透析中，透析後とも）血液浄化がきちんとできているか否か，特に血清カリウム値がきちんと下がっているかを確認する必要があります。そして採血場所は，もし抜針されていなければ透析回路からではなく，

シャント肢とは別の場所（反対側上肢等）の静脈から採血する必要があります。血液浄化が不十分と判断されたら追加の透析が必要になります。

事例 40 **出血**

- 4) 事故内容：ハッピーキャス®「クランプキャス®」という名称のシャント穿刺針を使用して透析療法施行中、患者の体動が激しいという問題はあったにせよ、皮膚固定に使用していた翼がゆるくなって管から脱落したため失血事故となった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成16年1月（金曜日）
- 8) 発生した時間：記入なし
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 対象：記入なし
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：記入なし
- 14) 転帰：幸いにも少量の出血のみで対処できましたので、患者さんの生命に対する危険は回避できました。
- 15) 原因：当院の職員は全員がこの翼は管と接着されているものと思い込んでいて、翼の部分で皮膚固定しておけば安全と思っていた。しかし実際ははめこんであるだけで接着されていない為、抜けてしまった。このことは容易に再現できた。
- 16) 教訓と再発防止策：メーカー〔発売元：メディキット株式会社、製造元：東郷メディキット株式会社（東京都文京区湯島1丁目13番2号03-3839-0201）〕へ問い合わせたところ、今までこのような事故の報告はなかったと。また、現在出荷している部品は翼の材質を変更して脱落しにくくしているとの返事でした。しかしつい最近までこの製品は出荷されていたので、まだ在庫を持っている透析センターもあると思われます。
平成16年1月「医療用具の不具合情報」として厚生労働省に報告しました。
また同封の添付文書にはこの記載がないことを確認し、製造業者にPL法に基づき対処するように依頼しました。

事例 41 **禁忌薬投与**

- 4) 事故内容：平成15年12月患者さんへシャントグラフト移植術が行われ、術後疼痛時のためロキソニン®1錠屯用が指示された。しかしロキソニン®服用数時間後かゆみが出現したため、抗アレルギー薬投与を要した。この患者は造影剤アレルギーとともにロキソニン®禁忌「ロキソニン®でのアレルギーあり」がカルテ内に記載されていたが、確認されないまま投与されてしまった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成15年12月（水曜日）
- 8) 発生した時間：記入なし

- 9) 発生時期：その他
- 10) 対象：入院患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：1. 常勤医師 3. 常勤看護師
- 14) 転帰：6. 軽快
- 15) 原因：以前ロキソニン®でアレルギーが出たことがあり、カルテにロキソニン®禁忌となっていたが確認を怠ってしまった。患者も体に合わない鎮痛薬があることを知っていたが薬剤名までは知らなかった。
- 16) 教訓と再発防止策：
 - (1) カルテに記載されている禁忌薬を確認すること。
 - (2) 患者に薬品名を知らせ、次回からは患者も飲む前に薬品名を確認してもらうこととした。
 - (3) 指示を受ける際、看護師も必ず禁忌薬の確認をする様に徹底する。

事例 42 誤穿刺

- 4) 事故内容：穿刺後針をボックスに捨てようとした時に自分の右手首を刺してしまい、この時びっくりして針を離して下に落とした。落とした針が自分の右足甲に刺さってしまった。当院ではクランプ針を使用しており、シャント穿刺後にテフロン外筒を残し内筒の金属針を抜いた際に誤穿刺をした。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成15年12月（金曜日）
- 8) 発生した時間：午前9時50分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺等、透析開始操作実施時期）
- 10) 対象：外来
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：記入なし
- 15) 原因：針を捨てる時に注意を怠っていた。
- 16) 教訓と再発防止策：針を捨てる時、誤穿刺しないよう最後まで細心の注意を払うよう心がける。

事例 43 誤穿刺

- 4) 事故内容：患者さんは高ナトリウム透析のため個人用コンソールを使用していた。穿刺時にたまたま穿刺後の針入れがなかったため、開始セット上に穿刺後の針を置いた。そして採血用シリンジを取る際に手がすべり左第2手指に誤穿刺してしまった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成16年1月（土曜日）
- 8) 発生した時間：午前10時10分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺等、透析開始操作実施時期）

- 10) 対象：職員
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：5. 常勤臨床工学技士
- 14) 転帰：記入なし
- 15) 原因：早く穿刺してあげようと気があせり、針入れの準備を怠ったためと考えられた。
- 16) 教訓と再発防止策：ただちにコンソールに針入れを設置しました。

事例 44 **誤穿刺**

- 4) 事故内容：透析開始時に穿刺後の針によって左第3手指第1関節部に誤穿刺をした。当院ではクランプ針を使用しており、シャント穿刺後にテフロン外筒を残し内筒の金属針を抜いた際に誤穿刺をした。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成15年12月（土曜日）
- 8) 発生した時間：午前9時12分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺等，透析開始操作実施時期）
- 10) 対象：外来
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：記入なし
- 15) 原因：不注意によるもの
- 16) 教訓と再発防止策：穿刺に使用した金属針の扱いを慎重にする。

事例 45 **食事内容の違い**

- 4) 事故内容：きざみ食の患者さんへ普通食を配膳してしまった。サロン（別室）にてヘルパーがその普通食の食事介助している際に、患者さんは誤嚥してしまい意識低下が出現した。看護師がサロンに行った際発見し、口腔内の食物をかき出して状態改善が得られた。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：15年12月（金曜日）
- 8) 発生した時間：午後2時0分
- 9) 発生時期：5. 血液透析終了後（透析終了操作後ベッドから離れた以後）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：2. 入院（外来患者の場合）
- 15) 原因：誤嚥の恐れのある患者さんに普通食を配膳したため。
- 16) 教訓と再発防止策：
 - (A) 配膳の間違いを防ぐための対策
 - (1) 「きざみ食」の容器のフタに患者名を記載した用紙を貼る。

- (2) 食事の注文用紙に、数でなく患者名を記入し、配膳台前に貼る。
- (3) 「きざみ食」を食べる患者さんのベッドには「きざみ食、〇〇〇〇」と氏名の入った大きめのカードを付ける。
- (B) 誤嚥の早期発見のため、スタッフの目の届くベッド上で食事をしていただく。

事例 47 誤穿刺

- 4) 事故内容：看護師1名で回収操作中、1本目（静脈側）を抜針して返血用生理食塩液バッグのゴム部分に刺す時に誤って右第2手指を刺した。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成16年2月（土曜日）
- 8) 発生した時間：午後0時0分
- 9) 発生時期：4. 血液透析終了時期（穿刺等、透析終了操作実施時期）
- 10) 対象：職員
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：7. その他（誤穿刺した職員の定期的な検査）
- 15) 原因：記入なし
- 16) 教訓と再発防止策：抜針しにくいシャント、止血困難な患者に対しては、なるべく抜針側と機械操作側の2名で回収操作を行う。

事例 48 誤穿刺

- 4) 事故内容：透析終了し、回収操作中の看護師が動脈側穿刺針を抜針して、返血用生理食塩液バッグのゴム部分に刺そうとした際誤って自身の左第3指を刺してしまった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：16年1月（水曜日）
- 8) 発生した時間：午後0時40分
- 9) 発生時期：4. 血液透析終了時期（穿刺等、透析終了操作実施時期）
- 10) 対象：入院
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：
 - ・スタッフ自身の自覚
 - ・生理食塩液バッグに刺されている補液回路の接続部（ツバモト）が大きく回収操作時針を刺しにくい。
- 16) 教訓と再発防止策：
 - ・ミーティングを行い再発防止策を検討すると共にスタッフに対し注意を促す。

- ・現在回収操作マニュアルまた透析回路の変更を検討中.

事例 50 スタートスイッチ入れ忘れ

- 4) 事故内容：透析開始操作時に透析モードのスタートスイッチを入れ忘れたため、透析と除水を35分間施行できなかった。このため透析時間を30分延長して対応する事となり、患者さんへ多大な迷惑をかけた。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成16年1月（月曜日）
- 8) 発生した時間：午後5時35分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺等、透析開始操作実施時期）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：6. 軽快
- 15) 原因：患者さんの体重増加が多く本人に注意しながら透析開始操作を行っていて、最後に透析スタートスイッチを押したつもりでした。患者さんのベッドから離れる時に再度点検しなければいけなかったのですが、別の患者さんの穿刺の順番に気を取られてしまいました。すべての穿刺が終わって、1時間目のチェック時に透析コンソールの緑色の電気が点滅しているのに気づき、透析スタートスイッチが入っていなかったことを確認しました。その時スタート時間から35分過ぎていました。
- 16) 教訓と再発防止策：透析開始操作時に点検（声だし、指差し点検）をして、ベッドから離れる前にさらにもう一度、総除水量、時間除水量、透析スタートスイッチが入ったかどうかの確認をします。

事例 51 穿刺間違い

- 4) 事故内容：患者Kさんの動脈側と静脈側を間違えて穿刺して回路をつないでしまった。透析終了時に発見され、内シャントと反対側静脈から緊急に採血した。データが出るまで透析の延長をさせてしまった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成16年2月（月曜日）
- 8) 発生した時間：午前9時35分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺等、透析開始操作実施時期）
- 10) 対象：外来患者
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：肘関節部への穿刺依頼が患者さんからあった。シャント図を確認したが穿刺針に気を取られ穿

刺者の思い込みによるミス。

- 16) 教訓と再発防止策：シャント図の2度、3度の確認をする。

事例 53 除水不足

- 4) 事故内容：血液透析施行後、体重が増加してしまった。透析前体重 64.5 kg、透析後体重 65.2 kg。除水総量 3,400 mL。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：16年2月（土曜日）
- 8) 発生した時間：午後9時20分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 対象：外来
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師 5. 常勤臨床工学技士
- 14) 転帰：6. 軽快 7. その他（再穿刺後2時間ECUMにて2,500 mL除水）
- 15) 原因：・不明。透析前体重もいつもと同じ増加であった。体重の確認は本人が行っている。虚偽をするような患者ではない。
・患者監視装置をチェックするが異常なし。自己診断4回OK。除水量実測2回OK。バランステスト2回OK。
- 16) 教訓と再発防止策：透析中の血圧監視を見直して、通常と異なる場合は体重実測する。

事例 55 静脈側穿刺部腫脹、回路断裂

- 4) 事故内容：患者様が針先の痒みのため掻いたところV圧上昇した。V側腫脹みられた。医師報告にて回収の指示があり。A側で返血するためそれぞれの回路との接続をはずす時回路側のチューブが接続部からはずれずちぎれてしまった。そのためエア-返血となった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：16年2月（金曜日）
- 8) 発生した時間：午後8時50分
- 9) 発生時期：4. 血液透析終了時（透析終了操作実施時期）
- 10) 対象：入院
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師 4. 非常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：
・接続部の取り外し方に問題があった。
・掻痒感の強い患者様であったため、優肌絆[®]を使用していたにもかかわらず掻いているうちにテープがゆるみV側腫脹となった。
- 16) 教訓と再発防止策：

- ・接続部からはずれず回路側のチューブがちぎれたため、エアー返血を施行したが回収生理食塩液回路を使用すれば生理食塩液にて返血が出来るということ。
- ・掻痒感の強い患者様に対しては特にテープの固定を他の患者様より多く本数を使用すること。

事例 57 透析液の血液（回路）内へ大量逆濾過

- 4) 事故内容：日機装社製 DBB-72[®]（1997年製）において返血操作のため「停止」スイッチ→「準備回収」スイッチを押したところ、静脈圧上限警報発生（V圧 300 mmHg 以上）する。ダイアライザーから静脈側血液回路、穿刺針、シャントの観察を行うが異常なく（V圧上昇となる）、逆にダイアライザーから静脈側の穿刺針まで血液の色が希釈された色調（薄赤色）であった。スタッフの気転で「排液」ボタンを押し、ダイアライザーから透析ホースをはずし、静脈圧解除をはかり返血操作を終了した。透析終了後、体重測定し予定より 1.3 kg 残っていた。（終了前に除水は完了）患者の自覚症状はなく安定し医師より患者家族共に説明を受け、予防的に抗生剤 4 日分処方し対処する。その後 10 日間経過しているが状態に変化はみられない。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：16 年 3 月（水曜日）
- 8) 発生した時間：午後 10 時 5 分
- 9) 発生時期：4. 血液透析終了時（透析終了操作実施時期）
- 10) 対象：外来
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：2. 常勤医師 4. 非常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：「準備回収」スイッチ ON と同時に、装置内電磁弁不良にてダイアライザー内の透析液側内圧が急上昇し、多量の透析液が血液中に流入するという、逆濾過現象発生。
ダイアライザー：東レ BS-1.6 UL[®]（UFR：50.0）機種：DBB-72[®] 透析液流量：500 mL/分
- 16) 教訓と再発防止策：
 - ・透析開始から終了まで、静脈圧変化に留意し「透析」工程で返血操作を行う。
 - ・警報発生で解除できない場合は「停止」スイッチを押し透析ホースをはずす。又は最終的に原因不明で対応困難となった場合は電源 OFF とする。
 - ・該当機器は、静脈圧上昇時に逆濾過発生の可能性があることをスタッフに周知する。
 - ・単一故障において、生命危機のある逆濾過現象が発生しない様にメーカーに早期対応（改良）を勧告要請する。
 - ・透析医会として、機器安全の対応をお願いしたい。

事例 58 誤穿刺

- 4) 事故内容：透析回収後、看護助手がコンソールから回路を外そうとした際、穿刺針が左手薬指に刺さってしまった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）

- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：16年3月（水曜日）
- 8) 発生した時間：午後2時0分
- 9) 発生時期：5. 血液透析終了後（透析終了操作後ベッドから離れた以後）
- 10) 対象：スタッフ
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：7. 看護助手
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：透析回収、コンソールから回路を外す際、穿刺針の位置を確認していなかった。（通常返血用生理食塩液バッグへ刺す事となっている。）位置を確認していないためはっきりわからないが、回収者が通常の場合に針を刺さなかったか、回路を外す過程で針が抜けた事が原因と思われる。
- 16) 教訓と再発防止策：
 - ・回路の片づけを始める際に通常の場合に針が刺さっているか確認をする。
 - ・片付ける際に針が抜けてしまう可能性があるため、その事を頭に入れ慎重に取り扱う。

事例 60 **除水過剰**

- 4) 事故内容：35歳女性の5時間透析の患者で透析開始1時間半目に顔色不良、気分不快があり血圧が40 mmHgまで下降した。その時点で生理食塩液250 mLを注入する。2時間目にも血圧が53 mmHgまで下降し、生理食塩液を更に250 mLを注入する。その後も透析終了時まで血圧は90 mmHg前後と低値で牽引痛もあった。5時間透析の5時間経過時に計算上では1.5 kgの引き残しとなるため本人の希望でECUMを追加した。ECUM経過45分後に体重測定を行うと、目標体重より1.6 kg引きすぎていることが判明する。医師の指示により生理食塩液1 Lを1時間かけて補液し、血圧が103 mmHgになったところで帰宅してもらった。
- 5) レベル：3（実害が生じ検査や治療を行った）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：16年2月（土曜日）
- 8) 発生した時間：午後9時0分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了時より透析終了操作開始前まで）
- 10) 対象：外来
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師 5. 常勤臨床工学技士
- 14) 転帰：6. 軽快
- 15) 原因：前体重は体重計の印字と一致し、体重増加も中2日で4.1%といつも通りであるためコンソールの故障が考えられた。透析終了時にコンソールを点検したところ、自己診断機能での装置の密閉系チェックでは異常がなかった。除水誤差時に故障の頻度の高い電磁弁を分解して確認したが、異常は認められなかった。除水精度のテストを行ったが問題はなかった。
- 16) 教訓と再発防止策：原因が不明であるため、原因の特定ができるまで本装置を使用不可とし、原因の究明を行う。

事例 77 誤穿刺

- 4) 事故内容：当施設では血液ガス分析装置洗浄用の薬液を注射筒内に入れてあった。そしてこの注射筒の先端は外筒キャップのついた注射針を用いて蓋をされていた。
血液試料を注入する血液ガス分析装置注入口（プローブ）にこの洗浄用薬液を注入しているため、この注射筒と中の薬液は常に血液に汚染されていた。
しかし臨床工学技士がこの洗浄用薬液をプローブへ注入後、注射針の外筒キャップを誤って外してしまい、リキャップの際、自身の指に誤穿刺してしまった。
- 5) レベル：2（実施され、現時点での実害はないが、今後の観察が必要、あるいは何らかの検査を要した。）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成18年4月（火曜日）
- 8) 発生した時間：午前11時0分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：3. 医療従事者などスタッフ
- 11) 患者の性別：男性
- 12) 医療従事者の年齢：22歳 透析関係の従事年数：0年1ヶ月
- 13) 関与したスタッフ職種：5. 常勤臨床工学技士
- 14) 転帰：7. その他（経過観察中）
- 15) 原因：1. 注射針の扱いに慎重さを欠いていた。
2. リキャップの際、シングルハンドで行わなかった。
- 16) 教訓と再発防止対策：1. シリンジの蓋は注射針ではなくゴム製のものに変更した。

事例 78 誤穿刺

- 4) 事故内容：HCV抗体陽性の患者でクランプキャス®を使用して穿刺時に、内筒の金属針をシャントに刺入し、外筒を内筒にそって血管内に挿入した後に、内筒の金属針を左手で外筒より抜いた際、抜いた内筒金属針で右第1手指に刺してしまった。
- 5) レベル：2（実施され、現時点での実害はないが、今後の観察が必要、あるいは何らかの検査を要した。）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成18年4月（火曜日）
- 8) 発生した時間：午前9時0分
- 9) 発生時期：2. 血液透析開始時期（穿刺等、透析開始操作実施時期）
- 10) 被った方：3. 医療従事者などスタッフ
- 11) 患者の性別：女性
- 12) 医療従事者の年齢：24歳 透析関係の従事年数：0年6ヶ月
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：5. 常勤看護師
- 14) 転帰：7. その他（経過観察中）

- 15) 原因：1. 穿刺針の扱いに慎重さを欠いていた。
- 16) 教訓と再発防止対策：誤穿刺対策が施されたクランプキャス®への変更が望まれるが、現在のクランプキャス®に比べコストが高く、今年度の診療報酬改定の影響によりコスト高となる医療材料への変更は難しくなった。

事例 80 回路離断・出血

- 4) 事故内容：血液透析開始2時間目を過ぎた頃、静脈側穿刺針と血液回路との接続が外れて出血した。患者自身が出血に気づきナースコールした。看護師、臨床工学技士がベッドサイドへ駆けつけたが、出血箇所を確認するのに手間取った。そのため約100 mLの推定出血量となった。
- 5) レベル：2（実施され、現時点での実害はないが、今後の観察が必要、あるいは何らかの検査を要した。）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成18年4月（水曜日）
- 8) 発生した時間：午後8時30分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：2. 外来患者
- 11) 患者の性別：男性 年齢：63歳 透析歴：0年7ヶ月 原疾患：糖尿病性腎症
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：7. その他（経過観察中）
- 15) 原因：以前、穿刺針と血液回路との接続部のルアーロックのゆるみが比較的多くあった。このためルアーロックを締めた後、それが動かないようテープで固定することに決めていた。今回も基本通りルアーロックにテープを巻き、他に3本のテープで穿刺針と血液回路を固定した。しかしルアーロック部のテープの中で接続が外れてしまった。このテープは巻かれたままだったため接続は完全に外れてはいなかった。さらにそのテープが覆われていたため、そこが外れて出血していると判るのに若干の時間（30秒程）を要した。接続外れの原因としてルアーロックの締め損ねと思われた。一方、患者自身も痒みの強い方だったので、透析中も頻繁に腕を動かしていた事も一因と思われた。
- 16) 教訓と再発防止対策：
1. 穿刺針メーカーにルアーロックの緩みに対するの改良を依頼。
 2. 動脈、静脈側共に3本のテープで固定（Ω固定、3点固定）する方法は従来どおり変更せず。
 3. ルアーロック部のテープ固定を止めて、ロックを確認できるようにし、1時間毎にロックの確認を必ず行う事にした。

事例 83 抜針・出血

- 4) 事故内容：2004年3月糖尿病性腎症で血液透析へ導入された。73歳。導入時より寝たきりで、四肢麻痺があり食事摂取は全面介助であった。脳血管障害性パーキンソン症候群の患者であった。JCS：

Ⅱ-20 であった。4 時間透析終了直前に自然抜針し、失血による死亡事故。

- 5) レベル：5（死亡に至った）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成 18 年 1 月（月曜日）
- 8) 発生した時間：午後 1 時 30 分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：1. 入院患者
- 11) 患者の性別：男性 年齢：73 歳 透析歴：2 年 9 ヶ月 原疾患：糖尿病性腎症
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：1. 死亡
- 15) 原因：導入時より四肢麻痺があり寝たきり状態で意識レベルⅡ-20、穿刺部位の腕は完全麻痺状態で膝関節の屈曲、硬直があり反対側は不完全麻痺で、手指のみ可動可能でテープ固定に苦慮していた患者であった。この日は悪寒があり患者に布団を掛けた状態で穿刺部見えず、患者の発汗で固定のテープが剥がれ易くなっていた。事故当時は 77 床の患者の透析終了時で目が行き届かなかった。
透析装置の警報は、当時の静脈圧警報幅は上下 50 mmHg で特別に幅を持たしていたわけではなく完全に抜針されず、警報点に触れず、抜けかかった状態であったので、警報が鳴らなかったと思われる。
- 16) 教訓と再発防止対策：
 1. 穿刺針の固定…テープを 2 種類使用し患者全員 α 固定の徹底
 2. 穿刺部位…布団から必ず出し、紙シートで覆うことをせず、穿刺部位が目視できる。意識レベルの低い患者や体動のある患者に透析独自の看護度を作成し看護度の高い患者には穿刺針の状況が一目でわかるようにサージットテープ[®]使用し、ペットボトルシーネの使用、必要であれば抑制も考慮。
 3. 人員配置…透析終了時、手薄になるのでリーダーが監視できる体制を作る。
 4. 透析装置…看護度の高い患者の静脈圧警報幅を現行の 50 mmHg から 30 mmHg に変更した。

事例 85 **投薬ミス**

- 4) 事故内容：39.2℃ の発熱を主訴として患者が家人付き添いで車椅子にて来院された。（通常自宅から運転手にて車搬送が必要である患者であった）
医師による診察後、抗生剤点滴静注投与指示があった（セファメジン[®] 1g＋生理食塩液 50 mL）。この時点で禁忌薬確認をカルテ上で行わず指示物品を用意し、点滴施行者が血液回路へ接続した。約 4 mL 注入した時点で他看護師より、この患者にはセファメジン[®]禁忌である旨の指摘があった。そこですぐカルテ確認実施して禁忌薬物品と確認し、点滴注入を停止し医師へ報告して当該薬品使用を中止した。
- 5) レベル：2（実施され、現時点での実害はないが、今後の観察が必要、あるいは何らかの検査を要した）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ

- 7) 発生日時：平成 18 年 7 月（木曜日）
- 8) 発生した時間：午後 2 時 30 分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：2. 外来患者
- 11) 患者の性別：男性 年齢：82 歳 透析歴：7 年 11 ヶ月 原疾患：糖尿病性腎症
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：2. 非常勤看護師，3. 常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：a) 非常勤医師からの指示であったこと。
b) 常勤スタッフからの情報提供が不足したこと。
- 16) 教訓と再発防止対策：抗生剤，造影剤など内服，点滴静注投与の指示が出た場合，必ず当該患者の禁忌薬欄項目を医師と一緒に確認する。

事例 86 **投薬ミス**

- 4) 事故内容：血液透析後，毎回インスリン自己注射されている患者。今回医師回診の際にインスリン種類と投与量変更の指示があった。変更内容はヒューマカート®からヒューマリン N®へ種類の変更および 4 単位から 6 単位へ投与量の変更であった。しかしこれら指示確認が不十分であったため投与量のみ変更と認識してしまった。このためヒューマリン N®へ変更せずヒューマカート®を使用して 6 単位投与してしまった。
- 5) レベル：1（実施されたが現時点での実害はなく，その後の観察も不要）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成 18 年 4 月（木曜日）
- 8) 発生した時間：午後 1 時 30 分
- 9) 発生時期：5. 血液透析終了後（透析終了操作後ベッドから離れた以後）
- 10) 被った方：2. 外来患者
- 11) 患者の性別：女性 年齢：39 歳 透析歴：14 年 11 ヶ月 原疾患：糖尿病性腎症
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：未記載
- 15) 原因：a) 投与単量変更のみと思い込みカルテでの指示を見落とした。
b) 現在どんなインスリンを使用しているかの認識不足。
- 16) 教訓と再発防止対策：きちんとカルテを確認する。

事例 87 **誤穿刺**

- 4) 事故内容：透析開始後，看護師が開始セットの後片付けをしていた時に穿刺針にて自身の右第 2 手指へ誤穿刺した。
- 5) レベル：2（実施され，現時点での実害はないが，今後の観察が必要，あるいは何らかの検査を要した）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ

- 7) 発生日時：平成 18 年 5 月（土曜日）
- 8) 発生した時間：午前 8 時 45 分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：3. 医療従事者などスタッフ
- 12) 医療従事者の性別：女性 年齢：33 歳 透析関係の従事年数：4 年 7 ヶ月
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：当院のマニュアルではシングルハンドで穿刺針を外筒（キャップ）へもどすことになっているが、それを厳守していなかった。
- 16) 教訓と再発防止対策：
 - a) 誤穿刺した看護師は時々マニュアルを無視していたとの反省があり、今後マニュアルの厳守を誓った。
 - b) 看護師長としては、これまで気づいていた時に注意していたが、今後、定期的にスタッフの業務内容（マニュアルが厳守されているか）をチェックする必要があると反省している。

事例 90 **抜針直前**

- 4) 事故内容：血液透析実施中、静脈圧 270～280 mmHg へ上昇し上限警報が鳴った。血液回路には問題なかった為、次に針先を見ようと注射バン®を剥がしたところ静脈側ハッピーキャス®穿刺針が 2 cm 程抜けかけていた。出血はなかった。この穿刺針を元の位置まで押し込むと静脈圧は下がった。患者様に静脈穿刺針が抜けかけていた事を謝罪した。患者さんの立腹はなかった。
- 5) レベル：1（実施されたが現時点での実害はなく、その後の観察も不要）
- 6) 2 名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成 18 年 5 月（土曜日）
- 8) 発生した時間：午後 0 時 35 分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：2. 外来患者
- 11) 患者の性別：男性 年齢：65 歳 透析歴：4 年 3 ヶ月 原疾患：（未記入）
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：体動が激しい患者様であり、テープ固定が甘かったのか、体動によるものかは不明であった。
- 16) 教訓と再発防止対策：回路にあそびをもたせて固定をする。Ω固定、α固定の徹底。患者様にも気にかけてもらう様注意していく。

事例 91 **抜針直前**

- 4) 事故内容：血液透析開始してから 30 分の間に静脈圧下限警報アラームが頻回に鳴った。そのたび 1) 血流速度、2) 穿刺針が抜けかけていないか、を確認したが警報アラーム原因は不明であった。臨床工学技士に相談し、針先ガーゼをはがして良く確認すると、静脈側穿刺針が 5～7 mm 程度しか入っていない状況であった。針先から出血はなかった。深く入れ直して透析再開した。その後

は問題なかった。

- 5) レベル：1（実施されたが現時点での実害はなく、その後の観察も不要）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成18年5月（月曜日）
- 8) 発生した時間：午後3時15分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：2. 外来患者
- 11) 患者の性別：男性 年齢：43歳 透析歴：8年3ヶ月 原疾患：糖尿病性腎症
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：動脈、静脈側穿刺部ともに横ならびになった為、静脈側穿刺針固定テープは斜めになり針も2/3は入れる。翼固定テープがあるためかさならない様に固定しなければならなかった。テープ（ニチバン3Mテープ®25mm）どうしのくっつきが悪い為、テープ変更も考慮する必要あり。
- 16) 教訓と再発防止対策：アラーム時しっかりと確認をする必要がある。必要時チューシャバン®もはずして針先の状況も確認することが大切。動脈、静脈側穿刺部位が互いに近い時のテープ固定については特にテープ位置を考慮し固定をしっかりする必要がある。テープが重なる場合はきちんと皮膚に密着するよう長めに固定する。

事例 94 **抜針直前**

- 4) 事故内容：血液透析中、2時間目定時チェック時に静脈圧が200 mmHgへ上昇していたことを発見した。
静脈側穿刺針を観察したところ、針先が血管底へあたっていた。
このため針先を適切な位置へ調節した。
その結果20分後には静脈圧低下を確認した。静脈圧下限警報もなかった。
これらの経過から静脈圧上昇の原因は静脈側穿刺針が抜けかかっていたと考えられた。
- 5) レベル：2（実施され、現時点での実害はないが、今後の観察が必要、あるいは何らかの検査を要した）
- 6) 2名以上の集団発生事故：いいえ
- 7) 発生日時：平成18年6月（金曜日）
- 8) 発生した時間：午後8時10分
- 9) 発生時期：3. 血液透析継続中（透析開始操作終了後より透析終了操作開始前まで）
- 10) 被った方：2. 外来患者
- 11) 患者の性別：男性 年齢：50歳 透析歴：9年6ヶ月 原疾患：IgA腎症
- 13) 原因に関与したスタッフ職種：3. 常勤看護師
- 14) 転帰：5. 不変
- 15) 原因：針先調整した時の固定が甘かったため。
- 16) 教訓と再発防止対策：しっかりとした固定を行う。再固定時にテープを新しくする、もう一本余分に固定する。