

<症例 2>

事例 100 自己抜針

1) 事故内容：

血液透析開始 1 時間 30 分を過ぎた頃、認知症患者様が動脈、静脈側穿刺針ともに自己抜針して出血した。定時バイタルチェック最中であった臨床工学技士、看護師が透析監視装置警報にてベッドへ行くと、患者様が静脈側穿刺針を持って「チョット」と呼びかけてきた。

静脈圧自動下限警報で透析ポンプは停止し、動脈側穿刺針も一緒に抜針していたため動脈側血液透析回路内には空気が混入していた。

空気混入部位は回路内動脈側チャンバーの半分まであり、他に混入は無かった。警報ブザーを停止し、動脈、静脈穿刺部位にも止血操作実施し、同時に血液回路は体外循環施行しながら回路内混入空気を動脈側チャンバーより抜きつつ生理食塩液を注入した。

シャント部止血完了後、動脈側、静脈側ともに再穿刺し透析を再開した。

出血量は推定約 150 mL であった。

経過観察を行い次回透析日に血算検査の指示があった。

2) レベル：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）

3) 2 名以上の患者に発生？：いいえ

4) 発生日時：平成 18 年 9 月（土曜日）

5) 発生した時間：午前 11 時 16 分

6) 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）

7) 被った方：(2) 外来患者

8) 患者の性別：女性 年齢：83 歳

透析歴：2 年 8 ヶ月 原疾患：慢性糸球体腎炎

9) 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

10) 転帰：(7) その他（経過観察中。次回透析日に血算の検査指示あり。Ht 36 %）

11) 今回の事故についての考察を記載して下さい。何が原因だったのでしょうか？

今回の認知症患者様は過去に 3 回自己抜針されていた。その都度カンファレンスを行い回路の固定法やテープ固定、包帯固定などに注意を払い改善してきた。

さらに最終的に家族の同意を得て抑制して透析治療を行っている。

スタッフへ「いかなる時もしっかりと回路固定、抑制をする」事を徹底していた。

しかしスタッフ全員が全て同一の回路固定、抑制方法をしていなかった事が表面化し今回の自己抜針事故に至ってしまった。

この患者様への固定法や抑制法はチャートに記載されていたが、それについて不慣れなスタッフは「知っていて気になっていたが実際に確認をしていなかった」とのことであった。この事が大きな原因であったと考えられたが、なぜ施行しなかったのか？

その理由として「今日の患者様は穏やかだったので大丈夫だろう」という思い、および「少ないスタッフで開始に入っている為次の透析に行かなきゃ」という思いがあったためとのことであった。

12) 今回の事故を教訓にその後とられた再発防止対策について記載して下さい。

自己抜針された患者様は認知症が有り痴呆が進んでいた状態のため、毎透析治療時に家族から了解を得て抑制をして透析をしていた。

患者様は透析中、穏やかな時や体動の激しい時など様々で、常に監視の必要があった。このため少ないスタッフで透析治療ができるように抑制してきた。

しかし今回の事故は決められた回路固定や抑制方法に従わなかった事が大きな原因であった。

このため各スタッフに手技の徹底を目的として、チャートと透析カードに誰でも手技の確認がしやすいよう固定抑制方法を明確に写真付きで提示し（下図参照）、各スタッフに固定抑制方法の再教育を行った。又、全スタッフにて固定抑制方法を定期的に議論する事とした。

認知症患者においては精神状態が穏やかなときでも抑制は確実にする事が患者様の安全に繋がるという思いで治療を行う事にした。

<血液回路の固定方法>



- 回路は必ずループを作る
- 上腕に A 側 V 側の回路をあげ、再度ループを作り前腕へ持っていき、トランスポア[®]2 インチで固定する。
- 出血センサーを前腕の裏へテープで固定。
- ※ 回路の屈曲には注意する
- セット内の保護ガーゼにて覆う
- パジャマの裾を手首までさげ、その上より包帯固定→ミトン→抑制帯の順番で保護
- テープはエバーセルテープ[®]使用



鈴が付けてある

シャント肢の保護（赤色ミトン）

非シャント肢の保護（水色ミトン）

<症例 3>

事例 101 抜針・出血

1) 事故内容：

インスリン使用中の糖尿病患者。多発性脳梗塞があり発語が不如意。C型慢性肝炎。平成18年8月肝臓癌発症を指摘された。

今回、血液透析中、午前11時55分（透析開始約2時間10分後）に静脈圧下限警報ブザーが鳴った。向かいの患者側にいた看護師が当該ベッドサイドへ行き患者シャント肢からの失血に気付いた。シーツ、掛け布団、バスタオル、寝衣に血液が染みており、更に床にも血液が広がっていた。

直ちに主任他のスタッフ、医師を呼びシャント肢を確認、静脈穿刺針の抜針による失血を確認した。

患者は意識朦朧状態、血圧140/60、脈拍92/分、心拍119/分。

動脈側よりゆっくり返血、生理食塩液の補液を実施した（図1）。酸素吸入、心電図モニター装着実施。

その後意識レベルやや改善、25%アルブミン[®]投与後、救急車で総合病院へ搬送入院された。

推定失血量は約1,100 mLであった。患者の妻と娘へ経過を報告した。入院後、計800 mLのMAP輸血を実施した。

- 2) レベル：レベル3（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）
- 3) 2名以上の患者に発生？：いいえ
- 4) 発生日時：平成18年8月（水曜日）
- 5) 発生した時間：午前11時55分
- 6) 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）
- 7) 被った方：(2) 外来患者
- 8) 患者の性別：男性
年齢：64歳
透析歴：0年4ヶ月
原疾患：糖尿病性腎症
- 9) 原因に関与したスタッフ職種：(3) 常勤看護師
- 10) 転帰：(2) 入院
- 11) 今回の事故についての考察を記載して下さい。何が原因だったのでしょうか？

静脈シャント穿刺部位は左肘関節部であることを考慮し、クランプキャス[®]（血管内留置針）を使用していたが、針固定の為にテープが確実に実施されていなかったと推測された（図2）。

また患者は昼食摂取のために45度のギャッジアップをしており、血液回路に充分のゆとりがなく回路、穿刺針が牽引されたと想定された。

推定失血量1,100 mLおよび当時血流150 mL/分であったことから、約8分間出血が続いた後、静脈圧下限警報ブザーが鳴った。

透析開始後 30 分、1 時間、2 時間の観察で失血はなかった事が確認されていた。このためその直後から警報が鳴らないまま失血が続いていたと考えられた。すなわち定時観察を行っていても、その間隙の数分間の失血にて重大事故につながった。その際、警報ブザーは鳴らなかった。このため定時観察も大切であるが、回路の確実な固定がなにより大切と考えられた。

12) 今回の事故を教訓にその後とられた再発防止対策について記載して下さい。

- a) テープ固定を確実に行う (図 3) : ①クランプキャス®の場合はΩ固定、②翼付穿刺針の場合翼部分をテープ固定する。
- b) 回路に緩みを持たせる : 手関節、肘関節の伸展により 2 cm の緩みが必要であるためそれ以上のゆとりをもたせる。

以上のことをスタッフ全員で徹底し事故再発防止に取り組みます。



図 1. ベッドや床への大量出血。抜針した静脈穿刺部位を圧迫している。動脈側回路から補液を行っている。



図 2. 青丸：静脈穿刺針が抜けた跡。ステプティバンド®のみ残っていた。矢印：動脈穿刺針固定テープがステプティバンド®の上に貼られていた。



図 3. 固定テープの位置：ステプティバンド®は固定テープの上から貼るべきである。

<症例 4>

事例 150 急性C型肝炎（院内感染）

1) 事故内容：

症例は62歳女性。糖尿病性腎症のため2006年3月21日に血液透析へ導入された。

当研究会の事例報告では個人および施設が特定されるのを避けるため、日付は原則として月までの記載としているが、本事例では日にち単位で経過が記載されているため、日にちまで記載した。

(1) HCV新規感染例の臨床経過その1（図1）

2007年3月21日の定期検査でAST（GOT）44，ALT（GPT）56と異常値を認めた。

診断のため測定したHCV抗原（コア蛋白）が陽性であったため急性C型肝炎と診断した。

保存血清からは3月7日の血清でHCV-RNA陽転が認められた。

4月11日日本人および家族へ説明。

4月12日保健所へ届出。

通常のHCV抗体はALT上昇が改善した後に陽転した。

HCV塩基配列分析を実施した結果（図2），感染源が同定され，院内感染が強く示唆された。

本研究会報告現在はALTが40以上になることもなく自覚症状もない状況である。

(2) HCV新規感染例の臨床経過その2（図1）

ALT（GPT）が平成19年3月21日の時点で56IU/Lへ上昇した時点で，最初の異常が目された。直後の4月4日HCV抗体は陰性であったが同時に測定したHCV抗原（コア蛋白）は陽性を示し，この時点で急性C型肝炎と診断した。振り返って保存血清を調査したところ3月7日の血清でHCV-RNA陽転が認められた。

1. ALT（GPT）が軽度上昇した時点で感染の鑑別を疑われたこと，

2. HCV抗体と同時にHCV抗原（コア蛋白）を測定されたこと。これはHCV抗体陽性となる時期が後にずれるため，現在の初期感染を判断するため同時にHCV抗原（コア蛋白）を測定されたこと，

3. HCV抗原を測定するため初回は安価なHCV抗原（コア蛋白）を測定されたこと，

4. そしてなによりも独特で特徴ある点は患者さんの検体が時系列で保存されていたことであった。これによりいつの時点でウイルスに感染したかをレトロスペクティブにほぼ正確にその時期を特定することが可能となった。

5. 感染源となった患者がHCV塩基配列検査より同定された（図2）。

その後，ALT（GPT）は500台まで一過性に上昇してから現在は40以下に改善した。

抗HCV抗体価は5月頃よりゆっくり上昇してその後高値が続いている。

2) 2名以上の患者に発生？：いいえ

3) 発生した時間：不明

4) 発生時期：透析に関連・詳細は不明

5) 被った方：(2) 外来患者

6) 患者の性別：女性

年齢：62歳

透析歴：1年間

原疾患：糖尿病性腎症

7) 原因に関与したスタッフ職種：不明

8) 転帰：C型慢性肝炎へ移行

9) 今回の事故についての考察を記載して下さい。何が原因だったのでしょうか？

HCV感染を起こす機会の可能性があったエピソード

(1) ベッド固定していたため通常はAさん（HCV新規感染者）が透析を開始（終了）した後で（直後とは限らない）、Bさん（感染源患者）の透析が始まる（終わる）ため、透析開始・終了時にスタッフを介して感染する可能性はない。

(2) 2005年11月から2006年2月の4ヶ月間に、次の2回のエピソードで感染を起こす機会があったかもしれない。

① 1月26日：Bさんが低血糖症状を呈したため、臨時に血糖検査を実施した後で、同一スタッフがAさんの血糖検査（採血）を実施。

② 2月4日：Bさんが都合で早く受診したため、Bさん→Aさんの順番で、同一スタッフが透析を開始した。

ただし、現場の看護師はそれらの可能性を否定している。

10) 今回の事故を教訓にその後とられた再発防止対策について記載して下さい。

(1) 図3の中央にある共通の廃棄物処理場所から、HCVキャリア専用の廃棄物処理場所A1ベッド前の手洗い付近へ移動

(2) 簡易血糖検査処理もHCVキャリア廃棄物処理場所へ移動

その他、従前よりの、透析室内ウィルス性肝炎院内感染対策（まとめ）を以下に示す。

1. ウィルス肝炎感染の診断はALTの推移から（はじめて20以上になったら疑う）

2. 早期の診断とHCV抗原検査の有用性

3. 塩基配列検索により感染源の同定と院内感染が確定

4. 本人及び家族への説明

5. 保健所への届出

6. 感染経路の推測（簡易血糖検査などの採血時？）

7. 予防のための措置

・開始終了時は1人ずつ手洗いと手袋交換を行う

・HCVキャリアのベッド固定

・HCVキャリアに固定した感染性廃棄物処理（場所と方法）

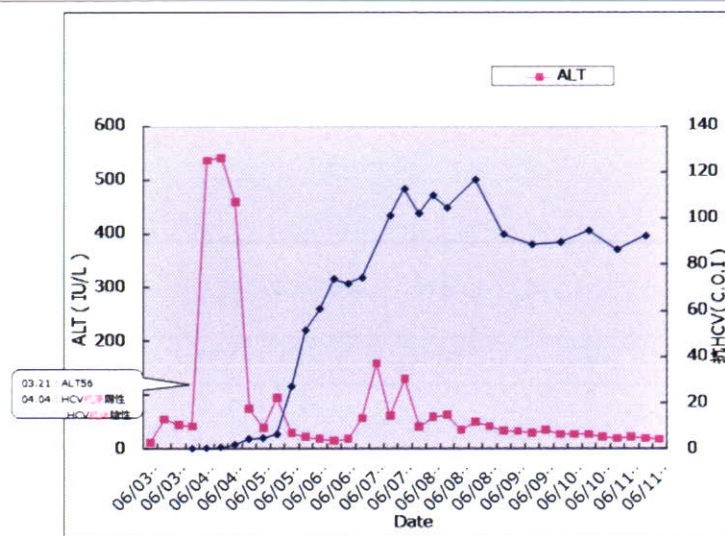


図1 HCV 新規感染例 (F, 62 歳)

候補症例	透析シフト	性別	年齢	HCV RNA KIU/ml	Genotype	Sequence homology %
1	月水金朝	M	74	1600	1b	95.3
2	月水金朝	F	63	7	1b	92.0
3	月水金夜	M	62	2700	1b	91.9
4	月水金夜	M	42	930	1b	91.7
5	火木土朝	M	71	132	1b + 2a	91.3
6	火木土朝	F	48	< 5	1b	91.6
7	火木土朝	F	61	610	1b	99.8
8	火木土朝	F	78	10	2a	NT
9	火木土朝	F	74	>5100	1b	91.1
10	火木土昼	M	69	670	1b	93.0

※国立遺伝研のデータベースに登録されているHCV/1b 96株との比較においても、最も一致率の高い株でもhomologyは94.6%に過ぎなかった。

図2 NSB 領域の塩基配列解析結果

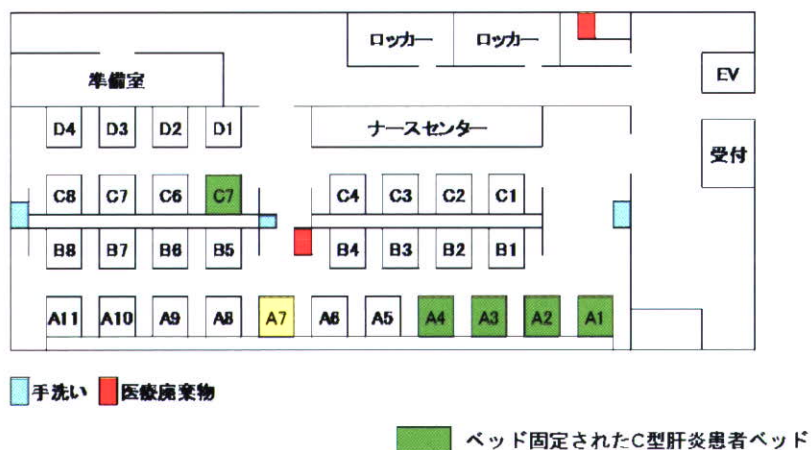


図3 透析室の透析ベッド配置図

抜針事故防止のために

平成19年度 厚生労働科学研究費補助金
医療安全・医療技術評価総合研究事業

「透析医療におけるブラッドアクセス関連事故防止に関する研究」

■ 協力 (社)日本透析医会 (社)日本透析医学会 (社)日本臨床工学技士会 日本腎不全看護学会

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）分担研究
「透析施設におけるブラッドアクセス関連事故防止に関する研究」

われわれは平成 14 年から、厚生労働科学研究として血液透析施設における C 型肝炎感染事故（含：透析事故）防止体制の確立に関する研究を行ってきた。この中で抜針事故は血液透析療法にみられる最も多い事故のひとつであり、かつ、最悪の場合には死亡に至る危険性も高い事故であることを明らかにした^{1,2)}。「どのように注意していても、抜針事故をゼロにすることは不可能である。」というのが、これまでの研究の解析から得られた結論である。血液透析施行中、患者一人に医療スタッフ一人が付き添って監視できれば、恐らく抜針事故をゼロにすることが出来るであろう。しかし、このような実行性のない対策は意味がない。避ける可能性が高い抜針事故を可能な限り削減して、その結果、重篤な事故が少なくなることを目指すことが、実行性がありかつ有効性が高い対策である。

このような背景から、最終年度の研究ではこれまでの集大成として、透析医療の現場に表示して、抜針事故を削減するために役立つ標語としての秘訣・十か条を作成した。秘訣は透析施設で共通して実行可能な項目に絞った。個々の項目における具体策については施設ごとに工夫した対策を立てていただきたい。

1. 抜針事故防止のための十か条

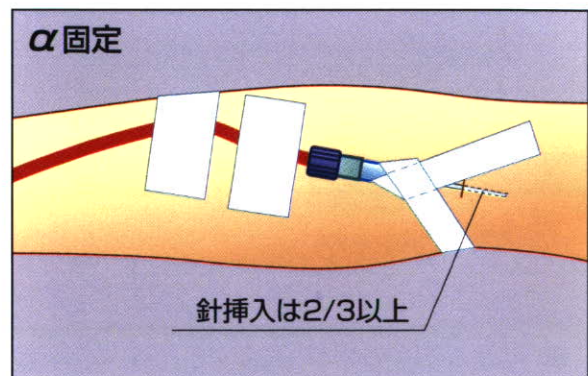
血液透析患者一般に当てはまる対策として 7 項目を選定した。

1) 固定に配慮 穿刺部位

穿刺しやすいことを優先して、固定しにくい部位に穿刺針を挿入していないだろうか。これでは固定不十分となりやすく、必然的に抜けやすくなる。動脈瘤様になっているシャント部の頂上付近や、関節可動域近辺などがこれにあたる。

2) 針挿入は 十分に

患者自身による予期せぬ抜針（自己抜去）や、体動（余裕分を超える血液回路の大きな牽引）に伴う抜針は固定の工夫だけでは予防しきれない。一方、ちょっとした体動による抜針は穿刺針を深く挿入して固定することで、ある程度予防可能である。穿刺針のタイプ（カニューレ針か、翼状針か、ストレートタイプかテーパタイプか）で若干異なるが、少なくとも血管内に挿入が可能な長さの 2/3 以上は挿入する必要がある。



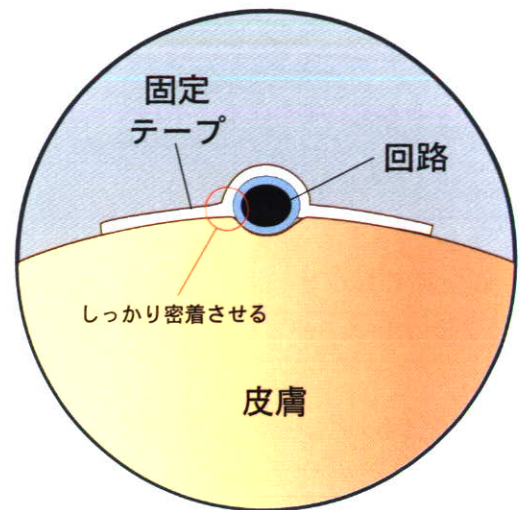
3) 剥がれ難き テープ貼り

穿刺針や血液回路の固定に用いる粘着テープの種

固定の仕方の例

類や幅・長さは施設ごとに千差万別であるものの、アンケート結果³⁾では共通している部分が多い。粘着テープの材質ではプラスチックと不織布がほとんどを占め、テープの幅は2.4-2.6 cm、長さは5-8 cm および8-11 cm がほとんどであり、粘着剤はアクリル系がゴム系を上回っていた。テープ固定の工夫としては、翼状部がある穿刺針の場合には、翼の部分テープ固定する方法が多く推奨されており、抜針予防用のテープ固定法として、 α 固定法などが有用な手法として紹介されている。血液回路を固定する場合には、回路とテープの接触面積を大きくして、脱落を予防する方法として、テープの Ω 固定が有用とされる。

これらの方法を検討し、テープ固定が剥がれにくい工夫を標準的な固定法とすることが、軽微な体動に伴う抜針事故の防止には有用と思われる。

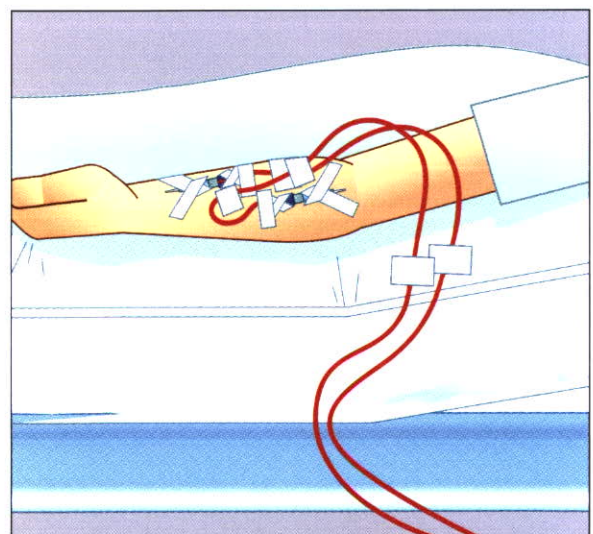


剥がれないテープ固定

4) 余裕をもたせた 回路の固定

患者の体動に伴って血液回路が牽引された結果、穿刺針が抜去される事故は多い。認知症や意識障害により予測できないような体動があった場合には、血液回路の固定に多少の余裕を持たせても無効な例が多い（第8-10条参照）。想定される範囲の日常的な体動に対しては、これにより血液回路の急激な牽引が生じないように余裕を持たせた固定法の工夫が有用と考えられる³⁾。

牽引防止のため血液回路に余裕を持たせる固定法には、回路にS字状のたるみを持たせる、穿刺針から伸びる血液回路を一旦Uターンさせて固定する、穿刺針から伸びる血液回路にループを形成させて固定するなどの方法がある。血液回路が脱血側（A側）、返血側（V側）のいずれであるか、穿刺針の位置と方向とを併せて考慮し、想定される腕の動きによって穿刺針が牽引されないよう、血液回路に余裕を持たせるようにすれば有用と思われる。牽引防止のために血液回路を患者自身の手を持たせる方法は賛否両論があるが、手の動きにより穿刺針が牽引されないようにすれば、腕全体の動きに伴う抜針事故を削減する効果が期待できる。



余裕の回路固定

5) 指差し・声出し 安全確認

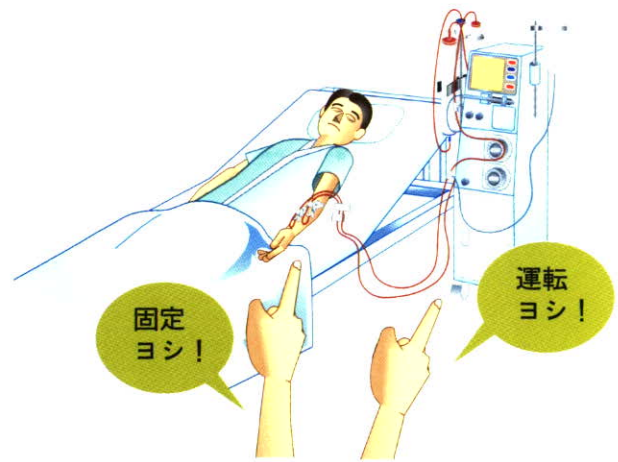
穿刺針と血液回路の接続やこれらの固定の際に、しっかりと接続や固定が行われているか、回路の固定に必要な余裕が与えられているかについて、固定者は指差しと声だしを行いながら、確認作業を必ず行う手順を標準にすることが望まれる。可能であれば、他者との相互確認が望ましい。穿刺針や血液回

路の接続や固定は、目的意識を持たずに漫然と実施すると、おざなりとなって抜針事故の原因を作る危険性がある。また、穿刺や固定が、自分の責任で安全かつ確実に行われたという確認のためにも、指差しは必要である。

6) 患者も協力 抜針予防

理解力がある患者には、体動に伴い抜針事故の危険があること、医療スタッフ側が想定している体動の範囲を説明し、不用意な体動に伴う抜針事故を防ぐ努力を行うべきであり、十分な効果が期待できる。

想定している範囲を超える体動が必要な場合には、医療スタッフに知らせてもらい、体動の介助を行うようにする。また、患者自身にも定期的に血液の漏れがないかも確認してもらい、万一の抜針や回路離断の場合には、すぐに医療スタッフに知らせてもらうようにする。



指差し・声出し 安全確認

7) 出血確認 頻回に

どのように対策を講じてても、想定外の原因により抜針事故が生じる危険性がある。重要なのは、抜針事故が生じても失血量を最小限に止め、重篤な事故に進展させないことである。この目的で、可能な限り頻回に抜針や回路離断による失血がないかを確認することが大切である。血圧測定などのためベッドサイドに行った際には、必ず出血の有無を確認するような作業手順を標準とする。

認知症や意識障害のある患者では、自己抜針や、医療スタッフの想定する範囲を超えた体動により血液回路が牽引された結果の抜針事故の危険性が高い（抜針事故高リスク患者）。このような患者にはさらなる頻回の観察が必要である。

特に高リスク患者（自己抜針・想定外の体動）に対して、以下の3項目を選定した。

8) 監視しやすい ベッド位置

抜針事故高リスク患者は頻回の観察が必要なため、透析室内において使用するベッドを監視しやすい位置に選択することは効果的と考えられる。専従の医療スタッフ一人を配置することは実行性が低いため、複数のスタッフの目により観察の頻度を増すようにする。ナースステーションや処置スペースの近隣で、スタッフがいる機会が多い場所がよい。高リスクの患者については、治療スタート時にスタッフ全員に周知し、担当のスタッフ以外でも近くにいる場合は観察を行うような協力体制が重要である。

9) 怪しい動きに 要注意

抜針事故高リスク患者では、自己抜針や想定外の大きな体動をする前に前兆となるような不審な挙動を示す場合が多い。このような場合は医療スタッフによる監視を強化する必要があるが、それでも対処困難な場合には、家族などによる付き添いの協力を打診することも一法である。

10) 抑制やむなし 認知症

医療スタッフによる監視や家族などの付き添いでも予想できない体動がある場合には、患者の安全のため、家族や後見人などの了承を取って、シャント肢や反対側の腕、体全体などの抑制を行う必要がある。導入期の一過性の意識障害の場合などでは、数回の血液透析により意識状態が改善して、抑制が不要となる例も少なくない。

2. 抜針事故対応のための五か条

出来るだけの対策を講じて抜針事故を防止しようと努力しても、100% 事故を防ぐことは不可能である。そこで、万一抜針事故が起きてしまった場合には速やかに対応し、患者の被害を最小限にするとともに、再発を防止することに全力を尽くすことが重要である。その結果として、事故を生じた当事者や施設側のダメージも最小限に食い止めることが可能となる。

1) なにはともあれ 処置と治療

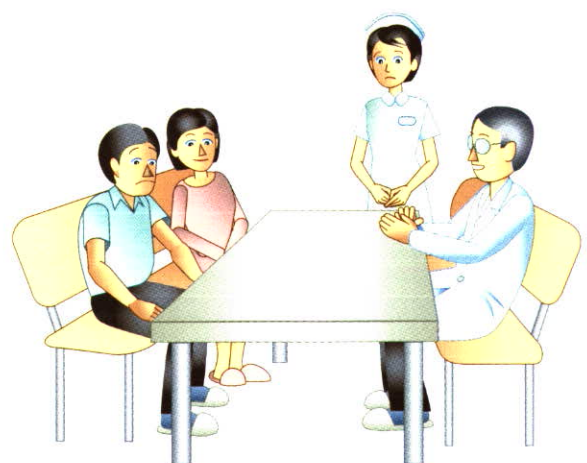
抜針事故が発生した場合には、まず応急処置と治療を行わなければならないことは言うまでもない。その際にも、早い発見ほど被害を最小限に止めることになるので、頻回の観察が大切となる。

2) 誰にもわかる 記録の作成

事故が発生した場合、関わったスタッフによって速やかに事故の経緯を記録し、診療録に記載する必要がある。この記録を出来るだけ早く現場責任者や施設長に報告し、事故状況を共有する必要がある。患者本人や家族に対応する場合に、医療側の状況把握が統一されていないことは不信を助長し、紛争の種となる危険がある。正確な記録は事故対策の策定や将来の医事紛争において、欠くことのできない資料となる。なお、デジタルカメラなどを用いた画像での記録も有効である。

3) 本人・家族へ 報告・説明

当座の処置や治療が終わった段階で、患者本人ならびに家族などにどのような事態が生じ、被害がどの程度であり、どのような処置と治療を行い、予測される後遺症がどの程度であるかを報告ならびに説明する必要がある。報告と説明は直接関わったスタッフとともに現場責任者、あるいは施設長が臨席して、静かな環境の部屋を用意して行うとよい。直接関わったスタッフが混乱している場合には、臨席者が代わって説明を行う。この際、いたずらに事態を隠蔽することは後々に事態を混乱させ、患者本人および家族から理解が得られない状況を作る結果となる。起きてしまった事態を正直に報告するとともに遺憾の意を示し、過失があれば率直に詫び、誠意を持った対応をとることが結果として紛争を最小限に



本人・家族への報告と説明

くい止めることになる。詳しい事故原因はこの時点で分からないことが多いので、原因の探求と再発防止策、事故に対する補償については十分な調査を行ってから、改めて説明・話し合いの場を持つことを約束する。

4) 事故情報を みんなで共有

前項で述べたように正確な事故状況を医療側が共有することはきわめて重要である。これによって医療安全委員会において事故対策を考案し、事故防止マニュアルを策定することに役立つ。出来れば、日本透析医会医療事故対策部会にも報告して、全国の施設における抜針事故の防止対策に役立ててほしい。また、同部会において作成した抜針事故の記録用紙（見本）（次頁）を全国の施設が利用することにより、抜針事故防止のためのデータベースが構築される予定である。

5) 事故対策の マニュアル更新

多くの施設で独自の事故防止マニュアルを作成していると思うが、マニュアルは必要に応じて更新していく必要がある。新たな事故によって、新たな事故対策ができた場合には、マニュアルに取り込むことが重要である。

文献

- 1) 平成 14 年度厚生労働科学研究班（主任研究者：山崎親雄）：「透析医療事故の定義と報告制度」及び「透析医療事故の実態」に関する全国調査について，2003
- 2) 篠田俊雄，秋澤忠男，栗原 怜，中井 滋，吉田豊彦，渡辺有三，宇田真紀子，川崎忠行，内藤秀宗，山崎親雄：「透析医療事故の定義と報告制度」及び「透析医療事故の実態」に関する全国調査について，透析会誌 36：1371-1395，2003
- 3) 川崎忠行，那須野修一，内野順司，江村宗郎，中村 寛，森上辰哉，栗原 怜，篠田俊雄，秋澤忠男：穿刺針および血液回路固定方法及び抜針に関する実態調査報告。平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業，「透析施設におけるブラッドアクセス関連事故防止に関する研究」（主任研究者；山崎親雄）研究報告書，14-47，2007 年 3 月

HDカニューラ抜去事故報告書

報 告	報 告 日	月 日	報 告 者 (発見者)		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 臨床工学士 ()
患者情報	患 者 ID		患 者 名			
発生状況	発生日時	平成 年 月 日 () 時 分 (透析開始: 時間 分後頃)				
	抜去分類	<input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 自己抜去以外の抜去				
	発生場所	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 他()				
	発見方法	<input type="checkbox"/> チェック時 <input type="checkbox"/> 回収時 <input type="checkbox"/> 警報 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 他患者 <input type="checkbox"/> 偶然 <input type="checkbox"/> 他				
	警報種類	<input type="checkbox"/> 気泡 <input type="checkbox"/> V圧上限 <input type="checkbox"/> V圧下限 <input type="checkbox"/> 脱血 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし				
穿刺状況	抜針側	<input type="checkbox"/> 動脈側 <input type="checkbox"/> 静脈側 <input type="checkbox"/> 両側同時				
	部 位	左右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右			
		部位	<input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 他			
		血管	<input type="checkbox"/> 内シャント <input type="checkbox"/> グラフト <input type="checkbox"/> 表在化A <input type="checkbox"/> 表在化V <input type="checkbox"/> 動直 <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 他			
	穿刺方向	<input type="checkbox"/> 中枢方向 <input type="checkbox"/> 末梢方向 <input type="checkbox"/> 他				
	穿刺部状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 血管瘤 <input type="checkbox"/> 癒痕化 <input type="checkbox"/> 側漏れ				
	カニューラ種類	<input type="checkbox"/> プラスチック針 {クランプ(あり・なし) 側孔(あり・なし) 形状(テーパ-・ストレート)}				
		<input type="checkbox"/> AVF {側孔(あり・なし)} <input type="checkbox"/> 他				
カニューラ初期挿入長	針の長さ A()cm、V()cm					
固定状況	カニューラ固定テープ	<input type="checkbox"/> 商品名() <input type="checkbox"/> 固定なし サイズ{幅()cm×使用長()cm} 使用枚数()枚				
		<input type="checkbox"/> 商品名() <input type="checkbox"/> 固定なし サイズ{幅()cm×使用長()cm} 使用枚数()枚				
	回路部テーピング	固定場所				
		<input type="checkbox"/> 商品名() <input type="checkbox"/> 固定なし サイズ{幅()cm×使用長()cm} 使用枚数()枚				
	回路固定法	<input type="checkbox"/> 商品名() <input type="checkbox"/> 固定なし サイズ{幅()cm×使用長()cm} 使用枚数()枚				
		固定場所				
	回路固定法	<input type="checkbox"/> ストレート <input type="checkbox"/> S字 <input type="checkbox"/> U字 <input type="checkbox"/> ループ <input type="checkbox"/> ガーゼ架台 <input type="checkbox"/> 他()				
	肢以外固定	<input type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> イス・ベッド <input type="checkbox"/> シーツ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 他()				
皮膚性状	<input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 塗布あり <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 他()					
固定に使用した物品など	物品: 使用方法:					
患者因子抑制有無	全身状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 痴呆 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 他()				
	抜針肢	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 付随運動 <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 他()				
	抑 制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アクセス肢 <input type="checkbox"/> 上or下肢 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 他()				
経 過	トラブル	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 出血()ml <input type="checkbox"/> 空気混入 (<input type="checkbox"/> 回路交換 <input type="checkbox"/> ダイアライザー交換)				
	透析終了	<input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> HD延長()分 <input type="checkbox"/> HD短縮()分 <input type="checkbox"/> 他()				
	一般状態 Hct 等					
実施者	穿 刺 者		固 定 者			
報告医	主 治 医		担 当 医			

※ 詳細な説明を追加する場合は、他の用紙に記入し添付して提出してください。

バスキユラーアクセス
シヤント
事故防止

◆
平成19年度厚生労働科学研究 医療安全・医療技術評価総合研究事業
「透析施設におけるブラッドアクセス関連事故防止に関する研究」
協力 (社)日本透析医会 (社)日本透析医学会 (社)日本臨床工学技士会 日本腎不全看護学会



抜針事故防止 十か条

1. 固定に配慮 穿刺部位
2. 針挿入は 十分に
3. 剥がれ難き テープ貼り
4. 余裕をもたせた 回路の固定
5. 指差し・声出し 安全確認
6. 患者も協力 抜針予防
7. 出血確認 頻回に
8. 監視しやすい ベッド位置
9. 怪しい動きに 要注意
10. 抑制やむなし 認知症



抜針事故対応 五か条

1. なにはともあれ 処置と治療
2. 誰にもわかる 記録の作成
3. 本人・家族へ 報告・説明
4. 事故情報を みんなで共有
5. 事故対策の マニュアル更新

平成19年度厚生労働科学研究 医療安全・医療技術評価総合研究事業
「透析施設におけるブラッドアクセス関連事故防止に関する研究」

協力 (社)日本透析医会 (社)日本透析医学会 (社)日本臨床工学士会 日本腎不全看護学会

平成 20 年 3 月 発行

平成 17-19 年度厚生労働科学研究費補助金
医療安全・医療技術評価総合研究事業「透析施設におけるブラッドアクセス
関連事故防止に関する研究」総合研究報告書

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) 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
