

【3】「未滅菌の医療材料の使用」(医療安全情報No.19)について

(1) 発生状況

医療安全情報No.19(平成20年6月提供)では、誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した「未滅菌の医療材料の使用」を取り上げた(医療安全情報掲載件数3件 集計期間:平成18年1月~平成19年12月)。誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例は、平成18年に1件、平成19年に2件、平成21年に1件であった。また、本報告書分析対象期間(平成22年4月~6月)に報告された事例は1件であった(図表Ⅲ-3-4)。

図表Ⅲ-3-4 「未滅菌の医療材料の使用」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	1	0	1
平成19年	0	0	2	0	2
平成20年	0	0	0	0	0
平成21年	0	0	0	1	1
平成22年	0	1	—	—	1

図表Ⅲ-3-5 医療安全情報No.19「未滅菌の医療材料の使用」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.19 2008年6月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報
No.19 2008年6月

[未滅菌の医療材料の使用]

誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例が3件報告されています。(集計期間:2006年1月1日~2007年12月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部を掲載)。

誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例が報告されています。

未滅菌で準備・使用された医療材料	件数
腹部臓器手術用開創補助パット	1件
ガーゼ	2件

医療安全情報 No.19 2008年6月

[未滅菌の医療材料の使用]

事例

手術室で間接介助の看護師Aは、ソフトスポンジ[®]を、滅菌済みのものが保管されている収納箱から取り出し、直接介助の看護師Bに手渡し、医師はそれを使用した。その後、看護師Aは、手術室の収納箱に滅菌済みと未滅菌のソフトスポンジが混在していることに気付いた。使用したソフトスポンジは未滅菌のものであった。当院では、未滅菌のものを購入し、院内で滅菌処理をし、滅菌済みの表示をした後に手術室の収納箱に保管することになっている。しかし、それを知らなかった事務職員が未滅菌のものを手術室の収納箱に保管した。また、滅菌済みの表示がわかりにくかった。

注) 腫管を圧迫するために使用する腹部臓器手術用開創補助(パット)

事例が発生した医療機関の取り組み

医療材料は、滅菌済み・未滅菌が判別しやすい表示にする。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨の詳細については、当院ホームページに掲載されている報告書おひらきをご覧ください。
http://jgqh.or.jp/html/accident.htm#medsafe

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を容疑にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の教養を創出し、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三越1-4-17 東京ビル10階
 電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
 http://jgqh.or.jp/html/index.htm

(2) 事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例

外回り看護師が手術の準備の際、製造販売業者からガイドワイヤーを器械台に出すよう依頼される。外回り看護師は、ガイドワイヤーのパックに「未滅菌」の表示があることに気づき、この業者に「これは滅菌されていますか？」と質問したところ、製造販売業者から「外袋は、滅菌がかかっておりません。」との返答を得て、パックの中にあるガイドワイヤーを清潔操作により器械台に準備した。

その後、交代のために入室した夜勤帯の外回り看護師が、空になったガイドワイヤーの外袋に滅菌を示す色の変化がないことに気づき、確認の結果、ガイドワイヤーが未滅菌であることが判明した。

【事故の背景要因の概要】

- ①滅菌担当者が、滅菌を行わずに清潔区域の準備室に持ち込んだ。
 - ・ガイドワイヤーのビニール素材のパックは、高圧蒸気滅菌を行うことにより溶解破損するものと思い込んでいた。
 - ・パックの形態が、他社の滅菌状態で納入される包装のように整っていたため、滅菌が行われている物（既滅菌物）と判断してしまった。
 - ・パック外装に印字されている「未滅菌」の記載に気づかなかった。
- ②器械出し看護師が、準備室から手術室に未滅菌のまま運び入れた。
 - ・清潔区域である準備室に準備されている器材は、通常滅菌されている物品であるため、未滅菌物があると思わなかった。
 - ・「ガイドワイヤー4本」のそれぞれのパックに「未滅菌」表示と「滅菌後に色が変わる表示」があることに気づかなかった。
- ③外回り看護師は、未滅菌物が手術室内に運びこまれていることについて想定外であった。
 - ・手術開始前に必要な器材の確認は行ったが、滅菌、未滅菌の確認を怠った。
 - ・当該手術についての経験はあったが、本ガイドワイヤーの取り扱いが初めてであり、パック外装表示等についても把握していなかった。
- ④外回り看護師は、手術の進行に伴いガイドワイヤーが必要になった時点で、パックに「未滅菌」の表示があることに気がついたが、他の看護師に再確認をしなかった。
 - ・製造販売業者に滅菌状態を確認したが、「外袋は、滅菌がかかっておりません」との返答があった。製造販売業者の回答から「中は滅菌済み」と解釈し、開封して術野に出した。
 - ・製造販売業者も、ガイドワイヤーが未滅菌のまま手術室に運ばれているとは思っていなかった。
 - ・製造販売業者も、開封前に滅菌されているかの確認は行わなかった。

- ⑤ガイドワイヤーパックの外装にある滅菌状態を示す印字の表示方法がわかりにくい。
 - ・「未滅菌」の文字が小さい。
 - ・滅菌すると色の変化があることを示す「A C滅菌後 紫色→水色系」の表示のうち「A C滅菌後」の印字が、「未滅菌」の印字より大きい。
 - ・上記により「A C滅菌後」の表示が目に入りやすくなり、錯覚しやすい。
- ⑥ガイドワイヤーのパック包装と、当院が通常使用している滅菌パック包装とは素材が異なることにより、滅菌状態の確認方法が通常と異なっていた。

(3) 事例が発生した医療機関における器械の準備手順

当該医療機関で通常行っている器械の準備手順は、以下のとおりである。

- ①手術に使用する固定器械は、院内に常備していないため、「器械セット1ケース」と、ソファモアダネックインストゥルメント4本（以下、「ガイドワイヤー4本」という。）が、メーカー（メドトロニックソファモアダネック株式会社）から卸業者により前日に搬入される。月曜日の場合は、金曜日となる。
- ②搬入された器材は、中央手術部看護師のサプライ責任者が受け取り、滅菌担当者に滅菌を指示する。また、手術当日器械出し看護師が、搬入器材を確認し、あらためて滅菌担当者に依頼する。
- ③滅菌担当者は「器械セット1ケース」の中の器械定数を確認し、検知カードを入れて包装する。「ガイドワイヤー4本」はビニール素材で中が見えるパックに入った状態で納品されるが未滅菌状態である。そのまま滅菌装置に投入できるため、「器械セット1ケース」と一緒に手術予定日と手術室番号を記入したカードを貼付して、滅菌を目的とする器材を置くための作業台に置く。他の器材の容量も勘案し、「器械セット1ケース」と「ガイドワイヤー4本」を滅菌装置に投入する。
- ④滅菌が終了したら、清潔区域の準備室に持ち込み、本手術に使用する他の器材と一緒に台車に乗せる。
- ⑤手術当日、器械出し看護師が、準備室から手術室内に台車の器材を運び込む。
- ⑥手術中、外回り看護師が、手術の進行状況に合わせ、製造販売業者の依頼により、ガイドワイヤーを開封し、清潔野に出す。

(4) 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今後、同種のガイドワイヤーを使用する場合には、納入時の包装を開封してパック内に当院通常使用の検知カードを入れ、当院のパッキング包装に入れて滅菌する。
- ②特殊な器材の中で滅菌を必要とするものについては、すべての滅菌担当者が理解できるように伝達、表示を徹底する。（従来から使用している器材そのものに貼付する専用伝言カード*に、滅菌することを明確に指示できる文言を追加した。）
*専用伝言カード（月日・部屋番号・滅菌種類・滅菌してください）
- ③器材に表示されている取り扱い方法等を、必ず確認することを徹底する。
- ④看護師及び滅菌担当者が、手術における各作業工程において、指差し確認によるセルフチェックもしくはダブルチェックを行うことを徹底する。特に、器材の滅菌確認についての徹底と指導を

改めて行う。

⑤メーカー側に対して、製品の分かりやすい表示について改善を要望する。

(5) まとめ

平成20年6月に医療安全情報№19「未滅菌の医療材料の使用」を提供した。医療材料は、滅菌済み・未滅菌が判別しやすい表示にする、ことを事例が発生した医療機関の取り組みとして紹介した。パックの外形が「滅菌済」と勘違いしやすいものであり、外装の表示の工夫やメーカーや製造販売業者の協力も望まれる。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【4】「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」（医療安全情報No.30）について

（1）発生状況

医療安全情報No.30（平成21年5月提供）では、「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」を取り上げた（医療安全情報掲載件数12件 集計期間：平成16年10月～平成21年1月）。アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与の事例は、平成18年に3件、平成19年に4件、平成20年に5件、平成21年に4件報告された。また、本報告書分析対象期間（平成22年4月～6月）に報告された事例は4件であった（図表Ⅲ-3-6）。


図表Ⅲ-3-6 「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	0	3	3
平成19年	1	0	1	2	4
平成20年	2	1	2	0	5
平成21年	2	1	0	1	4
平成22年	0	4	—	—	4

図表Ⅲ-3-7 医療安全情報No.30 「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.30 2009年5月

財団法人 日本医療機能評価機構



No.30 2009年5月

アレルギーの既往が
わかっている薬剤の投与


アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例が12件報告されています。そのうち、診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなく、診療録などの他の場所に記載されていたため、投与禁忌である薬剤を患者に投与した事例が8件報告されています。（集計期間：2006年1月1日～2009年1月31日、第12回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部掲載）。

**診療録の決められた場所に
薬物アレルギー情報の記載がなかったため、
禁忌薬剤を投与した事例が報告されています。**

薬物アレルギー情報が記載してあった場所

- ・カルテの経過記録
- ・外来予診カード
- ・アナムネ用紙
- ・外来カルテに貼付された紹介状

◆アレルギーがわかっている薬剤の投与に関連した事例には、この他、薬物アレルギー情報を確認しなかった事例や、薬物アレルギー情報の記載が不十分であった事例が報告されています。



No.30 2009年5月

アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与


事 例

前回入院時、医師Aは、患者にクラビット内服によるアレルギー反応が認められたことを電子カルテの経過記録に記載したが、電子カルテ内の決められた場所にアレルギーに関する記載をしなかった。そのため、今回担当した医師Bは、患者にクラビットを処方した。

事例が発生した医療機関の取り組み

**薬物アレルギー情報を、
アレルギーの有無を含めて、いつ、誰が、
カルテのどこに記載するかを明確にする。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例を元に、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.jqhc.or.jp/html/accident.html#med-safety
※この情報を作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の教養を初限したり、医療従事者に義務や責任を課したるものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三越町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jqhc.or.jp/html/index.htm

(2) 事例概要

本報告書対象期間内に報告された事例の概要を以下に示す。

事例 1

約5年程前に前任の医師がテグレトールを処方したところ、薬疹が出現していた。今回風邪による発熱を訴えており風邪薬を処方した。このところ発作の回数も多くなっていると話されたのでテグレトールを新たに追加処方した。翌日に顔面の発赤と発熱を訴えて当科を受診する。風邪による発熱と考え患者が希望する通りに点滴を行った。2日後になって全身に発赤としびれが出現したため当科を受診。薬疹と診断し同日に他病院皮膚科を受診し、即日入院となった。担当医が仕事に忙殺されかなり疲れていたことにより外来カルテの「テグレトール禁」を見落としてしまった。また、テグレトールにより過去に薬疹が出ていた事はカルテに記載されているが、読み取りにくかった。外来カルテの表紙に「テグレトール禁」と書いてあるが、黒字でしかも読み取りにくい場所に記載されていた。外来カルテには他のリスク情報なども様々な方法・内容で記載されており、提示に関する約束事がなかった。

事例 2

胸部レントゲン、採血の結果より急性肺炎の診断でスルペラゾン、アミカシン併用で点滴の指示が出た。医師も禁忌薬の確認をせず指示を出し、指示受けをしたリーダーの看護師も確認を怠り、実施した看護師も確認をせずに患者に点滴を実施し、全身発赤が出た。すぐに中止しアレルギー反応抑制のためのサクシゾン静注を行った。病棟全体に肺炎患者が多数発症しており、しかも何ヶ月も続いているため、肺炎に対する治療がパターン化して、カルテの禁忌薬のチェックを行わず指示を出した。指示受け看護師も病棟内ルールで確認する事になっていたが確認を怠った。実施した看護師も確認をしなかった。

事例 3

手術後、点滴が終了したためヘパリンロックを行った。事後にヘパリンロックをオーダーしようとして画面を開いたところ、画面に「HIT（ヘパリン起因性血小板減少症）にてヘパリン禁」の表示がされていた。外来カルテにはヘパリン禁忌の記載があったが、入院診療情報記録の中にヘパリン禁忌が記載されていなかった。また外来看護師から情報伝達がなかった。オーダー指示を出す場合のマニュアル（マニュアルでは注射を準備する前に注射箋を出す）の違反があった。

事例 4

胆管炎に対して、以前薬疹を引き起こしたセフェム系抗生剤を投与した。投与中止としたが、当直医が誤って、翌日再び投与した。

(3) 事例の発生状況

本報告書分析対象期間に報告された事例の薬剤と「薬物アレルギー情報が記載してあった場所」を次に示す。

薬 剤	薬物アレルギー情報が記載してあった場所
テグレトール	外来カルテの表紙
スルペラゾン	カルテの禁忌薬の欄
ヘパリン	注射オーダーリング
セフェム系抗生物質	既往歴

(4) 事例が発生した医療機関の改善策について

- ①薬の指示を出すときは禁忌薬の確認をする。
- ②入院患者の禁忌薬一覧を作成する。
- ③過去に薬疹が出た薬剤など、禁忌薬剤に関してはわかりやすい位置に赤字で記入するなど統一する。
- ④外来カルテへのリスク情報等の提示方法についてリスク部会で検討し院内で統一する。

(5) まとめ

平成21年5月に医療安全情報No.30「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」を提供した。医療安全情報では、薬物アレルギー情報をアレルギーの有無を含めて、いつ、誰が、カルテのどこに記載するかを明確にする、ことを事例が発生した医療機関の取り組みとして紹介した。今回、報告された事例から、医療機関では様々な書類や情報にアレルギーの記載がされているという現状がうかがえる。

引き続き、類似の事例の注意を喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

【5】共有すべき医療事故情報「酸素ボンベ残量の管理に関連した事例」（第17回報告書）について

（1）発生状況

第17回報告書分析対象期間（平成21年1月～3月）において、酸素ボンベ残量の管理に関連した事例が2件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。

これまで類似の事例は、平成18年に2件、平成20年に2件、平成21年に2件報告された。本報告書分析対象期間（平成22年4月～6月）に報告された事例は2件であった（図表Ⅲ-3-8）。

図表Ⅲ-3-8 「酸素ボンベ残量の管理に関連した事例」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	1	1	0	2
平成19年	0	0	0	0	0
平成20年	0	1	1	0	2
平成21年	2	0	0	0	2
平成22年	0	2	—	—	2

（2）事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例1

中央処置室に在宅酸素ボンベ使用中の患者が3名点滴治療を受けていた。うち1名は中央配管より酸素の供給を受けていた。そこにさらに在宅酸素ボンベ使用中の患者が点滴治療を受けに来た。家族より在宅酸素用の酸素ボンベが空だと言われ、その対策として病院の酸素ボンベを準備し、対応した。しかし、呼吸状態が悪化してきたため、主治医の診察を受けた。血液ガスの結果が悪かったため、酸素ボンベを確認したところ、酸素ボンベ残量が0であることに気づいた。

事例2

医師が気管内チューブを交換すると言って来棟した。予定より早い時間であったため、看護師は慌てて気管内チューブや救急カート、包交車、酸素の準備を始めた。右経鼻気管内チューブ抜管し再挿入したが入らず、左鼻腔より挿入したが入らなかった。アンビューにて人工呼吸を行おうとしたところ、酸素流量計が微量用であった。直ちに別の物を用意したが酸素ボンベが空だった。酸素ボンベを新しい物に換えたところマスクが成人用だった。口腔より挿管するため喉頭鏡を準備したが、喉頭鏡が点灯せず、他病棟より借り準備に時間を要した。口腔より1回目挿管するが入らず、体位を整え再挿管しようとしたところ、心電図モニターがフラットになった。心マッサージ施行し心拍再開した。その後、口腔より挿管でき、100%酸素でアンビューにて加圧した。

(3) 事例の背景要因について

事例が発生した医療機関の背景要因として、以下が報告されている。

- ①日常の点検不備。
- ②事前準備時の確認不足。
- ③酸素ポンベの残量を点検することが業務マニュアルになかった。

(4) 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、以下を業務マニュアルにしたと報告されている。

- ①酸素ポンベは減圧弁の開栓時に圧力計を確認するだけでなく、流量を設定した後に圧力計を確認する。
- ②酸素ポンベ使用の終了時にも減圧弁を閉栓する前に圧を確認する。その結果をカードに記入し、ポンベにつけておく。
- ③週1回、業者に点検を依頼する。

(5) 酸素ポンベの使用可能時間

酸素ポンベの使用可能時間は酸素流量によって異なる。以下に酸素ポンベの使用可能時間の換算式を掲載する。

酸素使用可能時間 [分]

$$= \text{ポンベの容積 [L]} \times \text{圧力計の表示 [MP a]} \times 10 / \text{酸素流量 [L / 分]}$$

さらに、上記の換算式を用いて算出した酸素ポンベの使用可能時間表（図表Ⅲ-3-9）を示す。

図表Ⅲ-3-9 酸素ポンベの使用可能時間表

		圧力計の表示 (MP a)									
		14	13	12	11	10	9	8	7	6	5
酸素 流量 (L / 分)	1	490	455	420	385	350	315	280	245	210	175
	2	245	228	210	193	175	158	140	123	105	88
	3	163	152	140	128	117	105	93	82	70	58
	4	123	114	105	96	88	79	70	61	53	44
	5	98	91	84	77	70	63	56	49	42	35
	6	82	76	70	64	58	53	47	41	35	29
	7	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25
	8	61	57	53	48	44	39	35	31	26	22
	9	54	51	47	43	39	35	31	27	23	19
	10	49	46	42	39	35	32	28	25	21	18

※酸素ポンベの容積は3.5 Lで計算。

表は換算式から算出したものであって、温度や酸素ポンベ内に残る酸素の量などは考慮していないため、実際に使用するときは余裕をもって交換することが望ましい。

(6) まとめ

酸素ボンベは持続的に酸素吸入を行っている患者の移送時など多くの場面で使用されている。本報告書分析対象期間に報告された事例では、酸素ボンベの使用前または使用中に酸素ボンベ内の酸素の残量確認がマニュアルになかったことが背景・要因に挙げられている。酸素ボンベ内の酸素の量には限りがあるため、酸素ボンベ内の圧力と酸素流量から酸素ボンベの使用可能な時間を換算したうえで準備し、使用中にも随時、圧力計で酸素の残量を確認する必要があることが示唆された。

今後も、引き続き類似事例の注意喚起をするとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

(7) 参考文献

日本胸部外科学会・日本呼吸器学会・日本麻酔科学会合同呼吸療法認定士認定委員会．呼吸療法テキスト 改定第2版．東京：克誠堂出版株式会社，2005；339

【6】共有すべき医療事故情報「口頭での情報伝達の間違いが生じた事例」（第13回報告書）について

（1）発生状況

第13回報告書分析対象期間（平成20年1月～3月）において、口頭での情報伝達の間違いが生じた事例が報告され、「共有すべき医療事故情報として」取り上げた。本報告書分析対象期間（平成22年4月～6月）に報告された事例のうち、薬剤量間違い（医療安全情報No.27）以外の口頭での情報伝達の間違いが生じた事例は1件であった。

（2）事例概要

事例

裂孔原性網膜剥離に対し硝子体手術と白内障手術が行われた。

術後、疼痛の訴えあり、翌朝より吐き気を認めた。診察すると前房消失・眼圧上昇・疼痛・気分不良の所見あり。眼圧が80mmHg以上とかなり高く、手術手技について確認したところ、手術開始直後、A看護師に対し、B医師よりガスの準備の指示があった。その際、ガスの配合についてC医師に聞いたところC医師は「50mlのシリンジにガスを3回吸引し捨ててガス10：空気40」と口頭で指示したが、聞き間違いにより「ガスを3回吸引し捨ててガス40：空気10」で配合したため、濃度20%で行うところ80%で眼内に注入されたことがわかった。

口頭での指示について、院内のマニュアルが遵守されていなかった。さらに、網膜剥離手術においてのSF6ガスを注入する手順が明確になっておらず、医師と看護師間の連携（役割分担）もできていなかった。また、SF6ガスの注入濃度については100%と20%の二通りあることや、それぞれの機序等が看護師に十分教育・周知ができていなかった。そのうえ、今回は顕微鏡下での手術であり、看護師が術者に対し確認を行うタイミングがつかめない環境でもあり、医師もガス注入前に濃度を含め内容の確認を行わなかった。

（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ガス配合の工程について詳細なマニュアルを作成する。
- ②ガスは2種類あるので、取り違えのないよう配置場所を分けてそれぞれの取扱い方法を明記し手術室内に置く。
- ③眼科手術用パスの修正を行う。（注入ガスに関する記載を変更）
- ④指示出し・指示受け時の復唱、メモ書き、ダブルチェックの徹底を行う。
- ⑤ガス配合については、手術前、タイムアウトの項目に入れてチェックを行う。
- ⑥医師・看護師間の連携を強化し、協働作業という意識を持ち相互にコミュニケーションのとりやすい状況をつくる。
- ⑦手術や術式に関する知識、技術についての教育方法を再検討し、医師の協力を得て勉強会を企画・実施する等、看護師の手術や術式に対する知識、技術を研鑽する。

(4) まとめ

口頭での情報伝達は、事例のような手術の場面でのS F 6ガスの配合など、口頭での情報伝達が必要な場面で、患者の状況によって配合が変わりうる場合もある。確認手段を明確にするには、事例が発生した医療機関の改善策のように、タイムアウトの項目に入れるなど相互チェックが機能する体制作りが重要であることが示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。