

3 再発・類似事例の発生状況

本事業では、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集し、個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて総合的に検討・分析を行い、更に、個別のテーマの他に「共有すべき医療事故情報」や「医療安全情報」により、広く共有すべき医療事故情報等を取り上げ公表してきた。

ここでは、これまで個別のテーマや「共有すべき医療事故情報」、「医療安全情報」として取り上げた再発・類似事例の発生状況について取りまとめた。

【1】 概況

これまでに提供した「医療安全情報」について、本報告書分析対象期間（平成25年1月～3月）に類似事例の内容は21であり事例数は35件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「PTPシートの誤飲」、「皮下用ポート及びカテーテルの断裂」がそれぞれ5件、「病理診断報告書の確認忘れ」が3件、「処方入力の際の単位間違い」、「小児への薬剤1.0倍量間違い」、「抜歯部位の取り違え」、「体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」がそれぞれ2件であった。

また、「共有すべき医療事故情報」について本報告書分析対象期間に類似事例が報告された共有すべき医療事故情報の内容は13であり、事例数は37件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「体内にガーゼが残存した事例」、「病理検体に関連した事例」が8件、「施設管理の事例」が4件、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が3件、「『療養上の世話』において熱傷をきたした事例」、「ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例」、「薬剤の注入経路を誤って投与した事例」、「アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例」、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」がそれぞれ2件であった。

個別テーマについて本報告書分析対象期間に類似事例が報告されたテーマは、8テーマであり、事例数は12件であった。このうち類似事例が複数報告されたものは、「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」が3件、「散剤の薬剤量間違い」、「気管内吸引時、使用した気管支吸引カテーテルに関連した医療事故」、「血液検査採取時、患者間において採血管を取り違えた事例」がそれぞれ2件であった。

「医療安全情報」、「共有すべき医療事故情報」及び「個別のテーマの検討状況」に取り上げた類似事例の報告件数を図表Ⅲ-3-1に示す。

本報告書分析対象期間において発生した類似事例のうち、医療安全情報として取り上げた、「製剤の総量と有効成分の量の間違い」、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」、「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」について事例の詳細を紹介する。

図表Ⅲ-3-1 平成25年1月から3月に報告された再発・類似

内容	件数	出典
抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制 抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制 (第2報)	1	医療安全情報 No.2(平成19年1月) 医療安全情報 No.45(平成22年8月)
小児の輸液の血管外漏出	1	医療安全情報 No.7(平成19年6月)
製剤の総量と有効成分の量の間違い	1	医療安全情報 No.9(平成19年8月)
MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み	1	医療安全情報 No.10(平成19年9月)
誤った患者への輸血	1	医療安全情報 No.11(平成19年10月)
注射器に準備された薬剤の取り違え	1	医療安全情報 No.15(平成20年2月)
湯たんぼ使用時の熱傷	1	医療安全情報 No.17(平成20年4月)
未滅菌の医療材料の使用	1	医療安全情報 No.19(平成20年6月)
処方入力の際の単位間違い	2	医療安全情報 No.23(平成20年10月)
小児への薬剤10倍量間違い	2	医療安全情報 No.29(平成21年4月)
持参薬の不十分な確認	1	医療安全情報 No.39(平成22年2月)
抜歯部位の取り違え	2	医療安全情報 No.47(平成22年10月)
病理診断時の検体取り違え	1	医療安全情報 No.53(平成23年4月)
体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	2	医療安全情報 No.54(平成23年5月)
PTPシートの誤飲	5	医療安全情報 No.57(平成23年8月)
皮下用ポート及びカテーテルの断裂	5	医療安全情報 No.58(平成23年9月)
電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	1	医療安全情報 No.59(平成23年10月)
患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認	1	医療安全情報 No.62(平成24年1月)
画像診断報告書の確認不足	1	医療安全情報 No.63(平成24年2月)
病理診断報告書の確認忘れ	3	医療安全情報 No.71(平成24年10月)
硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続	1	医療安全情報 No.72(平成24年11月)
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	2	共有すべき医療事故情報(第5回報告書)
外形の類似による薬剤間違いの事例	1	共有すべき医療事故情報(第9回報告書)
熱傷に関する事例(療養上の世話以外)	3	共有すべき医療事故情報(第9回報告書)
ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例	2	共有すべき医療事故情報(第11回報告書)
施設管理の事例	4	共有すべき医療事故情報(第11回報告書)
薬剤の注入経路を誤って投与した事例	2	共有すべき医療事故情報(第12回報告書)
アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例	2	共有すべき医療事故情報(第12回報告書)
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	2	共有すべき医療事故情報(第13回報告書)
ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例	1	共有すべき医療事故情報(第13回報告書)
体内にガーゼが残存した事例	8	共有すべき医療事故情報(第14回報告書)
配薬中の中断業務に関連する事例	1	共有すべき医療事故情報(第14回報告書)

〔次項につづく〕

内容	件数	出典
病理検体に関連した事例	8	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
眼内レンズに関係した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
散剤の薬剤量間違い	2	個別のテーマの検討状況 (第 24 回報告書)
気管内吸引時使用した気管支吸引用カテーテルに関連した医療事故	2	個別のテーマの検討状況 (第 24 回報告書)
画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例	3	個別のテーマの検討状況 (第 26 回報告書)
抗リウマチ目的の methotrexate 製剤を誤って連日投与した事例	1	個別のテーマの検討状況 (第 27 回報告書)
医薬品添付文書上【禁忌】の疾患や症状の患者へ薬剤を投与した事例	1	個別のテーマの検討状況 (第 29 回報告書)
膀胱留置カテーテル挿入の際、尿流出を確認せずにバルーンを膨らませ尿道損傷を起こした事例	1	個別のテーマの検討状況 (第 31 回報告書)
血液検査採取時、患者間において採血管を取り違えた事例	2	個別のテーマの検討状況 (第 31 回報告書)
院内において加工し使用した医療材料や医療機器に関連した医療事故	1	個別のテーマの検討状況 (第 32 回報告書)

※共有すべき医療事故情報や、個別テーマの検討状況に計上された事例は、医療安全情報と重複している場合がある。

【2】「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(医療安全情報 No. 9) について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 9 (平成 19 年 8 月提供) では、「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(医療安全情報掲載件数 4 件 集計期間:平成 16 年 10 月～平成 19 年 3 月)を取り上げた。更に第 26 回報告書においても、分析対象期間内に類似事例が報告されたことを受け、「再発・類似事例の発生状況」(第 26 回報告書 155～156 頁)の項目事例の概要、背景要因などを取りまとめた。

このたび、本報告書分析対象期間(平成 25 年 1 月～3 月)においても類似の事例が 1 件報告されたため、再び取りあげた。

これまで報告された「製剤の総量と有効成分の量の間違い」の件数の推移を図表Ⅲ-3-2 に示す。

図表Ⅲ-3-2 「製剤の総量と有効成分の量の間違い」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	4	4
平成 19 年	0	0	0	0	0
平成 20 年	0	0	0	0	0
平成 21 年	0	0	0	1	1
平成 22 年	0	0	0	2	2
平成 23 年	0	1	0	0	1
平成 24 年	0	0	0	0	0
平成 25 年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 9 「製剤の総量と有効成分の量の間違い」

医療安全情報 No. 9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

製剤の総量と有効成分の量との間切による事例が4件報告されています(集計期間:2004年10月1日～2007年2月28日、第9回報告書(共済すべき医療事故情報)に一段を掲載)。

内服薬処方において、製剤の総量と有効成分の量との誤認に起因する過量投与が報告されています。

指示内容
セレニカR 薬粒40% (10) 1日1250mg

医師が意図した指示内容
有効成分の量として 1日250mg (1250×0.4)0.65gを処方
→ 製剤の総量 = 1250mg を指示

薬剤師の指示内容の解釈
有効成分の量として 1日1250mg の処方と解釈
→ 製剤の総量 = 3125mg (1250×0.4) を処方

※ 有効成分: ガルプロシドナドゾム
【類似の報告があった薬剤】 アレリアチン錠10% フェニバル錠10% など

医療安全情報 No. 9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

事例 1
処方された処方箋の薬剤師の処方には、内服薬として「セレニカR 1250mg錠(タ) (有効成分である「セレニカR」が1250mgに相当)と記載されていた。薬剤師は「セレニカR」を処方した際に「セレニカR」の総量として「セレニカR」1250mg (錠:タ)と入力し、処方指示を発行した。一方、処方箋記載された有効成分量としては250mgと記載の誤りではなく、有効成分「セレニカR」の量と解釈し、処方指示として「セレニカR」3125mgを処方した。薬剤師が処方した処方箋が誤りであるという指摘が他の薬剤師からあった。

事例 2
患者は治療が完了しないなどの症状を訴え来院した。医師は2週間前から処方されていた薬を再度処方指示したことが原因で処方したと推定し、再度に処方指示を修正した。その結果、処方箋で処方指示として「セレニカR 1500mg/日」が処方されていたものが、薬剤師は10錠(1500mg)を処方したことが原因であった。これは、主治医が、処方箋の薬剤師の処方指示に「セレニカR 1500mg/日」と指示したところ、薬剤師が処方箋で処方した。【注】薬剤師は処方箋の薬剤師が処方したことが原因で処方した。【注】薬剤師は処方箋の薬剤師が処方したことが原因で処方した。

事例が発生した医療機関の取り組み
処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量が製剤の総量であることを付記する。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療安全情報 No. 9
2007年8月発行
発行所: 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
〒100-0005 東京都千代田区千代田1-1-1
TEL: 03-5561-7025 FAX: 03-5561-7026
E-MAIL: info@jmeqa.or.jp

※製剤の総量は「製剤量」、有効成分は「原薬量」を示す。

(2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例

【内容】

14:00頃、胸水貯留の患者に対し「フロセミド細粒4% 250mg 分1 朝食後」で処方し、14:30に看護師が経管栄養チューブより与薬した。

その後、薬剤科より別患者のフロセミド細粒4%処方について問い合わせがあり、当患者の処方が間違いであったことがわかった。医師は「フロセミド細粒4% 0.25g 分1 朝食後」のつもりであった。

21:00一時的に血圧70台へ低下したため、輸液を増量し、昇圧剤を使用せずに患者は翌朝には回復した。

【背景・要因】

- ・主治医は処方せんの記載について「〇〇mg = 力価 (主薬量) * 〇〇g = 製剤量」という認識がなかった。
- ・主治医は0.25g = 250mgなので薬剤の製剤量のつもりで「250mg」と記載した。
- ・薬剤師は力価250mgは「量が多い」と思い、カルテの指示を確認したが「フロセミド細粒 250mg 開始」と記載や、腎臓内科患者であったことから量が多く投与される場合もあり、医師へ直接確認しなかった。

※「力価 (主薬量)」は当該医療機関で用いられていた表現であり、有効成分の量 (原薬量) を示す。

(3) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の改善策として、以下の事項が報告されている。

- ①処方時の記載のルール再確認。
- ②薬剤師の疑義照会の徹底。
- ③電子カルテシステム入力の際の「mg (力価)」という表示に単位マスタの変更を依頼したが、不可能であったため①②を徹底する。これまでの医療安全情報での情報提供を含め、今回の事例を全体会議で周知。

(4) 「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」について

厚生労働省は、医療安全の観点から、内服薬処方せんの記載方法に係る課題やその標準化等、処方せんの記載方法の在り方について「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」を開催し、検討された結果を平成21年に報告書として取りまとめた。この報告書の参考資料として本事業の医療安全情報 No. 9 「製剤の総量と有効成分の量の間違い」および、医療安全情報 No. 18 「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」が引用されているので参考として次に示す。

＜参考＞ 医療安全情報 No. 18 「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」

財団法人 日本医療機能評価機構
医療安全情報 No.18 2008年5月

処方表記の解釈の違いによる薬剤量の間違い

処方表記の解釈の違いによる薬剤量の間違いが2件報告されています。(累計報告) 2006年1月1日～2008年3月31日、第11回報告書「処方ミス医療事故情報」の一部を掲載!

「3×」や「分3」の表記を3倍と解釈したことによる薬剤量の間違いが報告されています。

〈事例1のイメージ〉

処方箋に記載された処方内容
リン酸コデイン 10% 60mg 3×

薬剤Aが記載した処方内容
1日2回 60mg、1日3回 60mg、1日2回

薬剤Bが解釈し記載した処方内容
1日2回 180mg、1日3回 60mg、1日2回

医療安全情報 No.18 2008年5月

処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い

事例1
呼吸器科の医師Aは、処方科で入院している患者を主治医Bの依頼により診察した。医師Aは、リン酸コデイン10% 1日2回 60mgを1日3回に分けて1日2回 60mg投与を希望して、処方科に「リン酸コデイン10% 60mg、3×を処方します」と記載した。主治医Bは処方科の「3×」の記載を見て、1日2回 60mgを1日3回に分けて1日60mg投与だと解釈し、「リン酸コデイン180mg 分3」と処方し、処方科に投与した。

事例2
患者は内科から処方されていたアレピアジン250mg(1日量)を内服していた。内服が困難となったため、主治医はアレピアジンを点滴に変更した。記載された処方指示の「アレピアジン250mg 分3」を3剤指示する様、1日250mgを1日3回投与だと誤って指示を出し、患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み
処方の際は、記載されている量が1回量が1回量がわかるよう明確に記載する。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
TEL: 03-6317-0252 FAX: 03-6317-0253

同検討会報告書は、内服薬の処方せん記載の在るべき姿として、下記1)～5)の基準を示している。

＜内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書より抜粋＞

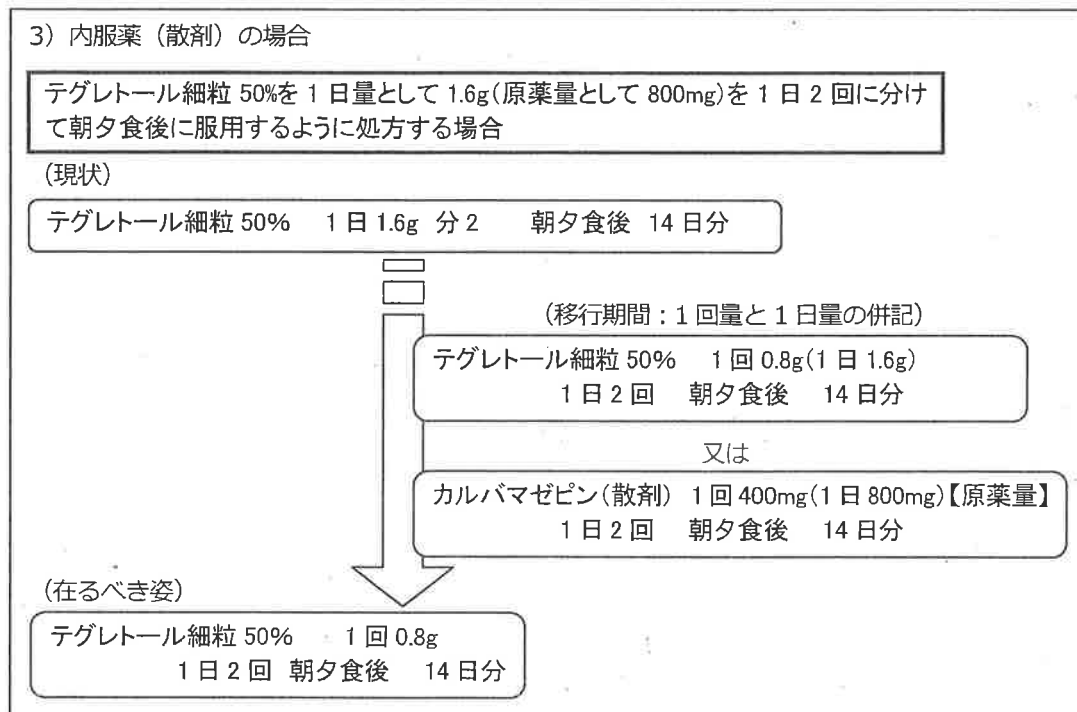
- 1) 「薬名」については、薬価基準に記載されている製剤名を記載することを基本とする。
- 2) 「分量」については、最小基本単位である1回量を記載することを基本とする。
- 3) 散剤及び液剤の「分量」については、製剤量(原薬量ではなく、製剤としての重量)を記載することを基本とする。
- 4) 「用法・用量」における服用回数・服用のタイミングについては、標準化を行い、情報伝達エラーを惹起する可能性のある表現方法を排除し、日本語で明確に記載することを基本とする。
- 5) 「用法・用量」における服用日数については、実際の投与日数を記載することを基本とする。

上記基準に則した処方せんの作成を普及させるため、1) 実際の処方例、2) 不均等投与の場合、3) 内服薬(散剤)の場合、4) 内服薬(液剤)の場合、5) 休薬期間のある場合、6) その他(1日量1.0g又は2.0gを1日3回に分けて処方する場合)の処方例について「現状」から「移行期間: 1回量と1日量の併記」を経て、「在るべき姿」を具体的に例示している。このうち3) 内服薬(散剤)の場合の記載方法の具体例を抜粋し次に示す。

III
1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]
3-[4]

「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(医療安全情報No.9.)について

図表Ⅲ - 3 - 4 <「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」 11 頁より抜粋>



また、検討会報告書では医療機関において速やかに内服薬の記載方法の標準化に対応することが困難である場合があることを踏まえ、短期的方策として、具体的に次のように示している。

<「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」 6 頁より抜粋>

3) 散剤及び薬剤の「薬名」及び「分量」については、従来「g (mL) 記載は製剤量、mg 記載は原薬量」のように、慣例的に重量 (容量) 単位により判別・記載している例もあったが、薬名は製剤名、分量は製剤量を記載することを基本とすべきであり、例外的に分量を原薬量で記載した場合には、必ず【原薬量】と明示することとすべきとの議論がなされた。

(5) 事例の処方せんの記載方法の「在るべき姿」について

内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書に掲載された例 (図表Ⅲ - 3 - 4) を参考に、当該事例の処方せんの「在るべき姿」を作成し図表Ⅲ - 3 - 5 に示す。

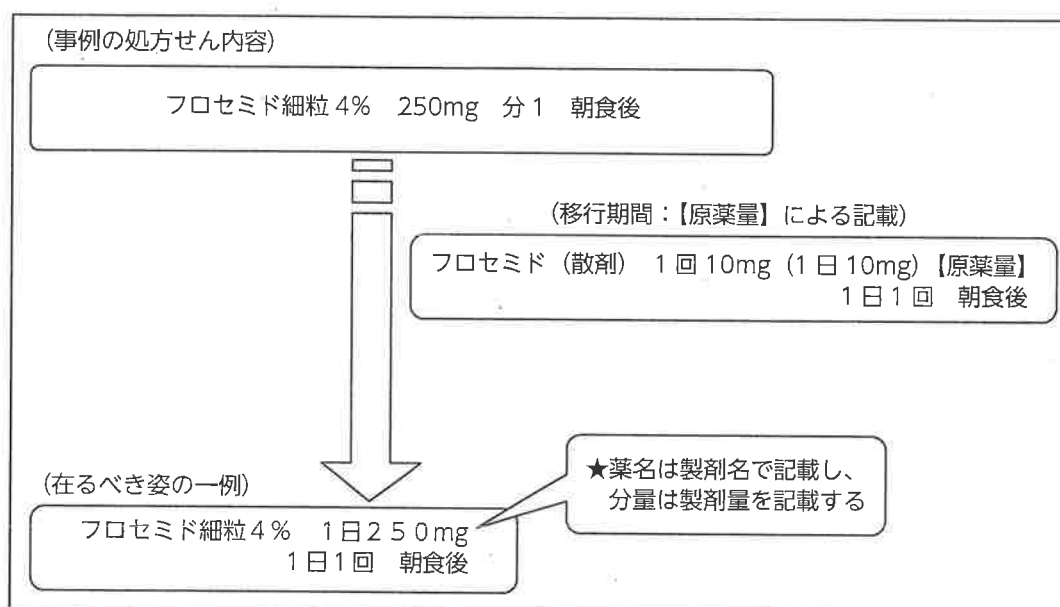
主治医が発行した処方せん「フロセミド細粒 4% 250mg」の記載では、量の表記が 1 回量なのか 1 日量なのか示されていない。「分 1」の処方であったため、本事例では 1 回量と 1 日量が同じになることから分量の間違いは生じなかったが、1 回量と 1 日量が異なる場合、分量の間違いを生じる可能性のある記載方法であったと考えられる。

また、事例の背景・要因の中で「主治医は〇〇 mg = 力価 (主薬量)、〇〇 g = 製剤量であるという認識がなかった」とされていることから、処方せんの書き方について、医療機関の独自のルールがあったことが推測できる。しかしながら患者が複数の医療機関を受診したり、薬局で調剤を受けたり

する場合は、作成した処方せんの内容は他施設に正確に伝達される必要があるが、独自のルールにより処方せんを作成することは情報が正しく伝達されないおそれがある。そこで「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」に掲載された記載方法に則して、「分量」については、最小基本単位である1回量を記載することを基本としながら、原薬量を明記し、情報伝達のエラーを防ぐことが望まれる。

図表Ⅲ-3-5 事例の処方せんの「在るべき姿」のイメージ

事例の処方意図：フロセミド細粒4%を1日量250mg（原薬量として10mg）を1日1回で朝食後に服用するよう処方



(6) まとめ

平成20年10月に提供した医療安全情報 No. 9 では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを付記することを掲載し、第26回報告書の事例では、医師、薬剤師のみではなく、患者に配薬する看護師も理解できるよう、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを明確にわかるよう付記することが望まれることを掲載した。

本報告書では、患者が複数の医療機関を受診したり、薬局で調剤を受けたりする場合は、作成した処方せんの情報は他施設に正確に伝達される必要があるが、独自のルールにより処方せんを作成することは情報が正しく伝達されないおそれがあることを述べた。そこで「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」に掲載された記載方法に則して、「分量」については、最小基本単位である1回量を記載することを基本としながら、原薬量を明記し、情報伝達のエラーを防ぐことが望まれる。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。

(7) 参考文献

1. 厚生労働省. 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書. 平成 22 年 1 月 (online) < <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-4a.pdf> > (last accessed 2013-3-14)
2. フロセミド細粒 4% 「EMEC」添付文書. エーザイ株式会社. 2012 年 3 月改訂 (第 6 版).

【3】「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報 No. 10）について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 10（平成19年9月提供）では、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報掲載件数2件 集計期間：平成16年10月～平成19年3月）を取り上げた。更に、第18回報告書（180～182頁）、第23回報告書（118～121頁）、第26回報告書（157～161頁）において、報告書分析対象期間に該当事例が報告されたことを受け、「再発・類似事例の発生状況」の項目で、事例の概要や背景・要因、再発防止等などを取りまとめた。

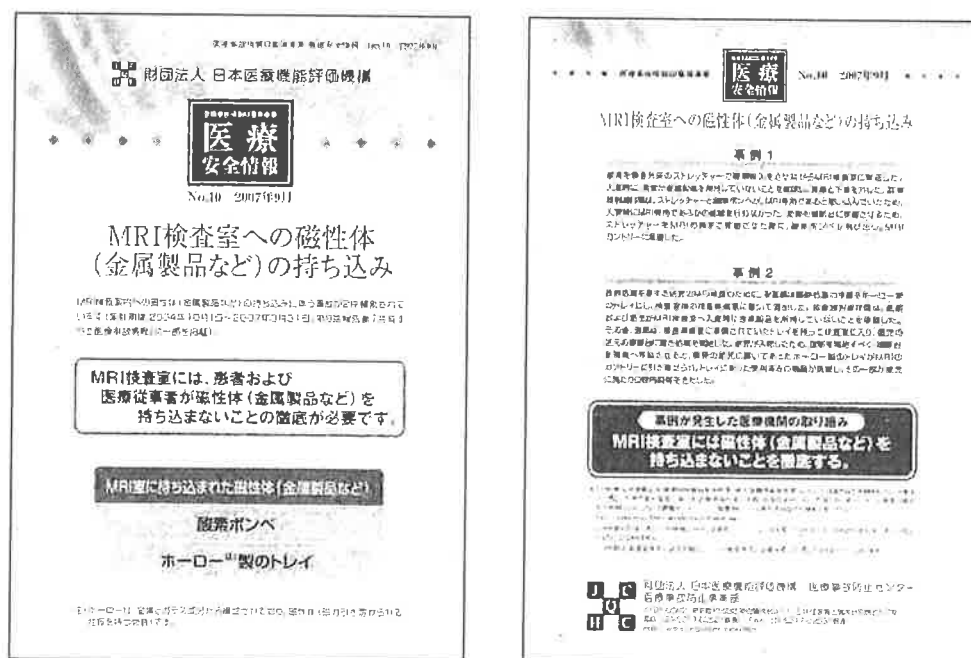
このたび本報告書分析対象期間（平成25年1月～3月）においても類似の事例が1件報告されたため再び取りあげた。

これまで報告された「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」の件数の推移を図表Ⅲ-3-6に示す。

図表Ⅲ-3-6 「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」の発生件数

	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	1	0	1
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	1	0	0	1	2
平成20年	1	0	0	1	2
平成21年	2	2	1	0	5
平成22年	1	1	2	1	5
平成23年	2	2	1	1	6
平成24年	0	1	0	3	4
平成25年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-7 医療安全情報 No. 10 「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」



III
 1
 2-[1]
 2-[2]
 2-[3]
 3-[1]
 3-[2]
3-[3]
 3-[4]

「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報 No. 10）について

(2) 事例概要

平成24年から本報告書分析対象期間に報告された事例5件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

MR I 検査時にインプラントの磁石を利用して入れ歯を固定する磁性アタッチメント構造の義歯を外さずに検査を実施した。2～3日後に患者が義歯に違和感を覚えたが、しばらく放置後(期間不明)インプラントを装着した歯科医院を受診(日時不明)したところ、義歯の磁力が抜けているのを指摘された。

【背景・要因】

- ・検査予約時に出力して患者に渡すMR I 検査問診表を患者が持参しなかった。
- ・インプラント装着に関しては患者が申告したが、問診項目に関しての口頭でのやりとりは当事者の記憶が曖昧であった。問診に対する認識の甘さがあった。
- ・インプラントの種類によってMR I の磁気が影響するものがあることの認識が低かった。

事例2

【内容】

外部委託清掃作業員が定期清掃作業中に、清掃器材がMR I 機に吸着した。

【背景・要因】

- ・作業を行った外部委託清掃作業員は、ビル等の清掃経験は10年以上あったが、病院の清掃は今回が初めてであった。
- ・定期清掃契約時の作業範囲の確認をしていなかった。
- ・定期清掃計画を周知していなかった。
- ・定期清掃計画を上司に報告していなかった。
- ・関連部署との調整を凶っていなかった。
- ・関連部署との現場確認を行っていなかった。

事例3

【内容】

MR I 検査があり、医師より「シリンジポンプで投与されていたヘパリンは継続するように」との指示があったため、延長チューブで点滴ルートを長くしたうえで(医療機器の持ち込み禁忌は判っていたが、MR I 装置に近づけなければ大丈夫と理解していた)、患者を車椅子でMR I 室に移送した。シリンジポンプを点滴台から外し、MR I 室内に入室したところ、シリンジポンプが勢いよくMR I 装置に吸着しシリンジポンプが破損した。この時、MR I 室技師は患者のMR I 寝台への移乗に人手がいると思い、スタッフを呼びに行っており一時不在だった。また、MR I 室の扉は開けたままであった。

【背景・要因】

- ・検査における禁忌事項の認識が不十分であった。
- ・検査技師による最終確認がなかった。

事例4**【内容】**

MR I 検査のため看護師が車椅子で患者を移送し、MR I 前室に入った。輸液ポンプはスタンド固定ねじを外せば大丈夫だと放射線技師に言われ、看護師はそうにした。看護師が寝台に臥床した患者の頭部から30cmほど離れた位置に輸液ポンプを置いた。放射線技師が寝台をガントリー内に移動させ部屋を出た。直後に患者は、頭に硬いものがあたり手をやると血が出ていたため「痛い、血が出てる」と言った。

急いで放射線技師が中に入り患者に近寄ると、患者の右側顔面と肩の間に輸液ポンプがあり、頭に手をやると血が出ていた。

【背景・要因】

- ・MR I 検査機器が以前の磁場が弱いものと勘違いしていた。
- ・MR I 検査機器が以前の磁場が弱いものでは、輸液ポンプを室内に入れてもよい取り決めであった。
- ・当該放射線技師はMR I 検査を行うことはまれであり、数年前に頭部外傷を起こし、その影響か記憶障害が軽度あったため周囲のものがフォローしながら限った業務についていた。
- ・この日は休務者があったため業務がまわらず急遽当該技師に依頼することになった。

事例5**【内容】**

19時40分ごろ、救急搬送された患者の緊急MR I を施行した。MR I 検査室前室で、医師2人、放射線技師1人、救急隊員3人で、患者をMR I 用の非磁性体ストレッチャーに移動し、MR I 問診票に沿って、金属の有無を確認し入室した。ストレッチャーをMR I 内のベッドに横づけしようとしたところ突然ストレッチャーがMR I に引き寄せられ、大きな音がした。確認すると、MR I 用ストレッチャー（頭側）に持ち込み禁止の携帯用酸素ボンベ（鉄製）が装着されており、酸素ボンベとストレッチャーがガントリーに吸着した。患者、医療従事者にケガはなかった。

検査が不可能となったため、患者を中央放射線部のMR I 検査室へ移動し撮影を行った。メーカーに連絡をとり、MR I の磁場を落としてボンベを引き離し、翌朝には使用可能な状態に復帰した。

【背景・要因】

- ・酸素ボンベ架台は、一般のストレッチャーから取り外し可能になっており、患者をMR I 用のストレッチャーに移動させた際、救急隊員が配慮して移動させたと推測する。
- ・看護師は患者移動の際に、他の用件のため離れていた。
- ・金属探知機のアラームが鳴ったが、『いつものこと』と思い、確認を怠った。

III

1

2-1

2-2

2-3

3-1

3-2

3-3

3-4

「MR I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報No10）について

- ・MRI入室前の最終確認・観察不足があった。
- ・コントロールすべきリーダーが不明確であった。
- ・救急隊への教育不足があった。
- ・多職種間の連携不足があった。

(3) 本報告書に掲載した事例の磁性体について

本報告書に掲載した5事例について、持ち込まれた磁性体や金属は、シリンジポンプ・輸液ポンプ2件、酸素ボンベ1件、磁性アタッチメント構造の義歯1件、清掃器材1件であった(図表Ⅲ-3-8)。

図表Ⅲ-3-8 持ち込まれた磁性体・金属(本報告書事例掲載分)

磁性体・金属	件数
シリンジポンプ・輸液ポンプ	2
酸素ボンベ	1
磁性アタッチメント構造の義歯	1
清掃器材	1
計	5

これらのうち本報告書では、1)磁性アタッチメント構造の義歯(事例1)、2)清掃器材(事例2)、について分析した。

1) 磁性アタッチメント構造の義歯

磁性アタッチメントは磁石本体と強磁性体金属のキーパーから成り立ち、義歯側に磁石本体を用い、歯根側(もしくはインプラント)に強磁性体金属を用いたキーパーを埋め込むと、磁石と強磁性金属が吸着することによって義歯を固定するので使用感がよく取り外しが簡便であるということから臨床現場で活用されている。

事例1では、本来なら義歯側の取り外しをした上で、キーパー側の材質がMRIにどのような影響があるのかを歯科や製品製造会社に確認を行うところであったが、問診項目に関してのやり取りがあいまいで、患者にインプラントの歯根が植え込まれており着脱可能な義歯を装着していることが医療者に伝わらなかった。背景要因として、検査当日、事前に渡した問診票を患者が持参しなかったことや、医療者の問診による認識の甘さをあげており、繰り返し教育を行い、問診を形骸化しないことの重要性が示唆された。

磁性アタッチメント構造の義歯は、MRI検査室の磁場の中ではアーチファクトを生じ、画像に影響を及ぼす可能性がある。義歯のキーパー側を植え込んでいる患者がMRI検査を受ける際に、アーチファクトを防止したり縮小するために、可撤式キーパーのように取り外しが可能な製品やキーパーの大きさ等、の検討¹⁾もあり、今後の製品の改善も期待される。

また、磁性アタッチメント構造の義歯を植え込んでいる患者に対して、MRI検査を受ける際に十分な説明をすることとともに、磁性アタッチメント構造の義歯の治療の際に、患者にMRI検査を受ける際の注意事項を説明しておくことも重要である。

2) 清掃器材

事例 2 では、MRI 検査の際に患者や医療者が磁性体を持ち込んだのではなく、MRI 検査の実施時間外に行った定期清掃の際に清掃員が持ち込んだ清掃器材が MRI 装置に吸着した。医療機関よりご提供いただいた画像 (図表 III - 3 - 9) を掲載したので、医療安全教育等の参考にさせていただきたい。このように検査時に患者や医療者が磁性体を持ち込むだけではなく、検査時以外に施設管理に関わる者や業者が磁気の発生している検査室に入室する可能性もあり、作業範囲や立ち入りについて、医療機関の職員の立会いや事前オリエンテーションなどを実施することの重要性が示唆された。

III

1

2-〔1〕

2-〔2〕

2-〔3〕

3-〔1〕

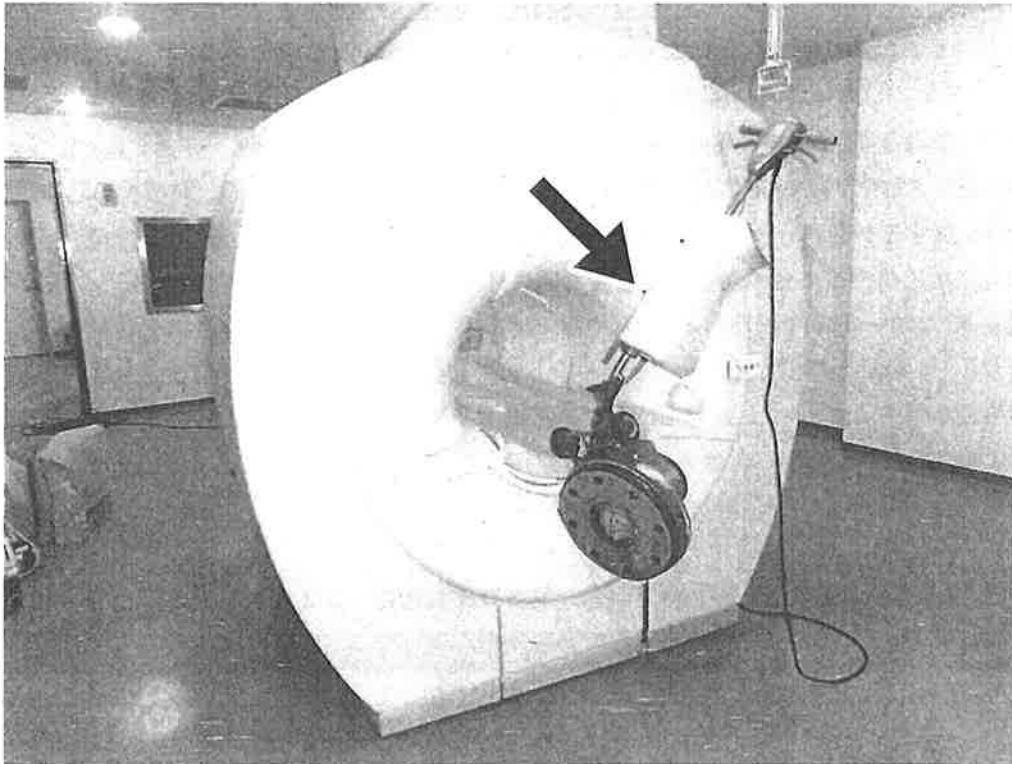
3-〔2〕

3-〔3〕

3-〔4〕

「MRI 検査室への磁性体 (金属製用品など) の持ち込み」
 (医療安全情報 No.10) について

図表Ⅲ - 3 - 9 MRI装置に清掃器材が吸着した事例

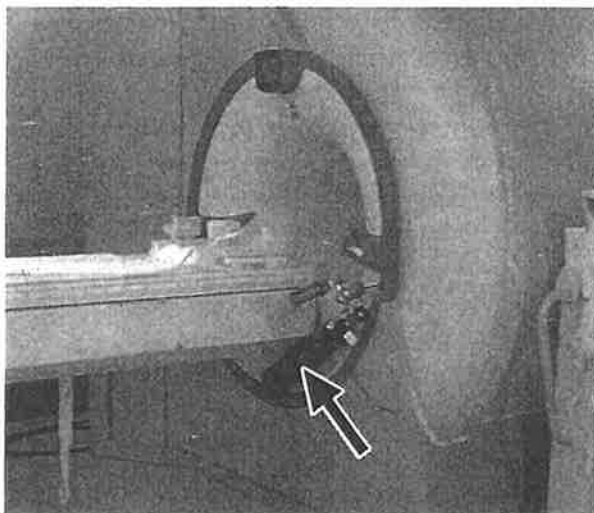


(4) 過去の報告書で提供した「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」の分析結果等のまとめ

①第13回報告書（144～145頁）

MRIが、強力な磁場が発生しているMRI検査室に磁性体を持ち込んだことにより、装置に磁性体が吸着した事例を「共有すべき医療事故情報」として医療機関よりご提供いただいた画像（図表Ⅲ - 3 - 10）を掲載した。

図表Ⅲ - 3 - 10 MRI装置にボンベが吸着した事例（第13回報告書144～145頁）



MRI検査終了後、担当医がMRI室に酸素ボンベ付きのストレッチャーを持ち込み、酸素ボンベをMRI本体に吸着させてしまった。医師は患者の容態が気になり少しでも早く退室させ対応したかった。また、看護師が気をきかせMRI専用ストレッチャーを格納場所に戻していた。患者に影響はなかった。

② 「MRI 検査に関連した医療事故」第 29 回～第 32 回報告書

個別テーマとして「MRI 検査に関連した医療事故」を取り上げ、1) 主な事例の概観 (第 29 回報告書 86～111 頁)、2) 磁性体の持ち込み、体内・体表の金属に関する事例 (第 30 回報告書 86～116 頁)、3) 熱傷、鎮静関係、造影剤関係に関する事例 (第 31 回報告書 86～107 頁)、4) 検査時の患者管理、移動中の患者管理に関する事例 (第 32 回報告書 92～116 頁) について、医療事故とともにヒヤリ・ハット事例について分析を行った。そのうち「2) 磁性体の持ち込み、体内・体表の金属に関する事例」では、MRI 検査室では磁場が発生することから、患者に対して検査前に、金属類が含まれる化粧品や、金属類を成分とする磁性体を素材として製造されているものについて説明、確認することが一般的である。また多くの医療機関では、患者が磁性体や金属を装着したり、植え込んだりしていないか確認するためにチェックリストを作成しているという現状がある。このことから医療事故事例やヒヤリ・ハット事例として報告された事例の中で持ち込まれた磁性体を知ること、MRI 検査の際の確認すべき項目も検討するための情報として活用いただけると考え、持ち込まれた磁性体・金属の一覧表を掲載した (図表 III - 3 - 11)。

図表 III - 3 - 11 持ち込まれた磁性体・金属 (第 30 回報告書 102 頁 (再掲))

磁性体・金属	医療事故	ヒヤリ・ハット
酸素ボンベ	○	○
ストレッチャー	○	—
ホーロー製トレイ	○	—
点滴スタンド	○	—
新生児ベッド	○	—
モニター (種類不明)	○	○
髪留め (医療者)	○	—
ウエイト (医療者)	○	—
金糸 (患者の衣服)	○	—
補聴器	○	○
人工内耳	○	—
シャントチューブ	○	—
ペースメーカ	○	○
ICD (植え込み型除細動器)	○	○
携帯電話	○	—
ICPセンサー	○	—
車椅子	—	○
イレウスチューブの先端の金属	—	○
リニアフューザー	—	○
ヘアピン (患者)	—	○
下肢の装具	—	○
PHS	—	○
ハサミ (医療者)	—	○
クリップ (文房具、医療者)	—	○
DIBキャップ (尿路用カテーテルのキャップ) のマグネット部分	—	○
下肢に金属が挿入 (詳細不明)	—	○
脳動脈瘤のクリップ	—	○
長時間心電用データレコーダー (スパイダーフラッシュ)	—	○
金属片 (患者の右眼)	—	○

III

3-[3]

「MRI 検査室への磁性体 (金属製品など) の持ち込み」
(医療安全情報 No.10) について

(5) 事例が発生した医療機関の改善策

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) ルールの見直し・再確認

(入室時の行動のルール)

- MR I 検査室へは技師による入室チェックを受け、指示を受けてから入室する。
- 技師はMR I 室から離れる時は扉を必ず閉め、開いたままの状況を作らないようにする。
(磁性体や金属の持ち込みの有無の確認)
- シリンジポンプ等は原則持ち込まず、ヘパリンロックを行う。どうしても治療上必要な場合は、事前に主治医からMR I 室の技師へ相談する(チェックシート・問診票の作成・活用)。
- MR I 検査予約時に出力されるMR I 検査問診票を記入して持参するよう患者に伝えることを徹底する。
- 問診票を持参しない患者は、受付で問診票を渡し、検査前に必ず記入してもらう。
- 問診項目で曖昧な部分については口頭で確認の上、患者本人に表記またはチェックをしてもらい確認文書として保存する。

2) 教育

- 医療従事者全員がMR I 検査の基本的知識を持ち、マニュアルを確認する。
- インプラントの種類によってMR I の磁気が影響するものがあることを職員に周知する。

3) 体制

- 多職種が関わる場合は、医師、看護師、検査技師のいずれかがリーダーとなり、確認、指示行為を行うよう教育する。
- 定期清掃契約時の作業範囲、定期清掃計画の確認を行う。
- 定期清掃実施前の現場確認を徹底(清掃業者、実施部署、事務部門)する。
- 定期清掃実施日程の調整(可能な限り職場長立ち会いの上実施できるよう検討、担当部署との調整を図り安全に実施できるよう連携を密に取る)をする。
- 休業者が出た時のフォロー体制と業務の内容を選択する。

4) その他

- 現在MR I 検査室に設置してある金属探知機は、感度に問題があり、信頼性に欠けるため、業者に確認し調整中をはかる。

(6) まとめ

医療安全情報 No. 10 では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、MR I 検査室には磁性体(金属製品など)を持ち込まないことを徹底することを掲載した。その後、第18回報告書では、医療機関の取り組みとして1) MR I 実施時に行うべきこと、2) 教育や当該事例周知に関することを紹介した。また第23回報告書では、医療者が普段身につけているものを磁性体と思わずに持ち込むことの危険性や、患者がペースメーカを植え込んでいることなどの情報収集の重要性について、第26回報告書では、患者に植え込まれた磁性体の情報を診療科を越えて情報共有していくことの重要性について掲載した。

本稿では、再び報告された磁性体の持ち込みの事例について、磁性体金属の種類、改善策などを示した。また、清掃業者が定期清掃の際に持ち込んだ清掃器材がMRI装置に吸着した事例の医療機関よりご提供いただいた画像を掲載した。患者や医療者だけでなく医療機関に関係する業者などもMRI検査室に入室する可能性があり、作業範囲や立ち入りについて、医療機関の職員の立会いや事前オリエンテーションなどを実施することの重要性が示唆された。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。

(7) 参考文献

1. 水谷紘.磁性アタッチメントとMRIアーチファクトー日本磁気歯科学会における論文レビューを中心にー. 日本磁気歯科学会雑誌20巻1号.2011.

III

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]
3-[4]

「MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み」
(医療安全情報No.10)について

【4】共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」 (第 13 回報告書) について

(1) 発生状況

第 13 回報告書では分析対象期間 (平成 20 年 1 月～3 月) において、ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故が報告されたことから「共有すべき事例」として取り上げた。その後、第 26 回報告書 (分析対象期間:平成 23 年 4 月～6 月) においても類似事例が報告されたため「再発・類似事例の発生状況」(第 26 回報告書 162～166 頁) の項目で事例の概要や背景・要因、改善策などを取りまとめた。

このたび、本報告書分析対象期間 (平成 25 年 1 月～3 月) においても類似の事例が 1 件報告されたため再び取りあげた。

これまでに報告された「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」の件数の推移を図表 Ⅲ - 3 - 12 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 12 「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」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				2	2
平成17年	3	0	3	3	9
平成18年	5	1	3	0	9
平成19年	1	10	6	2	19
平成20年	2	1	2	1	6
平成21年	0	1	0	1	2
平成22年	0	1	3	0	4
平成23年	1	1	19	8	29
平成24年	1	4	2	3	10
平成25年	1	—	—	—	1

(2) 事例概要

報告された医療事故の概要を以下に示す。

事例

【内容】

夜間、離床センサーが鳴り訪室すると、ベッド柵の一部が外れグラグラになっており、患者は、そのすき間よりすり抜け患者が転落していた。その後、入眠していたが、朝になり左鎖骨周囲の腫脹が見られ、疼痛の訴えもあった。エックス線の結果、左鎖骨骨折と診断された。

【背景・要因】

術後 15 日目の患者。入院時よりソワソワする姿があり、転落予防として離床センサーとベッド柵 4 点を設置していた。ナースコールを押すこともあったが、理解力低下や難聴にてコミュニケーションは難しかった。看護師は他の患者のナースコールの対応に追われており、急いで訪室したが、すでに転倒していた。リスクがあるとはわかっていたが、他の患者の対応ですぐに訪室出来なかったことが要因と考える。柵が外れやすかった (固定が甘かった) ことも要因と考える。

(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。

- 4 箇所の柵を抜けにくいように重ねて取り付ける。
- 柵とベッドを紐などで結びつける。
- 離床センサーの紐を短くしてセンサーがすぐに作動しやすくする。
- ミトンを使用する。
- 家族の協力を得る。

(4) ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故の現状

ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故の各年の報告件数の推移をみると平成 19 年は 19 件と多いが、平成 20 年は 6 件、平成 21 年は 2 件、平成 22 年は 4 件と減少していた。しかし平成 23 年には 29 件、平成 24 年は 10 件と増加している (図表Ⅲ-3-12)。

そこで、本報告書では平成 22 年以降報告された事例 44 件について、事故の発生原因となったベッドの構造や機能に着目し、「ベッドのボードとサイドレールのすき間」「サイドレールとサイドレールのすき間」「サイドレールの空間」「サイドレールの空間とベッド操作」「サイドレールの未装着」「サイドレールカバーの未装着」「患者によるベッドの操作」に分類し、生じた事象の内容とともに図表Ⅲ-3-13 に示した。

図表Ⅲ-3-13 ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故の分類

	転落	挟み込み				打撲	縊首	合計
		首	手指	上肢	下肢			
ベッドのボードとサイドレールのすき間	1	0	1	0	0	0	0	2
サイドレールとサイドレールのすき間	3	0	0	0	0	0	0	3
サイドレールの空間	0	0	1	1	1	0	0	3
サイドレールの空間とベッド操作	0	1	1	2	1	0	0	5
サイドレールの未装着	3	0	0	0	0	0	0	3
サイドレールカバーの未装着	0	0	0	0	0	1	0	1
患者によるベッドの操作	21	0	0	0	0	0	0	21
その他	4	0	0	0	0	1	1	6
合計	32	1	3	3	2	2	1	44

発生原因となったベッドの構造や機能では「患者によるベッドの操作」が 21 件と最も多く、次に「サイドレールの空間とベッド操作」が 5 件であった。生じた事象の内容では「転落」が 32 件であり、次いで「挟み込み」が 9 件であった。報告件数が最も多かった患者によるベッドの操作の結果、転落した医療事故の事例を次に再掲する。

図表Ⅲ - 3 - 1 4 患者によるベッドの操作の結果、転倒した事例 (第26報告書163頁より抜粋)

【内容】
患者には認知面の問題があり、短期記憶障害が認められ、ナースコールを適切に押して看護師を呼ぶことができなかった。ベッド柵4箇所全てを拳上し、離床センサーを装着して転倒・転落を予防していたが、足側の1箇所が下がっていて患者が降ろして転落したと考えられた。
【背景・要因】
患者が使用していたベッドは、患者がベッド上からベッド柵レバーを操作して柵を下ろすことが可能である。当院では期間中に、患者自身がベッド柵を下げて、ベッド柵が降りる勢いに誘導されて転落した事例が15件発生した。そのうち1件は、3箇所の切創を生じて縫合処置が必要となった。今回、骨折に至った事例が発生した。

第26回報告書分析対象期間 (平成23年4～6月) に報告された事例は、患者の認知や記憶障害の発生要因があった。そこで、「患者によるベッド操作」に分類された21件の事例の直前の患者の状態を図表Ⅲ - 3 - 1 5に整理した。「認知症・健忘」が8件と多いが、意識障害や精神障害は0件であり、患者によるベッド操作による医療事故は、必ずしも認知能力が低下している患者に生じたものではなかった。

図表Ⅲ - 3 - 1 5 直前の患者の状態 (患者によるベッド操作)

直前の患者の状態	件数
認知症・健忘	8
睡眠中	7
歩行障害	4
床上安静	4
上肢障害	3
下肢障害	3
薬剤の影響下	2
視覚障害	1
意識障害	0
聴覚障害	0
構音障害	0
精神障害	0
麻酔中・麻酔前後	0
その他	0

※直前の患者の状態は、複数回答が可能である。

(5) サイドレール等に関連した事例のイメージ

報告された事例の内容から①「ベッドのボードとサイドレールのすき間」、②「サイドレールとサイドレールのすき間」、③「サイドレールの空間」、④「サイドレールの空間とベッド操作」の具体的な事例がイメージできるよう、事例概要とともにイラストを作成したので、医療機関内の教育や研修会などの資料にしていきたい。

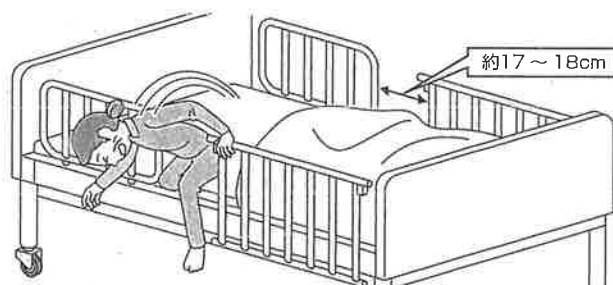
<①ベッドのボードとサイドレールのすき間の事例 (イメージ図) >

事例概要：検温のため、右側臥位から、仰臥位にしたところ、右手第 4 指の腫張と内出血による皮膚色の変化を発見した。患者がベッドのサイドレールのすき間から手足を出す危険性があったため、ベッドの四方をアクリル板で保護していたが、アクリル板とベッドのすき間に指を入れてしまった。



<②サイドレールとサイドレールのすき間の事例 (イメージ図) >

事例概要：看護師を呼ぶ声で訪床すると、ベッドサイドに座り込み右頭頂部から出血がみられた。サイドレール 4 箇所設置していたが、柵の種類が前後で異なっていた (1 箇所はベッドに作り付けのスライド式サイドレールで本来は対になっているが、柵自体の幅が短く頭部や足元にすき間ができ、そこからの転落事例があった。そのため上半身部分の柵を取り外し差込式のベッド柵を設置していた)。それでも約 17～18 cm 程のすき間があったがその幅なら安全という認識でいた。しかし患者は小柄で痩せており、そのすき間から降りようとして転落した。



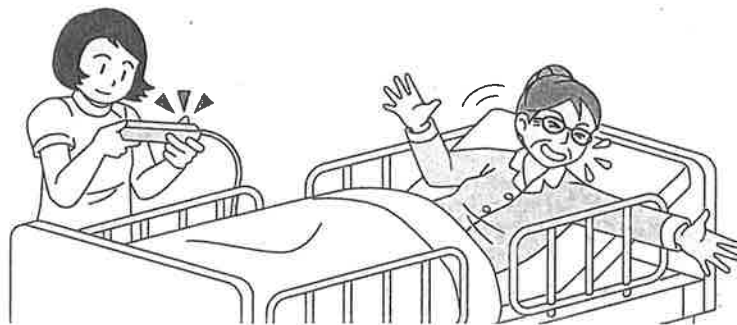
<③サイドレールの空間の事例 (イメージ図) >

事例概要：オムツ交換、体位変換のため訪室時、患者の右足第 5 趾と足背に腫脹と内出血があり、右第 5 趾基節骨骨折が判明した。患者は高いベッド柵を使用。ベッド柵に足をかける行為があった。サイドレールのすき間が約 6 cm と狭く足を挟んでしまう可能性があったが、患者が柵に掴まっていたので、サイドレールにスポンジ等を巻き付けていなかった。



<④サイドレールの空間とベッド操作の事例 (イメージ図) >

事例概要：朝食介助のために患者を仰臥位にしベッドの上半身を上げる操作をした。20～30度挙げたところで痛いと言った。患者の左肘がベッド柵とマットの間に挟まっていた。被覆材の内部に血液が滲んでいた。上肢の位置を確認してからベッドアップしなかった。



(6) ベッドのサイドレールや手すりに関連した注意喚起

ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故には、医療・介護ベッドのサイドレールや手すりのすき間に頭などを挟む事故、患者がつかまった際、固定されているはずのサイドレール等が可動したために転倒した事故、ベッドのサイドレールの操作の事故などの事例が発生しており、関係省庁である経済産業省、厚生労働省からはもとより、介護・医療ベッドに関係する団体や製造事業者からも繰り返し注意喚起がなされている。

主な注意喚起を紹介する。

①平成20年2月 経済産業省「介護ベッド用手すりによる重大製品事故について (注意喚起)」

平成19年、改正消費生活用製品安全法が施行され、消費生活用製品に係る重大製品事故に関して、国に対する報告書の提出が製造事業者・輸入事業者に対して義務付けられた。介護ベッド用手すりに関する重大製品事故について、平成20年2月1日までに5件の報告がなされた。そこで経済産業省商務情報政策局サービス産業課医療・福祉機器産業室製品安全課製品事故対策室は平成20年2月15日付で「介護ベッド用手すりによる重大製品事故について (注意喚起)」¹⁾を発出した。

②平成20年2月 日本福祉用具・生活支援用具協会および医療・介護ベッド安全普及協議会「介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意」

経済産業省の注意喚起を受け、日本福祉用具・生活支援用具協会と医療・介護ベッド安全普及協議会は介護ベッドを使用している関係者に対し、平成20年2月15日付「介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意」²⁾を送付した。

その内容は、サイドレールや手すりは用途により形状や構造が異なり、いろいろなすき間を内包している、製品内部のすき間だけでなくベッド本体との組み合わせよりすき間が生じることがある、と危険性を述べるとともに、すき間は使用する患者の視野が確保され、閉塞感が軽減され療養環境が向上される、と有用性も述べている。

また、事故事例をサイドレールとサイドレールの間に首を挟まれ死亡したなど「(サイドレール等の)すき間による事故事例」と、手すりに捉まりベッドから立ち上がろうとした際、固定されていたはず

の手すりが動き転倒したなどの「(サイドレール等の) すき間以外の事故事例」と分類し、それぞれについて注意事項を掲載した。本報告書では「すき間以外の事故事例」への注意事項を次に紹介する。

<すき間以外の事故事例への注意事項>

- 思わぬけがをしないように、製品に異常（手すり本体がぐらついたり、ストッパーの固定が出来ないなど）がないか定期的に点検してください。
- サイドレールや手すりの操作がうまくできない方には、転落等の事故を防止するためにも操作させないでください。
- 固定（ロック）は確実に行ってください。
- ベッドの上からサイドレールや手すりを操作する際は転落に注意してください。

③平成 20 年 3 月厚生労働省「医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について（注意喚起）」

医療機関においてもベッドのサイドレールに係る重大製品事故に関する事例が 2 件発生し、厚生労働省老健局計画課・振興課・老人保健課は平成 20 年 3 月 1 日付「医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について（注意喚起）」³⁾を発出し、「介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意」²⁾を広く注意喚起した。

④平成 22 年 10 月消費者庁消費者安全課「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起について」

消費者庁消費者安全課は、不意な動作により頭や首、手足などがすき間に入る込むことを防止する当該製品のすき間を埋めるための簡易部品を入手せずに、介護用ベッドの手すり外側で外側に開いたグリップの内側に利用者の頭が入り重症を負った事故の発生を受け、医療・介護ベッド用サイドレールやベッド用手すりに関する事故防止のための適切な実施について、平成 22 年 10 月 1 日「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起について」⁴⁾を発出した。具体的な事例の内容やベッド用サイドレールの写真を掲載して、特に介護ベッド上で予測のできない行動をとる可能性のある利用者や、自力で危ない状態から回避することができない利用者に対し、すき間を埋めるための簡易部品を入手し使用するように消費者へ周知及び注意喚起を行った。

厚生労働省は上記注意喚起について、医療機関並びに介護保険指定事業者及び老人福祉施設等においても、手すりに関連した事故の発生防止を図る観点及び消費者保護のために、各都道府県に対し同年 10 月 8 日付事務連絡「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起について」⁵⁾を発出し、注意喚起を行った。

⑤平成 23 年 2 月厚生労働省「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起の徹底について（再依頼）」

平成 22 年 12 月 21 日付け「消費生活用製品の重大製品事故に係る公表について」にて消費者庁

が公表した死亡事故(管理番号 A201000777)において、平成22年10月、厚生労働省が発出した事務連絡文書が医療機関に送付されておらず、当該事故が発生した医療機関では注意喚起の内容を知らなかったことが判明し、平成23年2月9日厚生労働省は都道府県等に対し、厚生労働省医政局総務課、老健局高齢者支援課・振興課・老人保健課事務連絡「医療・介護ベッド用すき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る 施設管理者への注意喚起の徹底について(再依頼)」⁶⁾を発出し、再度注意喚起を行った。

⑥平成23年3月日本看護協会「ベッド柵の安全使用―患者の転落防止について―」

公益財団法人日本看護協会は患者が電動ベッドの外側にあるベッド柵(サイドレール)のレバーを操作した際、ベッド柵とともにベッドから転落した事例が複数報告されていることに対して、平成23年3月7日、医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用―患者の転落防止について―」⁷⁾を発出した。医療看護安全情報では、事例の紹介、必要とされる医療機関の対応、事故が起こった事例の具体的なベッド柵の状況を掲載し、患者の安全のために患者のADLに応じた安全なベッドの検討をすることを注意喚起した。

同様の事例について、厚生労働省は、消費者庁消費者安全課から対象となるベッドを配置している医療機関に対し注意の呼び掛けの依頼を受け、各都道府県に対し医政総発第1101第1号平成23年11月1日付厚生労働省医政局総務課長通知「医療施設向け電動ベッドからの転落事故防止に係る医療機関に対する注意喚起について」⁸⁾を発出し、注意喚起を行った。

⑦平成24年6月厚生労働省「医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について」

その後もベッドとの因果関係は必ずしも明らかではないものの、結果的にベッド用の手すりのすき間に、首や手足が入り込んだ状態で発見された死亡事故等が発生していることより、平成24年6月6日厚生労働省は都道府県等に対し、医政総発0606第5号、障企自発0606第1号、障障発0606第1号、老高発0606第1号、老振発0606第1号、老老発0606第1号、24製安第13号「医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について」⁹⁾を発出し、医療・介護ベッドの不適切な使用状況やサイドレール等の過度なすき間の有無を確認し、適切な使用方法の徹底やすき間を埋める等の措置を講ずることや安全対策が強化された新JIS対応のベッドを使用することが重要である通知を発出した。また、安全性の確保がなされるよう医療・介護ベッド安全普及協議会作成の「医療・介護ベッド安全点検チェック表」¹⁰⁾を参考に

- 1) ボードとサイドレール等の間に首を挟み込みそうなすき間はないか、
 - 2) サイドレールとサイドレール等の間に首を挟み込みそうなすき間はないか、
 - 3) サイドレール等に頭を閉じ込みそうな空間はないか、
 - 4) 利用者の状態を確認しながら、ベッドの操作を行っているか、
- の4点について、点検するよう述べている。

<医療・介護ベッド安全点検チェック表>

医療・介護ベッド安全点検チェック表

医療・介護ベッドを安全にお使いいただくために

① 近年、医療・介護ベッドのサイドレールやベッドグリッドによる死者発生が報告されています。事故の多くは利用者の体や手足がサイドレールのすき間や、内部の空洞に入り込んだことによるものです。これらの事故の多くは、利用者の身体状況や使用状況によると思われるものであり、危険な部分があるかどうかの検証と正しい使用方法によって未然に防ぐことができます。このたびは医療・介護ベッド安全普及協議会では、サイドレール等による事故を未然防止していただくために、「医療・介護ベッド安全点検チェック表」を作成いたしました。医療・介護ベッドでサイドレール等をご利用の際は、このチェック表で点検確認をお願いします。医療・介護ベッドでサイドレール等をご利用の際は、このチェック表で点検確認をお願いします。必ずお守りください。

② 事故事例とその対応策を掲載した「医療・介護ベッド安全普及協議会ホームページ」で見ることが出来ますので、合わせてご利用下さい。

サイドレール	ベッドグリッド	ベッドフレーム
サイドレールは、ベッドで寝ている人の体と腕の隙間に手を入れるための装置です。	ベッドグリッドは、ベッドよりの隙間を埋め、ベッドの各部品と患者との接触を防ぐための装置です。	ベッドフレームは、ベッドの骨格であり、ベッドの各部品を支えるための装置です。

③ ご注意ください

- ・事故、再発、回避のために、患者の身体状況やベッドの状況を確認し、必要に応じて適切な対応を講じてください。
- ・自力で移動が困難な場合は、介護職員の手助けをお願いします。
- ・医療機器やベッドの設置場所、ベッドの向きなどについては、必ず事前に確認をお願いします。
- ・ベッドの各部品は、必ず正しい使用方法を守ってご利用ください。
- ・事故発生時には、必ず医療職に報告をお願いします。

④ 医療・介護ベッド安全普及協議会ホームページ

協議会名称	連絡先	ホームページ
医療・介護ベッド安全普及協議会	0593-24-2822	http://www.himn.jp/0593242822/
日本看護協会	03-6261-1571	http://www.japanese-nurses-association.jp
日本福祉用具協議会	0120-44-4351	http://www.japanwelfare.org
福祉用具センター	03-2277-1423	http://www.welfarecenter.jp
福祉用具センター	03-2277-1423	http://www.welfarecenter.jp
福祉用具センター	03-2277-1423	http://www.welfarecenter.jp

医療・介護ベッド安全点検チェック表

医療・介護ベッドを安全にお使いいただくために

① 1 ボードとサイドレール等の間に指を挟み込みそうなすき間はありませんか？

② サイドレールとサイドレール等の間に指を挟み込みそうなすき間はありませんか？

③ サイドレール等に指を押し込みそうな空間はありませんか？

④ 両側面の状態を確認しながら、ベッドの操作を行っていますか？

⑤ 事故事例

⑥ 事故事例

⑦ 事故事例

⑧ 事故事例

⑨ 事故事例

⑩ 事故事例

⑪ 事故事例

⑫ 事故事例

⑬ 事故事例

⑭ 事故事例

⑮ 事故事例

⑯ 事故事例

⑰ 事故事例

⑱ 事故事例

⑲ 事故事例

⑳ 事故事例

㉑ 事故事例

㉒ 事故事例

㉓ 事故事例

㉔ 事故事例

㉕ 事故事例

㉖ 事故事例

㉗ 事故事例

㉘ 事故事例

㉙ 事故事例

㉚ 事故事例

㉛ 事故事例

㉜ 事故事例

㉝ 事故事例

㉞ 事故事例

㉟ 事故事例

㊱ 事故事例

㊲ 事故事例

㊳ 事故事例

㊴ 事故事例

㊵ 事故事例

㊶ 事故事例

㊷ 事故事例

㊸ 事故事例

㊹ 事故事例

㊺ 事故事例

㊻ 事故事例

㊼ 事故事例

㊽ 事故事例

㊾ 事故事例

㊿ 事故事例

(7) まとめ

第13回報告書ではベッドのサイドレールや手すりに関連した事例について掲載し、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。第26回報告書では患者が自らベッド柵を降ろした際に、ベッド柵が降下する力が患者に加わることでより転倒した事例を掲載し、患者のADLに応じた安全なベッドの検討を医療・介護ベッドに関わる機関で行っていくことの重要性が示唆されたことを述べた。

しかし、本報告書分析対象期間において、ベッド柵の一部が外れグラグラになっていたすき間から、患者がすり抜け転落した事例が報告された。

本報告書では報告された事例の内容とともに、経済産業省、厚生労働省、医療・介護ベッドに関わる団体、日本看護協会などさまざまな団体・機関からなされてきた注意喚起とその内容を整理して紹介するとともに、安全性の確保がなされるよう平成24年に公表された医療・介護ベッド安全普及協議会作成の「医療・介護ベッド安全点検チェック表」を参考に点検することを紹介した。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。

(8) 参考文献

1. 経済産業省、介護ベッド用手すりによる重大製品事故について (注意喚起)、平成20年2月15日付経済産業省商務情報政策局サービス産業課医療・福祉機器産業室製品安全課製品事故対策室。
2. 日本福祉用具・生活支援用具協会、介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意 (online), available from <http://www.jaspa.gr.jp/news/20080205.pdf> (last accessed 2013-03-21)

III

3-4

共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」(第13回報告書)について

3. 厚生労働省. 医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について (注意喚起). 平成20年3月11日付厚生労働省医政局総務課長通知 医政総発第311001号. (online) ,available from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/080311-1.pdf> (last accessed 2013-03-21)
4. 消費者庁 .News Release. 介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る注意喚起について. 平成22年10月1日付. (online) ,available from http://www.caa.go.jp/safety/pdf/101001kouhyou_2.pdf (last accessed 2013-03-21)
5. 厚生労働省. 医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者に対する注意喚起について. 平成22年10月8日付厚生労働省医政局総務課、老健局高齢者支援課・老健局振興課、老健局老人保健課事務連絡. (online) ,available from http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/101008_1a.pdf (last accessed 2013-03-21)
6. 厚生労働省. 医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起の徹底について (再依頼). 平成23年2月9日付厚生労働省医政局総務課、老健局高齢者支援課・老健局振興課、老健局老人保健課事務連絡. (online) ,available from http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/110209_1.pdf (last accessed 2013-03-21)
7. 公益財団法人日本看護協会 医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用—患者の転落防止について—」. (online) ,available from <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2011/20110307.pdf> (last accessed 2013-03-21)
8. 厚生労働省. 医療施設向け電動ベッドからの転落事故防止に係る医療機関に対する注意喚起について. 平成23年11月1日付厚生労働省医政局総務課長通知 医政総発第1101第1号. (online) ,available from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/111101-1.pdf> (last accessed 2013-03-21)
9. 厚生労働省. 医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について. 平成24年6月6日付厚生労働省医政局総務課長等通知 医政総発第0606第5号 障企自発0606第1号 障障発0606第1号 老高発0606第1号 老振発0606第1号 老老発0606第1号 24製安第1.3号. (online) ,available from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/120606-1.pdf> (last accessed 2013-03-21)
10. 医療・介護ベッド安全普及協議会. 医療・介護ベッド安全点検チェック表. (online) ,available from <http://www.bed-anzen.org/use/check.html> (last accessed 2013-03-21)