

## 【2】新型コロナウイルス感染症に関連した事例

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2019年末に中華人民共和国の武漢での発生を確認後、全世界に感染が広がった。日本においては、2020年1月にPCR検査の陽性者を確認し、それ以降、同年4月～5月頃を第1波、同年7月～8月頃を第2波、同年12月～2021年1月頃を第3波としてPCR検査の陽性者数は増加した。その後、2021年4月～5月頃は第4波、2021年8月～9月頃を第5波としてPCR検査の陽性者数はそれまでに比べ、著しく増加した。さらに、2022年1月頃からは第6波として感染が急拡大した。

本事業では、第64回報告書（2021年3月公表）で「新型コロナウイルス感染症に関連した事例」を取り上げ、2020年1月～12月に報告された新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生した事例と、当該患者は感染していないが、新型コロナウイルス感染症への対応のため、新たなルール・手順の導入や変更により発生した事例、ルール・手順の導入や変更に関連しない事例に分けて、主な事例を紹介した。

本報告書の分析対象期間（2021年10月～12月）に類似の事例や新型コロナワクチン接種に関連する事例などが報告された。そこで、2021年1月～12月に報告された新型コロナウイルス感染症に関連した事例について分析することにした。なお、通常の分析テーマでは、対象とした事例の背景・要因や改善策を整理し、まとめて掲載するが、本テーマで対象とした事例は多種多様であるため、前回と同様に事例の背景・要因や医療機関から報告された改善策をまとめて掲載はせず、できるだけ多くの事例を紹介する形とした。

### （1）報告状況

#### 1) 対象事例

本報告書では、2021年1月～12月に報告された事例の中から、キーワードに「COVID」「コロナ」「PCR」「SARS」のいずれかが含まれる事例を検索し、そのうち、新型コロナウイルス感染症の患者の治療中に発生した事例、医療機関内で新型コロナウイルス感染症への対応を目的としたルール・手順の導入や変更により発生した事例など、新型コロナウイルス感染症に関連した事例を対象とした。

#### 2) 報告件数

2021年1月～12月に報告された事例のうち、対象とする事例は126件であった。

図表Ⅲ－2－1 報告件数

報告月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
件数	5	8	6	6	11	9	11	12	17	19	13	9	126

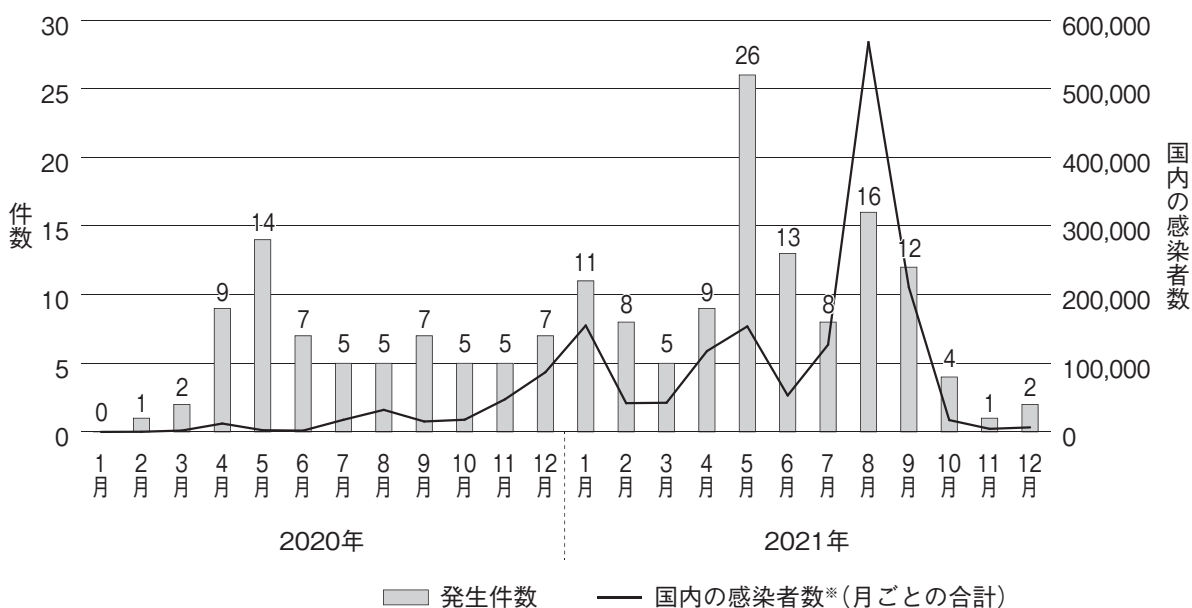
## (2) 発生年月による集計

新型コロナウイルス感染症に関連した事例について、2020年に報告された56件（第64回報告書分析対象）と2021年に報告された126件の事例を発生年月で整理し、発生状況を示す。なお、本報告書で対象とした事例の概要は後述する。

### 1) 事例の件数（発生月別）

事例の発生月別の件数を示す。第1波の2020年5月、第4波の2021年5月の発生件数が多かった。

図表Ⅲ－２－２ 事例の発生月別の件数と国内の感染者数



※国内の新規感染者数の情報はNHKのホームページ<sup>1)</sup>より引用

## 2) 事例の分類（発成年別）

2020年に報告された56件と2021年に報告された126件の計182件の事例の分類を発成年別に示す。事例の分類は第64回報告書の事例の分類（43～44頁）を基にした。2020年は、日本において新型コロナウイルス感染症が流行した最初の年であり、当該患者は感染していないが、新型コロナウイルス感染症への対応のため、新たなルール・手順の導入や変更により発生した事例が約4割、新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に、感染対策が影響して発生した事例が約2割で、新型コロナウイルス感染症への対策により発生した事例が全体の約6割を占めていた。2021年は、これらの事例の割合は減少し、新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に、感染対策には関連せず、患者の治療・看護の過程において発生した事例の割合が増加した。また、2021年には、新型コロナワクチンに関する事例が報告された。

図表Ⅲ－2－3 事例の分類（発成年別）

分類		発成年	
		2020年	2021年
新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生した事例	感染対策が影響した事例	16 (23.5%)	12 (10.5%)
	感染対策には関連せず、患者の治療・看護の過程において発生した事例	18 (26.5%)	54 (47.4%)
当該患者は感染していない事例	新型コロナウイルス感染症への対応を目的としたルール・手順の導入や変更により発生した事例	27 (39.7%)	31 (27.2%)
	ルール・手順の導入や変更に関連しない事例	7 (10.3%)	9 (8.0%)
	新型コロナワクチンに関連した事例	0 (0%)	8 (7.0%)
合計		68	114

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

### (3) 事例の概要

本報告書で対象とした126件の事例の概要を示す。

#### 1) 関連診療科

新型コロナウイルス感染症の患者（疑いを含む）の治療にあたった診療科が多く報告されていた。その他に、様々な診療科が報告されていた。

図表Ⅲ－２－４ 関連診療科

関連診療科	件数	関連診療科	件数
呼吸器内科	26	小児科	3
救急救命科・救急救命センター	25	脳神経外科	2
内科	23	外科（その他）	2
循環器内科	10	耳鼻咽喉科	2
整形外科	9	皮膚科	2
内科（その他）	7	リハビリテーション科	2
麻酔科	6	血液内科	1
精神科	5	ペインクリニック	1
消化器科	5	形成外科	1
外科	5	感染症科	1
呼吸器外科	4	緩和ケア科	1
神経科	4	内視鏡科	1
心臓血管外科	3	放射線科	1
産婦人科	3	その他	2
泌尿器科	3		

※関連診療科は複数回答が可能である。

## 2) 患者の年齢と新型コロナウイルスの感染状況

患者の年齢は、70歳代以上が多かった。

図表Ⅲ－2－5 患者の年齢と感染状況

年齢	感染状況			合計
	感染している	感染疑い	感染していない	
10歳未満	0	2	0	2
10歳代	0	0	1	1
20歳代	2	0	4	6
30歳代	1	0	6	7
40歳代	4	0	3	7
50歳代	11	0	4	15
60歳代	12	1	9	22
70歳代	17	3	14	34
80歳代	12	4	12	28
90歳代	3	1	2	6

※患者を複数人と回答し、年齢を記載していない事例は除く。

## 3) 対象事例の分類

本報告書で対象とした126件の事例の分類を示す。

図表Ⅲ－2－6 事例の分類

分類		件数	
新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生した事例		75	
当該患者は感染していない事例	新型コロナウイルス感染症への対応を目的としたルール・手順の導入や変更により発生した事例	34	51
	ルール・手順の導入や変更に関連しない事例	9	
	新型コロナワクチンに関連した事例	8	
合計		126	

#### (4) 新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生した事例

新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生した事例の分類を示す。新型コロナウイルス感染症への感染対策が影響した事例が16件、感染症への対策には関連せず、患者の治療・看護の過程において発生した事例が59件であった。

図表Ⅲ－２－７ 事例の分類

分類	件数
感染対策が影響した事例	16
感染対策には関連せず、患者の治療・看護の過程において発生した事例	59
合計	75

##### 1) 感染対策が影響した事例

###### ①事例の詳細

感染対策が影響した事例16件の詳細を示す。感染対策のための個室隔離による事例が7件であった。個室隔離により、アラーム音が外に聞こえず人工呼吸器回路の接続が外れたことに気付かなかった事例や、個室での状況把握のために監視カメラを設置したが、カメラの更新ができず患者が尿道カテーテルを自己抜去したことに気付かなかったなどが報告された。その他、新型コロナウイルスに感染した患者の診療において、診療時間や観察時間が短縮したことや専用病棟等での慣れない治療・看護が要因となった事例などが報告された。

図表Ⅲ－２－８ 事例の詳細

事例の詳細		件数	
感染対策のための個室隔離	人工呼吸器回路の接続外れ	2	7
	転倒	2	
	膀胱留置カテーテルの自己抜去	1	
	過鎮静	1	
	痙攣後の心停止	1	
診察時間・観察時間の短縮	動脈ライン刺入部の血腫	1	3
	気管チューブの自己抜去	1	
	心筋梗塞の診断遅れ	1	
専用病棟等での慣れない治療・看護	人工呼吸器回路への誤ったバクテリアフィルターの接続	1	3
	酸素チューブの接続外れ	1	
	与薬時の患者間違い	1	
個人用防護具（PPE）の着用等の感染防止策	患者の急変	1	2
	転倒	1	
感染者に対応するための手術室・検査室の準備	手術開始の遅れ		1
合計			16

## ②事例の内容

主な事例の内容を示す

図表Ⅲ－２－９ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>感染対策のための個室隔離：呼吸器回路の接続外れ</b>			
1	<p>9時前に夜勤者から日勤者へベッドサイドで申し送りを行った。患者は新型コロナウイルス感染症で呼吸状態が悪くBIPAP：FiO<sub>2</sub> 100%、SpO<sub>2</sub> 85%～86%であった。RASS-3程度であり自己体動はほとんど無かったが、下顎呼吸であり顔の上下の動きは認めていた。夜勤看護師と日勤担当看護師は気管チューブやドレーン類をベッドサイドで一緒に確認した。申し送り後、日勤担当看護師は気管チューブと閉鎖式吸引チューブの接続を触って確認した。患者側から気管チューブ、閉鎖式吸引チューブ、人工鼻、呼吸回路という順番に接続されていたが人工鼻の接続状態は確認しなかった。10時、日勤担当看護師がバイタルサインを測定し、その後、他看護師がポータブルレントゲン撮影を介助した。撮影後、担当看護師は目視で人工呼吸器から気管チューブまでの回路の外れがないか確認を行った。その後、担当看護師は1人で気管吸引を行い、軽く左側臥位にしていた枕を一つ抜いて体位をフラットに調整した。その後、担当看護師は別患者の保清、CV挿入の介助があるため退室した。処置が長くなるため処置の直前に再度訪室し、患者の顔のみ見て、チューブ類の緩みは手で触れて確認せずに退室した。10時50分過ぎ、リーダー看護師がセントラルモニタアラームでHR30回台に気付き、防護衣を装着している看護師に確認を依頼した。訪室すると人工鼻と呼吸回路の接続が外れており、呼吸回路はホルダーからも外れて、ベッド横に落下していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気管チューブと閉鎖式吸引チューブの接続は確認したが、部屋を離れる前に呼吸回路、人工鼻等の接続の緩みがないか確認しなかった。</li> <li>・コロナ対応のため、個室のドアが閉められており人工呼吸器の回路外れのアラーム音が部屋の外には聞こえなかった。</li> <li>・コロナ禍の中で呼吸回路やホルダーの種類が変更されており、回路とホルダーの固定が十分でなかった。</li> <li>・事例との因果関係は不明だが、発見時に呼吸回路がホルダーから外れ、床に落ちていた。</li> <li>・以前からホルダーから回路が外れやすく、管理上困るという意見がポジティブインシデントとして報告されていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器のアラーム音量を最大にする。</li> <li>・離れる際は目視だけでなく必ず触って回路の緩みがないか確認する。</li> <li>・他患者の処置等に入るときはリーダーや他看護師にラウンドを依頼する。</li> <li>・呼吸回路ホルダーはディスプレイホルダーのものを使用しているが、リユースホルダーを使用する運用を検討する。ただし、物品管理の面からはディスプレイホルダーの有用性は高い。</li> <li>・臨床工学部は、今後もディスプレイホルダーの使用を基本とし、病棟看護師の判断でリユースホルダーを選択可能な環境を整える。</li> </ul>

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>感染対策のための個室隔離：膀胱留置カテーテルの自己抜去</b>			
2	<p>患者は、認知機能の低下があり転倒・転落のハイリスクと評価されていた。用事のある際は、ナースコールを必ず使用するように指導すると共に、ベッドは常に4点柵を使用していた。また、新型コロナウイルス感染症に対する治療での入院のため、訪室に時間を要することから見守りを目的に監視カメラを使用していた。当日の午前は特に問題はなかった。看護師Aが14時に点滴交換で訪室した際も問題はなく、看護師Aはナースコールを適切な位置に置いて退室した。16時11分頃にモニタの外れでアラームが鳴動した。ナースステーションで仕事をしている看護師Aが監視カメラで病室の状況を確認した際に監視カメラが停止していたため速やかに更新作業を行ったところ、患者はベッド上にいなかった。看護師Aはレッドゾーンで勤務している看護師Bに訪室を依頼した。看護師Bが訪室すると、患者がトイレから出てきたところで膀胱留置カテーテルを自己抜去しており、便器内にはコアグラ混じりの鮮血が確認された。看護師Bが患者に状況を確認すると「トイレに行くときに邪魔だったから抜いた」との発言があった。室内の状況を確認すると、患者はベッドの4点柵をすり抜けて、点滴棒を押しながら室内トイレまで移動していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ病棟で使用している監視カメラは、更新作業する必要があることが、当該部署で勤務する職員に周知されていなかった。</li> <li>・患者には認知機能の低下があり突発的な行動を起こす危険性があることは周知されていたが、午前から昼にかけては安定していたため見守りの頻度が少なくなっていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落のハイリスク患者であり、リスク管理の一助として4点柵の使用は継続する方針とした。</li> <li>・コロナ病棟に入院する患者に使用する監視カメラは、更新する必要があることを部署内に周知した。</li> <li>・本事例を警鐘事例として、コロナ病棟に入院中の危険行動が予測される患者に対しては監視カメラと看護師の訪室による見守りでリスクを適切に管理していくことが必要なことを部署内で周知した。</li> <li>・上記の遵守でも危険行動の制御が困難な場合には抑制帯の使用も検討する。</li> </ul>
<b>診察時間・観察時間の短縮：気管チューブの自己抜去</b>			
3	<p>患者は、新型コロナウイルス感染症のためICUの個室に緊急入院した。呼吸機能の低下がありネーザルハイフローを開始した。低酸素によるせん妄状態があるせいか、安静を保てない状態であった。入院翌日、気管挿管を施行した。フェンタニル注射液・プロポフォール静注の投与にて鎮静（RASS-4）を図った。入院6日目9:09、看護師が監視モニタで個室内の患者状態を確認すると、気管チューブが抜去されていることに気付いた。SpO<sub>2</sub>は77%まで低下しており、医師、看護師は直ちにPPEを装着し入室した。ジャクソソリスにて手換気を実施した。自発呼吸を促すためフェンタニル注射液・プロポフォール静注の投与を中断した。医師の問いかけに患者は「はい」と返事をし、喀痰咯出を促すと指示に従い実施することができた。SpO<sub>2</sub>95%まで上昇したため、再挿管はせず、ネーザルハイフロー50% 50L投与にて呼吸管理となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・監視モニタにて抜管の瞬間を確認すると、患者は2、3度咳嗽する様子があった。</li> <li>・咳嗽のたびに体位がずれ、座位の状態からベッド下方へ体位がずれる様子が見られた。</li> <li>・上肢抑制を行っていたが、体位のずれにより気管チューブに患者の手が届いてしまった。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の患者のため、医療者が個室に長時間滞在できないなど環境面の要因もあった。</li> <li>・鎮静が不十分であった可能性があった。鎮静剤の投与量を減らしている段階だった。</li> <li>・交代勤務者への申し送りの時間であったため、監視モニタを確認するスタッフが一時的に不在になってしまった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・鎮静剤を減量している時には、頻回に監視モニタの確認をする。</li> <li>・鎮静剤の減量による危険行動の出現リスクを十分にアセスメントし、対応する。</li> <li>・申し送り中は、他看護師にモニタ確認を依頼するなど、患者観察が途切れないようにする。</li> </ul>



## 2) 感染対策には関連せず、患者の治療・看護の過程において発生した事例

## ①事例の詳細

感染対策には関連せず、患者の治療・看護の過程において発生した事例59件の詳細を示す。新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生したが、感染対策には関連しない事例であり、通常の治療・看護の過程においても発生しうる事例が報告されていた。新型コロナウイルス感染症に対して体外式膜型人工肺（ECMO）を使用した治療・処置等における事例は8件であった。患者要因に関する事例が15件（転倒13件、自殺企図2件）と最も多かった。

図表Ⅲ－2－10 事例の詳細

事例の詳細		件数		
治療・処置	患者の急変	2	13	
	歯・義歯の誤飲	2		
	動脈ライン刺入部の感染性の仮性動脈瘤疑い	1		
	動脈ライン抜去後のコンパートメント症候群	1		
	中心静脈カテーテル挿入時の血管外への迷入	1		
	ブラッドアクセスカテーテル抜去後の出血	1		
	抗凝固薬休薬後の血栓症	1		
	ヘパリン持続静注中の出血	1		
	内視鏡検査中の消化管穿孔	1		
	経管栄養注入後の誤嚥	1		
	モニタリングの中断	1		
体外式膜型人工肺（ECMO）を使用した治療・処置等	挿入時	血管外への迷入	1	8
		静脈穿孔	1	
		動脈穿孔	1	
	挿入後	血胸	1	
	使用中	採血後の空気混入	1	
		送血管の接続外れ	1	
		送血管のキャップの患者による取り外し	1	
移動時の酸素チューブの接続間違い		1		
チューブ等	気管・気管切開チューブの事故抜去	4	8	
	気管・気管切開チューブの自己抜去	3		
	酸素マスクの接続外れ	1		
薬剤	ヘパリン処方間違い	2	8	
	輸液中の血管外漏出	2		
	PTPシートの誤飲	1		
	アレルギー薬の投与	1		
	頓用指示の薬剤を定時指示として投与	1		
	眠前薬の無投与	1		

医療機器等	モニタの送受信機の患者取り違い	1	3
	人工呼吸器の接続間違い	1	
	透析回路の接続外れ	1	
検査	新型コロナウイルスのPCR検査時の検体取り違い	1	2
	電子カルテでの検査オーダー時の患者取り違い	1	
療養上の世話	温めたタオルによる熱傷	1	2
	食事摂取時の窒息	1	
患者要因	転倒	13	15
	自殺企図・自殺	2	
合計			59

## ②体外式膜型人工肺（ECMO）を使用した治療・処置等の事例の内容

新型コロナウイルス感染症の患者の治療中に発生した事例として、体外式膜型人工肺（ECMO）を使用した治療・処置等における主な事例の内容を示す。

### 図表Ⅲ－２－１１ 体外式膜型人工肺（ECMO）を使用した治療・処置等の事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
採血後の空気混入			
1	6時頃、研修医が右単径部に挿入されている動脈ラインより血液を採取しようとした際、同部位に挿入中のECMOの脱血管の側管と誤認し、同箇所より採血を試みた。その際、脱血管の三方活栓が全方向開放となり、多量の空気が脱血管内に混入し、ECMOが停止した。クランプ鉗子で脱血管、送血管の患者側をクランプしながら、他のスタッフに急変を知らせた。同時に医師、臨床工学技士に連絡した。SpO <sub>2</sub> 23%、チアノーゼ出現、ジャクソンリースバッグ加圧を開始し、ECMOの回路を交換した。終始、患者の意識はあった。回路交換を行った後、ECMOを駆動し、循環動態は安定した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>動脈ラインの採血箇所とECMO回路内の側管を誤認した。</li> <li>通常、動脈ラインは橈骨部か鼠径部から挿入されていることが多いが、当患者は右足背から挿入しており、研修医はそのことを把握していなかった。</li> <li>動脈ラインの固定板が、ECMO本体付属の支柱棒に固定されており、動脈ラインのルートとECMOの回路・ルートが混在している状態だった。</li> <li>研修医はECMOの管理経験がなかった。</li> <li>看護師とのコミュニケーションが取れていなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>動脈ラインは独立した支柱台に固定し、ECMO回路と混在しないようにする。</li> <li>新型コロナウイルス感染症対応のため応援に来た研修医のローテーション、教育・指導体制を検討する。</li> <li>コミュニケーションエラーがあったため、分からないことを分からないと言える環境を作る。</li> </ul>

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>送血管のキャップの患者による取り外し</b>			
2	<p>患者は呼吸不全のためECMOを使用していた。意識レベルは清明とはいえない状態であったが、身体抑制を行うには躊躇する状態であったため、可能な限り患者のベッドサイドにるようにしていた。インシデント発生時はベッドサイドから離れていたが、異変があればすぐに気が付く場所にいた。人工呼吸器の回路が外れた音（結果的には送血管から出血している音であった）とABP低下のモニターアラームが鳴ったため訪室すると、送血管の刺入部付近から大量に出血していた。送血管が抜けたのではなく、刺入部近くにあるラインの一部のキャップを患者が外し、出血していることが分かり、すぐに手で押さえて止血し、キャップをはめた。止血したことで血圧は改善した。出血前はHb:11.6g/dLであったが7.8g/dLまで低下したためRBC6単位を投与した。ポータブルレントゲンでECMOの送血管の位置を確認したが、異常はなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症の後遺症のため呼吸状態が極めて悪く、ECMOからの離脱がなかなか進まず、V-V ECMO管理が3週間目となっていた。</li> <li>・患者は、ここ数日は症状の改善が感じられず気分の落ち込みが強くなってきており、意欲低下を認めていた。</li> <li>・夜間にせん妄症状も認めており、デクスメドトミジン静注液とセレネース注を投与していた。</li> <li>・意識レベルが清明とはいえない状態であったにも関わらず、身体抑制を行う判断ができなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期間ECMOを使用している患者に対して、早期から精神的ケア、緩和ケアを介入する。</li> <li>・ECMOの送血管のキャップを物理的に取れないようにした。</li> </ul>

## (5) 当該患者は感染していないが新型コロナウイルス感染症への対応を目的としたルール・手順の導入や変更により発生した事例

### 1) 事例の詳細

当該患者は感染していないが新型コロナウイルス感染症への対応を目的としたルール・手順の導入や変更により発生した事例34件の詳細を示す。ルール・手順の変更により発生した事例が14件、面会・付き添い制限により発生した事例、院内体制の変更により発生した事例がそれぞれ7件であった。院内体制の変更により発生した事例では、リハビリテーション室使用の制限や中止、院内のエレベーター使用の変更やレイアウト変更に伴う転倒が報告されていた。

図表Ⅲ－２－１２ 事例の詳細

事例の詳細	件数	主な内容
ルール・手順の変更	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通常、外来化学療法を受ける患者には、外来化学療法室の見学の際に受診時の注意事項の説明や指導を行い、その際に治療当日は自動車での来院を控えることを伝えていたが、新型コロナウイルス感染症流行のため見学や注意事項の説明をしていなかったため、患者は自動車で来院した。</li> <li>・コロナ感染予防のため大腸内視鏡検査の前処置は自宅で行う体制としていた。看護師は患者の飲水量を説明しておらず、患者はモビプレップを服用時に水を約3L飲んでおり、水中毒となった。</li> <li>・従来、救急搬送された患者は救急医療部が診ていたが、コロナの影響で各診療科の外来に救急患者が搬送されるようになった。外来担当は研修医であり、バリウム検査後の患者のS状結腸穿孔に気づかず、便秘症と診断した。</li> <li>・搬送された患者にマスクを着用させようとするのを離れた際に、患者がストレッチャーから転落した。</li> </ul>
面会・付き添い制限	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症対策の中で、家族の付き添いに制限があり、患者は体力が低下し自宅で動けなくなることがあるという情報を事前に収集できないまま、患者が転倒した。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の影響で家族と面会が出来ず、精神的に不安定になり、はさみで手首を傷つけ自殺を図った。</li> </ul>
院内体制の変更	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症への対策によりリハビリテーションが中止となったため、患者が自主的に病室内で歩行訓練を行い、転倒した。</li> <li>・患者は膀胱がんに対する手術を予定していたが、糖尿病で血糖コントロールが不良であり、手術後は集中治療室に入室する可能性があった。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響で集中治療室の入室が制限されているため手術が延期となった。</li> </ul>
外室・外泊などの活動制限	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者はコロナ禍で外出や外泊ができないためストレスが高まり、剃刀で上腕を傷つけ自殺を図った。</li> </ul>
教育機会の減少	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医は中心静脈カテーテルを挿入後、血液ガスデータの結果、動脈内に留置していることが分かり、抜去した。新型コロナウイルス感染症の影響により、CVC挿入に関する研修が開催されていなかった。</li> </ul>
病棟再編による慣れない看護	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症に対応する病床確保のため、循環器疾患の患者が通常とは違う病棟に入院しており、看護師は、慣れない疾患の患者の急変の兆候に気付かなかった。</li> </ul>
その他	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が抗がん剤のオーダーをしている際、入院時の新型コロナウイルスのPCR検査などの対応を依頼され、業務が中断したことにより、入院5日目に投与するジールスタを誤って入院当日にオーダーした。</li> </ul>
合計	34	

## 2) 事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－2－13 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>ルール・手順の変更：禁忌薬剤の投与</b>			
1	患者は上部消化管内視鏡検査で早期胃がんを指摘され、精査目的で当院の消化器内科を受診した。担当した医師は患者の既往にパーキンソン病があることを確認し、内視鏡検査時に使用する鎮痛剤や鎮静剤に関する薬剤情報を調べ、鎮痛目的に使用を予定しているペチジン塩酸塩注射液は慎重投与に該当すると認識した。医師は鎮静にはミダゾラム注を、鎮痛にはペチジン塩酸塩注射液を使用して検査を実施したが、検査後に患者がMAO-B阻害薬を服用していたことが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>内視鏡検査時のエアロゾルは新型コロナウイルス感染症感染のリスク因子となるため、現在、当院では咽頭反射の抑制を目的に上部消化管内視鏡検査では原則としてペチジン塩酸塩注射液を使用していた。</li> <li>早期胃がんに対する治療前の評価を目的とした内視鏡検査であったため、医師はより詳細な評価を行うためにペチジン塩酸塩注射液の使用は必要と判断した。</li> <li>患者はエフピーOD錠を内服していたが、医師は患者の既往のみ確認し、内服薬の確認を怠った。</li> <li>患者がMAO-B阻害薬を内服中の場合、ペチジン注の使用は禁忌に該当した。</li> <li>内視鏡検査には重要情報を多職種で共有し管理する体制がなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>警鐘事例として内視鏡検査に関与する職員に周知した。</li> <li>重要情報を多職種で共有し管理することを目的に内視鏡検査室に疾患禁忌薬剤の一覧を掲示する。</li> </ul>
<b>ルール・手順の変更：診断の遅れ</b>			
2	患者は、健康診断で胃透視検査を受けた3日後に腹痛、嘔吐を主訴に救急要請し、消化器内科外来で診察を受けた。来院時の腹部診察では下腹部に圧痛を認めたが血液検査に異常なく、腹部骨盤部単純CT検査でS状結腸にバリウムの残存を認めた。診察した消化器内科医師は、胃透視後から排便が無いとの情報を得て、便秘症と判断した。グリセリン浣腸を指示し、腹痛に対してはブスコパン20mg 1Aを静注して経過観察していた。放射線科医師から腹腔内にfree airを認めると連絡があり、改めてCT画像を確認したところ、S状結腸穿孔であることが分かった。消化器外科に相談の上、緊急手術となった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性腹症というほど激しい腹痛は無く、腹部所見では腹部膨隆なく、腹壁も柔らかく、下腹部の圧痛を認めている程度であった。</li> <li>バリウム検査の実施後であり、バリウムのアーチファクトによってCT画像の読影が難しかった。</li> <li>腸管穿孔を起こしているのに腹膜刺激症状が出なかったのは、腹腔内全体にfree airが出るのではなく、S状結腸に硬便がある状態で、汎発性腹膜炎にならずにS状結腸周囲の限局的な腹膜炎になっていたためだと考えられる。</li> <li>バリウム検査後に穿孔を起こすようなケースは0.0003%程度であり、当院の救急医療部でも年間1例程度しか経験しない。</li> <li>従来、救急搬送された患者は救急医療部が診ていたが、コロナの影響で各診療科の外来に救急患者が搬送されるようになった。外来担当はレジデントであり、救急医療部でも年間1件しか経験しないような症例を判断することは難しかった。</li> <li>浣腸後も腹痛の増強は無かったとのことだが、浣腸を施行した看護師の記録が十分ではなく、記録からは患者の状況が読み取れなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>放射線診断科からのパニック値報告で事例が判明した。システムの周知と共に、相互支援の徹底を院内に周知した。</li> <li>当該事例を基に、丁寧な触診・診察をすれば限局的な腹膜刺激症状の発見につながり得ることを教育する。</li> <li>CT画像の濃度など、設定を変えて診るように教育する。</li> </ul>

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>ルール・手順の変更：転落</b>			
3	<p>他院にて、5時30分に患者が胃瘻チューブを自己抜去し、医師が挿入を試みたが、挿入できなかった。家族の希望で当院救急外来受診となり、他院の搬送車で事務員1名が搬送し、家族1名が同乗した。11時30分に到着し、他院事務員が搬送用ストレッチャーで患者を救急外来に搬入した。ストレッチャーの下に酸素ボンベを設置し、カニューレで酸素1Lを投与していた。救急外来看護師1名と他院事務員の2名で患者を救急外来のストレッチャーへ移乗した。その際、2台のストレッチャーが平行に並んだ状態であった。直後、救急外来看護師は患者がマスクをしていないことに気づき、片側の柵を上げ「待っててください」と伝え、その場を離れマスクを取りに行った。他院事務員はストレッチャーを片付けようと思い、2台のストレッチャーの間に入り患者に背を向け、搬送用ストレッチャーを動かした。直後に大きな物音がして振り返ると患者が床に転落した。救急外来にいた医師が診察すると、頭部打撲があり、CT検査施行したところ、第2頸椎骨折を認めた。整形外科医師が診察し、オルソカラーを装着してICUへ入院となった。廊下で医師の説明を聞いていた家族が転落を目撃しており、ストレッチャーを動かした時にカニューレが引っ張られたため、体も引っ張られて危ないと思った瞬間に転落したと発言があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者は救急外来入室時にマスクを着用していなかった（出発時からマスクをしていなかった）。</li> <li>救急外来受診患者の中に新型コロナウイルス感染症陽性者がおり、救急外来看護師は早くマスクをしたほうがよいと思った。</li> <li>救急外来のストレッチャーに移乗後、カニューレを中央配管に付け替えておらず、他院の搬送用ストレッチャーの下に設置した酸素ボンベから酸素を投与していた。</li> <li>救急外来看護師は、離れる際にストレッチャーの片側の柵しか上げなかった（2台のストレッチャーを並べていた）。</li> <li>救急外来看護師は、「待っててください」と他院事務員に伝えたが、事務員は動かないで待つと認識しなかった。</li> <li>他院事務員は、救急外来の受診患者が多く混んでいたため、搬送用ストレッチャーを早く片付けた方がよいと思った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>他院の医療安全担当者と一緒に検討を行い医療安全推進委員会へ報告した。</li> <li>救急外来入室時のマスク着用を徹底するため、時間外受付、救急外来入室時にチェックする。</li> <li>ストレッチャーへ移乗の際には、複数名の職員で行う。</li> <li>移乗の前に、ドレーン・チューブ類の有無と長さを確認し、点滴ラインや酸素チューブを付け替え、膀胱留置カテーテル等を整理する。</li> <li>患者をストレッチャーへ移乗したら速やかに両サイドの柵を上げ、ライン類を整理する。</li> <li>他院職員に移乗を手伝ってもらう場合は、当院医師や看護師が指示する。</li> <li>当該部署での事例の共有と対策について周知するとともに、看護職員へ以上の対策について周知する。</li> <li>搬送用マニュアルを作成し、搬送する他院の事務員へ教育を行う。</li> </ul>

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>面会・付き添い制限：転倒</b>			
4	胃切除術を受けた患者は、退院後に外来通院で維持透析を行っていた。透析終了後にスタッフの見守りのもと独歩で更衣室に移動した。一人で更衣を終えてドアを開けようとした時に転倒し、左大腿骨転子部骨折と診断された。	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃切除後の患者であり、スタッフは転倒に注意していた。</li> <li>これまでも3回の透析の経験があり、患者からふらつくと言えがあった時には、スタッフが更衣室までの移動と更衣室内での更衣に付き添っていたが、今回は訴えがなかった。</li> <li>転倒後、家族から、患者は体力が低下し、自宅で動けなくなることがあったと情報提供があった。新型コロナウイルス感染症対策の中で、院内での患者家族の付き添いが制限され、患者の自宅での情報がスタッフに伝わりにくくなっていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>客観的に見て立位や歩行に危険を感じた際には、患者に声を掛けて介助の必要性の判断し、必要時は車椅子を使用する。</li> <li>患者の自宅での状況把握が必要と判断した場合は、患者・家族とスタッフが連絡をとれるように連絡帳を作成して情報交換をする。</li> <li>院内では入院中の転倒・転落防止対策は立てられているが、外来患者に対するガイドラインがないため検討する。</li> </ul>

## (6) ルール・手順の導入や変更に関連しない事例

### 1) 事例の詳細

当該患者は感染しておらず、ルール・手順の導入や変更に関連しない事例9件の詳細を示す。新型コロナウイルスへの感染を懸念して、医療機関の受診を控えたことにより発生した事例が3件であった。また、新型コロナウイルス感染症拡大により、物品の供給に影響があり発生した事例が2件であった。

図表Ⅲ－２－１４ 事例の詳細

事例の詳細		件数	
患者の受診控え	CVポートの断裂	1	3
	腫瘍マーカー結果報告の遅れ	1	
	がんの発見の遅れ	1	
物品供給不足	透析回路内への空気混入	1	2
	代替薬投与後の過鎮静	1	
患者の活動量の低下	転倒	1	2
	自殺企図	1	
その他	人工呼吸管理中の加湿の未実施	1	2
	透析患者の状態把握不足	1	
合計		9	

## 2) 事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－2－15 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>患者の受診控え：長期留置が一因とされるCVポートの断裂</b>			
1	患者は右乳癌術に対する術前化学療法のため、2年5ヶ月前に左内頸静脈から皮下埋め込み型CVポートを留置した。術前化学療法終了の半年後に右乳房切除、腋窩郭清を施行した。その後、放射線治療を施行し、1年5ヶ月前からUFT内服による術後補助化学療法を行っていた。CVポートは使用していなかったが、患者が抜去を希望せず、外来で定期的に通水していた。2ヶ月前のX線検査では問題なかったが、今回の定期フォローのCT検査でCVポートの断裂を認め、翌日に放射線科から主治医へ連絡があった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>左内頸静脈留置部分の角度がやや急であり、長期留置による機械的な刺激により断裂した可能性がある。</li> <li>抜去を勧めていたが、患者は新型コロナウイルス感染拡大が落ち着いてからの手術を希望していた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CVポート留置の際、カテーテルが屈曲しないように留意する。</li> <li>使用しなくなったカテーテルは早めに抜去する。</li> </ul>
<b>物品の供給不足：不慣れな製品使用による透析回路内への空気混入</b>			
2	透析回路のサンプルラインはクランプ・キャップにより閉鎖する構造であった。看護師はサンプルラインよりシリンジ採血を実施後、クランプをせずにシリンジを外し、ACT測定のためその場を離れた。開放されたサンプルラインより透析回路内に空気が引き込まれ、気泡検知器が作動して体外循環が停止した。患者体内への空気混入や開放された回路からの出血はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>当院血液浄化センターでは、従来閉鎖式のニードルレスアクセスポートを搭載した血液透析回路を使用していたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で同製品の供給が滞ったため、前日より同社の代替製品に切り替えていた。</li> <li>閉鎖式ポートからの採血が習慣となっていたため、採血後にクランプ・キャップで回路を閉鎖する操作が抜けてしまった可能性がある。</li> <li>代替製品の回路であることは血液浄化センター看護師に事前に周知されていたが、2つの回路の相違点等に関して製品実物を用いたデモンストレーションや研修を行っていなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACT測定に使用するサンプルラインに予め閉鎖式プラグ（シュアプラグ）を接続し、血液回路が大気に開放されないようにした。</li> <li>デモンストレーション用の回路を用意し、血液浄化センタースタッフが回路の仕様や取り扱い上の注意点を確認できるようにした。</li> </ul>



## (7) 新型コロナワクチンに関連した事例

### 1) 事例の詳細

新型コロナワクチンに関連した事例8件の詳細を示す。過少投与が2件であった。

図表Ⅲ－２－１６ 事例の詳細

事例の詳細		件数	
過少投与	使用済みバイアルの再希釈	1	2
	注射針の接続の緩みによる 穿刺時の薬液の飛散	1	
生理食塩液の投与		1	
使用済み注射器での接種		1	
皮下注射での接種		1	
その他	アナフィラキシー	1	3
	てんかん発作	1	
	神経損傷	1	
合計		8	

## 2) 事例の内容

主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ－2－17 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>使用済みバイアルの再希釈</b>			
1	<p>新型コロナワクチンは、1バイアルを生理食塩液で希釈して6本のシリンジに充填している。今回、使用済みのバイアルに再度生理食塩液を入れて6本のシリンジに充填した疑いがあった。そのため、6名の職員（当院職員、委託職員も含まれる可能性あり）に規定量の5分の1以下のワクチンを接種したことが推測された。</p>	<p><b>【当事者の行動に関わる要因】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1名の看護師が溶解・充填作業を行い、1バイアル目は薬剤師が手技や量をダブルチェックしていたが、溶解時刻をバイアルに書くという手順が3バイアル目から実施されていなかった。</li> <li>・トレイなど必要物品に不足があり、作業の中断があった。</li> <li>・看護師は頻回な電話や開始時間の遅れ、薬剤師は電話対応による作業の中断などにより、溶解・充填に集中できる環境ではなかった。</li> <li>・途中から、薬剤師も溶解・充填作業を行ったため、ダブルチェックを行う役割を行っていなかった。</li> </ul> <p><b>【システム・環境要因】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当日、新型コロナウイルス感染症の患者を診療する基幹病院が救急や外来をストップしており、当院への救急搬送依頼や紹介患者の連絡が急増し、看護師は、その連絡を受ける業務や救急外来の患者対応で繁忙であった。</li> <li>・ワクチン接種初日で、細部まで手順が決まっていなかった。</li> <li>・誰もが通常業務以上の業務を抱えており、看護師の繁忙な状態を軽減できるような調整ができなかった。</li> <li>・薬剤師は、バイアルの薬剤を希釈することや注射器に詰める作業が、4年前にして以来久しぶりであった。</li> <li>・薬剤師は、シミュレーションを行わないまま、急遽ワクチンの溶解・充填作業を行うこととなった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来以外の看護師1名が調製を行い、ダブルチェックや手技の確認を薬剤師が行う。できるだけ担当者を固定する。</li> <li>・バイアルに溶解時刻を記載し、6本の注射器を入れたトレイに空のバイアルを入れる。</li> <li>・トレイに番号を付け、調製した順に使用する。</li> <li>・調製時刻や受領者のサインができるよう受け渡し記録を残す。</li> <li>・ワクチンの調製に専念する（PHSは持たない）。</li> <li>・当日使用する物品は事前に準備する。</li> <li>・時間に余裕を持てるよう調製の開始時間を早める。</li> </ul>

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>生理食塩液の投与</b>			
2	<p>日曜日の地域住民への集団接種会場において、希釈後に接種までの時間制限があるため、朝に全ての希釈ができず、昼に午後の分を希釈する予定であった。助産師は昼休憩の前に、午後の分として希釈するために用意した注射器4本に生理食塩液を入れ、接種用ワクチンを置く机の上に置き、接種会場を離れた。看護師は午後から出勤し、接種を担当した。接種用ワクチンを置く机の上に4本の注射器があるのを確認した。その際、注射器がいつもと違うので助産師に確認する予定であった。助産師は午後から追加で希釈するバイアルを4本持ち会場に入室した。看護師は、助産師に4本の注射器を指し、「そっちにあるのもコロナワクチンか？」と質問した。助産師は指された注射器を見ることなく「そう」と返答した。看護師は4本の生理食塩液が入った注射器をワクチン充填済みの注射器と勘違いし、ワクチン接種希望の4人にこの注射器を使用したため、生理食塩液だけを誤って投与してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予約で使用するワクチンは別室で既に準備されていた。これ以外に新たに追加で接種となった24人分（4瓶）を希釈するために生理食塩液を充填した注射器が4本、接種会場のワクチンを置く机の上に置かれていた。午後から接種を担当した看護師は、この4本の注射器にすでに希釈済のワクチンが入っているものと勘違いした。</li> <li>・ワクチンの希釈は別室で行っているが、追加分についての希釈などの準備の手順が徹底されていなかった。</li> <li>・希釈用の注射器（3mL注射器に生理食塩液1.8mL）と接種用の注射器（1mL注射器に薬液0.3mL）は、大きさや薬液量が異なっている。誤接種した看護師は注射器が異なることに気づき、接種開始前に助産師に確認を行ったが、助産師、看護師とも中途半端な確認で、間違った注射器であることを互いに認識できなかった。</li> <li>・午後の接種開始時に午後から出勤したスタッフと当日の接種責任者で使用する注射器の確認を行ったが、不十分であった。全スタッフでの引継ぎは実施していなかった。</li> <li>・助産師は看護師から注射器の中身を確認された際、その注射器を確認しなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワクチンの希釈は別室で行うことを徹底し、ワクチン接種会場には、希釈されたワクチンが充填された注射器以外を持ち込まない。</li> <li>・注射器への生理食塩液の充填は、希釈の直前に行う。</li> <li>・接種前に準備されたワクチンのダブルチェックを徹底する。</li> <li>・間違いが疑われる事態が発生した場合は、躊躇することなく責任者に報告することを徹底する。</li> </ul>




No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>使用済み注射器での接種</b>			
3	<p>特別養護老人ホームで新型コロナワクチン接種を開始した。医師による問診票の確認後、入居者の各ユニットを回って接種した。物を運ぶための搬送車の上に2つのトレイを並べて、片方にワクチンの入った注射器を入れ、もう片方に使用済みの注射器を入れるようにし、2人の施設看護師の介助で実施した。9人目の接種が終了し、10人目の接種をする際に医師が誤って使用済みの注射器を取り、穿刺してしまった。薬液が無いことに気が付き、すぐに抜去して、穿刺部を圧迫した。筋肉注射のため、血液や浸出液は認めず、穿刺部を消毒して、別の部位に新しい注射器で接種し直した。接種用のワクチンと使用済みの注射器を入れるトレイが隣合わせに並べてあったのが原因と思われたため、以後は使用済みの注射器は下方に備えた缶に入れ、上からは取れない形にして対処した。10人の入居者に感染症チェックのための採血を施行し、検査センターへ検査を依頼した。採血結果は10人全員が陰性であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナワクチン接種が初めての経験であった。</li> <li>・診察室での接種ではなく、施設に出張しての接種であった。</li> <li>・被接種者の接種前後の状態の観察に注意が必要であった。</li> <li>・特別養護老人ホームの入居者が対象で、歩行ができない方が大半であるため、医療者が入居者のいるユニットまで行って、座位または臥位の状態の入居者に接種すること、そのために接種に必要な物を搬送車で運んでいく必要があり、注意の散漫になる要因と思われた。</li> <li>・直接の要因は、接種用のワクチンと使用済みの注射器を入れるトレイが隣合わせに並べてあったことであり、事例発生後すぐ対処した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・使用済み注射器は下方に備えた缶に入れ、上からは取れない形にして対処した。</li> </ul>

### 3) 新型コロナワクチン接種に関する注意喚起について

新型コロナワクチンは、医療従事者等への先行・優先接種が2021年2月に、高齢者への優先接種が同年4月に開始され、以降希望者への接種が行われており、同年12月より3回目の接種が開始された<sup>2)</sup>。ワクチン接種には、各医療機関での接種、大規模接種会場での接種など様々な形態があり、接種業務における体制はそれぞれ異なる。ワクチン接種に関する業務を担う職員は、普段からワクチン接種の業務に精通している医療者だけでなく、ワクチン接種のために招集された医療者が中心となって業務を遂行している場合もある。その場合、各医療者が体制や手順を把握する必要があるが、体制が整備されていなかったり、手順の周知が適切に行われていなかったり、手順を遵守しなかったりすると間違いの発生につながる可能性がある。

厚生労働省より、新型コロナ予防接種の間違いの防止について通知<sup>3)-5)</sup>が発出されており、同省に報告された新型コロナ予防接種において発生した間違い事例について、事例の内容や留意点、対策などが掲載されている。また、予防接種の手順の見直し、予防接種に係る間違いの発生防止を目的に、新型コロナワクチンの間違い接種情報として、2021年8月に「No.1 使用済み注射器の再使用」<sup>6)</sup>、「No.2 ワクチンの再希釈」<sup>6)</sup>、2021年11月に「No.3 他のワクチンとの間違い接種」<sup>7)</sup>が提供されている。新型コロナワクチンの接種は今後も行われるため、引き続き注意が必要である。

#### 〈参考〉新型コロナワクチンの間違い接種情報 (No.1 令和3年8月)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc;">新型コロナワクチンの間違い接種情報 (No.1 令和3年8月)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>使用済み注射器の再使用</b></p> <p style="text-align: center;">⚠️ 注意</p> <p style="text-align: center;"><b>使用済みの注射器を再使用してしまう誤りが起きます。</b></p> <p style="text-align: center;">不要な侵襲を与えるだけでなく、血液感染を起こしうる重大な医療事故です。</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※2021年6月16日までに、使用済み注射器の再使用による血液感染を起こしうる間違いが23件報告されています。</p> </div> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc; font-weight: bold;">以下の対策が有効です！</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>① <b>リキャップを絶対に行わない</b></p> <p>② <b>針捨て容器は、接種者の手が届く場所に置く</b> 使用済み注射器は、自らすぐに廃棄する</p> <p>③ <b>接種者は、接種直前に注射器に薬液が充填されているか必ず目視で確認する</b></p> </div> <div style="width: 35%;">    </div> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">上記は一例です。自会場に合った取り組みを検討してください。</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">厚生労働省健康局健康課予防接種室</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; background-color: #cccccc; font-weight: bold;">使用済み注射器の再使用</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">間違いが起きたのはどんなとき？</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 1つのテーブルに、薬液が充填された未使用の注射器を入れるトレイと、使用済みの注射器を入れるトレイを近接して配置していた。</li> <li>② 接種実施者は、廃棄担当者が針刺ししないよう、使用済みの注射器をリキャップし、誤って薬液が充填された未使用の注射器の入ったトレイに置いてしまった。</li> <li>③ 接種実施者は、誤って使用済みの注射器を手にとり、注射器内に薬液が充填されていないことを確認せずに、空の使用済み注射器を別の接種者に穿刺してしまった。</li> </ol> <p style="font-size: x-small;">※①～③の弊害に、接種希望者が多く混雑してきたため、注射器への薬液充填が追いつかなくなり、元々薬液充填者が担っていた患者呼び込みを、接種実施者が担うようになったという状況もあった。</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">間違いが起きたのはなぜ？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 使用後の注射器が<b>1本ずつ針捨て容器に廃棄されず、接種実施者の手の届くところにある</b></li> <li>■ <b>使用済み注射器を、針捨て容器ではなくトレイに置いている</b></li> <li>■ <b>使用済みの注射器をリキャップしたため、見た目で使用済みの注射器であることがわかりづらい</b></li> <li>■ <b>接種するときに、薬液が正しい量充填されていることを確認していない</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「リキャップの付いている注射器は未使用」という思い込みがある</li> </ul> </li> <li>■ <b>その他の要因</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外的要因により一連の作業が中断してしまう</li> <li>・ 接種希望者が多く混雑してきた等により、焦りがある</li> </ul> </li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p style="font-size: small;">間違いはどの会場でも起こりうるからこそ、間違いが起きる要因を減らす対策が重要です。取り組みむのは、今です。</p> </div> <p style="font-size: x-small;">※本資料は、事業当事者へのヒアリング等によって作成時点で確認できた範囲の情報をもとに、厚生労働省において取りまとめたものです。記載内容については、今後の状況を踏まえ、適宜見直しを行う可能性がある旨に留意ください。</p> <p style="font-size: x-small;">※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、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。</p> </div>
--	---

## (8) まとめ

本テーマでは、2021年1月～12月に報告された新型コロナウイルス感染症に関連した事例について取り上げた。第64回報告書（集計期間：2020年1月～12月）の対象事例とともに発生月を整理し、発生年別に事例を分類して示した。また、本報告書で対象とした事例について、関連診療科、患者の年齢と新型コロナウイルスの感染状況を整理した。さらに、事例の分類ごとに事例の詳細と主な事例の内容を示した。

新型コロナウイルス感染症の流行開始から2年目となった2021年は、関連する事例の報告が2020年の2倍程度に増加した一方、新型コロナウイルス感染症への対策により発生した事例の割合は2020年より減少していた。今後の新型コロナウイルスの感染拡大状況や感染拡大による医療体制への影響は予測が困難な状況であり、すでに発生した事例を共有し、今後の類似事例の発生予防・再発防止に役立てることは重要である。また、2021年は新型コロナワクチン接種が開始されたことにより、新型コロナワクチンに関する事例が報告された。普段とは異なる状況下でワクチン接種が行われており、体制の整備や手順の策定・遵守に注意が必要である。

対応に追われる中で本事業に報告いただいた医療機関に感謝申し上げる。また、医療機関の関係者の皆様が、献身的に新型コロナウイルス感染症にご尽力されていることに深い敬意を表す。

## (9) 参考文献

1. 日本放送協会 (NHK). 特設サイト新型コロナウイルス. 新型コロナデータ一覧国内の感染者数. <https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data-widget/> (参照2022-1-2).
2. 首相官邸. 新型コロナワクチンについて. <https://www.kantei.go.jp/jp/headline/kansensho/vaccine.html> (参照2022-1-2).
3. 厚生労働省. 新型コロナワクチンに関する自治体向け通知・事務連絡等. 新型コロナ予防接種の間違いの防止について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000776511.pdf> (参照2022-1-2).
4. 厚生労働省. 新型コロナワクチンに関する自治体向け通知・事務連絡等. 新型コロナ予防接種の間違いの防止について (その2). <https://www.mhlw.go.jp/content/000796078.pdf> (参照2022-1-2).
5. 厚生労働省. 新型コロナワクチンに関する自治体向け通知・事務連絡等. 新型コロナ予防接種の間違いの防止について (その3). <https://www.mhlw.go.jp/content/000850322.pdf> (参照2022-1-2).
6. 厚生労働省. 新型コロナワクチンに関する自治体向け通知・事務連絡等. 新型コロナワクチンの間違い接種情報No.1及びNo.2について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000815703.pdf> (参照2022-1-2).
7. 厚生労働省. 新型コロナワクチンに関する自治体向け通知・事務連絡等. 新型コロナワクチンの間違い接種情報No.3について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000855624.pdf> (参照2022-1-2).