

令和元(2019)年に発信された安全警報

2020年3月発行



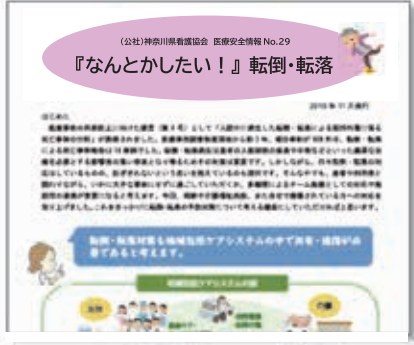
早春の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。
令和元年に各機関より配信された医療情報をまとめてお伝えします。新年度へ向け、新入職員のオリエンテーションや職員研修等にご活用ください。

情報発信機関ごとの項目

*ここに掲載している情報は、内容を一部抜粋しています。必ず原本情報の確認をお願いします。

I 公益社団法人神奈川県看護協会 P.2	II 厚生労働省 法令・通知等 P.2
・No.27 「情報共有」～ハイリスク薬 管理編～ ・No.28 平成 30 年に発信された安全警報 ・No.29 「なんとかしたい！」転倒・転落	1 医療安全対策に係る制度等に関するもの ①医療安全地域連携シートについて ②医療事故調査制度における解剖等調査の適切な選択・実施について 2 個別の安全対策に関するもの ①注射用鉄剤の適正使用について ②医療現場における暴言・暴力等のハラスメント対策について(情報提供) ③医療機関における薬剤耐性アシネトバクター感染症等の院内感染対策の徹底について ④画像診断報告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組みについて
III 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 P.4	V 一般社団法人日本医療安全調査機構 (医療事故調査・支援センター) P.13
PMDA 医療安全情報 ・No.56 『弾性ストッキングの取扱い時の注意について』 ・No.57 『皮下用ポート及びカテーテルの取扱い時の注意について』 ・No.58 『誤接続防止コネクタの導入について(経腸栄養分野)』	① 医療事故の再発防止に向けた提言 第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気(NPPV)及び気管切開下陽圧換気(TPPV)に係る死亡事例の分析 ② 医療事故の再発防止に向けた提言 第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析 ③ 医療事故の再発防止に向けた提言 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
IV 公益財団法人日本医療機能評価機構 P.8	
・No.145 腎機能低下患者への薬剤の常用量投与 ・No.146 酸素残量の確認不足(第2報) ・No.147 車椅子のフットレストによる外傷 ・No.149 薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期 ・No.150 病理診断報告書の確認忘れ —上部消化管内視鏡検査— ・No.152 手術時のガーゼの残存① —ガーゼカウント— ・No.153 手術時のガーゼの残存② —X線画像の確認— ・No.154 電子カルテ使用時の患者間違い ・No.155 小児用ベッドからの転落 ・No.156 鎮静に使用する注射薬の誤投与 ・No.157 立位でのグリセリン浣腸による直腸損傷	

I 公益社団法人神奈川県看護協会





医療安全情報 他	要 約
<p>No.27 「情報共有」～ハイリスク薬 管理編～</p> 	<p>I ハイリスク薬の定義について II ハイリスク薬を取り扱う場合の体制整備 1 ハイリスク薬の管理 2 ハイリスク薬の処方時について 3 ハイリスク薬の取扱い 4 ハイリスク薬に関する教育・研修について</p>
<p>No.28 平成30年に発信された安全警報</p> 	<p>I 公益社団法人神奈川県看護協会 「医療安全情報」 II 公益社団法人日本看護協会 「医薬品管理に関する情報」 III 厚生労働省 法令・通知等 IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 「PMDA 医療安全情報」 V 公益財団法人日本医療機能評価機構 「医療安全情報」</p>
<p>No.29 「なんとかしたい！」転倒・転落</p> 	<p>I はじめに II 取り組み紹介 1 病院編(医療法人社団晃進会たま日吉台病院) 2 福祉施設編(介護老人保健施設リハビリゾート青葉) 3 在宅編(都筑区医師会訪問看護ステーション) III おわりに</p>

II 厚生労働省 法令・通知等

法令・通知等	内容
<p>1 医療安全対策に係る制度等に関するもの</p> <p>① 医療安全地域連携シートについて 平成 31 年 4 月 12 日 医政安発 0412 第 1 号</p>	<p>医療安全の管理業務として、組織が自らの活動を内部評価することや、第三者機関等の外部評価を受けることにより、安全管理上の問題点を明らかにすることは有効とされている。厚生労働化学特別研究事業において「医療安全地域連携シート」を取りまとめた。必要に応じて活用を求める。</p> <p>URL https://mhlwgrants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201806001A</p>

法令・通知等		内容
②	医療事故調査制度における解剖等調査の適切な選択・実施について 平成 31 年 4 月 24 日 医政医発 0424 第 3 号	医療事故調査制度は、医療事故の再発防止を目的とし、死因究明を行うために解剖・病理組織学的検査、死亡時画像診断等の調査が適切に選択・実施されることが重要と考えている。また遺族への死亡後の諸検査の意義をわかりやすく説明することを求める。
2 個別の安全対策に関するもの		
①	注射用鉄剤の適正使用について 平成 31 年 1 月 11 日 事務連絡	鉄剤の使用に当たっては競技者および関係者の希望によるのではなく、添付文書を熟読し、医学上の必要性を判断し、適切な対応をするように病院、診療所、薬局等に周知する。
②	医療現場における暴言・暴力等のハラスメント対策について(情報提供) 平成 31 年 2 月 28 日 雇均雇発 0228 第 2 号	政府は過労死等防止対策推進法に基づき、平成 30 年版過労死等防止対策白書を閣議決定し、その内容を公表した。重点業種として看護師・准看護師及び看護助手が精神障害となる事案の割合が高いことが示されている。これらの事案においては暴言・暴力を受けたことが精神障害と関連した事案が一定数存在する。その対策について情報をとりまとめたので周知する。 (参考)平成 30 年版過労死等防止対策白書 URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html
③	医療機関における薬剤耐性アシネトバクター感染症等の院内感染対策の徹底について 令和元年 11 月 8 日 事務連絡	大阪府の医療機関において薬剤耐性アシネトバクター感染症等の院内感染事例が報告された。改めて院内感染防止体制の徹底について指導を行うようお願いする。薬剤耐性アシネトバクター感染症等の院内感染を把握した場合は速やかに報告するよう指導するとともに、院内感染による病床制限が生じた場合等、広く共有が必要と思われる事例が発生した際には、厚生労働省医政局地域医療計画課あてに情報提供するようお願いする。 URL: https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/
④	画像診断報告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組について 令和元年 12 月 11 日 事務連絡	地域医療基盤開発推進研究事業により「医療安全に資する病院情報システムの機能を普及させるための施策に関する研究」において画像診断報告書等に記載された重要所見の見逃しを防止するための組織的な対応について情報提供する。 <取組の紹介> ・画像読影医が緊急度の高い所見を指摘した場合、検査依頼医に電話するとともに、報告書を検査依頼医が所属する診療科の責任者へ送付する。 ・患者自らが結果をいつ聞くことができるかを主治医に確認するように促す等、患者の参画を図る。 ・画像診断や病理診断を専ら担当する医師が診断を行った場合、その診断結果が患者に伝わるよう、説明をする医師はその結果を丁寧にわかりやすく患者に説明し、その旨を診療録に記載する。

III 独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)

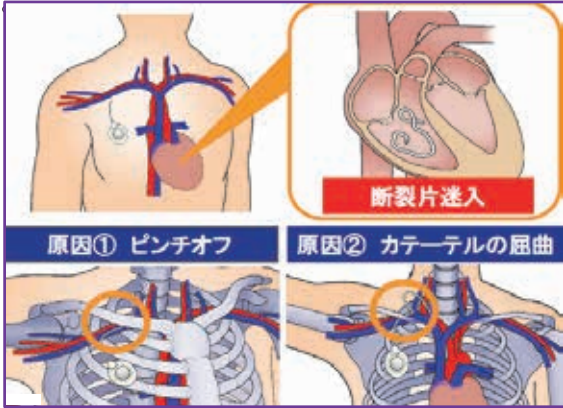
PMDA 医療安全情報	対策・POINT 安全使用のために注意するポイント
<p>NO.56 2019年2月 『弾性ストッキングの取扱い時の注意について』</p> <p>事例) 閉塞性動脈硬化症(ASO)患者であるにもかかわらず、弾性ストッキングを着用させて手術をした結果、術後に下肢の疼痛が出現した。</p> 	<p>POINT</p> <p>1 弾性ストッキングの着用可否について</p> <ul style="list-style-type: none"> 着用前には、患者の既往歴や適応等を確認し、着用の可否についてアセスメントすること。 患者が動脈血行障害を有する場合は、弾性ストッキング着用の可否について、慎重に検討すること。 <p>重度動脈血行障害患者への弾性ストッキングの着用は禁止されていますが、十分なアセスメントができていなかったため、着用させてしまい、血行障害が悪化したとの事例が複数報告されています。</p> <p>弾性ストッキングの作用メカニズム</p> <div data-bbox="805 878 1433 1198"> <p>動脈血行障害のない患者が着用した場合</p>  <p>弾性ストッキングからの圧迫 ↓ 筋肉のポンプ作用の促進 ↓ 静脈血流の促進</p> <p>静脈還流の改善によりうっ滞が軽減され、血栓形成リスクと肺塞栓症発症リスクの低下が期待される。</p> </div> <div data-bbox="805 1209 1433 1534"> <p>動脈血行障害患者が着用した場合</p>  <p>弾性ストッキングからの圧迫 ↓ 狭窄部の血流遮断 ↓ 血行障害の悪化</p> <p>弾性ストッキングからの圧迫が、アテローム等による狭窄部を圧迫することで動脈を閉塞し、血行障害を悪化させるおそれがある。</p> </div> <p>動脈血行障害患者の場合、着用の必要性について主治医と慎重に検討しましょう。また着用が必要な場合には、医療従事者間で着用していることを共有し、着用中は血行障害が悪化していないか確認のうえ異常が疑われた場合は直ちに使用を中止することが重要です。</p> 

No.57 2019年2月

『皮下用ポート及びカテーテルの取扱い時の注意について』

事例 1)

皮下用ポート及びカテーテル留置後、薬液の血管外漏出が発生したため、X線撮影をしたところ、カテーテルが断裂し、断裂片が心臓内へ迷入していることが確認された。



皮下用ポートのカテーテル損傷によって、薬液が血管外に漏出したり、断裂片が心臓内に迷入する事例が報告されています。

事例 2)

皮下用ポート及びカテーテル留置から1ヵ月後、カテーテルの断裂が確認された。

事例 3)

皮下用ポート及びカテーテル留置から11年後、カテーテルの断裂が確認された。

休薬等のためカテーテルを一定期間使用しない場合は、カテーテルに損傷等の異常がないことを**定期的に確認し、使用再開前にも確認**してください。また、カテーテルに亀裂や詰まりが生じている可能性もあるため、フラッシュや薬液投与時に患者が痛みや不快感を訴えた場合や、ポート埋込み部に腫脹が認められた場合、点滴が落ちない場合には、カテーテルを**X線撮影等**で確認し、異常が認められる場合は**抜去**しましょう！

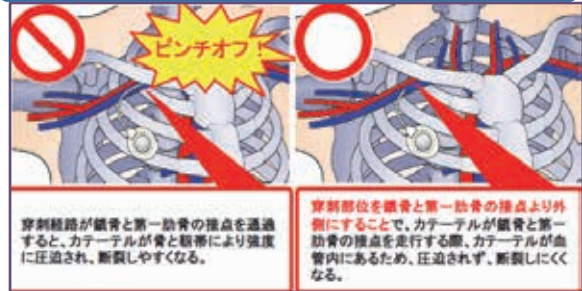


POINT

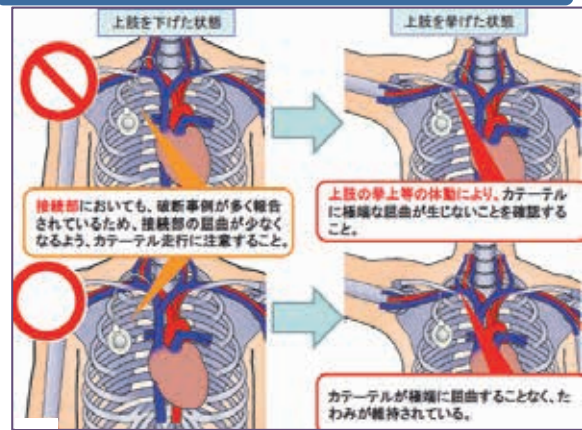
1 皮下用ポート及びカテーテルの留置時の注意について

・カテーテル損傷の原因として、以下の要因が知られているため、留置時には注意すること。

① 鎖骨下静脈アプローチの注意点



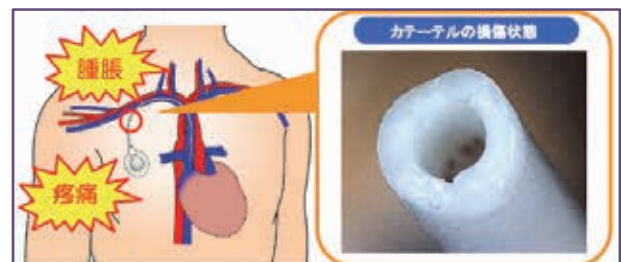
② カテーテルの屈曲に関する注意点



適切なカテーテル留置には、患者の**体動を考慮したカテーテル走行**を考慮することと、**X線撮影等**による確認が有効です。また、**ポートにカテーテルを接続する際**、カテーテルを損傷させないよう、**慎重に操作**することも重要です。

2 皮下用ポート及びカテーテルの留置後の注意について

- ・留置期間に関わらず、体動による負荷や材質自体の劣化により亀裂等の損傷が発生し、カテーテルが断裂するリスクがある。
- ・カテーテルの留置を継続する必要がなくなった場合には、速やかな抜去を検討すること。



No.58 2019年7月

『誤接続防止コネクタの導入について(経腸栄養分野)』

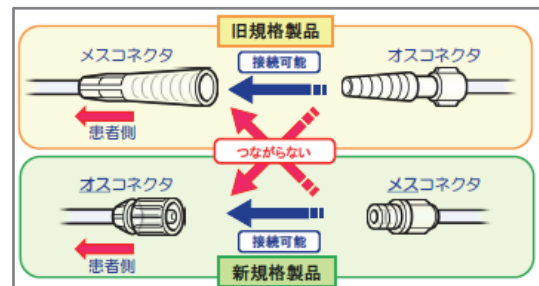
新規規格製品と旧規格製品との間で接続ができなくなります！

POINT

1 経腸栄養分野における新規規格製品に関する注意点(その1) 旧規格製品の出荷停止

- ・医療機器などで分野間の相互接続を防止するコネクタに係る国際規格 (ISO (IEC) 80369 シリーズ) の制定が進められており、欧米では新規規格導入が始まっている。
- ・2019年12月以降、新規規格製品 (ISO80369-3) の基準が整い次第、販売が開始され、旧規格製品の出荷は2021年11月末に終了する。

新旧規格製品の接続について



切替え対象となる製品をリストアップし、各製品の販売開始時期を製造販売業者等に確認してください。誤接続を防止する観点から、対象となる製品を一斉に切り替えるようにしてください。

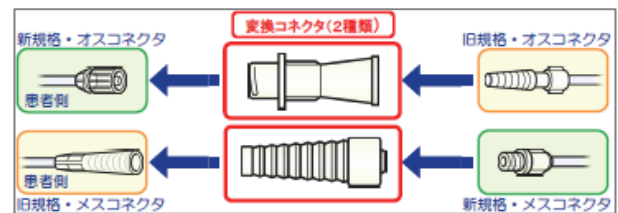
新規規格製品と旧規格製品のコネクタは太さや形状が異なるため、相互に接続することができません。また、**新規規格製品ではオスコネクタとメスコネクタが逆になります**。新規規格製品と旧規格製品の判別が難しい場合もあるため、包装に記載されている表示を合わせて確認してください。

全医療機関等が新規規格製品への切替を完了するまで一定期間を要します。また、長期留置用の製品を使用している患者が施設を移動する可能性もあるため、**変換コネクタの準備が必要になります**！

上記のとおり、変換コネクタには2種類ありますので、注意が必要です。変換コネクタの取扱いについては、製造販売業者等に確認してください。

2 経腸栄養分野における新規規格製品に関する注意点(その2) 変換コネクタの準備

- ・原則として一斉に切り替えることが重要であるが、施設を移動する患者に対しても適切な医療等が行える体制を整える必要があるため、新規規格製品と旧規格製品を接続するためのコネクタ (以下、「変換コネクタ」という。) を準備するなどの対応をすること。



3 経腸栄養分野における新規規格製品に関する注意点(その3) 切替え対象製品一覧

- ・切替えが予定されている製品名 (通称) については以下を参考にすること。

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養用カテーテル | <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう用カテーテル (PEGチューブ・ボタン) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養投与セット | <input checked="" type="checkbox"/> 注入器 (栄養用) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養用延長チューブ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養用活栓 | 等 |

関連工業会の HP では、確認できている販売名リストを掲載しております！

- ・流動食
URL : <https://www.ryudoshoku.org/info1>
- ・医療機器
URL : <https://www.mtjapan.or.jp/jp/mti/smallbore/index.php>

また、関連工業会 HP に掲載されていない製品であっても、切替が必要となる場合がありますので、現在、使われている製品に切替が必要となる製品がないか、製造販売業者等に確認してください！
なお、製品名 (通称) と一般的名称は一致しませんので、製造販売業者等には、使われている製品の一般的名称が、下記 URL より入手した一般的名称リストに含まれていないか、確認してください！
URL : <https://www.pmda.go.jp/files/000225222.pdf>

右図は、表示の例示です。個々の製品によって記載箇所等は異なるため、製品ごとに確認してください！



4 経腸栄養分野における新規規格製品に関する注意点(その4) _ 新規規格製品の表示

・経腸栄養分野における新規規格製品の放送には、「ISO80369-3」の文字が記載される。



5 経腸栄養分野における新規規格製品に関する注意点(その5) _ 切替え時の注意点

・新規規格製品導入による医療現場の混乱を避けるため、適切な在庫管理と施設内関係者への情報共有が重要であり、施設毎に以下のような対応を検討すること。

- ☑ 情報一元化のため、販売業者等との調整を行う**担当部署と責任者（医療機器安全管理責任者等）**を決定してください。
- ☑ 製品の切替えを漏れなく確実に行えるよう、分野ごとに対象となる**製品リストを作成**してください。
- ☑ 販売業者等に切替え開始時期・供給終了時期等を確認し、施設内の**切替え方法やスケジュール**を検討してください。
- ☑ 販売業者・担当部署（責任者）等に説明会などを依頼し、**施設内関係者に周知**してください。
- ☑ 接続不可能な製品の混在を防止するための**製品保管方法**を検討してください。

切替え時に必要なチェックリスト（例）は、下記の特設ページより入手可能です！



特設ページを開設しました。

<内容>

- ・国際規格の概要
- ・新規規格製品導入に関する注意事項
- ・業界団体等の問合せ先
- ・その他、新規規格製品に関する最新情報

※ 具体的な製品情報については、各製造販売業者にお問い合わせ下さい。

URL: <https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0185.html>



この「PMDA医療安全情報No.58」に関連した通知が厚生労働省より出されています。
●平成30年3月16日付医政安発0316第1号、薬生薬番発0316第1号、薬生機番発0316第1号、薬生安発0316第1号「経腸栄養分野の小口径コネクタ製品の切替えについて」

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、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、医療従事者の数量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

どこよりも早くPMDA医療安全情報を入手できます！
登録はこちらから。



IV 公益財団法人日本医療機能評価機構

医療安全情報	要約																										
<p>No.145※</p> <p>腎機能低下患者への薬剤の常用量投与</p> <p>腎機能が低下した患者には減量や慎重投与が必要な薬剤を常用量で投与し、患者に影響があった事例が報告されています。</p> <p>事例 1</p> <p>・医師は、夜間に外来を受診した帯状疱疹の患者にバルトレックス錠を処方することにした。病歴から患者が透析を受けていることは把握していたが、減量する必要があることを認識しておらず、通常の用法・用量のバルトレックス錠 500mg 1回2錠 1日3回を処方した。2日後、患者は呂律が緩慢になり幻視を認めたため、入院となった。</p> <p>事例 2</p> <p>・医師は、患者が透析を受けていることを把握しておらず、クラビット錠 500mg 1回1錠 1日1回を継続して処方していた。その後、患者は嘔吐症状が強くなり、汎血球減少を認めた。クラビット錠が原因と疑われ、内服が中止となった。</p> <p>※医療安全情報 No.145 は、2018 年 12 月に発信されましたが、神奈川県看護協会発行の医療安全情報 No.28「平成 30 年に発信された安全警報」には掲載されなかったため、ここに掲載いたします。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>薬効分類</th> <th>投与した薬剤名</th> <th>件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">抗ウイルス化学療法剤</td> <td>バルトレックス錠500</td> <td rowspan="2">4</td> </tr> <tr> <td>バラシクロビル錠500mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">不整脈治療剤</td> <td>シベノール錠100mg</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ビルシカイニド塩酸塩カプセル*</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>広範囲経口抗菌製剤</td> <td>クラビット錠500mg</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>骨粗鬆症治療剤 (活性型ビタミンD₃製剤)</td> <td>エディロールカプセル0.75μg</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>事例が発生した医療機関の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、処方する前に患者の腎機能を把握し、患者の腎機能に応じた用量で処方する。 ・薬剤師は、腎で代謝・排泄される薬剤を調剤する際は、患者の腎機能を確認する。 	薬効分類	投与した薬剤名	件数	抗ウイルス化学療法剤	バルトレックス錠500	4	バラシクロビル錠500mg	不整脈治療剤	シベノール錠100mg	1	ビルシカイニド塩酸塩カプセル*	1	広範囲経口抗菌製剤	クラビット錠500mg	1	骨粗鬆症治療剤 (活性型ビタミンD ₃ 製剤)	エディロールカプセル0.75μg	1								
薬効分類	投与した薬剤名	件数																									
抗ウイルス化学療法剤	バルトレックス錠500	4																									
	バラシクロビル錠500mg																										
不整脈治療剤	シベノール錠100mg	1																									
	ビルシカイニド塩酸塩カプセル*	1																									
広範囲経口抗菌製剤	クラビット錠500mg	1																									
骨粗鬆症治療剤 (活性型ビタミンD ₃ 製剤)	エディロールカプセル0.75μg	1																									
<p>No.146</p> <p>酸素残量の確認不足(第2報)</p> <p>酸素ボンベ使用中に残量がゼロになった事例が報告されています。そのうち 5 件は、搬送時以外にも検査中や待ち時間に酸素ボンベを使用した事例です。</p> <p>事例 1</p> <p>・医師は、患者の呼吸状態が悪化したため緊急で造影 CT 検査を指示した。看護師は、酸素ボンベが満タンであることを確認したが、酸素流量 8L/分での使用可能時間を確認しないまま患者を搬送した。CT 検査室の前室に到着後、中央配管からの酸素投与に切り替えなかった。約 20 分後、CT 検査室に入室し検査準備を行っていた際、患者は下顎呼吸になり、SpO₂ 値は 90%に低下した。酸素ボンベを確認すると残量がゼロになっており、ただちに中央配管に切り替え、酸素を投与した。</p> <p>事例 2</p> <p>・医師は、心臓超音波検査を指示した。看護師は、酸素ボンベの残量が 8MPa、酸素流量 5L/分での使用可能時間を確認し、病室と検査室間の搬送には十分足りると考え準備した。看護助手が患者を搬送した検査室には中央配管がなかった。臨床検査技師は、酸素ボンベを使用しながら検査を開始し、検査中に残量がゼロになっていることに気付かなかった。検査終了後、看護師と看護助手が検査室に行くと、患者の顔色は不良で呼名反応がなかった。酸素ボンベを確認すると、残量がゼロになっていた。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>酸素ボンベの使用状況</th> <th>件数</th> <th>使用開始時の残量</th> <th>酸素流量</th> <th>背景</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>搬送時以外にも使用</td> <td>5</td> <td>満タン</td> <td>10L/分 ジャクソン リース</td> <td>病棟からの迎えを待つ間、中央配管に酸素流量計が付いていなかったためチューブが接続できず切り替えなかった</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">搬送時のみ使用</td> <td rowspan="3">4</td> <td>満タン</td> <td>8L/分</td> <td>検査前に約20分間の待ち時間があったが、中央配管からの酸素投与に切り替えなかった</td> </tr> <tr> <td>満タン</td> <td>不明</td> <td>検査中、中央配管へ切り替えなかった</td> </tr> <tr> <td>8MPa</td> <td>5L/分</td> <td>検査中は中央配管から酸素投与されると思い、搬送には足りる量で準備したが、検査室に中央配管がなく検査中も使用した</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5~10MPa</td> <td>5L/分</td> <td>病室と検査室間の搬送には足りる量で準備したが、検査中も使用した(中央配管の有無は不明)</td> </tr> </tbody> </table> <p>事例が発生した医療機関の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・酸素ボンベの使用は搬送時のみとして、中央配管がある場所ではすみやかに切り替える。 ・酸素ボンベ使用中は、引き継ぎ時、検査中、検査終了時などに酸素の残量を確認する。 ・患者の検査時は、酸素投与量と患者の状態に応じて医師や看護師が付き添う。 	酸素ボンベの使用状況	件数	使用開始時の残量	酸素流量	背景	搬送時以外にも使用	5	満タン	10L/分 ジャクソン リース	病棟からの迎えを待つ間、中央配管に酸素流量計が付いていなかったためチューブが接続できず切り替えなかった	搬送時のみ使用	4	満タン	8L/分	検査前に約20分間の待ち時間があったが、中央配管からの酸素投与に切り替えなかった	満タン	不明	検査中、中央配管へ切り替えなかった	8MPa	5L/分	検査中は中央配管から酸素投与されると思い、搬送には足りる量で準備したが、検査室に中央配管がなく検査中も使用した			5~10MPa	5L/分	病室と検査室間の搬送には足りる量で準備したが、検査中も使用した(中央配管の有無は不明)
酸素ボンベの使用状況	件数	使用開始時の残量	酸素流量	背景																							
搬送時以外にも使用	5	満タン	10L/分 ジャクソン リース	病棟からの迎えを待つ間、中央配管に酸素流量計が付いていなかったためチューブが接続できず切り替えなかった																							
搬送時のみ使用	4	満タン	8L/分	検査前に約20分間の待ち時間があったが、中央配管からの酸素投与に切り替えなかった																							
		満タン	不明	検査中、中央配管へ切り替えなかった																							
		8MPa	5L/分	検査中は中央配管から酸素投与されると思い、搬送には足りる量で準備したが、検査室に中央配管がなく検査中も使用した																							
		5~10MPa	5L/分	病室と検査室間の搬送には足りる量で準備したが、検査中も使用した(中央配管の有無は不明)																							

No.147

車椅子のフットレストによる外傷

患者の下肢が車椅子のフットレストに接触して外傷を生じた事例が報告されています。皮膚が脆弱な患者の場合、皮膚損傷を生じる可能性が高まります。

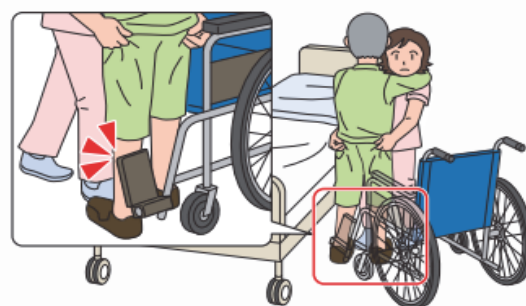
事例 1

・患者はプレドニン内服と全身浮腫のため、皮膚が脆弱な状態であった。看護師が患者を支えて車椅子からベッドへ移乗する際、患者のズボンの裾が持ち上がり下肢にフットレストが直接当たっていた。移乗後に患者が下肢の痛みを訴えたため確認すると、皮膚が裂けて約8×5cmにわたり筋膜が露出していた。医師の診察後、18針縫合した。

事例 2

・ベッドから車椅子へ移乗する際、理学療法士が患者を前方から支え、看護師2名が介助した。立位になり、車椅子に座るように身体の向きを変える時に誰も患者の下肢を確認していなかった。患者が「痛い」と言ったため確認すると、フットレストに下肢が当たっており出血していた。外科医師が7針縫合した。

事例1のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- ・患者の状態を把握し、介助方法や介助する人数を検討する。
- ・フットレストにカバーをつける。
- ・皮膚が脆弱な患者の移乗時は、ズボン・靴下などを着用して下肢を保護する。

No.149

薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期

手術・検査の前に中止する取り決めがある薬剤の中止が遅れたため、予定した手術・検査が延期になった事例が報告されています。

事例 1

・患者は、肺癌が疑われ、気管支鏡検査で生検を行う予定であった。外来主治医は、問診票の「抗血小板薬内服あり」に○印があることに気付かず、タケルダ配合錠を中止しなかった。入院時、研修医はタケルダ配合錠は胃薬だと思っており、持参薬報告書のタケルダ配合錠の備考欄に「アスピリン 7日間休薬が必要」と記載されていたが見逃し、中止しなかった。検査当日、検査室の看護師が患者に抗血小板薬の内服について確認した際、タケルダ配合錠を内服していることが分かり、検査を中止した。

事例 2

・当院の周術期に休薬する薬剤の一覧表では、イコサペントエン酸エチルを含む薬剤は術前7日間の休薬を推奨している。一覧表には院内採用薬のみ掲載されており、ロトリガは記載されていなかった。医師は、ロトリガが手術前に中止を検討する薬剤であることに気付かなかった。乳房切除術のために入院した際、手術前日に薬剤部よりロトリガは1週間の休薬が推奨されていると指摘があった。出血のリスクを考慮し、手術を延期した。

延期した手術・検査 ^①	中止しなかった薬剤 ^②	成分名	背景
気管支鏡検査	タケルダ配合錠	アスピリン/ ランソプラゾール	・外来主治医は問診票を見落としたり ・研修医はタケルダ配合錠を胃薬だと思っていた
尿管結石症の検査			患者から服用している薬剤はないと聞いていたが、入院当日に内服薬があることが分かった
肺炎の検査	ロコルナール	トラビジル	院内の採用医薬品ではなく、抗血小板作用があることに気付かなかった
乳房切除術・センチネルリンパ節生検	ロトリガ錠状カプセル	オメガ-3脂肪酸エチル	
脳神経外科手術	フラビックス錠	クロビドグレル	中止指示を出し忘れた
膵臓摘出術	ベルサンチン錠	リトリダモール	
大動脈弁置換術	アスピリン	アスピリン	ワーファリンとアスピリンを内服していたが、ワーファリンのみ中止指示を出した

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・手術・検査の際に休薬する薬剤の一覧表に成分名を記載し、院内で周知する。
- ・手術・検査を計画した際、患者の内服薬を把握し、中止する薬剤がないか確認する。

医療安全情報

要約

No.150

病理診断報告書の確認忘れ

－上部消化管内視鏡検査－

病理診断報告書を確認しなかったことにより治療が遅れた事例が再び報告されています。

事例 1

・大腸癌の術前検査のため消化器内科医師は上部消化管内視鏡検査を施行し、生検を行った。外科に転科後に病理診断報告書が作成され、消化器内科医師は結果を確認しなかった。外科医師は、生検が行われていたことを把握していなかった。両診療科間では病理診断報告書の確認や患者への説明について取り決めがなかった。大腸癌の手術から4年後、貧血の精査のため上部消化管内視鏡検査が行われた。その際、4年前の病理診断報告書に胃癌と記載されていることに気付いた。

事例 2

・喉頭癌の患者に重複癌の検査目的で上部消化管内視鏡検査を施行し、生検を行った。病理診断報告書が作成されると、病理検査を依頼した内視鏡検査担当医に通知が出される。しかし、内視鏡検査を依頼した主治医には通知されず、病理診断報告書を確認しなかった。4年後、患者から物が飲み込みにくいという訴えがあり、上部消化管内視鏡検査を行った。検査結果を確認した際、4年前の病理診断報告書に食道癌と記載されていることに気付いた。

No.152

手術時のガーゼの残存① －ガーゼカウント－

閉創前にガーゼカウントを行ったにもかかわらず、体腔内にガーゼが残存した事例が57件報告されています。そのうち48件はカウントが合っていた事例です。

事例 1

・帝王切開術を行った。子宮閉創前、閉腹前にガーゼカウントを行った際、看護師は丸まったガーゼを目視で数え、合っていることを確認した。手術終了時に撮影したX線画像で、医師は腹腔内にガーゼが残存していることに気が付き、再開腹してガーゼを取り出した。カウント済のガーゼの数を再度確認したところ1枚少なかった。

事例 2

・開腹にて右半結腸切除術を行った。手術器具をまとめるために使用していたX線造影材なしのガーゼ(カウント対象外)を術野外に破棄したところ、X線造影材ありのガーゼと一緒にカウントされた。ガーゼカウントは合い、閉腹して手術を終了した。その後、腹腔内にガーゼが残存していることに気付いた。

No.153

手術時のガーゼの残存② －X線画像の確認－

手術終了時に撮影したX線画像でガーゼを発見できなかった事例の多くは、閉創前のガーゼカウントが合っていた事例です。

事例のイメージ



病理診断報告書を確認しなかった主な背景

- 病理診断報告書の確認や患者への説明を消化器内科と外科のどちらが行うか取り決めがなかった
- 病理診断報告書が作成されたことが内視鏡検査担当医へのみ通知され、主治医には通知されなかった
- 入院中に作成されなかった病理診断報告書の確認について、外来の主治医に申し送りしていなかった
- 患者への説明時に病理診断報告書が作成されておらず、その後確認しなかった
- 出血源の検索を目的に内視鏡検査を実施したため、病理診断報告書を確認しなかった

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・病理診断報告書を誰が見て誰が患者に説明するかを明確にする。
- ・病理検査を行ったことと後日結果を説明することを患者に伝えておく。

総合評価部会の意見

- ・病理診断報告書の確認と説明の手順を決めて実施しよう。

閉創前のガーゼカウント	件数
合っていた	48
合っていなかった	9

ガーゼが残存した状態でカウントが合っていた主な背景

- 丸まったガーゼを目視でカウントした
- ガーゼをカウントする機械の使用時、ガーゼ以外の血餅などをカウントした
- カウント対象外のX線造影材なしのガーゼをカウントした
- ガーゼを半分に切って使用した
- カウント後、閉創している途中でガーゼが混入した

カウントが合っていなかったが閉創した主な背景

- 医師はガーゼが術野以外にあると思い、術野を探さなかった
- 医師は、術野が狭いためガーゼが残存しないと考えた
- 術野や手術室内を探したが見つからなかった

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・ガーゼを数える際は1枚ずつ上げて確認する。
- ・手術中はカウント対象外のガーゼを使用しない。
- ・手術終了後、ガーゼカウントを再度行う。

医療安全情報

要約

事例 1

・緊急帝王切開術を行った。ガーゼやミクリツガーゼのカウントが合っていたため閉腹して手術を終了した。手術終了時にX線撮影をした際、医師はカウントが合っていたという認識で画像を確認し、脊椎と重なって写っていたガーゼに気付かなかった。その後、患者にイレウス症状が出現したため CT 検査を実施した。CT 画像でガーゼの残存が疑われ、試験開腹したところミクリツガーゼを発見した。

事例 2

・開心術の際、ガーゼカウントが合っていたため閉胸して手術を終了した。手術終了時に撮影したX線画像にはガーゼが写っていたが、胸骨と重なっていたため医師はガーゼに気付かなかった。その後、退院前に実施した心臓カテーテル検査の際にガーゼが残存していることが判明した。

閉前時の カウント	手術終了時に撮影した X線画像によるガーゼの発見		X線画像でガーゼを発見できなかった 主な背景
	発見した	発見 できなかった	
合っていた	10	24	カウントが合っていたため、ガーゼが残存していないという前提でX線画像を確認した
合っていない	7	2	ガーゼが骨と重なっていた
件数	17	26	挿入したドレーンチューブに注目して確認した 画面が小さく、X線画像を確認しづらかった

X線撮影の範囲にガーゼが残存した部位が含まれていなかった

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・ガーゼカウントが合ってもガーゼが残っている可能性があるという認識でX線画像を確認する。
- ・X線画像は、大画面モニタを用いて、輝度の変更を行い確認する。
- ・X線画像で確認しやすいガーゼの導入を検討する。

No.154

電子カルテ使用時の患者間違い

患者Aのオーダをする際、電子カルテの患者氏名を確認せず、誤って患者Bの画面でオーダした事例が報告されています。

事例 1

・夜間帯に、患者 A は痙攣重積で救命病棟に、患者 B は発熱で小児科病棟に入院した。医師は、電子カルテの患者氏名を確認せず、患者 A のホストイン静注を患者 B の画面で処方した。その後、救命病棟の看護師から患者 A のホストイン静注が処方されていないと報告があった。医師は、入力した内容が登録されていないと考え、患者 A の画面で処方した。薬剤師は、続けて 2 名の患者にホストイン静注が処方されたことが気になり医師に確認したところ、患者 B に誤って処方していたことが分かった。

事例 2

・手術室で患者 A の赤血球液(RBC)を輸血部にオーダする際、電子カルテは一件前に手術した患者 B の画面であった。医師は、患者氏名を確認しないままオーダし、輸血部より患者 B の RBC が払い出された。

オーダした内容	件数	主な背景
処方	2	夜間帯に患者Aと患者Bが入院し、同時間に2名の患者の指示を入力する必要があり、患者Aに処方するつもりで患者Bの画面に入力した
輸血	2	手術室で患者Aの赤血球液(RBC)を輸血部にオーダする際、一件前に手術をした患者Bの画面が開いていることに気付かなかった
血液検査	2	ICUの患者Aのベッドの近くにある電子カルテは、患者Bの画面が開かれていたが、患者Aの画面だと思い込んだ

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・オーダ入力する際は、その都度電子カルテの患者氏名を確認する。
- ・電子カルテは、一定の時間で自動的にログオフになる設定にする。

No.155

小児用ベッドからの転落

小児用ベッドのベッド柵を一番上まで上げていなかったため、患児が転落した事例が報告されています。

事例 1

・看護師は、ベッド柵を中間の高さにして患児(4歳)の血圧測定と聴診を行った。その後、母親がそばにいるからと思いベッド柵を一番上まで上げずに退室した。母親はベッド柵が中間の高さになっているとは思わず、尿器を片付けようとベッドから目を離れた際に患児がベッドの上で立ち、柵に寄り掛かって転落した。

転落時の ベッド柵の 状態	件数	状況
中間の高さ	4	・ベッド柵が下がっているとは思わず、患児のそばを離れた
一番下	4	・看護師や付き添いの家族が患児から目を離れた

事例のイメージ

医療安全情報

要約

事例 2

・患児(0歳)は、小児用ベッドに寝ており、ベッド柵は一番下まで下げられていた。母親はベッドの横に立ち、看護師はベッドに背を向けていた。看護師が入院時の持参物品について確認した際、母親は物品を取ろうと患児から離れた。母親と看護師が患児から目を離した隙にドンと音がしたため振り向くと、患児は転落していた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・小児用ベッドの柵は一番上まで上げることを基本とする。
- ・入院時、家族にベッドからの転落の危険性を説明して注意喚起する。

上記は一例です、自施設に合った取り組みを検討してください。

No.156

鎮静に使用する注射薬の誤投与

検査・治療時の鎮静の際、医師が投与量を決めて注射薬を投与する予定であったが、指示が適切に伝わらず、看護師がタイミングや投与量を誤って投与した事例が報告されています。

事例 1

・医師は、気管支鏡検査のためミダゾラム注射液 10mg1A と生理食塩液 20mL をオーダーした際、「気管支鏡検査室に持参」とコメントを入れ忘れた。その後、検査室から連絡があり、看護師は注射指示を確認して検査前投薬と思い、ミダゾラム 1A+生理食塩液 20mL を調製した。病室で全量を投与したところ、患者の自発呼吸が止まった。

事例 2

・16時に胆道シンチグラフィを予定していた。14時30分頃、検査室から連絡があり、看護師は医師に伝えず患児を検査室に連れて行った。10分後、検査室から鎮静が必要と連絡があった。看護師は医師のオーダーを確認し、病棟に届いていたイソゾール注射用 0.5g1V を注射用水 20mL で溶解して全量を生理食塩液 100mL に混注し、検査室に持って行き投与を開始した。16時前に医師が検査の状況を聞いた際、看護師は検査室に行きイソゾールを投与していると答えた。医師が急いで検査室に行ったところ、患児の自発呼吸は微弱であった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・鎮静に使用する注射薬は、指示画面の薬剤名に「医師執行」と表示させる。
- ・鎮静に使用する注射薬は、検査・治療の直前に医師が患者の状況から投与量を判断して投与することを理解する。

上記は一例です、自施設に合った取り組みを検討してください。

事例のポイント

- ・鎮静に使用する注射薬は、医師の立ち会いのもとで投与し、投与量の管理を確実に実施する。

(国産評価委員会)

No.157

立位でのグリセリン浣腸による直腸損傷

グリセリン浣腸を立位で実施し、直腸損傷をきたした事例が報告されています。

事例 1

・患者は4日間排便がなかった。看護師は左側臥位で浣腸をしようと思ったが、患者の希望によりトイレに移動し、立位でグリセリン浣腸液を注入した。10分後、トイレよりコールがあり、患者は排便困難を訴えた。肛門周囲を見ると、3cm幅の腫脹と少量の出血を認めた。医師が診察し、CT検査を実施したところ、直腸穿孔と診断された。

事例 2

・患者は8日間排便がなく、医師はグリセリン浣腸の指示を出した。患者はトイレでの実施を希望したため、看護師はトイレで立位でグリセリン浣腸液を注入した。排便時に出血を認め、その後、腹部CT検査を実施したところ、肛門部から約3cmの辺りに粘膜損傷を認めた。



事例が発生した医療機関の取り組み

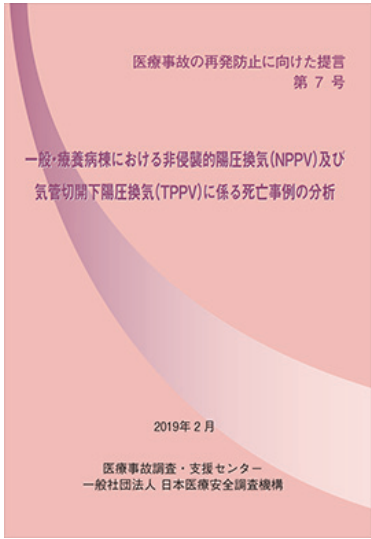

- ・浣腸は左側臥位で実施する。
- ・立位での浣腸実施の危険性を院内で周知し、患者にも説明する。


上記は一例です、自施設に合った取り組みを検討してください。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区神田三光町1-4-12 東京ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
http://www.medsafe.jp/

V 一般社団法人日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)

医療事故の再発防止に向けた提言	内容
<p>①</p> <p>第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気(NPPV)及び気管切開下陽圧換気(TPPV)に係る死亡事例の分析</p>  <p>医療事故の再発防止に向けた提言 第7号</p> <p>一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気(NPPV)及び 気管切開下陽圧換気(TPPV)に係る死亡事例の分析</p> <p>2019年2月</p> <p>医療事故調査・支援センター 一般社団法人 日本医療安全調査機構</p>	<p>【リスクの認識】</p> <p>提言1 意識があり自発呼吸のある呼吸不全患者にNPPV/TPPV療法を選択することは、マスクと回路の接続外れなどにより致命的な状況に陥るリスクが伴うことを認識する。さらに、一般・療養病棟で管理する場合にはそのリスクが高まる。</p> <p>【観察】</p> <p>提言2 人工呼吸器装着中の患者の観察においては、人工呼吸器の作動確認に併せて呼吸状態の観察(胸郭の動き、呼吸音、SpO₂など)を行う。さらに、異常を早期に察知するため、パルスオキシメータなどによるモニタリングを行い、アラーム機能を活用した観察を行う。</p> <p>【緊急対応】</p> <p>提言3 緊急時は直ちに用手換気に切り替える。NPPV/TPPV使用中の患者のベッドサイドには、バッグバルブマスクと酸素流量計を整備する。</p> <p>【教育】</p> <p>提言4 NPPV/TPPVに関するマニュアルの整備や周知による基本的な技術の習得に加え、リスクの予測や緊急時の対応など、実践力の維持・向上に向けた教育体制を整備する。</p> <p>【安全管理体制と機器管理】</p> <p>提言5 人工呼吸管理を安全に行うための多職種連携を推進する。可能であればチームを設置し、人工呼吸器の使用状況を定期的に確認する。さらに、問題点を共有し迅速に対応する。</p>
<p>②</p> <p>第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析</p>  <p>医療事故の再発防止に向けた提言 第8号</p> <p>救急医療における画像診断に係る 死亡事例の分析</p> <p>2019年4月</p> <p>医療事故調査・支援センター 一般社団法人 日本医療安全調査機構</p>	<p>【救急医療における画像検査の意義】</p> <p>提言1 救急医療における画像検査は確定診断を追求することにより、緊急性の高い死につながる疾患(killer disease)を念頭において読影することが重要である。特に、頭部外傷による少量の出血、大動脈瘤切迫破裂や大動脈解離の画像所見、腸管穿孔による遊離ガス像に注目する。</p> <p>【画像検査依頼時の情報共有】</p> <p>提言2 画像検査を依頼する医師は、臨床症状および疑われる疾患、特に否定したい疾患について明確に依頼書に記載し、診療放射線技師・放射線科医師と情報を共有する。</p> <p>【救急外来における撮影画像の確認】</p> <p>提言3 担当医師一人ではなく、上級医師や放射線科医師などの複数の医師がそれぞれの視点で画像を確認し、所見について情報を共有する。救急外来における診療放射線技師は、緊急度の高い所見を発見した場合、読影する医師にすみやかに情報を提供する。また、情報通信技術(ICT)を用いた院内からの読影も有用である。</p>

医療事故の再発防止に向けた提言	内容
	<p>【画像検査の追加と入院・帰宅の判断】 提言 4 当初の画像検査だけでkiller diseaseを否定できない場合は、単純 CT さらには造影 CT などの追加を行う。確実に否定できるまでは診療を継続し、その間に観察した症状は医療従事者間で情報共有することが重要である。</p> <p>【画像診断報告書の確認と incidental findings】 提言 5 救急診療後に作成される画像診断報告書の確認が確実にできるよう、責任者を決めて対応する。また、当初の検査目的以外で偶発的に認められた異常所見 (incidental findings) について、担当医師による対応が必要な所見は確実に伝達されることが重要である。</p> <p>【院内体制の整備】 提言 6 救急医療において killer disease を鑑別するための教育体制、救急医療にあたる担当医師への支援体制、重要所見を含む画像診断報告書の確認と対応を把握できる体制を整備する。これらを通して、すべての医療従事者が画像検査に係る医療安全に主体的に関わる文化を醸成することが望まれる。</p>
<p>③</p> <p>第 9 号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析</p>  <p>医療事故の再発防止に向けた提言 第 9 号</p> <p>入院中に発生した転倒・転落による 頭部外傷に係る死亡事例の分析</p> <p>2019年6月</p> <p>医療事故調査・支援センター 一般社団法人 日本医療安全調査機構</p>	<p>【転倒・転落後の診断と対応】 提言 1 転倒・転落による頭部打撲（疑いも含む）の場合は、受傷直前の意識状態と比べ、明らかな異常を認めなくても、頭部 CT 撮影を推奨する。急速に症状が悪化し、致命的な状態になる可能性があるため、意識レベルや麻痺、瞳孔所見などの神経学的所見を観察する。</p> <p>提言 2 頭部打撲が明らかでなくても抗凝固薬・抗血小板薬を内服している患者が転倒・転落した場合は、頭蓋内出血が生じている可能性があることを認識する。初回 CT で頭蓋内に何らかの出血の所見が認められる場合には、急速に増大する危険性があるため、予め時間を決めて（数時間後に）再度、頭部 CT を撮影することも考慮する。</p> <p>提言 3 頭部 CT 上、出血などの異常所見があれば、脳神経外科医師の管理下に迅速に手術ができる体制で診療を行う。常勤の脳神経外科医師がいない病院や時間帯では、迅速に対応できるよう脳神経外科手術が可能な病院へ転送できる体制を平時から構築しておく。</p> <p>【転倒・転落時に頭部への衝撃を和らげるための方法】 提言 4 ベッド柵を乗り越える危険性がある患者に対して、ベッドからの転落による頭部外傷を予防するため、衝撃吸収マット、低床ベッドの活用を検討する。また、転倒・転落リスクの高い患者に対しては、患者・家族同意のうえ、保護帽の使用を検討する。</p> <p>【転倒・転落リスク】 提言 5 転倒・転落歴は、転倒・転落リスクの中でも重要なリスク要因と認識する。また、認知機能低下・せん妄、向精神薬の内服、頻尿・夜間排泄行動も転倒・転落リスクとなる。</p>

医療事故の再発防止に向けた提言	内容
	<p>提言 6 転倒・転落リスクの高い患者への、ベンゾジアゼピン（BZ）系薬剤をはじめとする向精神薬の使用は慎重に行う。</p> <p>【情報共有】</p> <p>提言 7 入院や転棟による環境の変化、治療による患者の状態の変化時は、転倒・転落が発生する危険が高まることもあるため、病棟間や他部門間、各勤務帯で患者の情報を共有する。</p> <p>【転倒・転落予防に向けた多職種取り組み】</p> <p>提言 8 転倒・転落リスクが高い患者に対するアセスメントや予防対策は、医師や看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士などを含めた多職種で連携して立案・実施できる体制を整備する。</p>

掲載した安全情報関連ホームページアドレス

公益社団法人神奈川県看護協会発行「医療安全情報」

<https://www.kana-kango.or.jp/safety/information/>

厚生労働省 法令・通知等 安全管理体制全般に関するもの

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/index.html>

独立行政法人医薬品医療機器総合機構発行「PMDA 医療安全情報」

<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0001.html>

公益財団法人日本医療機能評価機構発行「医療安全情報」

<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>

一般社団法人医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)発行

「医療事故の再発防止に向けた提言」

https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=1

当情報誌に掲載している情報は、内容を一部抜粋しています。必ず原本情報の確認をお願い致します。



あ と が き

令和元年の医療安全情報はいかがでしたか？

医療安全元年と言われる 1999 年の医療事故から 20 年という節目を迎えました。

全国的に様々な取り組みがなされてきましたが、今後もさらに医療安全に対する期待は尽きないと思います。

神奈川県看護協会医療安全対策委員会では、みなさまのご施設の取り組みや工夫が沢山の施設で共有され、神奈川県下の医療機関、介護施設、在宅事業所などの『安全』が更に高まることを期待してこれからも配信してまいります。

(公益社団法人神奈川県看護協会 医療安全対策委員会)

