

# 平成29年に発信された安全警報

平成30年3月発行

早春の候、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。  
今回、平成29年に各機関より発信された医療情報をまとめ、再掲しました。新年度に向け、新入職員のオリエンテーションや職員研修にご活用ください。





## 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 公益社団法人日本看護協会 P 2
<ul style="list-style-type: none"><li>・No.21 身体拘束ゼロを目指して Part2 ～身体拘束マニュアルの紹介～</li><li>・No.22 平成28年に発信された医療安全警報</li><li>・No.23 ゼロにはできない確認エラー ～減らしていこう、…つもり…はず～</li></ul>	<p>医薬品管理に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・〈厚生労働省〉医薬品の使用に関する医療安全対策について</li><li>・〈厚生労働省〉医療機関における安全管理について</li></ul>
III 厚生労働省 法令・通知 P 3	IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 P 6
<ul style="list-style-type: none"><li>①医療機関の医療安全管理等に関する情報の取扱いについて</li><li>②平成27年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」結果の概要について(情報提供)</li><li>③電波環境協議会による「医療機関における電波の安全利用規程(例)」について</li><li>④医療ガスの安全管理について</li><li>⑤単回使用医療機器の取扱いの再周知及び医療機器に係る医療安全等の徹底について</li><li>⑥相互接続防止コネクタに係る国際規格(ISO(IEC) 80369 シリーズ)の導入について</li><li>⑦偽造医薬品の流通防止について(情報提供)</li><li>⑧画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について</li></ul>	<p>PMDA</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・No.50 2017年3月「シリンジポンプセット時の注意点について」</li><li>・No.51 2017年9月「一般名類似による薬剤取り違えについて」</li><li>・No.52 2017年12月「開放式脳室ドレナージ回路使用時の注意について」</li></ul>
	V 公益財団法人日本医療機能評価機構 P 11
	<ul style="list-style-type: none"><li>・No.122 透析前の体重測定の誤り</li><li>・No.123 永久気管孔へのフィルムドレッシング材の貼付</li><li>・No.125 術前に中止する薬剤の把握不足</li><li>・No.126 輸液中の四肢からの採血</li><li>・No.129 併用禁忌の薬剤の投与(第2報)</li><li>・No.130 中心静脈ラインの開放による空気塞栓症</li><li>・No.131 インスリン単位の誤解(第2報)</li><li>・No.132 オーバーテーブルを支えにした患者の転倒</li></ul>

# 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>No21 身体拘束ゼロを目指して Part2 ～身体拘束マニュアルの紹介～</p> 	<p>I 身体拘束の基本的な考え方 (済生会横浜市東部病院/北里大学東病院)</p> <p>II 身体拘束実施の判断について (菊名記念病院)</p> <p>III 身体拘束時の観察と記録について (日本医科大学武蔵小杉病院)</p> <p>IV 身体拘束軽減に向けた取り組み (日本医科大学武蔵小杉病院)</p> <p>V 身体拘束廃止に向けてのチェックポイント</p>
<p>No22 平成 28 年に発信された医療安全情報</p>	<p>I 神奈川県看護協会「医療安全情報」</p> <p>II 日本看護協会「患者安全情報」</p> <p>III 厚生労働省 法令・通知</p> <p>IV 医薬品医療機器総合機構「PMDA 医療安全情報」</p> <p>V 日本医療機能評価機構「医療安全情報」</p>
<p>No23 ゼロにはできない確認エラー ～減らしていこう、…つもり…はず～</p> 	<p>I 確認不足を原因とするエラーの実態 「確認不足あるある」</p> <p>II 各施設の取り組み紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆確認工程調査から感じた「処方箋デザイン」について(済生会横浜市東部病院)</li> <li>◆侵襲的な検査(処置)時における患者誤認、部位間違い予防に対するタイムアウト導入について(戸塚共立第1病院)</li> <li>◆安全ラウンドで確認行為をチェックする(北里東病院)</li> </ul>

# II 公益社団法人日本看護協会

医療安全に関する情報	要約
<p>医薬品管理に関する情報</p>	
<p>29年1月</p> <p>＜厚生労働省＞医薬品の使用に関する医療安全対策について</p> 	<p>カリウム製剤の誤投与による死亡事案など、医薬品に関する重大な事故が繰り返し報告されています。このたび厚生労働省から、医薬品の使用に関する安全対策についての注意喚起が発出されました。<a href="#">医薬品の使用等に関する医療安全対策について [PDF278KB]</a></p> <p>事故の発生により患者に及ぼす影響が大きい医薬品の誤投与・誤使用等を防止するために、組織的に安全対策の取組強化の他、製剤に関わるすべての医療職が製剤の薬理作用、安全使用についてきちんと理解した上で、扱うことを今一度徹底しましょう。</p> <p><a href="#">カリウム製剤の安全使用について [PDF88KB]</a></p> <p>日本看護協会機関紙『看護』2015年2月号の記事もご活用下さい。 <a href="#">カリウム製剤の安全使用について [PDF244KB]</a></p>
<p>29年1月</p> <p>＜厚生労働省＞医療機関における安全管理について</p>	<p>厚生労働省より、医薬品管理に関する注意喚起が発出されました。ご確認ください。</p> <p><a href="#">医療機関における安全管理について [PDF47KB]</a></p>

\*詳細については、日本看護協会ホームページ内「医療安全に関する情報」をご参照ください。

### III 厚生労働省 法令・通知等

	法令・通知等【安全管理体制に関するもの】	対 策
①	医療機関の医療安全管理等に関する情報の取扱いについて 平成 29 年 3 月 31 日事務連絡	医療機関における安全管理等に関する情報は、電子メール、電話、文書等様々な形で地方自治体関係機関に寄せられるが、国民の生命や健康に支障を生じうるものについては、速やかに、保健所長等の管理責任者に報告し、医療法に基づく立入検査等により事実確認を行う必要があるかについて判断するとともに、医療関係法令にとどまらず、他法令の所轄部署と連携し適切に対応するように。
②	平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」結果の概要について（情報提供） 平成 29 年 5 月 26 日事務連絡	左記研究報告書公表にともなう情報提供 ・内服薬処方せんの記載方法の標準化を進展させるためには、内服薬の 1 回量及び 1 日量を併記する等標準的記載方法を医療機関に対し改めて周知する必要性の他、薬剤名の一般的名称を基本とした販売名の類似性に起因する薬剤取り違い防止のための対応等が課題とされている。 ・一般的名称を基本とした販売名の類似性に起因する薬剤取り違い防止のための対策の一つとして、類似性等による取り違いリスクが特に懸念される名称のものについては、一般名処方の内服薬処方せんにおいて、先発品の使用が誘引されることがない範囲で、先発品や代表的な後発品の製品名等を参考的に付記する等の工夫が有効と考えられる。 参考資料：平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「内服薬処方せんの記載方法標準化の普及状況に関する研究」（研究代表者 国際医療福祉大学薬学部 土屋文人特任教授）結果の概要
③	電波環境協議会による「医療機関における電波の安全利用規程（例）」について 平成 29 年 7 月 12 日医政総発 0712 第 1 号	電波環境協議会がとりまとめた「医療機関における電波の安全利用規程（例）」の周知依頼。 資料入手先：電波環境協議会 HP <a href="http://www.emcc-info.net/info/info290628.html">URL:http://www.emcc-info.net/info/info290628.html</a>
④	医療ガスの安全管理について 平成 29 年 9 月 6 日医政発 0906 第 3 号	医療ガスの取扱いに関して重大な事故やヒヤリ・ハット事例が報告されていることに鑑み、医療ガス安全管理委員会が行う医療ガス設備の保守点検業務、医療ガスに係る安全管理のための職員研修等に関して留意すべき事項の周知依頼。 1 病院等において、麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガスを使用して診療を行う場合には、当該病院等の管理者は、医療ガス安全管理委員会を設置するなど、医療ガスに係る安全管理のための体制を確保すること。委員会はその業務として、医療ガス設備の保守点検業務、医療ガス設備の新設及び増設工事、部分的な改造、修理などの施工監理業務、医療ガスに係る安全管理のための職員研修などを行うこと。



法令・通知等【安全管理体制に関するもの】	対 策
	<p>2 医療ガス設備の保守点検業務に当たっては、始業点検、日常点検及び定期点検を実施するとともに、日常点検及び定期点検については、点検作業の記録を作成し、保存すること。また、点検作業の終了後は、医療ガス整備が正常に動作することを確認すること。</p> <p>3 医療ガス設備の工事に当たっては、医療ガス設備に用いられる機材を医療ガスの種別により特定化し、医療ガスの種別の容易かつ確実な判別を可能とすることによって、種別の異なる医療ガス間の非互換性を確保し、誤接続を防止すること。また工事完了後の臨床使用に先立って、適切な確認を行うこと。</p> <p>4 病院等の職員に対する医療ガスに係る安全管理のための研修においては、酸素ボンベと二酸化炭素ボンベとの誤認や取違えなど、医療ガスに係る装置の誤接続に起因する事故やヒヤリ・ハット事例が散発していることに鑑み、医療ガスの安全管理に関する基本的な考え方及び事故防止の具体的方策について、周知徹底すること。また、当該病院等において医学管理を行っている患者の居宅その他病院等以外の場所で使用される医療ガスの安全管理についても、適切に研修が行われるよう、十分留意すること。</p>
<p>⑤ 単回使用医療機器の取扱いの再周知及び医療機器に係る医療安全等の徹底について 平成 29 年 9 月 21 日医政発 0921 第 3 号</p>	<p>医療機関において、医療の安全の確保、院内感染対策及び医療機器に係る安全管理の観点からの検討を経ることなく、当該病院の手術部門において、添付文書にて再使用禁止が明記されている単回使用医療機器の一部を洗浄・滅菌の上、再使用していたことが判明したことに対して、単回使用医療機器の取扱いについて医療機関に再度周知及び指導依頼。</p> <p>参考通知文書等：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機器の添付文書等の管理について 「医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について」平成 19 年 3 月 30 日付医政指発第 0330001 号・医政研発第 0330018 号</li> <li>・医療の安全確保のための体制について 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」平成 19 年 3 月 30 日付医政発第 0330010 号</li> <li>・病院等における院内感染対策のための体制について 「医療機関における院内感染対策について」平成 26 年 12 月 19 日付医政地発 1219 第 1 号</li> <li>・病院等における医療機器に係る安全管理のための体制について 「医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について」平成 19 年 3 月 30 日付医政指発第 0330001 号・医政研発第 0330018 号</li> </ul>

法令・通知等【安全管理体制に関するもの】	対 策
<p>⑥ 相互接続防止コネクタに係る国際規格（ISO（IEC）80369 シリーズ）の導入について 平成 29 年 10 月 4 日医政総発 1004 第 1 号</p>	<p>製品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、医療事故防止対策の推進や、国際的な整合による製品の安定供給のため、新規規格の導入に向けた施策を検討している。新規規格に基づく製品が順次上市される見込みだが、製品分野によっては新規規格製品と既存規格製品との間で、非嵌合となる場合があり、各医療機関における医療安全に関する管理上の影響が懸念されるため、新規規格製品の導入に際しては留意するように。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 関係する製造販売業者等は、市場における新規規格製品と既存規格製品が相互で非嵌合となり、医療現場で使用不能となるリスクを検証し、切り替えに関してあらかじめ医療機関等と十分に調整を図り、必要な情報提供を行うこと。また自社の既存規格製品の供給を終了する時期について適時必要な情報提供を行うこと。</li> <li>2 医療機関などは、関係する製造販売業者等より十分な情報提供を受け、施設内の適切な在庫管理など、医療安全の確保を行うこと。</li> <li>3 誤接続防止の観点から、既存規格製品と新規規格製品を接続するためのコネクタは、原則として、使用しないこと。必要に応じて、変換コネクタを限定的に使用する際の取扱いについて、製品分野ごとに別途通知する場合があること。</li> </ol>
<p>⑦ 偽造医薬品の流通防止について（情報提供） 平成 29 年 10 月 5 日事務連絡</p>	<p>平成 29 年 1 月に発生した C 型肝炎治療薬「ハーボニ一配合錠」の偽造品流通事案を受け、薬局等に対して、「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施行規則の一部を改正する省令等の施行について」（平成 29 年 10 月 5 日付薬生発 1005 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）が発出された。各医療機関においても状況に応じて必要と考えられる対策を講じること。</p>
<p>⑧ 画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について 平成 29 年 11 月 10 日事務連絡</p>	<p>画像診断報告書等の確認不足を防止するため、各医療機関に対し周知依頼。</p> <p>参考資料： 公益財団法人日本医療機能評価機構「医療安全情報」 ・No.63（平成 24 年 2 月）「画像診断報告書の確認不足」 ・No.71（平成 24 年 10 月）「病理診断報告書の確認忘れ」 ・No.111（平成 28 年 2 月）「パニック値の緊急連絡の遅れ」</p> <p>※公益財団法人日本医療機能評価機構 HP 「報告書・年報」 <a href="http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html">http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html</a> 「医療安全情報」 <a href="http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html">http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html</a></p>

# IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)

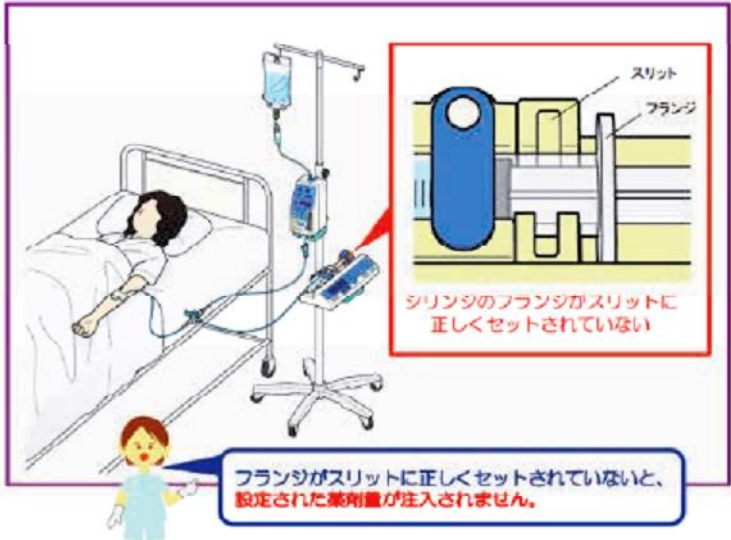
PMDA 医療安全情報	対策・POINT 安全使用のために注意するポイント
-------------	---------------------------

No.50 2017年3月  
『シリンジポンプセット時の注意について』

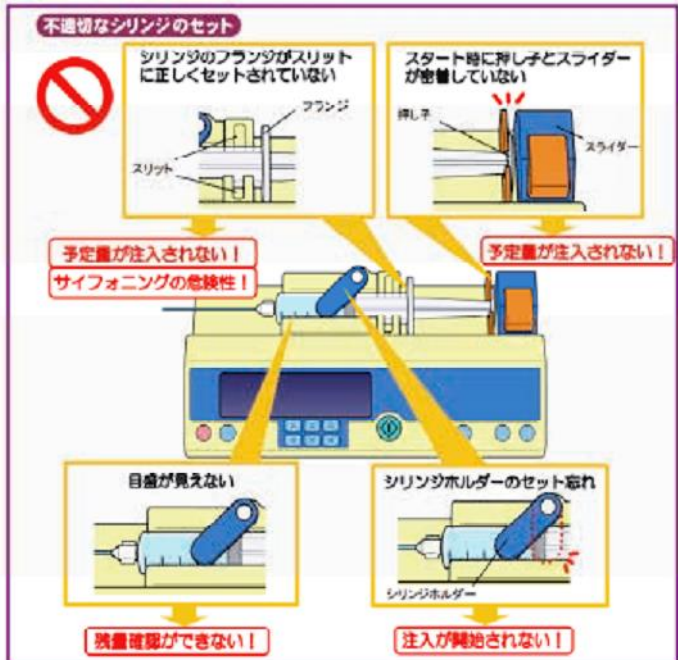
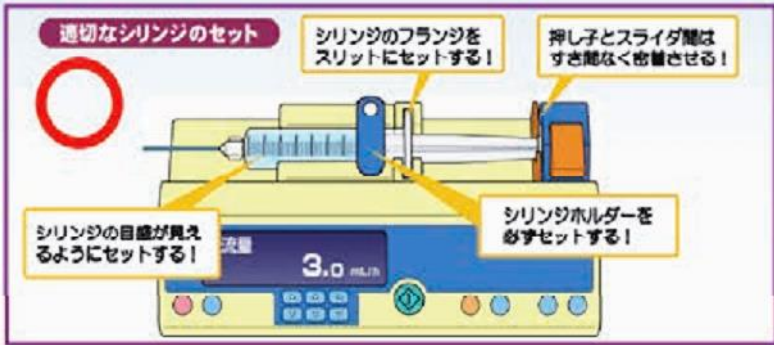
## 1. シリンジポンプセット時の注意点について

**事例**  
シリンジポンプにセットしたシリンジの薬液の残量を確認するために訪室したところシリンジのフランジがスリットにセットされていないかった。

シリンジがシリンジポンプに正しくセットされていることを確認すること。

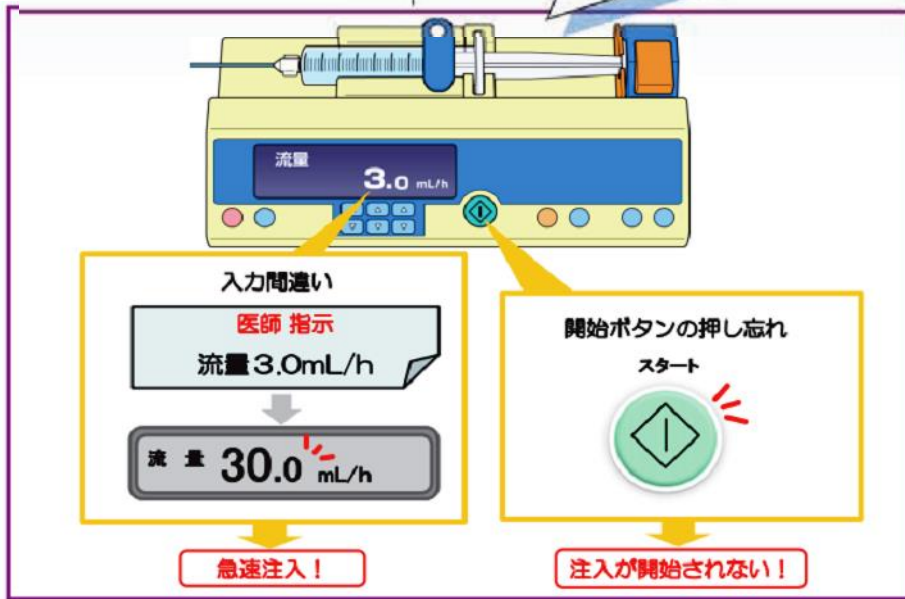


## 2. シリンジをセットする際の注意点



3. その他の注意点

シリンジポンプのセット誤り以外にも、**流量設定時の小数点や桁数の入力間違い**や**開始ボタンの押し忘れ**の事例があります。  
スタートボタンを押す前に、もう一度設定流量の確認をしましょう。



No.51 2017年9月

『一般名類似による薬剤取り違えについて』

事例

保険薬局が、一般名「一硝酸イソソルビド錠 20mg」の処方箋を受付けた際、アイトロール錠を調剤すべきところ、「硝酸イソソルビド錠 20mg」のフランドル錠と取り違え、調剤・交付した。

1. 一般名が類似する医薬品について

一般名が類似する薬剤が存在することを理解し、調剤する際は特に注意すること。

This block contains a prescription form on the left and two boxes of medication on the right. The prescription form is for '【般】一硝酸イソソルビド錠20mg 1日2錠 1回1錠 1日2回 朝夕食後 ○日分'. The medication boxes are:

- アイトロール 20mg (Aitrol 20mg):** A box with a red arrow pointing to it from a yellow box labeled '【般】一硝酸イソソルビド錠20mg'. Below it is the label '一硝酸イソソルビド'.
- フランドル 20mg (Flanor 20mg):** A box with a red 'no' symbol (a circle with a diagonal line) above it. Below it is the label '硝酸イソソルビド'.



2. 一般名処方時における取り違え防止対策

**処方せん記載例（その1）**

変更不可	<small>【変更不可】処方せんに記載された薬剤の名称・性状・用法用量・剤形・包装単位・製法・製造元等は、処方せんに記載されたものと一致するものを使用すること。</small>
処方	Rp1 【般】一硝酸イソソルビド錠20mg 1日2錠 1回1錠 1日2回 朝夕食後 ○日分 （備考：ブランド名「アイトロール」または後発品）
備考	<small>【備考】処方せんに記載された薬剤の名称・性状・用法用量・剤形・包装単位・製法・製造元等は、処方せんに記載されたものと一致するものを使用すること。</small>

処方欄の、各一般名処方に、備考として、先発品や代表的な後発品のブランド名を記載。

**処方せん記載例（その2）**

変更不可	<small>【変更不可】処方せんに記載された薬剤の名称・性状・用法用量・剤形・包装単位・製法・製造元等は、処方せんに記載されたものと一致するものを使用すること。</small>
処方	Rp1 【般】一硝酸イソソルビド錠20mg 1日2錠 1回1錠 1日2回 朝夕食後 ○日分
備考	Rp1：ブランド名「アイトロール」または後発品

備考欄に、先発品や代表的な後発品のブランド名を記載。



一般名処方による取り違えリスクが特に懸念される名称のものについては、ブランド名等を参照的に付記することができます。この場合でも、一般名処方加算は算定できます。ただし、併記されるブランド名は、処方薬に係る参考情報であることから、個別ブランドの指定と誤解されることのないようにする必要があります。調剤ミスを防ぐため、処方する医療機関のご協力をお願いします。

一般名処方における取り違え事例一覧

一般名	ブランド名（先発）
一硝酸イソソルビド 硝酸イソソルビド	アイトロール ブランドル
アロチノール塩酸塩 アテノール	アロチノール塩酸塩「DSP」 テノミン
エスタゾラム エチゾラム	ユーロジン デバス
セフカベンピボキシル塩酸塩 セフトレンピボキシル セフジニル セフトキシムプロキセチル	フロモックス メイアック セフゾン パナン
ニセルゴリン ニコランジル	サアミオン シグマート
ニソルジピン ニルバジピン	バイミカード ニバジール
フルバスタチン プラバスタチンNa	ローコール メバロチン
クロベタゾールプロピオン酸エステル クロベタゾン酪酸エステル	デルモベート キングドベート
ヘタメタゾンジプロピオン酸エステル ヘタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル	リンデロン-DP アンテベート
ラニチジン ラフチジン	ザンタック プロテカジン
ロフラゼブ酸エチル ロラゼパム	メイラックス ワイバックス

薬剤取り違え事例は、この他にも多数あります。よく取り違えられる一般名を把握・共有することで、調剤ミスを防ぎましょう。

一般名（一般名処方マスタ名）	ブランド名（先発）
サラゾスルファピリジン 錠 サラゾスルファピリジン 腸溶錠	サラゾピリン アザルフィジンEN
テオフィリン徐放錠（12～24時間持続） テオフィリン徐放錠（24時間持続）	テオドール ユニフィルA、ユニコン
ニフェジピン徐放錠（12時間持続） ニフェジピン徐放錠（24時間持続）	アダラートL アダラートCR



No.52 2017年12月

『開放式脳室ドレナージ回路使用時の注意について』

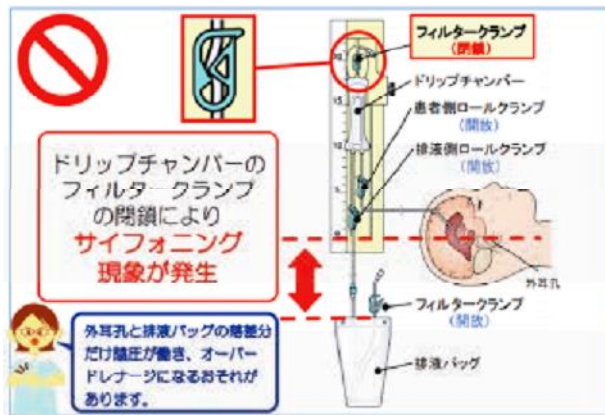
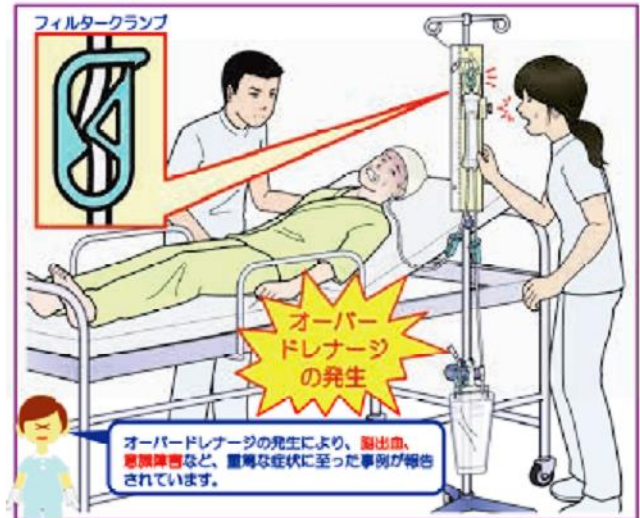
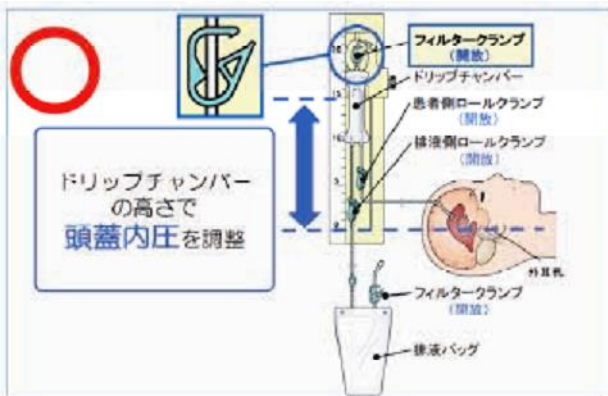
1. 開放式脳室ドレナージの取り扱い時の注意点（その1）

事例 1

体位変換後は、ドリップチャンバーのフィルタークランプを開放し忘れたところ、オーバードレナージが発生し、患者が頭痛と吐き気を訴えた。

体位変換後は、すべてのクランプが開放されているか必ず確認すること。

開放式脳室ドレナージ回路のしくみ



2. 開放式脳室ドレナージの取り扱い時の注意点（その2）

事例 2

清拭終了後、クランプを開放したが、ドリップチャンバー上部のフィルターが脳脊髄液で濡れていたため、オーバードレナージが発生し、患者が頭痛を訴え脳出血を認めた。

事例 3

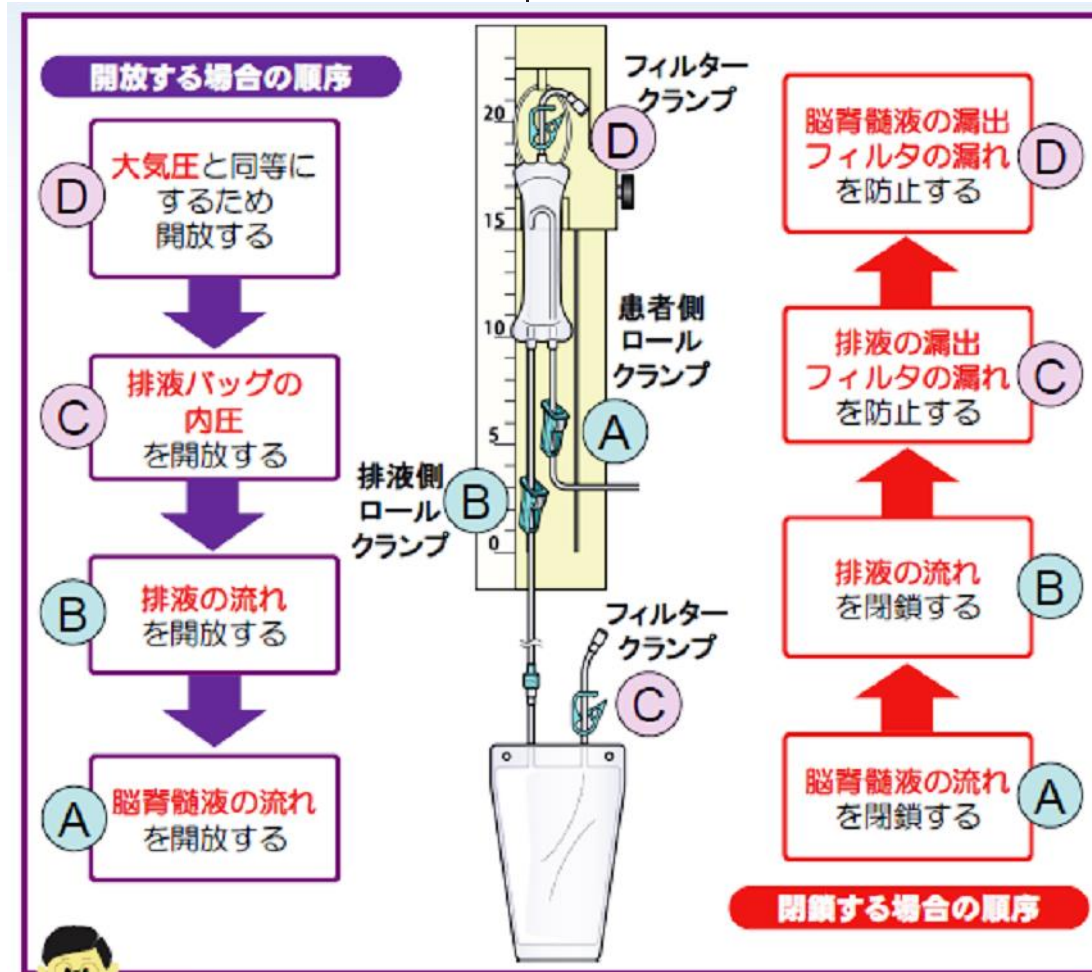
移動後にクランプを開放したが、ドリップチャンバー上部にあるチューブが潰れていたため、オーバードレナージが発生し、患者に出血・麻痺を認めた。

清拭終了後、移動後は、フィルターの濡れやフィルタークランプのチューブの潰れがないことを確認すること。



開放式脳室ドレナージ回路の正しい操作手順

各クランプの機能、ドレナージ回路のしくみを理解した上で、回路の操作をすること。



フィルタークランプの開放忘れを防ぐために、回路のしくみや管理方法について教育を行い、チェック方法等の院内手順を再確認してください。

本情報の留意点

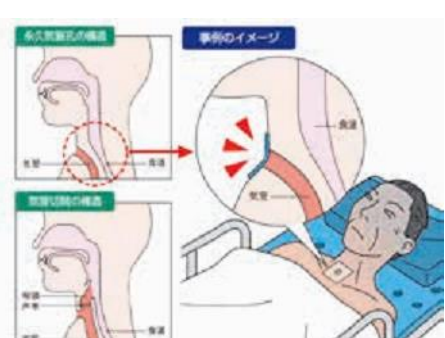
- \* このPMDA医療安全情報は、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び医薬品、医療機器の品質及び安全性の確保等に関する法律に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- \* この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- \* この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、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。





## V 公益財団法人日本医療機能評価機構

医療安全情報 要約	対策																				
<p>No.122</p> <p><b>透析前の体重測定の誤り</b></p> <p>適切な方法で体重を測定しなかったため、誤った体重をもとに透析を行い、過除水や除水不足となった事例が報告されています。</p> <p><b>事例1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ICUで患者の体重を測定し、透析を行った。翌日もICUで同じ設定で体重を測定し、透析を行った。3日目、透析室で透析を行う際に体重を測定したところ、患者の体重が目標体重より減っていた。ICUに問合せがあり、ICUのリフト式体重計のパネルを確認したところ、この体重計はストレッチャーシート分の重さとして、あらかじめ「-3kg」と設定して測定することになっていたが、「3kg」と設定されていた。そのため、ICUでは6kg多い体重をもとに除水量を計算して透析を行い、過除水になっていたことが分かった。</li> </ul> <p><b>事例2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>透析の際、当該患者の体重には義足を含めることになっていたが、看護師はこの患者の体重には義足を含めないと考え込んでいた。看護師は、義足を装着して車椅子に乗った患者の重さを測定した。その後、車椅子と義足の重さを測定し、最初に測定した重さから差し引いた値を体重としたため、義足分の1.3kg少ない体重となった。その体重をもとに除水量を計算して透析を行ったため除水不足となり、翌日に追加の透析が必要となった。</li> </ul>	<p><b>事例が発生した医療機関の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>透析前の体重測定の際に、体重計の設定や測定時の条件を確認する</li> </ul> <table border="1" data-bbox="845 515 1484 918"> <thead> <tr> <th>体重測定の結果</th> <th>実際の体重との差</th> <th>透析の結果</th> <th>背景</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実際の体重より多い</td> <td>+6kg</td> <td>過除水</td> <td>リフト式体重計はストレッチャーシート分として「-3kg」と設定することになっていたが、「3kg」と設定した</td> </tr> <tr> <td></td> <td>+0.9kg</td> <td></td> <td>計量部にスタッフが接触した状態で体重を測定した</td> </tr> <tr> <td>実際の体重より少ない</td> <td>-1.3kg</td> <td>除水不足</td> <td>当該患者の体重には義足を含めることになっていたが、看護師は義足の重さを差し引いた</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-5.6kg</td> <td></td> <td>体重計付ベッドは柵とベッドコントローラーを付けて測定することになっていたが、患者の移乗の際に外し、そのまま付けずに測定した</td> </tr> </tbody> </table>	体重測定の結果	実際の体重との差	透析の結果	背景	実際の体重より多い	+6kg	過除水	リフト式体重計はストレッチャーシート分として「-3kg」と設定することになっていたが、「3kg」と設定した		+0.9kg		計量部にスタッフが接触した状態で体重を測定した	実際の体重より少ない	-1.3kg	除水不足	当該患者の体重には義足を含めることになっていたが、看護師は義足の重さを差し引いた		-5.6kg		体重計付ベッドは柵とベッドコントローラーを付けて測定することになっていたが、患者の移乗の際に外し、そのまま付けずに測定した
体重測定の結果	実際の体重との差	透析の結果	背景																		
実際の体重より多い	+6kg	過除水	リフト式体重計はストレッチャーシート分として「-3kg」と設定することになっていたが、「3kg」と設定した																		
	+0.9kg		計量部にスタッフが接触した状態で体重を測定した																		
実際の体重より少ない	-1.3kg	除水不足	当該患者の体重には義足を含めることになっていたが、看護師は義足の重さを差し引いた																		
	-5.6kg		体重計付ベッドは柵とベッドコントローラーを付けて測定することになっていたが、患者の移乗の際に外し、そのまま付けずに測定した																		
<p>No.123</p> <p><b>永久気管孔へのフィルムドレッシング材の貼付</b></p> <p>患者の頸部の孔を永久気管孔と認識せず、塞いだ事例が報告されています。</p> <p><b>事例</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院時の担当看護師は、医師より患者が永久気管孔の造設後であることを聞き、看護プロファイルに入力した。入院後、初めてのシャワー浴の際、看護師Aと看護師Bは患者の頸部の孔が永久気管孔であることを知らないまま、2人で相談し、湯の流入を防ぐ目的で頸部の孔をガーゼとフィルムドレッシング材で保護した。その際、たまたま上部が完全に塞がれておらず、患者の「苦しくない」という口の動きを確認した。その後、患者のシャワー浴を担当することになった看護師Cも永久気管孔を造設していることを知らず、頸部のフィルムドレッシング材の上部が空いているのを見て湯が入ると思い、さらに上部を塞いだ。シャワー浴を開始して1分もしないうちに患者の全身色が不良となり、意識を消失した。頸部に貼っていたフィルムドレッシング材を剥がすと、患者は呼吸を開始し、意識を回復した。</li> </ul>	<p><b>事例が発生した医療機関の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>電子カルテやカンファレンスを活用して、患者が永久気管孔の造設後であることを情報共有する。</li> <li>入浴担当者は、患者の疾患や状態を理解したうえで、介助を行う。</li> </ul> <p><b>総合評価部会の意見</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>頸部の孔がある場合、その孔が永久気管孔であるかどうか確認しましょう。</li> <li>永久気管孔をフィルムドレッシング材で塞ぐと、呼吸ができません。</li> </ul> 																				



医療安全情報 要約

**No.125 術前に中止する薬剤の把握不足** —経口避妊剤—  
添付文書上、手術前4週以内の患者には「禁忌」と記載がある経口避妊剤を中止しなかったため、手術が延期になった事例が報告されています。

**事例 1**

・6ヶ月前、外来で初診を担当した医師Aは、患者がアンジュ錠を内服していることを問診票で確認していたが、担当を交代した医師Bへ伝えていなかった。その後、医師Bは、アンジュ錠は「手術前4週以内は禁忌」とは知っていたが、患者が内服していることを把握していなかったため、外来で中止の指示をしなかった。入院後、患者からの申し出によりアンジュ錠を内服しているが分かり、手術が延期となった。

**事例 2**

・患者は外科外来を受診し、約1ヶ月後に手術の予定となった。その際、患者はトリキュラー錠を内服していることを医師に伝えたが、医師は「手術前4週以内は禁忌」とあることに気付かず、トリキュラー錠の中止の指示をしなかった。看護師は、入院6日前に入院オリエンテーションを行った際、患者がトリキュラー錠を内服していることを知ったが、手術前に中止が必要な薬剤であるという知識がなかった。入院後、トリキュラー錠が中止されていないことに薬剤師が気付き、手術が延期となった。

**No.126 輸液中の四肢からの採血**

末梢静脈ラインから輸液中の四肢で採血を行ったため検査値に影響があり、患者に本来行う必要のない治療を指示または実施した事例が報告されています。

**事例 1**

・看護師Aは乳がん術後の患者の採血を行う際、ベッドの頭元に「右上肢での採血・血圧測定は禁止」と表示があるのを見て、末梢静脈ラインから輸液中の左上肢から採血を行った。1時間後、看護師Bは、検査部より血糖値が656mg/dLに上昇していると報告を受けた。主治医に報告し、ヒューマリン R10 単位投与の指示を受け、準備して患者の病室に行った。患者にインスリンを投与することを説明すると、患者から「なぜ血糖が高くなるのか」と質問があり、輸液中の左上肢から採血したことに気付いた。

**事例 2**

・夜勤看護師Aは採血を行う際、PICC カテーテルを留置している左上肢を避け、末梢静脈ラインから輸液中の右上肢から採血を行った。その後、検査部からナトリウム110 mEq/L、カリウム7.8 mEq/Lのパニック値であると連絡があり、医師から再検の指示を受けた日勤看護師Bは、再び右上肢から採血を行った。再検の結果もパニック値であったため、医師はカルチコールを投与し、GI(グルコース・インスリン)療法を行った。その後、医師は採血後に貼るパッド付き絆創膏が右上肢に貼付されているのを見て、輸液中の右上肢から採血したことに気付いた。看護師A、Bは、輸液中の四肢で採血すると検査結果に影響を及ぼす可能性があることを知らなかった。

対策

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・経口避妊剤は、手術前4週以内は内服禁忌であることを院内に周知する。
- ・薬剤師は、手術が決定した外来診察日に患者の内服薬の鑑別を行い、医師に情報提供する。

総合評価部会の意見

- ・術前チェックリストの中に内服禁忌の薬剤を明示し、確認を徹底しましょう。

薬剤名	背景	経口避妊剤
アンジュ錠28錠	初診を担当した医師Aは、患者が内服していることを把握していたが、医師Bへ伝えていなかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>●アンジュ21錠/28錠</li> <li>●オーン777A-21錠</li> <li>●オーンM-21錠</li> <li>●シンフェースT28錠</li> <li>●トリキュラー錠21/28</li> <li>●フタバワール錠21/28</li> <li>●マーベロン21/28</li> <li>●ラベルフェース21錠/28錠</li> </ul> <small>※内服は妊娠可能期間の避妊と有効性100% (2007.2008年)</small>
トリキュラー錠28	医師や看護師に手術前内服が禁忌である薬剤という知識がなかった	

●添付文書の「禁忌」に、「手術前4週以内、術後2週以内、産後4週以内及び長期間安静状態の患者 [血液凝固能が亢進され、心血管系の副作用の危険性が高くなること]」と記載されています。  
●月経困難症治療薬にも手術前4週以内の患者には「禁忌」と記載がある薬剤があります。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・輸液中の四肢から採血を行うと、検査値に影響する可能性があることを院内に周知する。
- ・検査結果が異常値の場合、患者の状態をアセスメントして治療の必要性を判断する。

採血部位	検査結果	指示または実施した治療	背景
左上肢	血糖値 656mg/dL	ヒューマリンR 10単位投与	・乳がん術後で「右上肢での採血・血圧測定は禁止」の表示がベッドの頭元にあった
記載なし	血糖値 上昇	過剰なインスリン療法	・採血することに集中し、輸液中であることを認識していなかった
右上肢	ナトリウム 110mEq/L カリウム 7.8mEq/L	カルチコール投与・GI療法	・左上肢にPICCカテーテルを留置していた ・輸液中の四肢で採血すると検査結果に影響を及ぼすことを知らなかった

事例1のイメージ

No.129 併用禁忌の薬剤の投与(第2報)

添付文書上、併用禁忌(併用しないこと)として記載のある薬剤を併用した事例が再び報告されています。

事例1

・イムラン錠を内服している患者の尿酸値が高くなり、医師は、フェブリク錠を新たに処方しようと思い、オーダーリング画面に入力したところ、併用禁忌のアラートが表示された。処方するためにはコメントの入力が必要であり、医師はコメントに「継続」と入力して処方した。保険薬局からの疑義照会はなく、患者はイムラン錠とフェブリク錠の内服を開始した。2ヶ月後、患者にめまい、ふらつき等の症状が出現した。ヘモグロビンが6.8g/dLに低下しており、イムラン錠とフェブリク錠を併用したことによる骨髄抑制であることが分かった。

事例2

・患者に静脈血栓があり、循環器内科の医師はワーファリン錠3mgを処方した。ワーファリン錠を開始した2日後、口腔内カンジダ症のため皮膚科の医師がフロリードゲル経口用を処方した。薬剤マスタの最終更新は添付文書が改訂され併用禁忌になった月の前月であったため、処方時にアラートは表示されなかった。薬剤部からの疑義照会はなかった。患者はフロリードゲル経口用の使用2日目、PT-INRが測定不能となった。患者のヘモグロビンは4.3g/dLに低下し、内視鏡検査で胃噴門部からの出血を認めた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・添付文書が改訂され新たに併用禁忌になった薬剤の情報を得た場合
  - \* 薬剤師は、各診療科に情報を周知する。
  - \* マスタ更新を速やかに行い、アラートを表示する。
- ・医師は、処方時にアラートが表示された際、処方内容が適切か確認する。
- ・薬剤の保管棚に「併用禁忌あり」と表示して注意喚起する。
- ・薬剤師は、併用禁忌の薬剤が処方された際、疑義照会を行う。

添付文書上、併用禁忌(併用しないこと)として記載のある薬剤を併用した事例が再び報告されています。

併用禁忌の薬剤の組み合わせ		件数
イムラン錠 (アザチオプリン)	フェブリク錠 (フェブキスチド)	3
ワーファリン錠 (ワルファリンナトリウム)	フロリードゲル経口用 (ミコトゾール)	2
ワーファリン錠 (ワルファリンナトリウム)	ケラム錠 (イグツアモド)	1
リスモダン (ジシヒラミド)	アペロックス錠 (モキシフロキサシン)	1
エフビー00錠 (セシロリン塩酸塩)	ベチロルファン注射液* (ベタジン塩酸塩)	1
オーラップ錠 (ヒモジン)	クラリス錠 (クラリスロマイシン)	1

\*ベチロルファン注射液は従来のベチロルファン注射液と異なる商品が上市されています。  
●ワーファリン錠とフロリードゲル経口用は、2016年10月に添付文書が改訂され、併用注意から併用禁忌に変更されました。

No.130 中心静脈ラインの開放による空気塞栓症

大気に開放される状態で中心静脈ラインの接続を外したことにより、血管内に空気が流入し、患者に影響があった事例が報告されています。

事例1

・看護師は患者が座位の状態更衣を介助した。その際、閉鎖式のコネクタと輸液ラインの接続が外れなかったため、中心静脈カテーテルのクランプを閉じないまま閉鎖式のコネクタを外した。中心静脈カテーテルが大気に開放され、空気が流入し空気塞栓による脳梗塞を起こした。

事例2

・看護師は中心静脈カテーテルのヘパリンロックを実施する際、中心静脈カテーテルに閉鎖式のコネクタが付いていると思い込み輸液ラインを外したところ、実際には閉鎖式のコネクタは付いておらず、中心静脈カテーテルが大気に開放された。患者は顔面蒼白となり、ベッド上に倒れた。頭部CTを撮影したところ、空気塞栓が疑われた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・閉鎖式のコネクタを使用しない場合、中心静脈カテーテルのクランプを閉じないまま接続を外すと、大気に開放され血管内に空気が流入する危険性があることを院内で周知する。
- ・中心静脈ラインの接続を外す際、閉鎖式のコネクタが付いていることやクランプが閉じていることにより患者側のラインが閉鎖されているか確認する。

大気に開放される状態で中心静脈ラインの接続を外したことにより、血管内に空気が流入し、患者に影響があった事例が報告されています。

本来外す部位

事例1のイメージ

接続を外した目的	件数
更衣	2
ヘパリンロック	2
輸液ラインの取り外し	2
採血	1

◆報告された7件の事例のうち6件は、患者が座位の状態で中心静脈ラインの接続を外した事例です。

医療安全情報 要約

対策

No.131 インスリン単位の誤解(第2報)

インスリンのバイアル製剤は、100単位/mLに濃度が統一されており、1単位は0.01mLです。

事例 1

・看護師は、スライディングスケールの指示でヒューマリン R 注 100 単位/mL 4 単位を皮下注射することを確認した。看護師は、インスリン専用の注射器があることは知っていたが、インスリンの 4 単位は 4mL であると思っていたため、5mL の注射器にヒューマリン R 注 4mL (400 単位)を準備し、皮下注射した。10 分後にリーダー看護師に報告した際、100 倍量を投与したことに気付いた。

事例 2

・後期研修医は、ヒューマリン R 注 100 単位/mL を 0.5 単位/h で投与する際、1 単位は 1mL と思っていたため、「ヒューマリン R 持続静注 0.5mL/h」の指示を出した。指示を受けた看護師は、「原液？」と思ったが、オーダー画面上でヒューマリン R 注のみ処方されていたため、原液で良いと思い誰にも確認しなかった。看護師は、ヒューマリン R 注の原液を 20mL の注射器に吸い、シリンジポンプにセットして 0.5mL (50 単位)/h で開始した。約 4 時間後、患者の血糖値が 30mg/dL に低下し、インスリンを過剰に投与していることに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・インスリンのバイアル製剤を使用する際は、専用の注射器を用いることを徹底する。
- ・インスリンのバイアル製剤のそばに専用の注射器を置く。

＜総合評価部会の意見＞

- ・インスリンのバイアル製剤は、1 単位が 0.01mL であることの教育を徹底する。

投与方法	投与すべき量	誤って投与した量
皮下注射	4単位(0.04mL)	4mL(400単位)
急速静注	2.6単位(0.026mL)	2.6mL(260単位)
持続静注	0.5単位(調製液0.5mL)/h	原液0.5mL(50単位)/h

実際の4単位



事例1のイメージ



No.132 オーバーテーブルを支えにした患者の転倒

患者がベッドから立ち上がる際などに、支えにしたオーバーテーブルが動き、転倒した事例が報告されています。

事例 1

・患者がトイレに行くため、看護師はオーバーテーブルのロックを解除した。患者は、ベッドから立ち上がる際にオーバーテーブルに手をついた。オーバーテーブルが動き、患者はバランスを崩して転倒し、大腿骨頸部を骨折した。

事例 2

・患者はカーテンを閉めようとしてベッドから立ち上がった。1人で歩けると思ったがふらつき、オーバーテーブルに手をついた。オーバーテーブルはロックがかかっていたが動き、患者は転倒した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・患者が安全に過ごせるようにベッド周囲の環境を整備する。
- ・オーバーテーブルに体重をかけると動き、バランスを崩して転倒する可能性があることを患者に具体的に説明する。

＜総合評価部会の意見＞

- ・ベッド周囲にはオーバーテーブルに限らず動くものがあるため、ベッド周囲のリスク評価を実施してください。

事例1のイメージ





## 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」

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

公益社団法人日本看護協会発行「医療安全に関する情報」

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/enzen/information/index.html>

厚生労働省 法令・通知等 安全管理体制全般に関するもの

<http://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」

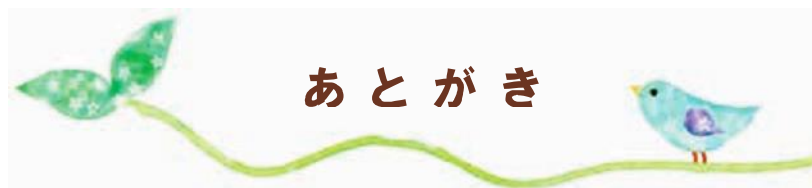
<http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0001.html>

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>



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。



平成29年の医療安全情報はいかがでしたか？  
警鐘事例の中に自施設での類似事例はあったでしょうか。  
医療安全への取り組みの中に他者の事故から学ぶと言うことがありますが、何を学ぶのが大切だと思います。この機会にマニュアルや手順の見直しに医療安全情報を活用していただければ幸いです。

また、医療安全情報ワーキンググループでは、施設を超えての情報交換に努めております。安全対策で効果があった取り組みや、日頃感じている疑問や悩み事などをお気軽にお知らせください。お待ちしております。

(神奈川県看護協会医療安全情報検討ワーキンググループ)

