

平成28年に発信された安全警報

平成29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。
今回は、平成28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

I 公益社団法人神奈川県看護協会

P2

- ・No.17 事故発生時の対応
- ・No.18 平成27年に発信された安全警報
- ・No.19 交流会から広める医療安全
- ・No.20 インシデントレポート

II 公益社団法人日本看護協会

P3

- ・医療安全管理体制などに関する情報
- ・医薬品管理に関する情報

III 厚生労働省 法令・通知

P4

- ・医療安全対策に係る制度等に関するもの
- ・個別の安全対策に関するもの

IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構

P6

PMDA

- ・No.37 2016年9月『インスリン注入器の取り扱い時の注意について 改訂版』(初版2013年4月)
- ・No.49 2016年11月『抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)について その2』

V 公益財団法人日本医療機能評価機構

P11

- ・No.110 誤った患者への輸血(第2報)
- ・No.111 パニック値の緊急連絡の遅れ
- ・No.113 中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症
- ・No.114 抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ
- ・No.116 与薬時の患者取り違え
- ・No.117 他施設からの食種情報の確認不足
- ・No.118 外観の類似した薬剤の取り違え
- ・No.119 シリンジポンプの薬剤量や溶液量の設定間違い
- ・No.120 薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与
- ・No.121 経鼻栄養チューブの誤挿入

I 公益社団法人神奈川県看護協会

医療安全情報 他	項目
<p>No17 事故発生時の対応 ～事実確認をおこなう上でのヒヤリングの基本的考え方～</p>	<p>1 座談会 テーマ『インシデント・アクシデントが起きた際のヒアリングのポイント』 ※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</p> <p>2 ヒヤリング時の留意点</p>
<p>No18 平成 27 年に発信された安全警報</p>	<p>I 神奈川県看護協会「医療安全情報」 II 日本看護協会「患者安全情報」 III 厚生労働省 法令・通知 IV 医薬品医療機能総合機構「PMDA 医療安全情報」 V 日本医療機能評価機構「医療安全情報」</p>
<p>No19 交流会から広める医療安全</p>	<p>1 神奈川県看護協会医療安全推進ネットワーク あらまし</p> <p>2 各分科会の活動報告 ①5S ②医療安全マニュアル ③医療安全と患者サポート ④院内ラウンド ⑤研修教材</p>
<p>No20 インシデントレポート</p>	<p>1 4施設の報告体制紹介 ◆報告媒体を紙で運用している施設 ①東海大学医学部附属大磯病院 ②菊名記念病院 ◆報告書の運用が電子媒体の施設 ③済生会横浜市東部病院 ④北里大学東病院</p>



No. 17



No. 18



No. 19



No. 20

Ⅱ 公益社団法人日本看護協会

	患者安全情報	内容他
医療安全管理体制などに関する情報	<p>平成 28 年 6 月 <厚生労働省> 医療事故調査制度に関する医療法施行規則の一部を改正する省令について</p>	<p>2016 年 6 月 24 日に医療事故調査制度に関して、医療法施行規則の一部を改正する省令が出されました。改正の要点は、病院等の管理者が行う医療事故の報告を適切に行うための体制確保に関する事と、医療事故調査等支援団体による協議会設置についてです。</p> <p>改正された医療法施行規則の一部を改正する省令、新旧対象条文、厚生労働省医政局通知をご確認ください。</p> <p>【医療法施行規則の一部を改正する省令】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働省令第百十七号(平成 28 年 6 月 24 日)PDF <p>【医療法施行規則 新旧対照条文】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法施行規則の一部を改正する省令新旧対照条文 PDF <p>【厚生労働省医政局通知】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法施行 規則の一部を改正する省令について(厚生労働省医政局長通知 医政発 0624 第 3 号 平成 28 年 6 月 24 日)PDF ・医療法施行規則の一部を改正する省令に伴う留意事項等について(厚生労働省医政局総務課長通知 医政総発 0624 第 1 号平成 28 年 6 月 24 日)PDF <p><厚生労働省> 特定機能病院の承認要件等に関する医療法施行規則の一部を改正する省令について</p> <p>2016 年 6 月 10 日に特定機能病院の承認要件等に関して、医療法施行規則の一部を改正する省令が出されました。</p> <p>大学附属病院において医療安全に関する重大な事案が発生したことを受け、よりいっそう高度な医療安全管理体制が特定機能病院等において確保することが目的です。医療安全管理責任者の配置、医療安全管理部門への専従の医師・薬剤師・看護師配置の原則義務化、などが改正されました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について(厚生労働省医政発 0610 第 18 号 平成 28 年 6 月 10 日)【通知】PDF ・医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について(厚生労働省医政発 0610 第 18 号 平成 28 年 6 月 10 日)【別添】PDF <p>日本看護協会機関誌『看護』2016 年 9 月号の記事もご活用ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本看護協会機関誌「看護」2016 年 9 月号 TOPICS「医療安全に係る医療法施行規則の改正について」PDF
医薬品管理に関する情報	<p>平成 28 年 11 月 <厚生労働省> サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミド製剤の院内処方薬の取扱いについて</p>	<p>レナリドミド製剤を服用すべき患者とは別の患者に与薬した事案の発生を受け、サリドマイド、レナリドミドおよびポマリドミド製剤の適正な管理についての通知が出されました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミド製剤の院内処方薬の取扱いについて(医療機関への注意喚起及び周知徹底依頼)PDF <p>サリドマイド、レナリドミドおよびポマリドミド製剤は、重大な副作用(強い催奇性)を起こす可能性があるため、安全管理手順に基づいた厳重な管理が求められています。投与時は、与薬の基本である 6R での確認をしましょう。協会ニュース 2016 年 10 月号の記事もご活用ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・協会ニュース 2016 年 10 月号「厚生労働省が『サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミド製剤の院内処方薬の取扱いについて』の通知を発出—誤薬防止のため『基本の 6R』の徹底を—」PDF

*詳細は、日本看護協会ホームページ内「医療安全に関する情報」を参照ください。

Ⅲ 厚生労働省 法令・通知

法令・通知等【安全管理体制に関するもの】		法令・通知等の内容
1 医療安全対策に係る制度等に関するもの		
(1)	<p>医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について 平成 28 年 6 月 10 日 医政発 0610 第 18 号</p>	<p>特定機能病院及び地域医療支援病院の在り方に関する検討会においてとりまとめられた「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース等を踏まえた特定機能病院の承認要件の見直しについて」等を踏まえ、医療法施行規則の一部を改正する省令により、医療法施行規則の一部を改正することとなった</p> <p>①改正省令の概要 (ア)特定機能病院の承認要件の見直しについて (イ)臨床研究中核病院の承認要件の見直しについて (ウ)病院の管理者が講ずべき医療安全の確保のための措置の見直しについて (エ)病院等の管理者が患者等を入院させ、又は入所させるに当たって遵守すべき事項の見直しについて</p> <p>②関連通知の改正 (ア)特定機能病院の承認要件の見直しについて (イ)臨床研究中核病院の承認要件の見直しについて (ウ)病院の管理者が講ずべき医療安全の確保のための措置の見直しについて</p>
(2)	<p>医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について 平成 28 年 6 月 24 日 医政総発 0624 第 1 号</p>	<p>平成 26 年 6 月 25 日付けで公布された、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律により、医療法の一部が改正された。このうち、改正後の法における医療事故調査及び医療事故調査・支援センターに関する規定については、平成 27 年 10 月 1 日から施行されているが、医療事故調査制度の運用の改善を図るため、医療法施行規則の一部を改正する省令が交付された</p> <p>第一 支援団体等連絡協議会について 第二 医療事故調査・支援センターについて 第三 病院等の管理者について 第四 医療安全支援センターについて</p>
2 個別の安全対策に関するもの		
(1)	<p>子どもによる医薬品誤飲事故の防止対策について(包装容器による対策を含めた取組みについて) 平成 28 年 7 月 15 日 薬生総発 0715 第 1 号 薬生安発 0715 第 1 号</p>	<p>平成 27 年度厚生労働科学特別研究事業「子供の医薬品誤飲防止のための包装容器評価に関する研究」の意見等を踏まえ、子どもによる医薬品誤飲事故防止のために配慮いただきたい点をまとめた</p> <p>①子どもによる医薬品誤飲事故のリスクや、事故発生時の対処方法(相談機関の利用等)について、保護者等に十分に周知されるよう、継続的な注意喚起や情報提供を実施するとともに、医療機関及び薬局等が注意喚起等を実施する場合において協力をすること</p> <p>②子どもが誤飲して重い中毒症状を呈するリスクが高いことから特に注意を要する医薬品を中心に、その包装容器について、子どもによる誤飲に対するリスクマネジメントを実施し、標準設計の作成等を検討すること</p>

法令・通知等【安全管理体制に関するもの】		法令・通知等の内容
(2)	医療機関における患者等の安全の確保について 平成 28 年 7 月 26 日 医政総発 0726 第 2 号	神奈川県相模原市の障害者支援施設において発生した事件を踏まえ、管下の医療機関に対し、下記の事項に留意し、医療機関の患者等の安全の確保に努めるよう注意喚起の依頼 ① 日中及び夜間における医療機関の管理・防犯体制、職員間の連絡体制を含めた緊急時の対応体制を適切に構築するとともに、夜間等における出入口は限られた場所とするなどの防犯措置を手一定すること ② 日頃から警察等関係機関との協力・連携体制に努め、有事の際には迅速な通報体制を構築すること ③ 取り組みを行う上で参考となること 「医療機関における安全体制につて(院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して)」
(3)	サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミド製剤の院内処方薬の取扱いについて(医療機関への注意喚起及び周知徹底依頼) 平成 28 年 8 月 4 日 医政総発 0804 第 1 号 薬生安発 0804 第 3 号	サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミド製剤は、「サリドマイド製剤安全管理手順(TERMS)」又は「レブラミド・ポマリドミド適正管理手順(RevMate)」により、その販売、管理、使用等の適正な管理が求められる製剤であるため、医療機関への周知徹底及び指導のお願い ① 患者への医薬品の使用にあたっては、各医療機関で定める医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を確認すること ② 医薬品に起因する医療事故等が発生した際には、各医療機関の医療安全管理者、医薬品安全管理責任者等に対して速やかに報告するとともに、医療機関内で情報の共有・注意喚起を行うなど必要な安全管理対策を講じること ③ サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミド製剤を取り扱う際は、全ての関係者がTERMS又はRevMateを遵守することが求められていることに鑑み、教育、研修等を通じて、従業者に対してこれらの製剤の取扱い方法を改めて周知徹底すること
(4)	医療機関における安全管理について 平成 28 年 11 月 25 日 医政総発 1125 第 2 号	医療機関において下記の取扱いを再度確認した上で、徹底を図り、周知するようお願い ① 医薬品の使用前には、容器やふた(汚染防止用のシールを含む。)の損壊や異物混入等がないかダブルチェックなどにより確認すること ② 注射薬の混合調剤を行う場合は、定められた環境、手順を遵守するとともに、処方箋・ラベル・注射薬の照合をダブルチェックなどにより確実にを行い、調剤後は原則として速やかに使用すること ③ 医薬品の保管に当たっては、適切な在庫・品質の管理を行うと共に、必要に応じ施錠管理等、盗難・紛失防止の対策をとる

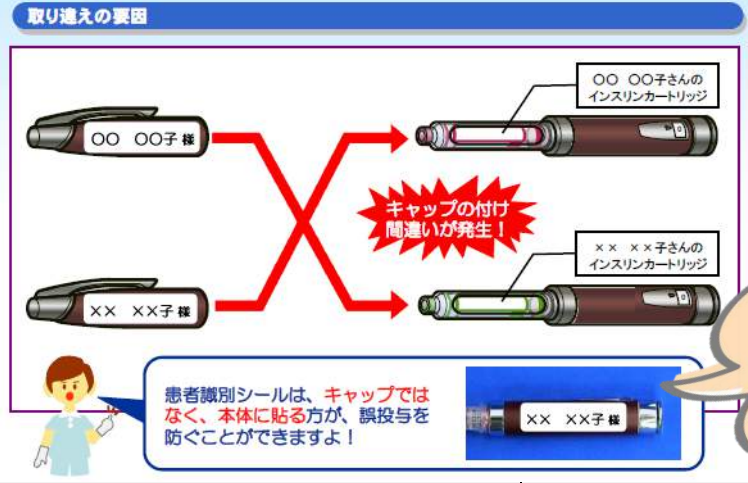
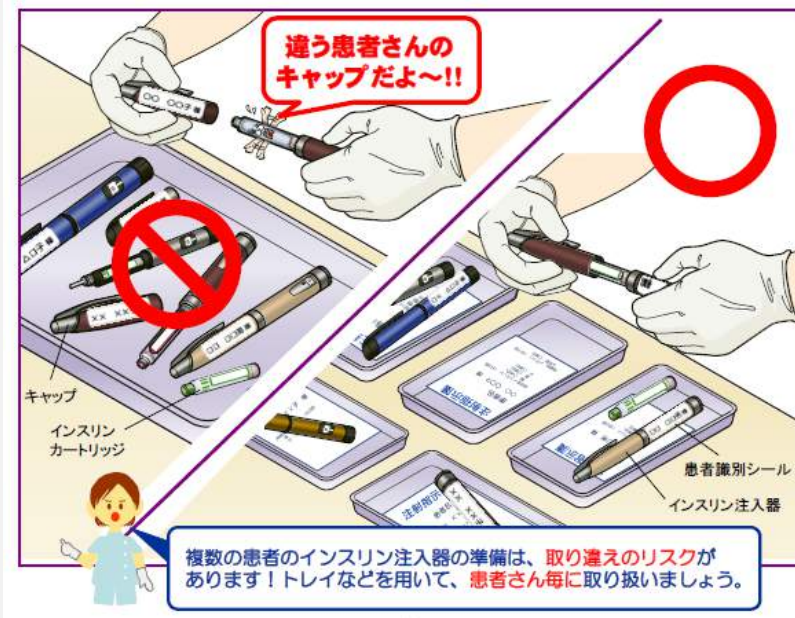
PMDA「医療安全情報」	POINT 安全使用のために注意するポイント
No.37 改訂版 2016年9月 『インスリン注入器の取り扱い時の注意について』 （初版 2013年4月）	

1 インスリン注入器の取り違え事例

事例 1

一度に複数の患者のインスリン注入器を準備していたところ、誤って他の患者のキャップを取り付けてしまい、取り違えが発生した。

インスリン注入器の準備（カートリッジのセットを含む）は患者毎に確認しながら行うこと。



識別シールを貼るならキャップではなく本体に貼りましょう。

2 インスリンのカートリッジの取り違い事例

事例 2

速効型を1日3回、持続型を寝る前に1回投与していた患者が持続型のインスリンカートリッジをセットするところ、誤って速効型をセットし、寝る前に投与してしまい、低血糖昏睡を起こした。

必ず、投与前にカートリッジの薬剤名を確認しましょう。

朝食直前	昼食直前	夕食直前	寝る前
			

寝る前は、「飯」のペン。
食事の前は、「青」のペン。

誤って速効型のインスリンをセットしてしまいました！

速効型インスリンカートリッジ

インスリン注入器使用時の注意点

薬剤名の確認！！

インスリン製剤の名称

インスリン製剤の色

インスリン注入器

インスリンカートリッジ

病棟や在宅で、インスリン注入器を数本使用する際、注入器の色によって区別していると、カートリッジを入れ間違えてしまった場合、誤投与のリスクがあります。
必ず、投与前にカートリッジの薬剤名を確認しましょう！

<p>サノフィ(株)</p>  <p>アビドラ注カート</p>  <p>ランタス注カート</p>	<p>ノボルディスクファーマ(株)</p>  <p>ノボラピッド注ペンフィル</p>  <p>レベミル注ペンフィル</p>	<p>イーライリリー(株)</p>  <p>ヒューマログ注カート</p>  <p>ヒューマログミックス50注カート</p>
--	---	---

No.49 2016年11月

『抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)について その2』

1 抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の服用方法等について

- 抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサートは、休薬期間(薬を飲まない期間)が必要な、特殊な服用方法の内服薬です。

服用方法 ⚠️ 「関節症状を伴う若年性特発性関節炎」に使用する場合も同じです。用法・用量については、添付文書でご確認ください。

1週間に1回の場合	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
	朝 のむ	← 休薬期間(薬を飲まない期間) →					

1週間に2回の場合	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
	朝 のむ	夕 のむ	← 休薬期間(薬を飲まない期間) →				

1週間に3回の場合	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
	朝 のむ	夕 のむ	朝 のむ	← 休薬期間(薬を飲まない期間) →			

← この服用方法を、1週間毎に繰り返します →



あやまって連日服用すると、骨髄抑制などの重篤な副作用の発現のおそれがあります！

2 抗リウマチ剤メトトレキサート製剤を取扱う時の注意 その1

事例 1

入院となった関節リウマチ患者さんの持参薬のメトトレキサート製剤に、服用日時欄の記載が無かったため、看護師が連日配薬してしまいました。

薬剤交付時または配薬時には、必ず服用日時欄に記載すること

服用日時の記入！！

服用日時の訂正が必要な場合は、企業提供の「訂正用シール」を活用



自施設で採用している薬剤を把握して、対策に活かせましょう。

ファイザー（株）

リウマトレックスカプセル2mg

沢井製薬（株）

メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」

東和薬品（株）

メトトレキサートカプセル2mg「トーワ」

あゆみ製薬（株）

メトレート錠2mg

田辺三菱製薬（株）

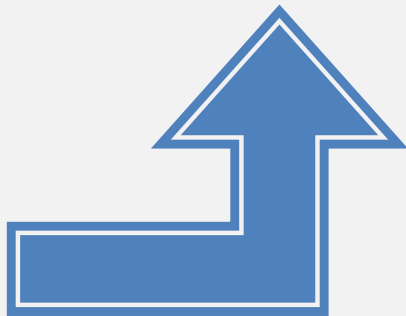
メトトレキサート錠2mg「タナベ」

シオノケミカル（株）

メトトレキサートカプセル2mg「SN」

サンド（株）

メトトレキサートカプセル2mg「サンド」



服薬日時を記入していないことが多く、服用方法を間違える事例が後を絶ちません。患者の服用スケジュールを確認して、服薬日時を記入してください。

3 抗リウマチ剤メトトレキサート製剤を取扱う時の注意 その2

事例2

数年前からメトトレキサート製剤を服用している関節リウマチの患者さんが、自己判断で過去に処方されたメトトレキサート製剤の残薬を連日服用してしまっただ。

残薬の誤服用を防ぐため、服用状況や残薬確認を行うこと。

長年、メトトレキサート製剤を服用されている患者さんでも、服用方法を正しく理解していない可能性がある為、患者さんの理解度に応じて、服用方法について繰り返しの指導を行うこと。

<資料の一部>

メトトレキサート製剤を取扱う企業各社が作成している服用間違い防止の資料なども、併せてご活用ください。

服薬カレンダー



この「PMDA医療安全情報No.49」に関連した通知が厚生労働省より出されています。

- 平成20年8月29日付 薬食安発第0829001号通知
「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)に関する医療事故防止対策について」
- 平成20年10月20日付 医政総発第1020001号・薬食総発第1020001号・薬食安発第1020001号連名通知
「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与(過剰投与)防止のための取扱いについて(注意喚起)」

本通知については、医薬品医療機器総合機構ホームページ (<http://www.pmda.go.jp/>) > 安全対策業務 > 情報提供業務 > 医療安全情報 > 医薬品・医療機器に関連する医療安全対策 に掲載しております。

なお、本医療安全情報に掲載した抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の添付文書についての情報は、 (<http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/>) でもご覧頂けます。

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。



医療安全情報 要約	対策																								
<p>【No110 誤った患者への輸血(第2報)】</p> <p>輸血用血液製剤を接続する直前に、患者と使用すべき製剤の照合を行わなかった事例が再び報告されています。そのうち13件は、照合に用いる認証システムがあったにもかかわらず、使用しなかった、または使用したが適切でなかった事例です。</p> <p>事例 1</p> <p>医師は、輸血部から患者AのRCC-LR(A型)が届いた際、伝票と製剤の照合に続いて開始入力(患者と製剤の照合)を行った。しかし、FFPを輸血中であったため、看護師XにRCC-LRを保冷庫に保管するよう伝えた。</p> <p>看護師Xはベッド番号を記入したトレイにRCC-LRを入れて保冷庫に保管し、「開始入力済」であると看護師Yに申し送った。看護師Yは、患者AのRCC-LRを準備する際、トレイの番号を見誤り、患者BのRCC-LR(AB型)を取り出し、点滴棒にかけた。</p> <p>その後、看護師Yは看護ケア中にFFPが終了することに気づき、点滴棒にかけていた患者BのRCC-LRを、照合しないまま接続した。患者Bの輸血がないと報告があったため確認したところ、患者Aに患者BのRCC-LRを投与したことがわかった。</p> <p>事例 2</p> <p>患者(A型)にFFPが投与されていた。看護師は次に投与するFFPを準備をする際、冷凍庫から患者A(A型)のFFPを取り出すつもりで、引き出しが上下に隣接しており残数も同じO型のFFPを取り出し、確認しないまま解凍器にセットした。その後、バーコードによる輸血認証をしたところ、血液型が異なるというエラーが認証システムの画面上に表示されたが、看護師はエラーは機械の故障によるものと思い込み、そのまま接続した。輸血伝票の処理を行っていた際、輸血バッグに付いているシールの色が違うことに気づき、誤ったFFPを投与したことが分かった。</p>	<p>事例が発生した医療機関の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する直前に、患者と投与する製剤の照合を行う <p>総合評価部会の意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者と製剤の照合は、投与直前に患者のそばで行いましょう。 ・認証システムにエラーやアラートが出た際は、手を止めて原因を確認しましょう <table border="1" data-bbox="798 846 1492 1265"> <thead> <tr> <th>認証システムの使用状況</th> <th>件数</th> <th>使用が適切でなかった内容</th> <th>件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>使用しなかった</td> <td>5</td> <td>患者から離れた場所で認証システムを使用し、別の患者のところに製剤を持っていった</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>使用した</td> <td>8</td> <td>認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し、投与する際に別の患者の製剤を取り出した</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>認証システムに血液型が異なるというエラー表示が出たが、機械の故障と判断した</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>認証システムの画面が進まない理由を、医師の指示に問題があると判断した</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>投与開始後に認証システムを使用した</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	認証システムの使用状況	件数	使用が適切でなかった内容	件数	使用しなかった	5	患者から離れた場所で認証システムを使用し、別の患者のところに製剤を持っていった	3	使用した	8	認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し、投与する際に別の患者の製剤を取り出した	2			認証システムに血液型が異なるというエラー表示が出たが、機械の故障と判断した	1			認証システムの画面が進まない理由を、医師の指示に問題があると判断した	1			投与開始後に認証システムを使用した	1
認証システムの使用状況	件数	使用が適切でなかった内容	件数																						
使用しなかった	5	患者から離れた場所で認証システムを使用し、別の患者のところに製剤を持っていった	3																						
使用した	8	認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し、投与する際に別の患者の製剤を取り出した	2																						
		認証システムに血液型が異なるというエラー表示が出たが、機械の故障と判断した	1																						
		認証システムの画面が進まない理由を、医師の指示に問題があると判断した	1																						
		投与開始後に認証システムを使用した	1																						

医療安全情報 要約

対策

【No111 パニック値の緊急連絡の遅れ】

パニック値の緊急連絡が医師に伝わらなかったため、患者の治療が遅れた事例が報告されています。

事例 1

診察前に実施した血液検査でヘモグロビン値が低下していたため、鉄剤を処方され、患者は帰宅した。診察時、血糖値は「検査中」と表示されていたが、実際は異常値で再検中であった。患者の血糖値は 800mg/dL であったため、本来であればパニック値として検査部より医師に報告するところ、臨床検査技師は昼休憩の時間帯で人数が少なかったため余裕がなく、連絡を忘れた。10 日後、患者から倦怠感があると電話があり、医師が前回の検査結果を確認したところ血糖値が 800mg/dL であったことが分かり、入院となった。

事例 2

外来で採血後、患者は入院した。患者は全身倦怠感があり、血圧 80/50mmHg、呼吸促迫状態で SpO2 が 89%であることを病棟看護師は確認した。臨床検査技師は血清カリウム値がパニック値(6.4mEq/L)であったため、再検後に外来看護師に報告した。外来看護師より、病棟に直接連絡してほしいと依頼があり、臨床検査技師は病棟の看護師に報告した。

病棟看護師は主治医が不在時の連絡方法を知らず、パニック値が医師に伝わらなかった。

【No113 中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症】

座位で中心静脈カテーテルを抜去後、空気塞栓症をきたした事例が報告されています。

事例 1

医師は中心静脈カテーテル(ブラッドアクセス)の抜去のため訪室したところ、患者は座っていた。医師は座位で抜去することの危険性を知らず、座位のまま中心静脈カテーテルを抜去した。その後、患者は呼吸困難を生じ、脳梗塞を発症した。カテーテル抜去部から空気が血管内に流入したことによる空気塞栓症と考えられた。

事例が発生した医療機関の取組み

- ・検査値がパニック値であった場合の報告手順を院内に周知する。
- ・検査部では、パニック値の連絡を行った際、検査結果、連絡者、連絡先医師名を記録に残す。
- ・主治医不在時の連絡・対応体制を構築し、周知する。

検査項目	検査値	背景
グルコース	800mg/dL	・臨床検査技師は、昼休憩の時間帯で人数が少なかったため余裕がなく、報告を忘れた
グルコース	892mg/dL	・臨床検査技師は、内科外来に電話したが誰も出ず、電子カルテ上患者の会計が終了していたので報告しなかった
カリウム	6.4mEq/L	・臨床検査技師は、外来看護師に伝えたが、すでに入院しているため病棟に電話するよう言われ、病棟看護師に伝えた ・病棟看護師は、主治医不在時の連絡方法を知らなかった

事例が発生した医療機関の取組み

- ・「中心静脈カテーテル抜去の方法」のマニュアルを作成する。
 - 体位は仰臥位またはトレンデレンブルグ位とする。
 - 吸気後に息を止めてもらいカテーテルを抜去する。
 - 抜去部は5分以上圧迫する。
 - 抜去部は密閉性の高いドレッシング材で覆う。
- ・中心静脈カテーテルの研修会の内容に、抜去時の注意事項を追加する。

事例 2

研修医は中心静脈カテーテル(ダブルルーメン)を抜去する際、仰臥位またはトレンデレンブルグ位とすることを知らず、患者に座位のまま息止めをしてもらい抜去した。

研修医は抜去部を約 3 分間圧迫後、数分かけて皮膚に残っていた糸を除去した。その際、患者は気分不良を訴え、意識消失した。CT を撮影したところ、右内頸静脈内に少量のガス像を認め、中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症と考えられた。



【No114 抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ】

観血的医療行為のために中止していた抗凝固剤または抗血小板剤の再開を忘れたことにより、患者に影響があった事例が報告されています。

事例 1

医師は手術のため、患者の抗凝固剤(ワーファリン錠)を中止した。術後出血のリスクを考え、抗凝固剤の再開時期を遅らせる予定であったが、そのまま再開していなかった。術後 17 日目、医師が患者に声をかけると反応がなかったため頭 CT 検査を行ったところ、脳梗塞を認めた。

事例 2

手術の 1 週間前より抗血小板剤(バイアスピリン錠)を中止した。医師は入院時指示に「手術翌日よりバイアスピリン錠再開」と記載したが、看護師は指示を見落とし再開していなかった。術後 9 日目、患者が傾眠傾向であったため頭 MRI 検査を行ったところ、多発性の脳梗塞を認めた。

事例が発生した医療機関の取組み

- ・術後指示に抗凝固剤や抗血小板剤の再開日の記入欄を追加する。
- ・病棟薬剤師は、術後の抗凝固剤や抗血小板剤の内服状況について、医師に情報提供する。

主な薬効	薬剤名	再開忘れに気付いた時期	背景
抗凝固剤	ワーファリン錠	観血的医療行為の 17日後	抗凝固剤の再開可能な時期になっても再開について検討されなかった。
	ワーファリン錠	観血的医療行為の 10日後	「薬剤全て再開」と指示したため、手術直前まで内服していた薬剤のみ再開し、それより前に中止していたワーファリン錠は再開されなかった。
	ブラザキサカプセル	観血的医療行為 中止の 14日後	腎生検が中止になった際、中止していたブラザキサカプセルの再開を忘れた。
抗血小板剤	バイアスピリン錠	観血的医療行為の 9日後	「手術翌日よりバイアスピリン錠再開」の指示があったが、指示を見落とした。

【No116 与薬時の患者取り違え】

与薬時、患者氏名を確認しなかった、または確認する方法が適切でなかったため、患者を取り違えた事例が報告されています。

事例 1

看護師は、患者 B の氏名が記載してある薬を持って患者Aのところに行った。

看護師は患者Aを患者Bと思い、患者Bの薬を見せながら「Bさんですね」とフルネームで声をかけた。患者Aは「はい」と返答し、患者Bのプロセミド錠40mg錠を内服した。看護師は、その直後に患者Aのネームバンドの名前が目に入り、間違いに気づいた。

事例が発生した医療機関の取組み

- ・与薬時、薬包などの氏名とネームバンドを照合する。
- ・口頭で患者を確認する際は、患者に氏名を名乗ってもらい、薬包などの氏名と照合する。

事例 2

看護師は、患者Bに睡眠薬を投与する際、患者Aを患者Bと思い込み、同性で同年代の患者Aの病室に行った。看護師は、薬包の患者氏名とネームバンドの照合を行わず、患者Bの薬を患者Aの胃管より投与した。その後、患者Aが舌根沈下を起こした際、看護師は患者Aには睡眠薬の指示がなかったことに気付いた。患者Aのゴミ箱を見ると患者Bの氏名が記載された空の薬包があった。



【No117 他施設からの食種情報の確認不足】

食種に関する情報を確認しなかったため、患者に適さない食事を提供した事例が報告されています。

事例 1

医師は入院時の食事の指示をする際に、診療情報提供書に記載された食種を確認せず、「常食」と入力した。看護師は食事をセッティングした際、患者の咀嚼・嚥下状態を観察しなかった。15分後、患者がむせていると報告があり訪室すると、SpO2は80%に低下していた。米飯が多量に吸引され、SpO2は97%に改善した。その後、看護師が転入前の食種を確認すると、前医では「全粥・粗刻み食」を提供していたことが分かった。

事例 2

医師は入院時の食事の指示をする際に、転入前の施設から食種に関する情報を得ていなかったため、とりあえず「常食」をオーダーした。看護師は夕食のセッティングをして、食事の摂取を3口ほど見守り退室した。その後、食事摂取状況の確認のために訪室すると、患者はベッド上でぐったりしており、呼名に反応せず、口腔内にはミカンや米飯などが多量にあった。入院時に患者が持参した看護サマリに「全粥・軟菜・刻み食」と食種が記載されていたが、看護師は確認していなかった。

事例が発生した医療機関の取組み

- ・他施設からの診療情報提供書や看護サマリを確認し、患者に適した食種を選択する。

他施設からの食種情報	提供した食事	患者の年齢	背景
全粥・粗刻み食	常食	80代	・医師は入院時の食事の指示をする際に、診療情報提供書に記載された食種を確認しなかった
全粥・軟菜・刻み食	常食	70代	・医師は、入院時に食種に関する情報を得ておらず、とりあえず「常食」をオーダーした ・看護師は、転入前の施設からの看護サマリの内容を確認しなかった
粥・刻み食	常食	80代	・転入前の施設からの食種の情報提供が遅れた

【No118 外観の類似した薬剤の取り違い】

薬剤を取り違えた背景・要因として、アンプルや包装の色が類似していたと記載されている事例の報告があります。いずれも、薬剤名を確認していなかった事例です

事例が発生した医療機関の取組み

- ・薬剤を手にとった際、アンプルや包装に記載された薬剤名を確認する。

事例 1

手術中、患者が吐き気、気分不快感を訴えた。術者の医師 A より「プリンペランiv」と口頭指示が出た際、看護師は他の処置を行っていたため、医師 B がプリンペランは茶色のアンプルという認識で薬剤を取り出し、一人で準備し、投与した。その後、患者の血圧は 60~80mmHg 台となりエフェドリンを投与した。手術終了後、看護師が術中使用した薬剤のアンプルを確認した際、プリンペランの空アンプルがなく、使用していないはずのペルジピンの空アンプルがあった。医師 B に確認したところ、薬剤を取り違えてペルジピンを投与したことが分かった。

事例 2

患者は外来を受診し、保険薬局で内服薬を受け取り、帰宅した。受診後より食欲不振、倦怠感が強く、歩行困難となった。2 日後、症状が改善しないため外来を受診し、脱水状態で入院となった。入院後、持参薬を確認したところ「ワーファリン錠 1mg3 錠 1 日 1 回夕食後」の薬袋に、ラシックス錠 40mg が入っていることに気付いた。保険薬局へ確認すると、薬剤師は調剤の際に同じ棚の赤い PTP 包装を見てワーファリン錠だと思い込み、鑑査でも間違いに気付かないまま患者に渡していたことが分かった。

【No119 シリンジポンプの薬剤量や溶液量の設定間違い】

シリンジポンプの薬剤量や溶液量の入力を間違えたため、設定上誤った濃度となり、意図しない流量で薬剤を投与した事例が報告されています。

事例 1

シリンジポンプでプロポフォールを投与する際、薬剤量「10mg」、溶液量「1mL」と設定しようとしたところ、薬剤量を「1mg」と誤って入力した。そのため、実際の10分の1の濃度に設定され、投与予定の10倍に換算された流量で開始した。投与開始3分後、シリンジポンプの設定の誤りに気づき投与を中止した。

事例 2

医師は、アルチバを溶解しシリンジポンプにセット後、体重「60kg」、薬剤量「0.1mg」、溶液量「1mL」、投与量「0.5 μg/kg/min」と設定したつもりであった。投与開始直後に血圧低下を認めたため確

総合評価部会の意見

- ・アンプルや包装の色が類似した薬剤が存在することを認識しましょう。
- ・アンプルや包装の色で判断せず、薬剤を手にとった際に薬剤名を確認する手順を決め、遵守しましょう。

種類	形態	色	投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
注射薬	アンプル	茶	セレネース注5mg	サイレース静注2mg
			ラシックス注20mg	プリンペラン注射液10mg
			プリンペラン注射液10mg	ペルジピン注射液2mg
内服薬	PTP包装	赤	ワーファリン錠1mg	ラシックス錠40mg



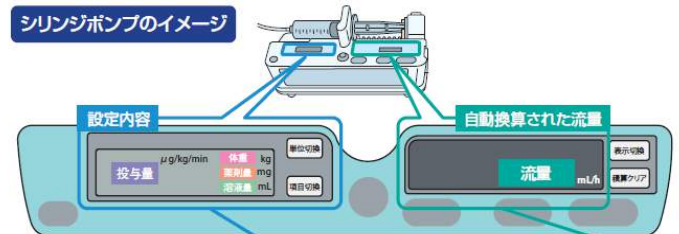
◆第45回報告書(2016年6月公表)のP141に薬剤のカラー写真を掲載しています。
(http://www.med-safe.jp/pdf/report_2016_1_T002.pdf)

事例が発生した医療機関の取組み

- ・シリンジポンプに設定した薬剤量や溶液量を投与開始直前に確認する。

総合評価部会の意見

- ・換算された流量が正しいかどうか確認しましょう。



薬剤名	設定内容				設定上の濃度間違い	流量間違い
	体重(kg)	薬剤量(mg)	溶液量(mL)	投与量* (μg/kg/min)		
プロポフォール	予定: 未記載 実際: 未記載	10 1	1	未記載 (mg/kg/h)	1/10	10倍
アルチバ	予定: 60 実際: 60	0.1 0.1	1 5	0.5	1/5	5倍
ボスミン	予定: 10 実際: 10	0.3 0.3	10 1	0.05	10倍	1/10

医療安全情報 要約

対策

認すると、溶液量を「5mL」と誤って入力していた。そのため、実際の5分の1の濃度に設定され、投与予定の5倍に換算された流量で投与していた。医師は、表示された流量を投与前に確認していなかった。

【No120 薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与】

薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤を投与したところ、意図した薬剤とは別の薬剤であった事例が報告されています。

事例 1

小児患者のMRI検査のため、医師は病棟でチトゾール注用 0.5g を溶解後、5mL の注射器に小分けにして検査室に持参した。その際、注射器に薬剤名・患者氏名を明記することになっていたがしていなかった。医師は、検査室の台に自分の白衣とチトゾールの注射器を置いた。造影剤は準備されていなかったが、診療放射線技師は、台に置いてある注射器に他の技師が準備した造影剤が入っていると思い込み、医師へ手渡した。医師は造影剤には量が少し多いと思ったが確認しないまま、患者の状態を観察しながら投与した。投与直後に患者の呼吸数が低下し、間違いに気付いた。

事例 2

看護師は、ビソルボン注の急速静注とヘパリンの持続静注の更新のため、トレイを持って部屋に行った。トレイには、薬剤名のラベルを貼ったビソルボン注の注射器とビソルボン注の投与前後に注入する生理食塩液 20mL の注射器、ラベルのないヘパリン 1万単位＋生理食塩液(合計 20mL)の注射器の計3本が入っていた。看護師は、ラベルのない注射器に生理食塩液が入っていると思い込み、ビソルボン注の投与前後に全量投与した。その後、別の看護師がトレイ内に生理食塩液が残っているのを発見し、誤ってヘパリン調製液を投与したことに気付いた。

【No121 経鼻栄養チューブの誤挿入】

経鼻栄養チューブを挿入後、気泡音の聴取のみで胃内に入ったと判断したが、実際には気道に誤挿入されていた事例が報告されています。

いずれも、誤挿入のまま栄養剤や内服薬を注入し、患者の呼吸状態に影響があった事例です。

事例が発生した医療機関の取組み

・注射器には必ず薬剤名を表示し、投与直前に確認する。

事例1のイメージ



注射器のサイズ	意図した薬剤	誤って投与した薬剤
5mL	プロハンス静注 (MRI用造影剤)	チトゾール注用 (全身麻酔剤)
20mL	生理食塩液	ヘパリン (1万単位) +生理食塩液
20mL	ガスター注射液1A +生理食塩液	フェンタニル注 0.1mg5A +生理食塩液

医療安全情報 要約	対策
<p>事例 1</p> <p>医師は、気管切開している患者に経鼻栄養チューブを挿入後、気泡音を聴取し、チューブが胃内に入ったと判断した。その後、看護師が栄養剤の注入を開始したところ、患者は咳き込み、呼吸苦しを訴えた。医師は気管孔から気管支鏡を行い、気管内に経鼻栄養チューブが挿入されていることが分かった。</p> <p>事例 2</p> <p>看護師は経鼻栄養チューブを挿入後、胃内容物を吸引できなかったが、他の看護師と2名で気泡音を聴取し、チューブが胃内に入ったと判断した。看護師は、内服薬を注入する前に、再度、他の看護師と気泡音を聴取した。内服薬を溶かした白湯を注入したところ、咳嗽が出現しSpO2が80%前後に低下した。胸部エックス線撮影を行い、右気管支に経鼻栄養チューブが挿入されていることが分かった。</p>	<p>事例が発生した医療機関の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経鼻栄養チューブの挿入後、胃内容物を吸引して胃内に入ったことを確認する。胃内容物が吸引できない場合、エックス線撮影により チューブの先端の位置を確認する。 <p>総合評価部会の意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経鼻栄養チューブが胃内に挿入されていることを確認する際、気泡音の聴取のみでは信頼できる方法ではありません。 ・経鼻栄養チューブの挿入後、胃内に挿入されていることを確認する手順を決め、遵守しましょう。 <p>事例1のイメージ</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」

<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/anken/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。



あとかき



平成 28 年の医療安全情報はいかがでしたか？繰り返し報告されている警鐘事例について、すでに、皆様の施設では何らかの取り組みがされていますでしょうか？

今回報告された複数事例を、一人ひとりが自施設の安全マニュアルに照らし合わせながら、組織全体の安全活動の実現に向けてこの医療安全情報を活用していただければ幸いです。

医療安全情報ワーキンググループは、今、皆様が医療安全に関わる領域において困っていることをいち早くキャッチし、それに対する改善に向けた複数施設の取り組みを今後も紹介してまいります。

(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)

