

《平成 26年に発信された安全警報》



平成 27 年 3 月 発行

向春の候、ますますご清祥のことと存じます。

皆様におかれましては、どのような平成 27 年のスタートでしょうか？

今回の医療安全情報は、例年通り平成 26 年に各機関より発信された警報や通知についてまとめ、再掲しました。皆さんの医療安全活動の一助になれば幸いです。

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致します。

I 公益社団法人神奈川県看護協会

- ・No. 9 マニュアル…作成ポイントとその活用
- ・No.10 平成25年に発信された安全警報
- ・No.11 福祉用具（車いす・歩行器など）の安全点検・整備について
- ・No.12 『個人情報保護対策』整備よできていますか？
- ・No.13 その確認、大丈夫ですか？

II 公益社団法人日本看護協会

- ・医療看護の安全に関する法令・通知等 2014 年 2 月
長期に使用している電動ベットの安全使用について
- ・医療事故調査制度

III 公益財団法人日本医療機能評価機構

- ・No.86 禁忌薬剤の投与
- ・No.87 足浴やシャワー浴時の熱傷
- ・No.89 シリンジポンプの取り違え
- ・No.90 はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断
- ・No.92 人工呼吸器の配管の接続忘れ
- ・No.93 腫瘍用薬のレジメンの登録間違い
- ・No.94 MRI 検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み
(第 2 報)
- ・No.95 センタルモニタの送信機の電池切れ
- ・No.96 インスリン注入器の取り違え
- ・No.97 肺炎球菌ワクチンの製剤の選択間違い

IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構

PMDA

- ・No.41 硬膜外カテーテル操作時の注意について
- ・No.42 経管栄養チューブ取扱時の注意について
- ・No.43 胃瘻チューブ取扱時の注意
- ・No.44 医薬品処方オーダー時の選択間違い
- ・No.45 静脈留置針操作時の注意について

V 厚生労働省 法令・通知

- ・単回使用医療機器（医療用具）の取り扱い等の再周知について
- ・子どもによる医薬品誤飲事故の防止対策の徹底について

医療安全情報	内 容 他
No.9 マニュアル…作成ポイントとその活用	<p>I マニュアル作成時に気を付けなければいけないこと 作業手順の作成要綱 1・2 良い作業手順書の作り方・活かし方の着眼点 業務の分析を反映させる…FMEA の活用</p> <p>II マニュアルを周知そして活用していくために行うこと マニュアルを周知徹底するには… マニュアルが活用されるには… マニュアルを使うのは…3H「初めて」「久しぶり」「変更」</p>
No.10 平成 25 年に発信された安全警報	<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 日本医療機能評価機構「医療安全情報」 IV 医薬品医療機器総合機構「PMDA 医療安全情報」 V 厚生労働省 法令・通知</p>
No.11 『個人情報保護対策』整備はできていますか？	<p>1) 「個人情報」とは… 2) 医療分野における個人情報の取り扱い 3) 個人情報取り扱い時の本人同意について 4) 医療機関における個人情報漏えい事件 ★個人情報漏えいで病院の責任が問われた事例 ★SMS が問題となった事例</p>
No.12 福祉用具（車いす・歩行器など）の安全点検整備について	<p>1 福祉用具を利用する前に… ★福祉用具の安全利用のための留意点 1) アセスメント…用具の選定 2) 導入 …… 利用指導 3) モニター…導入後フロー</p> <p>2 施設での取り組み紹介 1) 北里大学東病院 2) 横浜新緑総合病院</p>
No.13 その確認、大丈夫ですか？	<p>1 確認行為とは… 2 「確認不足」を防ぐとされる対策は有効か？ 1) 多重確認＝確認精度の向上？！ 2) チェックリスト・マニュアルを整備することで、実施は確実になる？ 3) コミュニケーションでは、正確な言葉を使えば伝わる？！ 4) 安全装置を設置すると、安全性は向上する？！ 3 リスクの先取りはできる？</p>



看護だより vol.159号掲載
『JR東日本研究開発センター安全研究所訪問記
ヒューマンエラー対策としての「指差喚呼」の習慣化に向けて』

医療安全情報		内 容 他
医療看護の安全に関する法令・通知等		長期に使用している電動ベッドで、モータ部から発火したとの報告
2014年2月 長期に使用している電動ベットの 安全使用について		長期に使用している電動ベッドは安全使用のため下記の確認内容 が示された。 ★火災につながるモータや電源コード・プラグの異常が疑われる 現象の例
モータ	1990年以前に製造したもの 	主に1990年前半に製造したもの 
手元スイッチ		

★図のモニターや手元スイッチを搭載した電動ベッドは、製造後20年以上経過している可能性があり特に注意が必要

医療事故調査制度：

平成26年6月に医療法が改正され、「医療事故調査制度」が制度化され、平成27年10月にスタートします。



詳細は、今後発出される、厚生労働省令や通知等をご覧ください。

医療事故調査制度に関する情報は、以下で確認することができます。

[医療事故調査制度について（厚生労働省）](#)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061201.html>

改正された医療法のほか、仕組みの概要や今後の予定について、Q & Aが掲載されています。

1. 目的

医療安全を確保するために、医療事故の再発防止を行う。

2. 概要

診療所や助産所を含む全ての医療機関において、医療に起因または起因すると疑われる予期せぬ死亡事故※が発生した場合医療機関の管理者は、「医療事故調査・支援センター」（以下センター）への報告と、事故の原因を明らかにするために必要な調査を行わなければなりません。

・対象となる医療事故

「当該病院などに勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの」と規程されています。

※対象となる医療事故の考え方については、現在厚生労働省で検討中です。

3. 医療機関に課せられること

- (1) 医療機関からセンターへ事故の報告
- (2) 医療機関が行う医療事故調査の実施ならびに調査結果の説明と報告
- (3) センターが医療機関または遺族の依頼で行う調査への協力

医療安全情報 要約	対 策																					
<p>No.86 禁忌薬剤の投与</p> <p>患者の疾患や病態を把握していたが、添付文書上、『禁忌』として記載のあることを知らず、薬剤を投与した事例</p> <p>事 例 1</p> <p>パーキンソン病の患者の術後にせん妄があつたため、医師はセレネースの筋肉注射を指示し、看護師が投与した。セレネース注の添付文書上、禁忌事項に「パーキンソン病の患者」と記載があつたが、医師および看護師はそのことを知らなかつた。セレネースを投与後、患者はパーキンソン病による筋強剛が悪化した。</p> <p>◆セレネース注（抗精神病剤）の添付文書の『禁忌』に、「パーキンソン病の患者〔錐体外路症状が悪化するおそれがある。〕」と記載されています。</p> <p>事 例 2</p> <p>腎不全の患者に大腸ポリープ切除術の前処置として、医師はビジクリア配合錠を処方した。ビジクリア配合錠の添付文書上、禁忌事項に「重篤な腎機能障害のある患者」と記載があつたが、医師はそのことを知らなかつた。ビジクリア配合錠を内服した翌日、急性高リン血症、低カルシウム血症によるテタニー症状をきたした。</p> <p>◆ビジクリア配合錠（経口腸管洗浄剤）の添付文書の『禁忌』に、「透析患者を含む重篤な腎機能障害のある患者、急性リン酸腎症のある患者」と記載されています。</p> <p>No.87 足浴やシャワー浴時の熱傷</p> <p>足浴やシャワー浴の際に、手袋を装着したまま湯の温度を確認したため温度確認が不十分となり、熱傷をきたした事例</p> <p>事 例 1</p> <p>意識障害のある患者に足浴をする際、看護師は手袋を装着したまま湯の温度を確認し、実施した。その後、患者の皮膚を確認したところ、両下腿から足底にかけて水疱を形成し、熱傷を生じていた。</p> <p>事 例 2</p> <p>意思疎通がまばたきしかできない患者のシャワー浴をする際、入浴介助者は手袋を装着したまま湯の温度を確認し、患者の下半身にかけ湯を実施した。シャワー浴終了時、患者の右大腿部が赤いと感じた。病室に移動後、皮膚を確認したところ、右側腹部から右下腿と陰のう部に発赤、下腿の一部に表皮剥離を認め、熱傷を生じていた。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾患名又は病態</th><th>投与した薬剤(主たる薬効)</th><th>件数</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">重度の腎障害・腎不全^{*1}</td><td>グリコラン錠 (経口血糖降下剤)</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ザイザル錠 (アレルギー性疾患治療剤)</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ティーエスワン配合剤^{*2} (代謝拮抗剤)</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ビジクリア配合錠 (経口腸管洗浄剤)</td><td>1</td></tr> <tr> <td>パーキンソン病</td><td>セレネース注 (抗精神病剤)</td><td>2</td></tr> <tr> <td>消化管穿孔疑い</td><td>バリエネマHD 7.5% (ディスピーラブル注腸造影剤)</td><td>1</td></tr> <tr> <td>血友病</td><td>ネオラミン・マルチV 注射用^{*3} (高カロリー輸液用総合ビタミン剤)</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> <p>患者に新しく薬剤を投与する際は、添付文書の禁忌事項を把握して処方する。</p> <p>事例が発生した医療機関の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者に湯を使用する前に、以下の方法などで湯の温度を確認する。 <ul style="list-style-type: none"> ○温度計で測る。 ○実施者の上腕内側の皮膚で確認する <p>事例イメージ図</p> <p>医療機関の取組みイメージ</p>	疾患名又は病態	投与した薬剤(主たる薬効)	件数	重度の腎障害・腎不全 ^{*1}	グリコラン錠 (経口血糖降下剤)	1	ザイザル錠 (アレルギー性疾患治療剤)	1	ティーエスワン配合剤 ^{*2} (代謝拮抗剤)	1	ビジクリア配合錠 (経口腸管洗浄剤)	1	パーキンソン病	セレネース注 (抗精神病剤)	2	消化管穿孔疑い	バリエネマHD 7.5% (ディスピーラブル注腸造影剤)	1	血友病	ネオラミン・マルチV 注射用 ^{*3} (高カロリー輸液用総合ビタミン剤)	1
疾患名又は病態	投与した薬剤(主たる薬効)	件数																				
重度の腎障害・腎不全 ^{*1}	グリコラン錠 (経口血糖降下剤)	1																				
	ザイザル錠 (アレルギー性疾患治療剤)	1																				
	ティーエスワン配合剤 ^{*2} (代謝拮抗剤)	1																				
	ビジクリア配合錠 (経口腸管洗浄剤)	1																				
パーキンソン病	セレネース注 (抗精神病剤)	2																				
消化管穿孔疑い	バリエネマHD 7.5% (ディスピーラブル注腸造影剤)	1																				
血友病	ネオラミン・マルチV 注射用 ^{*3} (高カロリー輸液用総合ビタミン剤)	1																				

医療安全情報 要約	対 策																										
No.89 シリンジポンプの取り違え	操作すべき内容 (シリンジポンプ 1)	操作した内容 (シリンジポンプ 2)	取り違えた背景																								
複数台使用しているシリンジポンプのうち 1 台を操作する際、薬剤名を確認しなかったため、シリンジポンプを取り違えて操作した事例が報告	ノボリーンR注の調製液を 10mL早送り	フレドバ注を 10mL早送り	薬剤名を確認せずポンプを操作した																								
事 例 1	モルヒネ塩酸塩注射液の調製液を 2mL早送り	ノボ・ヘパリン注の調製液を 2mL早送り																									
シリンジポンプを 2 台使用し、ノボ・ヘパリン注の調製液 0.9 mL / h とモルヒネ塩酸塩注射液の調製液 2 mL / h を患者に投与していた。看護師は患者の痛みが増強したため、モルヒネ塩酸塩注射液の調製液を 2 mL 早送りする際、シリンジの薬剤名を確認せず、ノボ・ヘパリン注の調製液のシリンジポンプを操作した。早送り後に確認するとポンプを取り違えたことに気付いた。	ニトロール注の調製液を 5mL / h へ変更	カコージン注を 5mL / h へ変更																									
事 例 2	ヘパリン注の調製液を 0.5mL早送り	プレセデックス静注液の調製液を 5mL早送り																									
シリンジポンプを 2 台使用し、ニトロール注の調製液 0.5mL / h とカコージン注 0.5mL / h を患者に投与していた。看護師はニトロール注の調製液の流量を 0.5mL / h から 5mL / h へ変更する際、指示簿とシリンジの薬剤名を確認せず、カコージン注のシリンジポンプを操作した。患者の心拍数、血圧が上昇したためポンプを取り違えたことに気付いた。	事例が発生した医療機関の取り組み																										
No.90 ハサミによるカテーテル・チューブの誤った切断	<ul style="list-style-type: none"> ・シリンジポンプを操作する際は、以下の方法で薬剤名等を確認する。 ○指示とシリンジの薬剤名を照合する。 ○複数人で設定等を確認する。 																										
医療材料や医療機器をはさみで切ろうとした際に、誤って別のカテーテル・チューブを切断した事例が報告	<table border="1"> <thead> <tr> <th>切断の目的</th> <th>切断しようとしたもの</th> <th>誤って切断したもの</th> <th>件数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">長さや大きさの調整</td><td>気管チューブの固定テープ</td><td>気管チューブのインフレーションチューブ*</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ガーゼ</td><td>気管チューブのインフレーションチューブ*</td><td>1</td></tr> <tr> <td>気管チューブ</td><td>閉鎖式気管吸引カテーテル</td><td>1</td></tr> <tr> <td rowspan="3">カテーテル抜去の際の固定糸の切断</td><td>中心静脈カテーテルの固定糸</td><td>中心静脈カテーテル</td><td>1</td></tr> <tr> <td>硬膜外カテーテルの固定糸</td><td>硬膜外カテーテル</td><td>1</td></tr> <tr> <td>持続膀胱神経プロックのカテーテルの固定糸</td><td>持続膀胱神経プロックのカテーテル</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>			切断の目的	切断しようとしたもの	誤って切断したもの	件数	長さや大きさの調整	気管チューブの固定テープ	気管チューブのインフレーションチューブ*	2	ガーゼ	気管チューブのインフレーションチューブ*	1	気管チューブ	閉鎖式気管吸引カテーテル	1	カテーテル抜去の際の固定糸の切断	中心静脈カテーテルの固定糸	中心静脈カテーテル	1	硬膜外カテーテルの固定糸	硬膜外カテーテル	1	持続膀胱神経プロックのカテーテルの固定糸	持続膀胱神経プロックのカテーテル	1
切断の目的	切断しようとしたもの	誤って切断したもの	件数																								
長さや大きさの調整	気管チューブの固定テープ	気管チューブのインフレーションチューブ*	2																								
	ガーゼ	気管チューブのインフレーションチューブ*	1																								
	気管チューブ	閉鎖式気管吸引カテーテル	1																								
カテーテル抜去の際の固定糸の切断	中心静脈カテーテルの固定糸	中心静脈カテーテル	1																								
	硬膜外カテーテルの固定糸	硬膜外カテーテル	1																								
	持続膀胱神経プロックのカテーテルの固定糸	持続膀胱神経プロックのカテーテル	1																								
事 例 1	事例が発生した医療機関の取り組み																										
患者の気管チューブの再固定を行う際、看護師は 45 cm の長さのテープを準備した。固定したテープが長かったため、看護師が右頸部のテープをはさみで切ったところ、一緒に気管チューブのインフレーションチューブも切断した。直ちに、医師が抜管および再挿管を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・はさみを使用する前に、カテーテル・チューブを整理する。 ・固定糸を切る際は、カテーテル・チューブの位置を確認してから切断する。 																										
事 例 2																											
中心静脈カテーテルを抜去する際、医師は刺入部近くの皮膚に縫合された固定糸を抜糸用はさみで切断したところ、中心静脈カテーテルも一緒に切断した。胸部・頸部エックス線写真を撮影したところ、右頸部の皮下に中心静脈カテーテルの断端が存在するのを確認した。その後、局所麻酔下で皮膚小切開を行い、超音波ガイド下に遺残カテーテルを摘出した。																											

医療安全情報 要約	対 策																									
<p>No.92 人工呼吸器の配管の接続忘れ</p> <p>医療ガス配管設備のアウトレットにホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を装着したため、患者に影響があった事例が報告</p> <p>事 例 1</p> <p>患者は短時間の移動以外は人工呼吸器を使用していた。透析室には、患者が使用している人工呼吸器を持参し使用した。血液透析が終了後、自発呼吸用人工鼻に酸素3Lを投与しながら、装着していない人工呼吸器と一緒に患者は病室に帰室した。医師がその人工呼吸器の電源を入れたところ、すぐにアラームが鳴ったが、消音ボタンを押したのみでそのまま患者に装着した。2分後、患者に眼球上転、四肢のけいれん、顔面チアノーゼが出現し、呼名反応はなかった。看護師が人工呼吸器を確認したところ、酸素と空気のホースアセンブリをアウトレットに接続していないことに気付いた。</p> <p>事 例 2</p> <p>患者は気管切開を受け人工呼吸器を使用していた。PEG造設のため透視室に搬送する際、手動で換気しながら移動した。透視室に入室後、携帯型人工呼吸器を装着した。その後、急に患者のSpO₂と意識レベルが低下し、けいれん発作が出現した。看護師が携帯用人工呼吸器を確認したところ、酸素のホースアセンブリをアウトレットに接続していないことに気付いた。</p>	<p>事例 1 のイメージ</p> <p>事例が発生した医療機関の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器のホースアセンブリを医療ガス配管設備のアウトレットに接続し、作動点検したのち、患者に人工呼吸器を装着する。 ・人工呼吸器を装着後、医師や看護師は、設定どおりに作動していることや、患者の胸郭の動きを確認する。 																									
<p>No.93 腫瘍用薬のレジメンの登録間違い</p> <p>腫瘍用薬のレジメンの登録を行った際、内容を間違えて登録し、患者に投与された事例が報告</p> <p>事 例 1</p> <p>電子カルテ移行に伴う新システム導入の際、以前実施されていた肺がん抗がん剤の全レジメンを薬剤部で入力を行い、診療科が内容を確認する作業を行った。入力の間違いに気づかず、治療を行った</p> <p>事 例 2</p> <p>医師は「絨毛性疾患に対するメソトレキセート療法」を申請した際、単位の「/body」を記入しなかった。化学療法委員会で新規レジメンを検討する際に、単位の未記入を確認しないまま承認したが、登録されたレジメンに間違いがあったことに気付かず、治療を行った。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾患名</th> <th>登録した 薬剤</th> <th colspan="2">間違えて登録した内容</th> <th>予定した 登録内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>小細胞肺がん</td> <td>カンプト点滴静注</td> <td>投与量</td> <td>100mg/m²</td> <td>50mg/m²</td> </tr> <tr> <td>侵入奇胎</td> <td>注射用メソトレキセート</td> <td>単位</td> <td>/m²</td> <td>/body</td> </tr> <tr> <td>前立腺がん</td> <td>注射用エンドキサン</td> <td>用法</td> <td>1000mg/m²/回を週1回を3週間投与、4週目は休業</td> <td>1000mg/m²/回を3週間毎に1回投与</td> </tr> <tr> <td>急性骨髓性白血病</td> <td>(詳細不明)</td> <td>投与日数</td> <td>6日間</td> <td>5日間</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"> ・レジメン管理を担当する医師または薬剤師は、新規登録するレジメンの申請書に添付されている文献等に記載された内容と照合してから登録する。 ・登録したレジメンの内容を、申請した医師とレジメン管理担当薬剤師で確認した 	疾患名	登録した 薬剤	間違えて登録した内容		予定した 登録内容	小細胞肺がん	カンプト点滴静注	投与量	100mg/m ²	50mg/m ²	侵入奇胎	注射用メソトレキセート	単位	/m ²	/body	前立腺がん	注射用エンドキサン	用法	1000mg/m ² /回を週1回を3週間投与、4週目は休業	1000mg/m ² /回を3週間毎に1回投与	急性骨髓性白血病	(詳細不明)	投与日数	6日間	5日間
疾患名	登録した 薬剤	間違えて登録した内容		予定した 登録内容																						
小細胞肺がん	カンプト点滴静注	投与量	100mg/m ²	50mg/m ²																						
侵入奇胎	注射用メソトレキセート	単位	/m ²	/body																						
前立腺がん	注射用エンドキサン	用法	1000mg/m ² /回を週1回を3週間投与、4週目は休業	1000mg/m ² /回を3週間毎に1回投与																						
急性骨髓性白血病	(詳細不明)	投与日数	6日間	5日間																						

医療安全情報 要約	対 策																								
<p>No.94 MRI 検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み (第2報)</p> <p>MRI 検査室に、磁性体(金属製品など)を持ち込んだ事例が再び報告。その多くは、医療関係者が持ち込んだ事例</p> <p>事 例 1</p> <p>医師は日常的にトレーニング用のアンクルウェイト(1.3 kg 鉄粉)を装着し、業務を行っていた。MRI 検査のため、患者に付き添い MRI 検査室に入室する際、アンクルウェイトを外さなかった。検査終了時、医師は患者対応のため MRI 装置のガントリの近くに立ったところ、右足のアンクルウェイトがガントリ本体に吸着した。</p> <p>事 例 2</p> <p>シリンジポンプで患者に投与していたヘパリンを、MRI 検査中も継続投与するよう医師より指示があった。看護師は、MRI 検査室へ医療機器の持ち込みが禁忌であることは知っていたが、ガントリに近づけなければ大丈夫だと思った。看護師は延長チューブで点滴ルートを長くしたうえで、シリンジポンプを点滴台から外し、患者を車椅子で MRI 検査室に移送した。MRI 検査室内に入室したところ、シリンジポンプが一気にガントリに吸着し、破損した。</p>	<p>持ち込んだ人 件数</p> <table border="1"> <tr> <td>医療関係者</td> <td>16件</td> </tr> <tr> <td>患者</td> <td>4件</td> </tr> </table> <p>＜医療関係者が持ち込んだ磁性体＞</p> <table border="1"> <tr> <td>酸素ボンベ</td> <td>5件</td> </tr> <tr> <td>輸液ポンプまたはシリンジポンプ</td> <td>2件</td> </tr> <tr> <td>アンクルウェイト</td> <td>2件</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャーと酸素ボンベ架台</td> <td>1件</td> </tr> <tr> <td>新生児用ベッド</td> <td>1件</td> </tr> <tr> <td>点滴スタンド</td> <td>1件</td> </tr> <tr> <td>モニタ</td> <td>1件</td> </tr> <tr> <td>体内留置排液用のドレナージバッグ</td> <td>1件</td> </tr> <tr> <td>髪留め</td> <td>1件</td> </tr> <tr> <td>清掃器材</td> <td>1件</td> </tr> </table> <p>いずれもガントリに吸着しています。</p> <p>事例が発生した医療機関の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療放射線技師が磁性体の持ち込みがないことを確認したのち、患者または医療関係者はMRI検査室へ入室する。 ・MRI検査室に磁性体を持ち込まない工夫をする。 <ul style="list-style-type: none"> ○磁性体の確認や移乗のための前室(スペース)の確保 ○金属探知機(柵型、携帯型)の導入 ○MRI対応型の備品(酸素ボンベ、ストレッチャー等)の使用 	医療関係者	16件	患者	4件	酸素ボンベ	5件	輸液ポンプまたはシリンジポンプ	2件	アンクルウェイト	2件	ストレッチャーと酸素ボンベ架台	1件	新生児用ベッド	1件	点滴スタンド	1件	モニタ	1件	体内留置排液用のドレナージバッグ	1件	髪留め	1件	清掃器材	1件
医療関係者	16件																								
患者	4件																								
酸素ボンベ	5件																								
輸液ポンプまたはシリンジポンプ	2件																								
アンクルウェイト	2件																								
ストレッチャーと酸素ボンベ架台	1件																								
新生児用ベッド	1件																								
点滴スタンド	1件																								
モニタ	1件																								
体内留置排液用のドレナージバッグ	1件																								
髪留め	1件																								
清掃器材	1件																								
<p>No.95 セントラルモニタの送信機の電池切れ</p> <p>セントラルモニタの送信機の電池が切れていたため、生体情報がセントラルモニタに送信されず、患者の状態の変化に気付かなかつた事例</p> <p>事 例 1</p> <p>朝、看護師は患者の血糖測定を実施し、会話を交わした。その際、心電図の送信機の電池表示は確認しなかった。1時間後に訪室した際に、顔色不良、口角から唾液様の流出液を認め、血圧測定不能であった。セントラルモニタの履歴を確認したところ、訪室する50分前より電波切れであったことが分かった。モニタリングされていなかった間、夜勤看護師全員が他の患者のケアを行っており、電波切れに気付かなかつた。</p> <p>事 例 2</p> <p>夜間、看護師は患者に睡眠導入剤を投与後、呼吸抑制が生じるおそれがあったため、SPO²の値や呼吸状態に注意していた。しかし、送信機の電池の残量表示は確認していなかつた。数時間後、看護師がセントラルモニタの画面で送信機の『電波切れ』の表示に気付き訪室したところ、患者の呼吸が停止していた。</p>	<p>事例 1 のイメージ</p> <p>事例が発生した医療機関の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・送信機の電池残量やセントラルモニタ画面の表示を意識して確認し、電池残量が少ないと気付いた場合は直ちに電池を交換する。 ・継続して使用している送信機の電池は、曜日を決めて定期的に交換する。 																								

医療安全情報 要約

対 策

No.96 インスリン注入器の取り違え

インスリン注入器の患者名の記載が不十分、または氏名の記載がなかったため、別の患者の注入器と取り違えた事例

事 例 1

患者 A にヒューマログ注カート 3 単位を皮下注射する指示。看護師 X は注射伝票で指示を確認後、インスリン注入器を確認したところ、患者 A の氏名が書かれたキャップの本体にヒューマログミックス 50 注カートのカートリッジが付いていた。指示とは違うインスリンであったため、指示受けをした看護師 Y にインスリン注入器を見せた。看護師 Y はキャップに書かれた氏名を見て「大丈夫」と答えた。複数の患者のインスリン注入器をまとめて保管した際に、患者 A と患者 B のインスリン注入器のキャップが入れ替わっていた。

事 例 2

夜、患者 A に翌朝からノボラピッド注フレックスペンを注射する指示があり、夜勤看護師 X は薬局より受領した。未使用的注入器は伝票と一緒に輪ゴムで止めて保管することになっており、氏名のシールを注入器に貼付せず保管した。患者 B のノボラピッド注フレックスペンは、インスリン注入器に患者名のシールを貼付せず、間違って使用した。

事例	インスリン注入器への氏名の記載場所		背景	取り違えの内容
	患者A	患者B		
1	記載あり／注入器のキャップのシール	記載あり／注入器のキャップのシール	患者Aと患者Bのキャップが入れ替わっていた	患者Aに患者Bのインスリンを投与
2	記載なし／伝票と一緒に保管	記載なし／薬袋に入れて保管	氏名の記載がない注入器が患者Aのものか確認しなかった	

事例1のイメージ

注入器のキャップに氏名の記載あり

事例2のイメージ

注入器に氏名の記載なし

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・キャップをはずしても患者名がわかるよう、インスリン注入器の本体に、患者の氏名を記載する。
- ・投与前に、患者氏名、患者のインスリン注入器、注射指示書を必ず確認する。

No.97 肺炎球菌ワクチンの製剤の選択間違い

肺炎球菌ワクチンは、製剤によって接種対象者の年齢が決められています。

事 例 1

ヒブワクチンと肺炎球菌ワクチンを同時接種希望の予約があり、予約を受けた外来看護師は、肺炎球菌ワクチンに接種対象年齢によって種類があることを知らず、患者の年齢を記載した予約票に「ヒブワクチン、肺炎球菌ワクチン」と記載し、薬剤科にワクチンを申し込んだ。担当薬剤師も肺炎球菌ワクチンに製剤ごとに接種年齢の区別があることを知らず、業者に「肺炎球菌ワクチン」と発注した。接種当日、外来看護師は、薬剤科からヒブワクチンと肺炎球菌ワクチンを受け取り、医師の診察後に接種した。

事 例 2

医師は、自治体からの予防接種事業で肺炎球菌ワクチンの接種を行う際、2歳未満の小児にはプレベナーを接種するという認識がないまま、肺炎球菌ワクチンの払い出しを依頼した。薬剤師は接種対象者の年齢を確認しないまま、ニューモバックス N P を払い出した。

接種対象者の年齢	出生時	2ヶ月	2歳	6歳	65歳
製剤名 ※1	プレベナー13 水性懸濁注 (沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン)			2ヶ月齢以上 6歳未満	
	ニューモ バックスNP (肺炎球菌ワクチン)			2歳以上	65歳以上※2

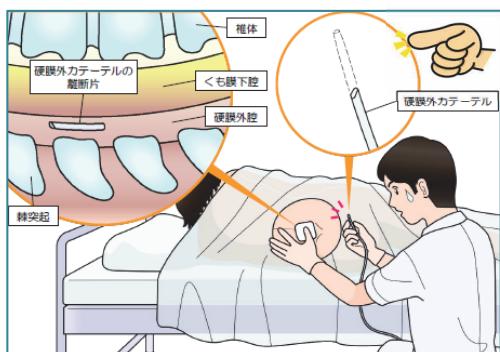
事例が発生した医療機関の取り組み

- ・院内で実施している予防接種の種類、製剤の販売名、対象年齢の一覧表を掲示する。
- ・医師は対象者毎に肺炎球菌ワクチンの処方オーダーを行い、薬剤師は鑑査を行ってから払い出す。

PMDA「医療安全情報」

No.4.1 硬膜外カテーテル操作時の注意点

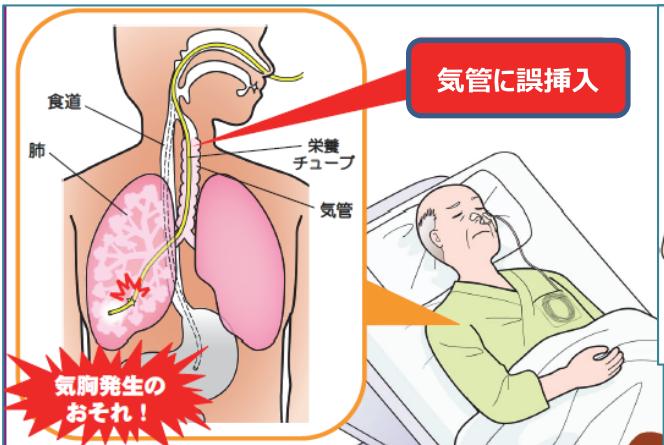
カテーテル挿入時にカテーテルを損傷していると、抜去時に離断してしまう可能性があります。



No.4.2 経鼻栄養チューブ取り扱い時の注意について

事例 1

経鼻栄養チューブを挿入し、気泡音で留置位置を確認したが、その後、患者が呼吸困難を訴えたため、胸部レントゲン撮影で確認すると、チューブが気管に迷入していた。



POINT 安全使用のために注意するポイント

硬膜外カテーテル操作時の注意について

事例 1

疼痛コントロールのため留置していた硬膜外カテーテルを抜去する際、カテーテルが離断し、離断片が体内に遺残してしまった。

POINT

- ①カテーテル挿入時に抵抗を感じた場合、無理に挿入しないようしてください。**硬膜外針でカテーテルを損傷させるおそれ**があります。
- ②カテーテル挿入時に、カテーテルを無理に引き戻さないように注意してください。引き戻した際に**硬膜外針でカテーテルを損傷させるおそれ**があります。

1：経鼻栄養チューブ挿入時の注意点

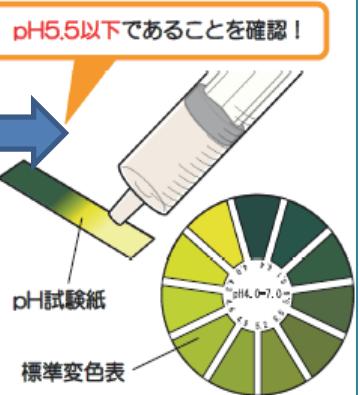
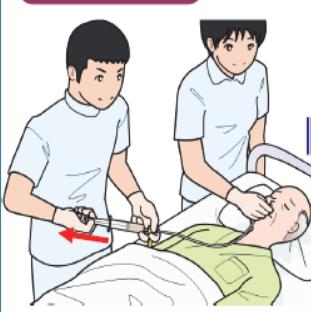
POINT

チューブを挿入したら複数の方法で留置位置を確認することが望ましい。

①吸引によるPH確認法

吸引された内容物が、胃の内容物かどうか、pH試験紙で確認しましょう！

吸引によるpH確認



リトマス試験紙では正確なPHが測定できないので、PH試験紙を使用すること

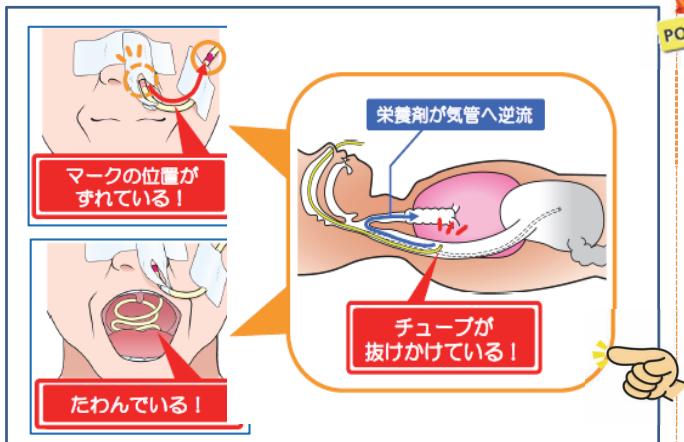
②胸部レントゲン撮影による確認

③その他の確認方法

CO₂検出器による確認、気泡音による確認など

事例 2

経鼻栄養チューブが抜けかけていることに気づかず注入してしまったため、栄養剤が気管へ流れ込み、肺炎を引き起こした。



POINT 安全使用のために注意するポイント

2 : 栄養注入時の注意点

栄養剤の注入前には、チューブの挿入長がズレていないかなどを必ず確認すること。

チューブが抜けかけた状態で栄養剤を注入すると、**気管へ逆流するおそれ**があります！

注入前の確認方法などを含め、関係職能団体から下記の安全性情報も出されているので、参考にしてください。

(公社) 日本看護協会 医療看護安全情報

- 医療・看護安全管理情報「経鼻栄養チューブの誤挿入事故を防ぐ（2002年8月15日）」

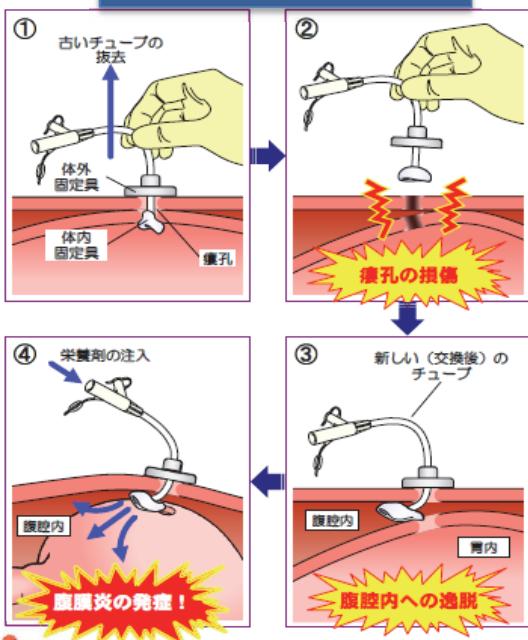
- 緊急安全情報「経鼻栄養チューブ誤挿入による死亡事故について（2005年5月2日）」

No.43 胃瘻チューブ取り扱い時のリスク

事例 1

胃瘻チューブを交換後、栄養剤を注入したところ、患者が腹痛を訴え、血圧低下・顔面蒼白の状態となり、チューブの逸脱による腹膜炎が疑われた。

胃瘻チューブ逸脱のメカニズム



以下の患者は瘻孔損傷が起きやすいので注意が必要

- 1 造設早期：瘻孔が完全に形成していない
- 2 低栄養状態：胃壁などの強度が弱い

— 腹膜炎が一
疑われる症状

腹 痛

顔面蒼白

発 热

冷 汗

呼吸促迫

胃瘻チューブ交換後の確認方法

* 経鼻/経口内視鏡 * 経胃内視鏡

* X線透視

* 色素注入

* 送気音

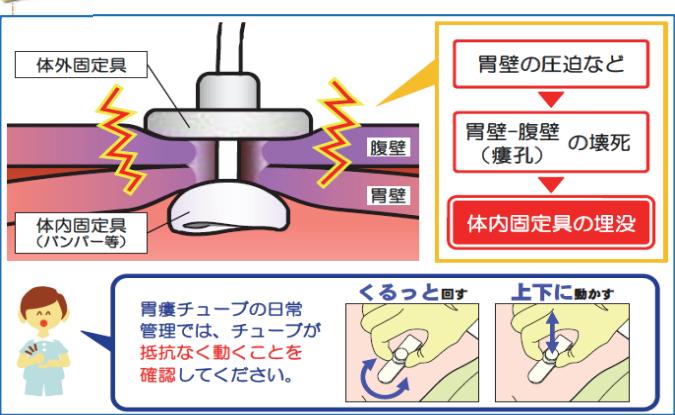
* 胃内容物

胃瘻チューブ挿入後の確認には様々な方法があります。患者さんの状態や療養環境に応じた方法で、留置確認を行ってください。

2. バンパー埋没症候群への注意



体内固定具と体外固定具をきつく締めすぎない



PMDA「医療安全情報」

No.44 医薬品処方オーダー時の選択間違い



事例 1

「ノルバスク錠」を処方する際、誤って「ノルバデックス錠」を処方してしまった。

事例 2

「サイトテック錠」を処方する際、誤って「エストラサイトカプセル」を処方してしまった。

事例 3

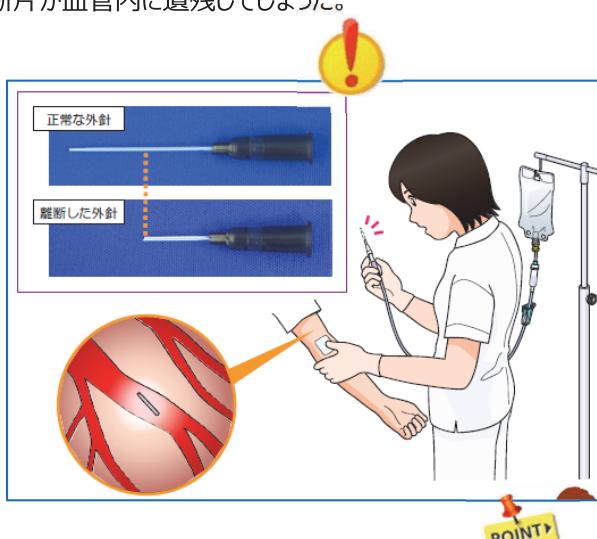
「ワーファリン錠 0.5 mg」を処方する際、誤って「ワーファリン錠 5 mg」を処方した



No.45 静脈留置針操作時の注意について

事例

静脈留置針を抜去する際、外針（プラスチック製）が離断し、離断片が血管内に遺残してしまった。



穿刺操作の際、外針内で内針を前進させてしまうと、内針の針先で外針を損傷してしまうことがあります。一度内針を引き戻したら、再び前進させないよう注意しましょう。

POINT 安全使用のために注意するポイント

1. 処方オーダー時の選択間違い（その1）

名称類似による選択間違いのリスクを減らすような
処方オーダーシステム上の工夫が望まれる。

処方オーダー画面の工夫(1)

- * 販売名の前に薬効を表示
- * 抗がん剤などのハイリスク薬は、注意を表示

処方オーダー画面の工夫(2)

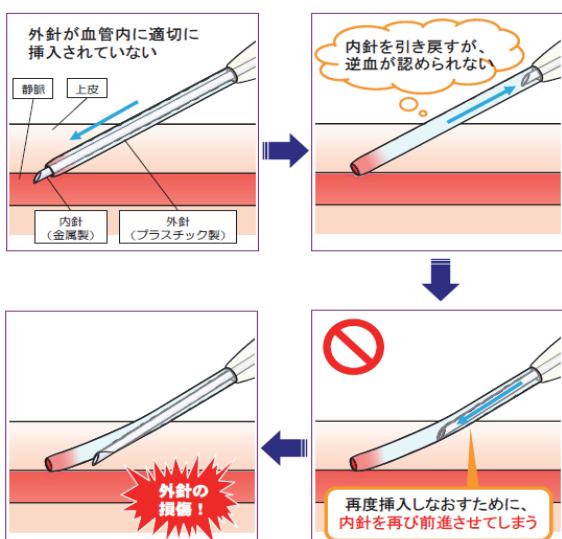
- * 抗がん剤などは、先頭に特定の文字を入力しないと検索できない
- * 先頭 3 文字が一致しているものを表示

処方オーダー画面の工夫(3)

- * 企画選択間違いにより重篤な健康障害を生じる可能性のある薬剤には、注意を表示

1. 静脈留置針の留置時の注意点

挿入の際に外針（プラスチック製）を損傷していると、抜去時に離断してしまう可能性があります。



法令・通知等【安全管理に関するもの】	対策
単回使用医療機器（医療用具）の取り扱い等の再周知について	<ul style="list-style-type: none"> 添付文書に「再使用禁止」と明記されている医療機器（医療用具）を再使用していたことが判明した。 医療機器（医療用具）の使用に当たっては、感染の防止を含む医療安全の観点から、その種類を問わず、添付文書で指定された使用方法等を遵守するとともに、特に単回使用医療機器（医療用具）については、特段の合理的理由がない限り、これを再使用しないよう周知すること
子どもによる医薬品誤飲事故の防止対策の徹底について (医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)	<ul style="list-style-type: none"> 子どもによる大人用医薬品の誤飲が多く発生し、入院に至るような重い中毒症状を呈すると考えられる向精神薬等の誤飲の発生も認められる。 子どもによる医薬品誤飲事故を防ぐため、医療機関及び薬局への周知のお願い <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆子どもが誤飲して、重い中毒症状を呈するリスクが高く特に注意を要する医薬品（向精神薬、気管支拡張剤、血圧降下剤及び血糖降下剤）を中心に、医薬品の処方又は調剤に当たって、家庭における保管について、情報の掲示等により保護者等に注意喚起すること 参考：「子どもの行動特性からみる医薬品誤飲事故」 ◆薬袋等に子どもによる誤飲に関する注意点を記載する等の対策を講じること ◆医薬品の処方又は調剤に当たっては、誤飲事故が発生した場合の対処方法として、報告書の「（参考）子どもによる医薬品を誤飲した際の相談機関及び相談に必要な情報例」について情報の掲示等により保護者等に情報提供すること <p>詳細：消費者庁 HP (http://www.caa.go.jp/safety/pdf/141219kouhyou_2.pdf)</p>

* * * 今回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/taisaku/index6.htm>

公益社団法人日本看護協会発行 「患者安全情報」

<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/anzenjoho.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>

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.info.pmda.go.jp/anzen_pmda/iryo_anzen.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>

医療安全全国共同行動

<https://kyodokodo.jp/link.html>



* * * 平成 26 年に開催した医療安全関連研修 * * *

※神奈川県医療安全対策事業実行委員会による

平成 25 年度医療安全推進セミナー

H26 年 2 月 21 日開催

演題：* 組織で取り組む医療安全

* 医療従事者のパフォーマンスを上げるためにには

対象：医療従事者



受講者数 331 名

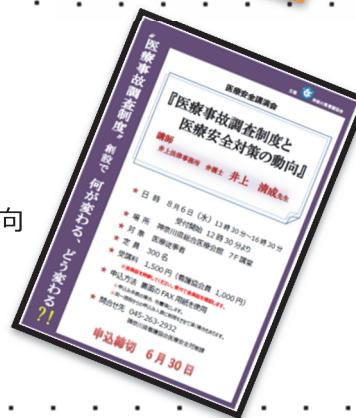
(うち看護職 214 名)

※神奈川県看護協会開催

H26 年 8 月 6 日開催

演題：医療事故調査制度と医療安全対策の動向

対象：医療従事者



受講者数 277 名

(うち看護職 228 名)

※神奈川県看護協会開催

H26 年 12 月 17 日開催

演題：「指差喚呼教育」を学ぶ

対象：神奈川県医療安全推進ネットワーク会員



受講者数 74 名

平成 26 年の各機関が発信した情報はいかがでしたか。様々な情報の提供があり、中には何度か情報・警報として発信された内容もありました。他人事にせず、自施設の振り返りや研修に、役立てていくことが大切でしょう。

また、皆さんの施設で起こった事例や対応策などありましたら、医療安全情報検討ワーキンググループに、どんどん情報を寄せください。共に考え、“医療安全知恵袋”を大きくしていきましょう。いつでもお待ちしています。

編集：医療安全情報検討ワーキンググループ

