



(公社)神奈川県看護協会 医療安全情報 No.10

《平成25年に発信された安全警報》



平成26年3月発行

向春の候、皆様ますますご清祥のことと存じます。
今回は、昨年25年に各機関から発信された安全警報や通知について、まとめて再掲しました。
これらの情報を基に様々な対応を取られた施設もあることでしょう。改めて各施設の業務の振り返りや今後の取り組みへご活用ください。

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

- ・No.6 平成24年に発信された安全警報
- ・No.7 自殺防止の取り組み
- ・No.8 血管外漏出対応

II 公益社団法人日本看護協会

- ・PTPシートの誤飲事故について
- ・看護職が関与した医療事故報道について
- ・安全に関する法令・通知
医療看護の安全に関する法令・通知：乳幼児用ベッドの安全使用について
- ・心電図モニタの安全使用について
- ・医療安全推進のための標準テキストについて

III 公益財団法人日本医療機能評価機構

- ・No.74: 手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い
 - ・No.75: 輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い
 - ・No.77: ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎(第2報)
 - ・No.78: 持参薬を院内の処方に切り替る際の処方量間違い
 - ・No.80: 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷
 - ・No.81: ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み
 - ・No.82: PTPシートの誤飲(第2報)
 - ・No.83: 脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り
 - ・No.84: 誤った処方の不十分な確認
 - ・No.85: 移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去
 - ・No.86 禁忌薬剤の投与
- ※No76, No79は表内にはありません

IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構

PMDA

- ・No.36: チューブやラインの抜去事例について
- ・No.37: インスリン注射器の取扱い時の注意について
- ・No.38: 蘇生バックの組み立て間違いについて
- ・No.39: トラキマスク取扱い時の注意について
- ・No.40: ワクチンの取扱い時の注意について

V 厚生労働省 法令・通知

- ・医薬品等の誤飲防止対策の徹底について
- ・「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針
—説明と対話の文化の醸成のために—」の送付について

医療安全情報

内容他

No.6 平成 24 年に
発信された安全警報

- 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

No.7 自殺防止への取り組み

- I 北里大学東病院の取り組み
 - * 自殺防止マニュアル
 - * 自殺事故後の対応
- II 川崎市立川崎病院の取り組み
 - * 研修会
 - * 施設の管理について
- III 横浜市立みなと赤十字病院の取り組み
 - * 診療・看護ケアへの支援
 - * 職員への支援

No.8 血管外漏出対応

- I 輸液による血管外漏出皮膚障害の要因とリスク
- II 末梢静脈輸液による血管外漏出皮膚障害
- III 末梢静脈輸液の血管外漏出の予防法
- IV-1 担当医師の指示・判断による処置
- IV-2 経過観察と記録
- V 血管外漏出発生対応フローチャート
- VI 血管外漏出時症状別対応 ~注意すべき薬剤
- VII 血管外漏出に関する情報提供パンフレット

看護だより Vol153号

エビデンスに基づいた看護手順作成と実践が大事！

看護手順書とは？

- ・看護学辞典
- ・看護協会看護基準
- ・診療ガイドライン

等を参考に調べてみました



医療安全情報

看護だより

医療看護安全情報

要約

【PTPシートの誤飲事故について】

2013年2月20日

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では、計14件。2011年7月～2012年6月

・第27回:2件

・第28回:6件

・第29回:2件

・第30回:4件

日本看護協会では、一般市民向けのリーフレットを作成した。



【事例1:看護師が内服薬を管理していた場合】

配薬の際、一包化されていた錠剤は袋から出し薬杯に入れたが、PTPシートに入っていた錠剤はPTPシートに入ったまま薬杯に入れて渡した。患者は薬杯に入っていたものをそのままPTPシートごと飲み込んでしまった。

【事例2:患者が内服薬を自己管理していた場合】

術後の患者が、自ら内服薬を薬杯へ用意した際、空になったPTPシートが混ざっていたことに気づかず、PTPシートも一緒に服用してしまった。

【PTPシートの誤飲防止対策】

1. PTPシートは小さく切り離さない
2. 包装形状の異なる状態で一緒に配薬しない (PTPシートに入った薬と一包化の袋から出した薬など)
3. 内服薬を自己管理している人も、状況に応じ、誤飲のリスクを再評価する
4. 薬の一包化を検討する
5. 患者・家族にPTPシートの誤飲の危険性を説明し、協力を得る など

【看護職が関与した医療事故報道 2012年(1/1~12/31)】

2013年3月

40件の中で特徴的なものを抜粋

1)移送・移動・体位変換:1件

2)与薬(注射・点滴):全8件

内訳:誤薬2件、

カリウム製剤の希釈間違い1件、

点滴漏れ3件、

ワクチン2件

3)処置:全12件

内訳:ガーゼ遺残11件

手術中の体位による麻痺1件

1)移送・移動・体位変換に関する事故

看護補助者が患者をストレッチャーで搬送する際に、患者をベルトで固定していなかったため、患者が床に転落し、急性硬膜下血腫を生じた。看護補助者が実施する業務のリスクを踏まえ、必要となる研修や体制を整備し、チームとして安全な医療を提供すること。

2)与薬(注射・点滴)に関する事故

高濃度のカリウム製剤を静脈内に急速投与すると心停止を起こす恐れがあり、安全に投与するための教育体制を再確認するとともに、誤投与防止対策品*1へ切り替えるなど、組織全体で事故を防ぐための取り組みを強化すること。(*1 容器先端や専用針を特殊な形状にすることで、三方活栓などとの接続ができず、ワンショットでの投与ができない構造となっているもの等がある。)

3)処置に関する事故

ガーゼ遺残は引き続き注意すべき事項である。

【看護職が関与した医療事故報道】 つづき

4)機器一般:全2件

内訳:動脈内留置カテーテルの準備1件、手動式肺人工蘇生器(一般的にはアンビューORバックと呼称)の組み立て1件

5)チューブ・カテーテル類:全4件

内訳:挿管チューブのカフ切断1件
気管カニューレの外れ1件
ラインの誤接続が1件
誤ったチューブの選択1件

6)その他:全5件

内訳:筋弛緩剤の紛失2件
離院1件
胎児の観察1件
医師への報告1件

4)機器一般に関する事故

日本医療機能評価機構の医療安全報5)では、手動式肺人工蘇生器の組み立ては習熟した者が行い、組み立て後に必ず動作の確認を行うこと、さらに、手動式肺人工蘇生器を患者に使用する際には、胸郭の動きを見ながら、換気が行われているかを確認することを推奨している。

5)チューブ・カテーテル類に関する事故

気管カニューレの取扱時の注意については、医薬品医療機器総合機構が医療安全情報6)を出している。

6)その他

近年、患者の観察や医師等への報告にかかわる事故報道が増えている。

《まとめ》

・看護職が関与したと推測される医療事故報道件数は、2011年の26件から2012年の40件と増加した。

・死亡にかかわる報道件数は、2011年:15件から2012年の8件と約半数に減少した。

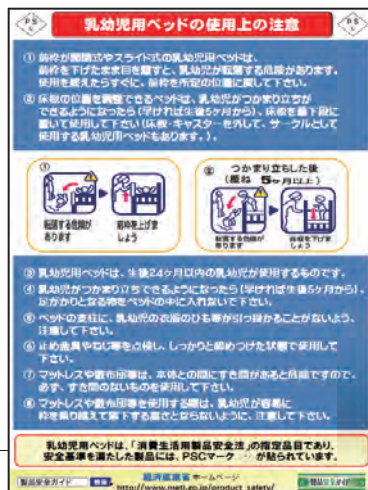
医療事故報道の内容を、自施設の医療安全管理体制に照らし合わせ、事故防止・医療安全の推進へ活用すること。

乳幼児用ベッドの安全使用について

安全に関する法令・通知医療看護の安全に関する法令・通知 25年5月



経済産業省は、乳幼児用ベッドを安全に使用するための「乳幼児用ベッドの使用上の注意」のチラシを公表した。



心電図モニタの安全使用について

看護職の皆様が心電図モニタのアラームに敏感でいられる環境をつくり、モニタを安全に使用するヒントとなる情報提供

2012年3月版



モニタ装着の必要性和アラーム設定
アラームの基本設定(音・画面表示)
電極の管理と電波環境の把握
アラーム鳴動時の適切な対応体制
モニタの使用に関する教育・トレーニング
モニタ機器の点検

医療安全推進のための標準テキスト
25年10月

チーム医療の一員として医療や看護を安全に提供するために必要な基本的考え方および具体的な取り組みや、医療事故発生後の対応等を示しています。



【目次】

- 第1章 テキストの基本的な考え方と活用方法
- 第2章 医療安全推進のための基本的な考え方
- 第3章 医療安全推進のための取り組み
- 第4章 医療事故発生時の対応
- 第5章 教育

～本文内構成より抜粋～

「第1章 テキストの基本的な考え方と活用方法」

テキストの活用にあたって必要となる基本的な考え方と、活用方法

「第2章 医療安全推進のための基本的な考え方」

医療機関等において医療安全を推進する際の基本となる考え方

「第3章 医療安全推進のための取り組み」

医療機関等において医療安全を推進し、医療事故を防止するための具体的な取り組みについて

「第4章 医療事故発生時の対応」

医療機関等において医療事故等が発生した場合の各局面における具体的な取り組み、および法的責任の概要について

「第5章 教育」

看護基礎教育における医療安全教育および安全な臨床実習のあり方、継続教育において行われるべき医療安全教育の概要について

各章には、本文中に「必ず」「オススメ」があり、「必ず」は、法的に義務づけられている事項、「オススメ」は、法的義務はないが診療報酬の算定基準となっている事項および特定機能病院等、一部の病院に対して義務づけられている事項である。その他、「コラム」や巻末の「参考資料」では、医療安全に関連した多くの情報を掲載している。

医療安全を推進するための具体的な取り組みを検討する際に、本テキストに掲載している文献なども参考にしながら、各医療機関の規模や体制等に応じた活用を期待する。



医療安全情報 要約

No74「手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い」

手動式肺人工蘇生器の組み立てを間違えていたため、有効な換気がなされなかった事例

【事例】

患者の全身状態が悪化し、呼吸状態が低下したため、バッグバルブマスク(MMIシリコン蘇生バッグ)で蘇生を試みたが患者は低酸素血症となった。その原因は誤って組立てられたバッグバルブマスクを使用したことが考えられた。組み立て間違いは、(1)患者呼気弁を逆止弁ユニット内部の逆止弁が入る部分に取り付けた、(2)逆止弁をエア吸入アSEMBリーの本体内部に取り付けた2箇所であった。人工呼吸器の回路交換を実施した際、アンブ(アンブ蘇生バッグ)への酸素は5Lで使用した。担当していた看護師は今までに何度かアンブを使用したことはあり、いつもの手ごたえ(入っている感覚)がなかったが、押し方が悪いと考えた。その後、患者のSpO₂、心拍数が低下し心臓マッサージを実施した。後日、アンブの使用方に疑問を持ち確認したところ、アンブの膜弁の装着間違いを発見した。

対策

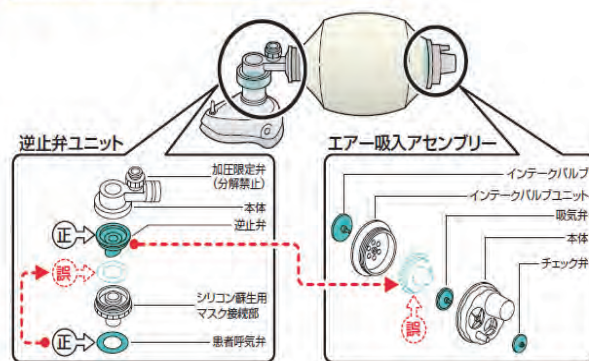
事例が発生した医療機関の取り組み

- ・手動式肺人工蘇生器の洗浄・組立ては臨床工学部など担当部署を決めて行う。
- ・手動式肺人工蘇生器は、担当職員が説明書に基づいて組立てを行い、動作の確認をする。

総合評価部会の意見

- ・手動式肺人工蘇生器の組立ては習熟した者が行い、組立て後に必ず動作の確認を行う。
- ・手動式肺人工蘇生器を患者に使用する際は、換気が行われているかを胸郭の動きに基づいて確認する。

事例1で使用した手動式肺人工蘇生器のイメージ



No75「輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い」

輸液ポンプ等の流量を設定する際、流量に予定量を入力したため、薬剤を過剰に投与した事例

事例

患者の高カロリー輸液を更新した際、流量を入力するところ予定量を入力した。使用した輸液ポンプ(テルフュージョン輸液ポンプ TE-171(平成11年購入))は、医療事故防止対策適合品マークが付いていない機種であり、流量と予定量の設定を同じスイッチで切り替えて入力する構造であった。1時間後、患者の呼吸状態が悪化し、高カロリー輸液が全量投与されているのを発見した。確認すると、輸液ポンプの流量設定が 30mL/h のところ 900mL/h となっていた。患者は、けいれん発作、呼吸停止があり、血糖値は 976 mg/dL であった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・輸液ポンプ等に流量と予定量を設定後確認を徹底する。
- ・医療機関内で使用している異なる機種の輸液ポンプ等の違いを十分理解する。

総合評価部会の意見

- ・現在医療現場で使用されている輸液ポンプ等は、医療事故対策適合品マークのついていない機種もあるので注意しましょう。
- ・医療機関内で使用している輸液ポンプ等について教育をしましょう。

輸液ポンプ等に関する医療事故防止対策について、厚生労働省より関係企業を対象に通知が出され、医療事故対策適合品マーク付きの安全を考慮した輸液ポンプ等も販売されていますので参考にしてください。



○医薬発第0318001号 平成15年3月18日付
<http://www.info.pmda.go.jp/in/yaku/0318001.htm>

※上記の厚生労働省通知の基準に適合する輸液ポンプ等であることを示す日本医療器材工業会の医療事故対策適合品マーク

使用した薬剤	指示された流量	予定量	設定した流量
高カロリー輸液	30mL/h	900mL	900mL/h
ノボ・ヘパリン注7.5mL + 生理食塩液250mL	11mL/h	257mL	257mL/h
ドルミカム注射液10mg 10A + 生理食塩液30mL	3mL/h	50mL	50mL/h

医療安全情報

対策

No77「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎【第2報】」

報告事例のうち10件は、添付文書に「末梢血管から投与する場合、輸液の濃度を0.2%以下で点滴静注することが望ましい」と記載があるにもかかわらず、0.2%を超える濃度で末梢血管から投与した事例

事例

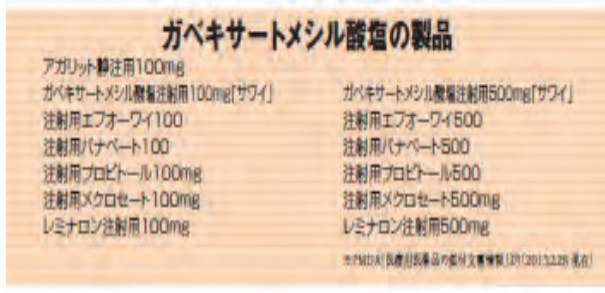
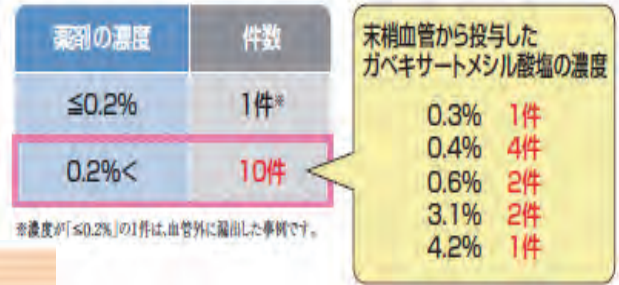
中心静脈ラインのダブルルーメンから高カロリー輸液とレミナロン1500mg/生食48mL(濃度3.1%)の投与を開始した。その後、抗生剤と輸血を追加する指示があり、右手背に末梢血管のルートを確認したが22Gと細かったため、輸血を中心静脈から投与することにした。輸血とレミナロンは原則単独投与であることから、末梢血管のルートからレミナロンを同じ濃度そのまま投与するよう変更した。その後、右手背の発赤・腫脹が出現し、皮膚科受診したが潰瘍・壊死が拡大したため、デブリドマンを実施した。

事例が発生した医療機関の取り組み

・ガベキサートメシル酸塩を末梢血管から投与する際は、輸液の濃度を0.2%以下(本剤100mgあたり50mL以上の輸液)とすることを周知徹底する。

総合評価部会の意見

・末梢血管から投与する際のガベキサートメシル酸塩の濃度は、0.2%以下が望ましいとされています。
 ・中心静脈などから末梢血管へ投与経路を変更する場合は、濃度に注意しましょう



No78「持参薬を院内の処方に切替る際の処方量間違い」

持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例

事例1

入院後、患者は持参薬を内服していたが、薬が足りなくなったため、医師は院内処方に切り替えた。その際、紹介状に「アスペノンカプセル10 4C 分2 朝夕食後」と記載してあるのを確認した。そこで、コンピュータに“アスペノン”と入力したところ、院内では10mgの規格は採用されておらず、アスペノンカプセル20mgのみが表示された。アスペノンカプセル20mgであれば、2カプセルを分2と処方すべきところ、用量が違うことに気付かず、4カプセルを分2で処方した。患者は退院から5日後の朝に自宅で痙攣を起こし、他院に救急搬送された。

事例2

入院時、患者は他院で処方されたヒダントール F 配合錠6錠を分2で内服していた。院内処方に切り替える際、医師はヒダントールF配合錠とヒダントール錠に含まれるフェニトインの量や有効成分の内容が違うことを知らず、院内処方にあったヒダントール錠100mg 6錠を分2で4日分処方した。薬剤師は誤りに気付かず、処方通りに調剤した。次の処方を調剤する際、薬剤師がフェニトインの量が1日量の上限を超えることを疑義照会したため、医師は誤りに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

・持参薬から院内の処方に切り替える際の処方時は、規格、剤形、分量に注意して入力する。
 ・持参薬から院内の処方に切り替える際は、可能な限り薬剤師が介入する。

持参した薬剤	院内で処方した薬剤	間違えた量	処方量間違いの背景
ハルシオン錠0.125mg 1錠	ハルシオン錠0.25mg 1錠	2倍	
アスペノンカプセル10mg 4カプセル	アスペノンカプセル20mg 4カプセル	2倍	持参薬と同じ規格がなかった
ヒダントールF配合錠 [®] 6錠	ヒダントール錠100mg [®] 6錠	4倍	
アスペリン錠10mg 6錠	アスペリン散100mg/g 6g	10倍	持参薬と同じ剤形がなかった

医療安全情報

対策

No80「膀胱留置カテーテルによる尿道損傷」

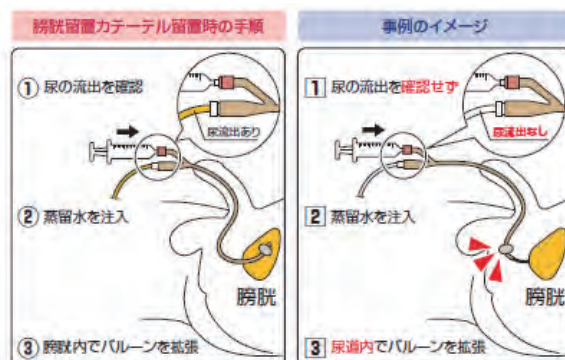
膀胱留置カテーテルを留置する際、尿の流出を確認せずバルーンを拡張したことにより、尿道を損傷した事例

事例

看護師は、全身麻酔中の患者に12Frの膀胱留置カテーテルを挿入した。膀胱留置カテーテルの留置手順は、尿の流出を確認した後にバルーンに蒸留水を注入することになっていたが、麻酔科医師は尿の流出を確認しないまま注入した。テープ固定をする際、尿道口から出血を認めたため、泌尿器科医師に診察を依頼し、前立腺部尿道の損傷と診断された。止血のため、18Frの膀胱留置カテーテルを挿入し、予定していた手術を施行した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・膀胱留置カテーテルの留置は、十分な長さの挿入を行い、尿の流出を確認した後にバルーンに蒸留水を注入する。
- ・尿の流出がない場合は時間を置き、尿の流出を確認した後、バルーンを拡張する。



No81「ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み」

ベッドの操作により、ベッドのサイドレール等のすき間に患者の身体の一部を挟み込む事例

事例

看護師は、左肘に創部のある患者を座位にするためにベッドの操作を始めた。その際、患者の上肢の位置を確認しなかった。看護師がベッドを20～30度上げたところ、患者が「痛い」と訴えた。確認すると、患者の左肘がベッド柵とマットの間に挟まっており、左肘に貼付している被覆材の内部に血液が滲んでいた。筋層に達する外傷を認め、医師が縫合した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・ベッドを操作する際は、サイドレールのすき間や患者の身体の位置を確認してから行う。



No82「PTPシートの誤飲（第2報）」

薬剤を内服する際に、PTPシートから出すことなく服用した事例

その多くは、医療者側がPTPシートを1錠に切り離して患者に渡した事例

事例1

病棟では、看護師が与薬する際、PTPシートから薬剤を取り出して患者に渡すことになっていた。夕食後、看護師は患者にワーファリンのPTPシートを1錠に切り離し、1回分をそのまま渡した。30分後にナースコールがあり、患者から「PTPシートごと飲み込んだかもしれない。」と言われた。内視鏡にて胃内にPTPシートを確認し、摘出した。

事例2

患者は内服薬を自己管理しており、PTPシートを1錠ごとに切り離していた。朝食後の薬を服用する際、散剤の袋の中に3種類の薬剤をPTPシートのまま入れて内服した。2種類は自力で吐き出したが、1種類は吐き出せずに喉に引っかかっているような症状があった。その後、内視鏡を行ったが胃内の食物残渣で視界が悪く除去できず、消化器症状に注意し、排出を待つことにした。翌日、排便の際にPTPシートを排泄した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・患者に1回分の薬剤を渡す際は、PTPシートから薬剤を取り出して渡す。

- ・患者に、内服の際はPTPシートを切り離さず、シートから薬剤を取り出して内服することを説明する。

総合評価部会の意見

- ・一錠ずつ切り離したPTPシートは、誤飲の危険があることを患者さんに伝える。

切り離した者	状況	件数		
医療者	1錠ごと	21		
	1錠ごと		1回分渡した	12
	1錠ごと		薬杯などに入れて1回分渡した	7
	自己管理薬として全て渡した	2		
患者	自己管理薬のPTPシートを1錠ごと	5		

◆PTP(Press Through Package)シートとは、薬剤をプラスチックやアルミ等で貼り合わせて包装したものです。

◆医療安全情報No.57「PTPシートの誤飲」に事例イメージのイラストを掲載していますので、あわせてご参照ください。

No83「脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り」

脳脊髄液ドレナージ回路のクランプを開放した際、大気開放されなかったことにより陰圧となり、オーバードレナージとなった事例

事例 1

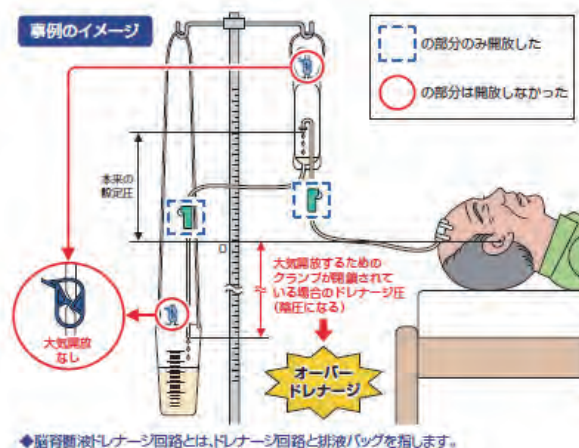
看護師Aは患者の体位変換前に脳脊髄液ドレナージ回路のクランプ4箇所を閉鎖した。その後、看護師Aと看護師Bは、患者の体位変換を行った。その後、看護師Bは脳脊髄液ドレナージ回路のクランプ2箇所（患者側およびドレーン側）のみを開放し、大気開放するためのクランプ2箇所は確認しなかった。1時間後、血圧が200mmHg台となり、血性の排液が200mL流出した。

事例 2

脳脊髄液ドレナージ中の患者の転棟の際、看護師Aは脳脊髄液ドレナージ回路のクランプ4箇所を閉鎖し、消化器外科主治医と転出した。転入先の看護師Bは看護師Aとドレナージ回路を確認しないまま圧を設定し、ドレナージ回路のクランプ2箇所（患者側およびドレーン側）のみを開放した。その後、患者の顔面にけいれんが出現し、血圧が200mmHg台となり、排液が150mL流出した。脳外科医師の診察時、大気開放するためのクランプが開放されていないのを発見した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・脳脊髄液ドレナージ回路の原理や管理方法の教育を行う。
- ・脳脊髄液ドレナージ回路のクランプの閉鎖時や開放時は、チェックリスト等を用いて確認する。



No84「誤った処方への不十分な確認」

薬剤師は処方に疑問を持ったが、疑義照会の際にその内容が伝わらなかったため、処方が修正されず過量投与した事例

事例 1

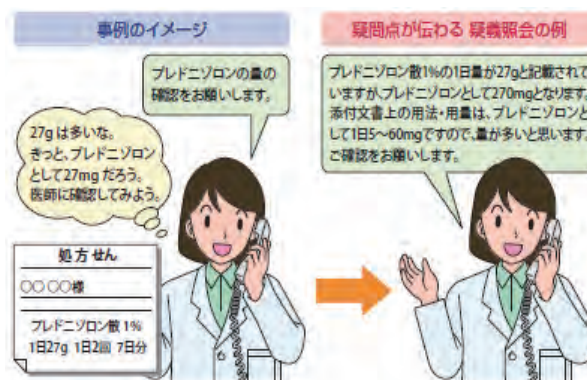
医師は患者にプレドニゾロンとして 1 日27mgを処方する際、プレドニゾロン散1% 1日27g（有効成分として270mg）1日2回 7日間と誤って処方した。調剤薬局の薬剤師は疑義照会の際、「プレドニゾロンの量の確認をお願いします」と聞いた。病院のスタッフは、FAXの処方せんが読みづらいという意味だと思い、電子カルテの処方内容を読み上げた。薬剤師は疑問が解決しなかったが、そのままの量で調剤し、患者に交付した。患者から薬剤の量が多いと問い合わせがあり、医師は過量投与に気付いた。

事例 2

循環器内科医師は、抗凝固療法のため、「ヘパリン2千単位1日1回静脈注射」と口頭で指示した。リウマチ・膠原病内科主治医は2千単位を2万単位と思い込み、ノボ・ヘパリン注5千単位/5mL 4Vを1日1回静脈注射と処方した。院内の薬剤師は疑義照会の際、「ノボ・ヘパリン2万単位の処方量でよろしいですか」と聞いた。薬剤師の照会の意図が伝わらず、主治医は処方を修正しなかった。静脈注射を実施後、APTT値が延長し、過量投与に気付いた。

総合評価部会の意見

- ・薬剤師は処方について疑義照会する際、疑問点を明確にするため、疑問内容を具体的に明示して確認する。
- ・医師は処方の疑義照会を受けた際、薬剤師の照会したい内容を理解した上で処方を確認し、回答する。



医療安全情報

対策

No85「移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去」

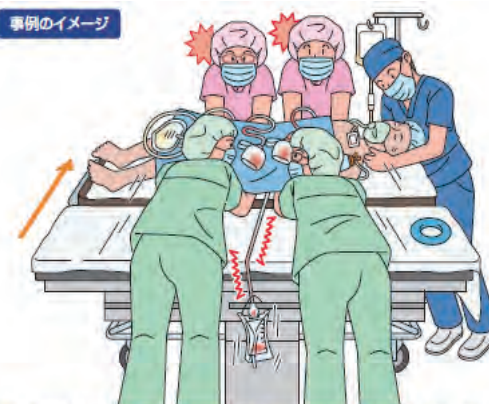
ドレーン・チューブ類の位置確認が不十分であったため、移動の際、患者に挿入されていたドレーン・チューブ類が抜けた事例

事例

患者の頭側に麻酔科医師、右側に看護師、左側に外科医師が立ち、患者を手術台からストレッチャーに移動しようとした。患者には腹部正中に1本、左右側腹部に各1本の計3本の排液ドレーンが入っていた。看護師は、腹部正中と右側腹部の排液ドレーンは安全に移動できる位置であることを目視で確認したが、左側腹部の排液ドレーンは患者の左側に立っている医師が確認したと思った。全員でドレーン・チューブ類が安全に移動できる位置であるか確認や声かけをしないまま移動したところ、左側腹部の排液ドレーンが抜けた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・リーダー役が主導し、ドレーン・チューブ類が抜けない位置にあることを全員で確認する。



No86「禁忌薬剤の投与」

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

事例1

パーキンソン病の患者の術後にせん妄があったため、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」と記載があったが、医師および看護師はそのことを知らなかった。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。

◆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。

事例2

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」と記載があったが、医師はそのことを知らなかった。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。

◆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。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・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。
- ・患者の疾患を確認して実施。
- ・ビジクリア配合錠の添付文書は、禁忌に「高血圧症の高齢者」が追加改訂されています(2012年2月)。
- ・添付文書は改訂されますので、定期的に確認。

総合評価部会の意見

- ・定型化した指示による投薬などの処置は、患者の疾患を確認して実施。
- ・ビジクリア配合錠の添付文書は、禁忌に「高血圧症の高齢者」が追加改訂(2012年2月)。
- ・添付文書は改訂されますので、定期的に確認。

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HD75% (ディスボーザル注腸造影剤)	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

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.36 チューブやラインの抜去事例について

事例 1

人工呼吸器装着中の患者さんの体位交換を行った際、気管切開チューブや呼吸器回路を保持していなかったため、気管切開チューブが抜けてしまった。



事例 2

点滴中の患者さんが院内を歩行中、輸液ラインが廊下の手すりに引っかかり、抜けてしまった。



安全使用のための注意するポイント

①体位交換時などの注意点

* 人工呼吸器装着中の体位交換は、気管チューブなどを保持して行うこと



②患者さんの行動に関する注意点

* 患者さんの活動度や行動範囲をみながら、ラインの長さの等の調整を行う



PMDA「医療安全情報」



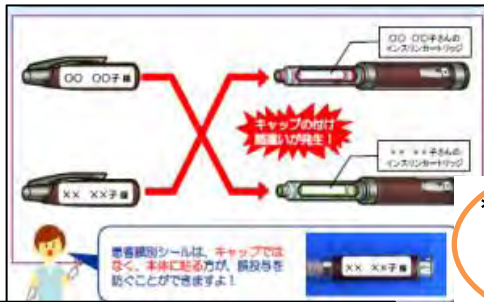
No.37 インスリン注射器の取扱い時の注意について

事例 1

一度に複数の患者のインスリン注射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。

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。



安全使用のための注意するポイント

①インスリン注射器の取り違え

* インスリン注射器の準備(カートリッジのセット含)は、患者ごとに確認しながら行う



* 患者識別シールは、キャップではなく、本体に貼る

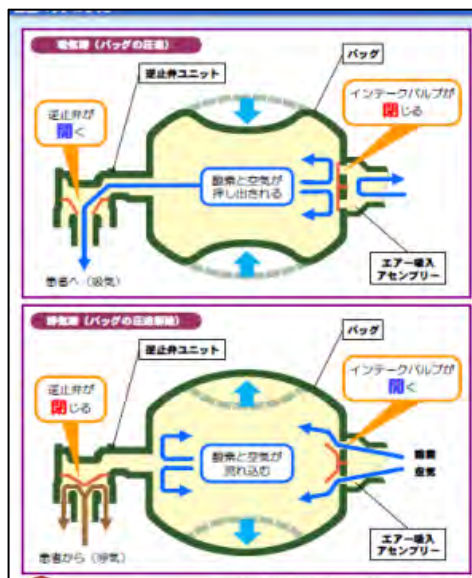
②インスリンカートリッジの取り違え

* インスリン注射器を数本使用する場合、注射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る。必ず、投与前にカートリッジの薬剤名を確認する。

No.38 蘇生バックの組立て間違いについて

事例

緊急時、救急カートから取り出した蘇生バックを使用した但組立てを誤っていたため、有効な換気が出来なかった



安全使用のための注意するポイント

①蘇生バック組立て時の注意点

* 蘇生バックは、必ずその製品の取扱説明書などを確認しながら、正しく組み立てること
* 複数の蘇生バックを組み立てる際は、とくに部品が混ざらないように注意すること

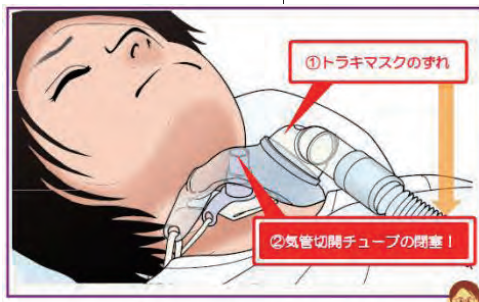


★組立て後は、必ずテストバックなどによる動作点検を行い、正しく喚起できることを確認する

No.39 トラキマスク取扱い時の注意について

事例

心電図モニターのアラームが鳴ったため
訪室すると、トラキマスクがずれ、
気管切開チューブを塞いでおり、
患者は呼吸停止、
チアノーゼ状態となっていた。



安全使用のための注意するポイント

①トラキマスク使用時の注意点

* トラキマスク使用中は、装着状態(マスクずれや固定の緩みなど)に注意すること。

No.40 ワクチンの取扱い時の注意について

事例 1

日本脳炎のワクチンの接種予定であったが、MR(麻しん・風しん)ワクチンの接種予定者と思い込み、接種してしまった。

事例 2

ワクチン接種予定者が多数来院しており、3種混合ワクチンを接種するところ、類似色調の4種混合ワクチンを誤って接種した。

事例 3

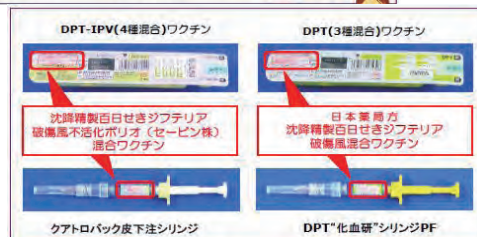
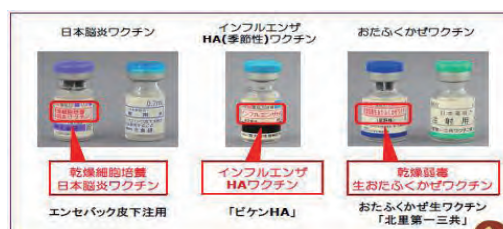
有効期限切れのワクチンを接種してしまった。

安全使用のための注意するポイント

①ワクチン接種者の間違い

* 接種前は必ず5Rに加え、接種予定者または保護者にも直接、接種ワクチンについて確認すること

②ワクチン製剤の取り違え



接種前の5R

- ① 正しいワクチンか (Right Drug)
- ② 正しい接種量か (Right Dose)
- ③ 正しい接種方法か (Right Route)
(皮下・筋注の違い)
- ④ 正しい接種時期か (Right Time)
- ⑤ 正しい接種者か (Right Patient)

⑥ 接種予定者等へ直接確認!

③期限切れワクチンの接種

* 接種前には、必ず有効期限を確認すること

法令・通知等【安全管理に関するもの】	対策
<p>医薬品等の誤飲防止対策の徹底について</p>	<p>医薬品の誤飲事故、特に小児による医薬品の誤飲を防ぐため、下記の留意事項についての周知</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の家族等、特に小児による誤飲が生じないように、処方または調剤にあたっては、医薬品を小児の手の届かない場所に保管するなど適切な保管及び管理をするよう、患者及び家族等に十分注意喚起すること 2. 高齢者等自ら医薬品の保管・管理が困難と思われる患者に対しては、家族等介護者に対して注意喚起を行うこと <p>【参考】 「平成 23 年度家庭用品等に係る健康被害病院モニター報告」 (平成 24 年 12 月 27 日厚生労働省 医薬食品局審査管理課 科学物質安全対策室)</p>
<p>「医療対話推進者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針—説明と対話の文化の醸成のために—」の送付について</p>	<p>医療機関内で患者・家族と医療従事者との十分な対話や意思疎通が円滑に行われるための支援を行う者の業務の指針とその養成のための研修プログラムの作成指針の送付と周知</p> <p>【指針の内容】</p> <ol style="list-style-type: none"> I. 医療対話推進者の業務指針 <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機関における医療対話推進者の位置付け 2. 本指針の位置付け 3. 医療対話推進者の業務 II. 医療対話推進者の養成のための研修プログラム作成指針 <ol style="list-style-type: none"> 1. 本指針の位置付け 2. 研修プログラムの規格についての考え方 3. 研修の対象者 4. 研修において習得すべき基本的事項 5. 医療対話推進者の継続的学習について

***** 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/iry_o_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>



* * * あとがき * * *

平成 25 年に出された医療安全関連情報はいかがでしたか？

今年も新しい事象や繰り返される事象、様々ありました。『よその施設での出来事』と考えず、安全な医療の提供のために、皆様の今後の安全対策や計画にお役立てください。

また、医療安全情報検討ワーキンググループでは、施設を越えての情報交換、共有に努めております。皆様が日頃感じている疑問や悩みごと、または安全対策で効果を上げた工夫などお気軽にお知らせください。皆様の“お知恵”をお待ちしています。

編集： 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





公益社団法人神奈川県看護協会