

(公社) 神奈川県看護協会 医療安全情報 No.6

《平成 24 年に発信された安全警報》



平成 25 年 3 月 1 日

陽春の候、皆様ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

平成 24 年も各機関から安全に関する情報が発信されました。みなさんの施設でも情報を共有したり、有効に活用されていることと思います。今回の「医療安全情報 No6」は、昨年(平成 24 年)各機関より発信された警報や通知などをまとめてお届けします。業務の振り返りや医療安全に向けた取り組みに、看護部だけに限らず他職種の方々との情報を共有し、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

医療安全情報

- No.3 平成 23 年に発信された安全警報
- No.4 救急カートの整備・運用
- No.5 安全対策知恵袋～うちではこうしています～

II 公益社団法人日本看護協会

医療看護安全情報

- 2011 年(1/1～12/31)看護職が関与した医療事故報道について
 - 1)転倒・転落
 - 2)処置(ガーゼ・器具遺残)
 - 3)機器一般
 - 4)酸素吸入
 - 5)その他
- まとめ

III 公益財団法人日本医療機能評価機構

医療安全情報

- No.62 患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認
- No.63 画像診断報告書の確認不足
- No.64 2011 年に提供した医療安全情報
- No.65 救急カートに配置された薬剤の取り違え
- No.66 インスリン含量の誤認(第2報)
- No.68 薬剤の取り違え(第2報)
- No.69 アレルギーのある食物の提供
- No.70 手術中の光源コードの先端による熱傷
- No.71 病理診断報告書の確認忘れ
- No.72 硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続
- No.73 放射線検査での患者取り違え

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]

- No.30 気管チューブの取扱い時の注意について
- No.31 注射用放射性医薬品の取扱い時の注意について
- No.32 閉鎖式吸引カテーテル取扱い時の注意について
- No.33 手術時の熱傷事故について
- No.34 グリセリン浣腸の取扱い時の注意について
- No.35 気管切開チューブの取扱い時の注意について

V 厚生労働省 法令・通知

- ①ヘモグロビン A1c 測定値の国際標準化に係る対応について
- ②歯科診療時等において使用される手指用保護具(口腔用)の事故等に係る医療機関並びに介護保険施設等及び障害者支援施設等の施設管理者に対する注意喚起について
- ③医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について

医療安全情報	内容他
<p>No.3 平成 23 年に発信された安全警報</p>	<p>1 神奈川県看護協会「医療安全情報」 2 日本看護協会「患者安全情報」 3 日本医療機能評価機構「医療安全情報」 4 医薬品医療機器総合機構「PMDA 医療安全情報」 5 厚生労働省 法令・通知</p>
<p>No.4 救急カートの整備・運用</p>	<p>救急カートの整備・標準化に向けた取り組み ・整備方法 ・点検方法 ・運用方法 施設の取り組みを紹介</p>
<p>No.5 安全対策知恵袋～うちではこうしています～</p>	<p>取組事例紹介 ・除細動器の日常点検マニュアル ・酸素ボンベ残量・使用可能時間早見表 ・手術患者誤認防止対策 ・シャント側採血防止対策 ・パスの運用～輸血 ・インスリンスライディングスケールの標準化 ・インプラント(体内植込み物)の共有方法 ・メモの活用:口頭指示・患者搬送 ・一時行方不明者(無断離院)への対応</p>

The image displays three overlapping brochures from the Kanagawa Prefecture Nursing Association. The top brochure, titled 'H23年度に発信された安全警報' (Safety Alerts Issued in FY2023), lists various safety alerts categorized by issuer: 1. Kanagawa Prefecture Nursing Association, 2. Japanese Nursing Association, 3. Japanese Medical Function Evaluation Agency, 4. PMDA, and 5. Ministry of Health, Labour and Welfare. The middle brochure, '救急カートの整備・運用' (Preparation and Operation of Emergency Carts), discusses the standardization of emergency carts, including preparation methods, inspection methods, and usage. The bottom brochure, '安全対策知恵袋' (Safety Countermeasures Know-how Bag), provides practical tips for various safety issues: 1. Defibrillator daily inspection manual, 2. Oxygen tank residual level and usable time quick reference, 3. Surgical patient misidentification prevention, 4. Shunt side blood sampling prevention, 5. Line management (transfusion), 6. Insulin sliding scale standardization, 7. Implant (intra-body implant) sharing method, 8. Memo utilization (verbal instructions, patient transport), and 9. Response to temporary missing persons (unauthorized hospitalization). A table of contents is provided for the know-how bag.

医療看護安全情報 2011年(1月～12月)看護職が関与した医療事故報道	要約
1) 転倒・転落:全2件	転倒・転落に関する事故は、多くの割合を占める。現場では日々対策が講じられてはいるが、今後の高齢化に伴い増加する高齢入院患者の事故防止には、チームでの対応が求められる。
2) 処置:全4件 ・ガーゼ遺残2件 ・器具遺残1件 ・永久気管孔1件	ガーゼ・器具遺残件数は減少しているものの、繰り返し発生しており、引き続き注意すべき事項である。また、永久気管孔の管理に関する事故も発生した。永久気管孔を有する患者は多くはないが、外見上、気管切開孔との見分けがつきにくく、その情報や管理方法について、チーム全体で共有することが望まれる。
3) 機器一般:全3件 ・心電図モニタの関連1件、 ・透析回路の関連1件 ・経皮的心肺補助装置関連1件	医療現場で扱う機器が増加していることに対して、医療機器管理体制、医療機器に関する十分な教育体制やアラームに対応できる体制、そして病院設備等が追い付いていない現状が背景にあると考えられる。臨床工学技士などの医療職のみならず、病院設備にかかわる職種などともチームを組み、対応が求められている。例えば、経皮的心肺補助装置のプラグが抜けた事故では、当該医療機関が、再発防止策としてロック式コンセントの導入が検討されている。 心電図モニタの安全使用に関しては、2012年12月に医薬品医療機器総合機構が医療安全情報 ¹⁾ を公表している。本会は、「一般病棟における心電図モニタの安全使用確認ガイド ²⁾ 作成した。
4) 酸素吸入 2件	酸素と二酸化炭素ポンベを取り違えた事例の報道があった。同様の事故は過去にも発生しており、ヨーク型バルブへの切り替えなどの対策が取られているが、抜本的な解決には至っていない現状にある。今回の事故を受け、厚生労働省は通知による注意喚起を促している ³⁾ 。また、日本臨床工学技士会と日本体外循環技術医学会も連名で緊急提言 ⁴⁾ を出している。医薬品医療機器総合機構が2009年に公表した医療安全情報 ⁵⁾ 、本会が月刊「看護」に掲載した記事 ⁶⁾ がある。日本医療ガス学会では、医療ガスの取り扱いに関する研修会用資料 ⁷⁾ を公表している。
5) その他 全4件	出生直後に行う「カンガルーケア」中に新生児が呼吸あるいは心肺停止となり、新生児死亡や神経学的後遺症が懸念されるという報道が3件あった。医療機関においては、「カンガルーケア」中を含め新生児のケアおよび新生児の観察の重要性を再確認するとともに、監視体制の整備を含めた安全管理のあり方と施設ごとのマニュアル等の見直しが望まれている。今回の事故を受け、日本産婦人科医会がカンガルーケアに関する情報 ⁸⁾ を発信している。



文中 1) ～ 8) の参考資料については、11 ページを参照。

まとめ(2012年3月)

看護職が関与したと考えられる2011年度の医療事故報道件数は、2010年度に比べ減少した。しかし、死亡にかかわる報道件数が6割を占め、死亡件数自体は横ばいであった。東日本大震災が発生し、医療事故に関する社会的関心が相対的に低くなった可能性もあり、医療事故報道件数から医療事故発生件数を推察することはますます難しくなっている。しかし、医療事故報道から教訓を得られることに変わりはない。医療事故報道内容を、自施設の医療安全管理体制に照らし合わせ、さらなる事故防止・医療安全の推進へ活用することが望まれる。

医療安全情報 要約

対策

No.62

患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認

患者の体内に植込まれた医療機器の確認が不十分なまま、MRI検査を実施した事例が報告されている。

【事例】

ペースメーカ挿入後の患者が、下肢筋力低下のため、整形外科を受診した。医師は、腰部MRIをオーダーした際、ペースメーカの有無の確認を怠った。放射線技師は、検査前に家族の立会いのもと財布などの金属類の持参はないか確認し、検査を開始した。検査中、家族より「患者はペースメーカ植込み術をしている」と言われ、直ちに検査を中止した。

・MRI検査前のチェックリストに、患者の体内に植込まれた医療機器に関する項目を追加する。
 ・患者の体内に植込まれた医療機器の情報収集をする際、必ず患者または家族から問診を行う。
 ・患者の体内に植込まれた医療機器の情報は、植込み術を実施した診療科の主治医がカルテに記載するなど、各科で情報を共有できるようにする。



No.63 画像診断報告書の確認不足

画像検査を行った際、画像診断報告書を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例が報告されている。

【事例】

弓部大動脈瘤人工血管置換術後の患者。外来担当医はCT検査を行い、その当日に画像を見て大血管に吻合部大動脈瘤がないことを確認し、異常なしと判断した。その後、画像診断報告書に、「原発性肺腫瘍が疑われる」とコメントされていたが、外来担当医は所見に気付かなかった。約1年後、咳と胸水貯留を認めため、精査したところ、原発性肺癌と診断された。

・主治医は、放射線科専門医の画像診断報告書を確認後、患者に画像検査の結果を説明する。
 ・放射線科専門医は、読影で検査の主目的以外の重大な所見を発見した場合は、依頼した医師に注意喚起する。
 ・入院(特に退院直前)、外来を問わず、画像診断報告書が確認できる仕組みを医療機関内で構築する。



No.65 救急カートに配置された薬剤の取り違い

救急カートに配置された薬剤に、それぞれ薬剤名のラベルを表示していたにもかかわらず、別の薬剤を取り出した事例が報告されている。

【事例】

気管支鏡検査の際、看護師は止血目的でボスミン生食を準備するため、救急カートからボスミンを取り出した。その際、救急カートの薬剤の仕切りのボスミンというシールを見たが、急いでいたためアンプルの薬剤名の確認はしなかった。

検査後、救急カートの確認を行ったところ、ボスミンと硫酸アトロピンの本数が合わないことに気づき、ボスミンと表示をはさんで配置が隣り合っていた硫酸アトロピンを使用したことが分かった。

・救急カート内の薬剤名が識別しやすいように医療機関で工夫し、その方法を院内で標準化する。
 ・救急カートから薬剤を取り出す際や注射器に準備する際に、薬剤名を確認する。



No.66 インスリン含量の誤認(第2報)

インスリンの単位を誤認し、過量投与に伴い低血糖をきたした事例が再び報告されている。

インスリンは100単位/mLに濃度が統一されており、「1バイアル1000単位(10mL)」である。

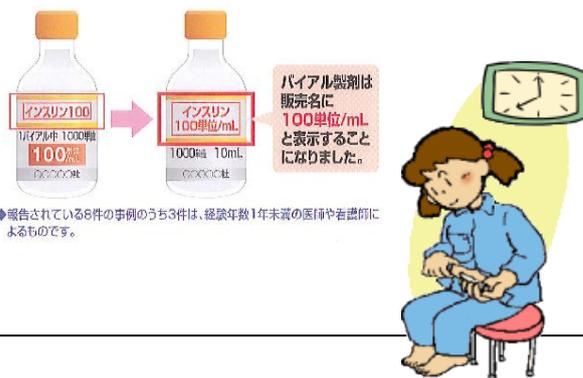
インスリンの濃度は100単位/mLで、1バイアル1000単位(10mL)であることを周知徹底する。

医療安全情報

対策

インシュリン【事例】

看護師A(1年目)は、持続インスリン投与をしていた患者のノボリンRの調製を初めて行った。指示簿には、『ノボリンR注100単位/mL(10mL)40単位+生食40mL』と書かれていた。看護師は、指示簿を見て、ノボリンR注は10mLが100単位だと誤認し、40単位の指示に対して4mL(400単位)を生食と調製し、総量40mLにした。4時間後、患者は声をかけても覚醒せず、低血糖(BS17mg/dL)になっていた。



◆報告されている8件の事例のうち3件は、経年数1年未満の医師や看護師によるものです。

No.68 薬剤の取り違え(第2報)

薬剤の名称が類似していることにより、薬剤を取り違えた事例が再び報告されている。

【事例】

担当医は他院からの紹介状を読み、男性患者にノルバスク10mgを処方するためオーダー画面を開いた。「ノルバ」と入力したところ、ノルバスクに続いてノルバデックスが表示された。10mgを処方しようとしていたため、「10」と記載のあったノルバデックスを間違えて選択し処方した。その後、院外薬局の薬剤師は「おかしい」と思ったが病院内に疑義照会をせず3カ月分の薬剤を調剤し、患者は内服した。患者が次の処方のため他院を受診したところ、薬剤が違うことが分かった。

- ・ハイリスク薬などは、処方画面にアラート機能を追加する。
- ・医師と薬剤師の連絡体制を強化する。

【事例】

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
アルマール錠	アマリール錠
アレロック錠	アレリック錠
セフメタゾン静注用	注用セフマゾン
タキソール注射液	タキソテル注
タキソテル注	タキソール注射液
ファンガード点滴用	ファンギゾン
ラクテックD注	ラクテック注

No.69 アレルギーのある食物の提供

患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例が報告されている。

【事例】

入院時、小児科より栄養部に患者の食物のアレルギー(甲殻類、魚介類、卵、小麦)の情報提供があった。当日の主菜が厚焼玉子だったため、カレー味に炒めた肉に変更した際、卵アレルギーだけに注目してしまい、下処理で肉に小麦粉を付けて調理した。病棟における確認で、カレー味の肉に付いた小麦粉に気づくのは難しかった。摂取後、全身発疹、嘔吐、SpO2低下、血圧低下、意識レベルの低下をきたした。

- ・食事指示確認時、禁止コメントの確認を十分に行う。
- ・食物にアレルギーのある患者の食事は、以下の方法などで一般の食事と区別する。
 - 色の付いた専用献立表を使用する。
 - 一般の食事とは別に調理する。
 - 専用の食器や色の違うトレイを使用する。
- ・食物アレルギーのある患者の食事の原材料を把握するように努める。

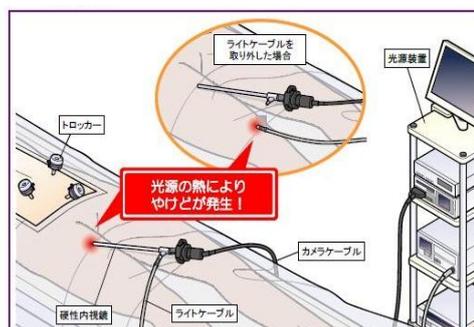
No.70 手術中の光源コードの先端による熱傷

手術中、電源が入ったままの光源コードの先端をサージカルドレープの上に置いたことにより、熱傷を生じた事例が報告されている。

【事例】

患者を右側臥位にし、左大腿骨骨切り術を開始した。術野を照らすために光源付き開創器を使用した。開創器使用后、光源と開創器との接続をはずし、光源コードをサージカルドレープの上に置いた。その後、しばらくして光源の電源を切っていないことに気がつき、電源を切った。手術終了後、サージカルドレープをはずしたところ、患者の右大腿内側に約1.5cmの熱傷が形成されていた。

- ・光源装置などを使用していない時は、光源コードの先端の光量に注意する。
- ・光源コードは、術野付近に置かない。
- ・強力な光を出射している光源コードの先端は高温になるため、可燃物の上に置くと燃えたり熱傷を生じたりするおそれがある。使用しないときは消灯する。



No.71 病理診断報告書の確認忘れ

病理検査を行った際、検査結果の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報告されている。

【事例】

患者は他疾患の経過観察の CT 検査で子宮・卵巣病変を疑われ、産婦人科を受診した。産婦人科医師の診察では超音波検査で複数個の子宮筋腫を認めるものの明らかな悪性所見を認めず、子宮頸部細胞診を施行し、異常があれば連絡することになっていた。1 年半後、PET-CT で骨盤内に集積を認め、再度産婦人科を受診し、腔内の細胞診を施行した。患者の診察終了後、医師は 1 年半前に施行した子宮頸部細胞診で異常(クラス V、扁平上皮がん)の病理診断報告書を確認していないことに気付いた。

- ・病理診断結果の内容の確認ができる仕組みと、患者への説明が確実にされる仕組みを構築する。
- ・重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討する。



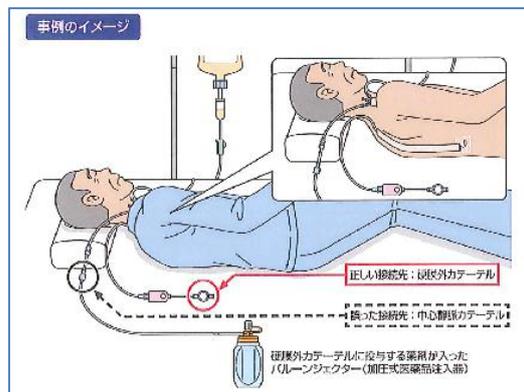
No.72 硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続

硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を、誤って静脈カテーテルに接続した事例が報告されている。

【事例】

食道癌術後の疼痛コントロールのため、硬膜外カテーテルよりバルーンジェクター(加圧式医薬品注入器)を使用して、ドロレプタン、ポプスカイン、塩酸モルヒネを持続的に注入していた。術後3日目、保清時に硬膜外カテーテル刺入部の発赤、腫脹を認め、カテーテルを見たところ接続部がはずれていた。硬膜外カテーテルに接続されているはずのバルーンジェクターをたどってみると、中心静脈カテーテルに接続したシユアプラグ延長チューブに接続されていた。

- ・ルート類は、接続部位から挿入部位が分かる位置までたどって確認する。
- ・挿入位置がわかるところまで確認できない場合、ルートの接続部付近に「硬膜外腔用」や「静脈用」などの印をつけ、挿入部位が分かるよう工夫をする。
- ・硬膜外腔用と静脈用で違う加圧式医薬品注入器を使用し区別する。



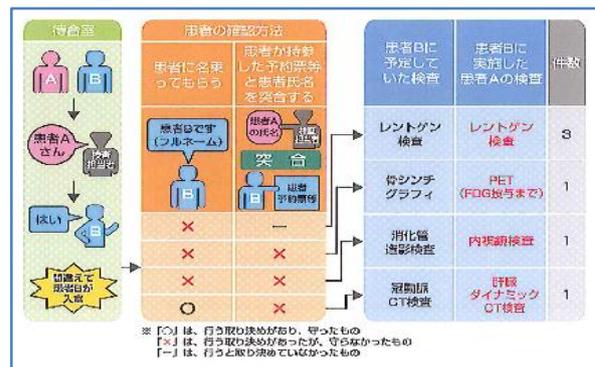
No.73 放射線検査での患者取り違え

放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、違う患者が入室したにもかかわらず、そのまま検査が行われた事例が報告されている。

【事例】

レントゲン撮影を行うため、診療放射線技師は患者を名字のみで呼び入れた。その際、患者自身に氏名を名乗ってもらうことになっているが、確認しなかった。そのため、患者Aと患者Bを取り違えて、胸部レントゲンを撮影した。

- ・必ず患者自身に氏名を名乗ってもらう。
- ・院内で取り決めた放射線検査時の患者の確認方法を徹底する。
- 例) 患者が持参した予約票や問診票などを確認する。
- ・検査種別ごとの色分けカードを作成し、患者に渡す。



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.30

気管チューブの取扱い時の注意について

【事例1】

モニタの Spo2 下限アラームが鳴ったので確認したところ、気管チューブが食道に誤挿管されていることがわかった。



【事例2】

人工呼吸器の分時換気量低下アラームが鳴ったので確認したところ、カフラインが患者の首もとに落ちていた。

事例1: 気管チューブが抜けかけた場合の注意点

- ・発見しても、あわてて押し込まないこと。
- ⇒食道への誤挿管のおそれ
- ・気管チューブが抜けかかっている場合には、すでにチューブ先端が気管から逸脱しているおそれがある。この場合、そのまま気管チューブを押し込むと、食道に誤挿管される危険がある。

対策: 発見した場合は、速やかに医師に連絡する。

- また、再挿管後は、呼吸音を聴取するなどして、適切に挿管されたことを確認する。

事例2: 気管チューブを固定する際の注意点

- ・固定する際は、カフラインが患者の歯に接触しないように注意すること。
- ⇒換気量の低下
- ・歯で気管チューブのカフラインを噛み切ってしまうと、カフが収縮して吸気ガスの漏れ(リーク)につながるおそれがある。

No.31

注射用放射性医薬品の取扱い時の注意点について

【事例】

骨シンチグラフィの検査のためにテクネチウム-99m (^{99m}Tc) 製剤を注射する予定であったが、並べて用意していた他の患者の脳血流測定検査用のヨウ素-123 (^{123}I) 製剤を誤って注射してしまった。



注射用放射性医薬品の取違えに関する注意情報

- ・鉛などのシリンジシールドに覆われて準備されるため、外観が非常に類似しており、取違えを起こさない工夫が必要。
- ・調剤済みの注射用放射性医薬品を複数準備する際は、取違えに注意すること。

対策: 識別用シールの貼付

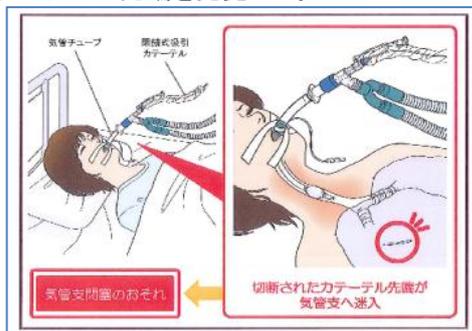
- ・患者識別シール
- ・薬剤識別シール
- ・検査部位識別シール
- ・メーカーからも提供されている。
- 取り違え防止のため、必ず貼る。

No.32

閉鎖式吸引カテーテルの取扱い時の注意について

【事例】

胸部 X 線で肺に異常陰影を認めたため、気管支鏡を行ったところ、気管支内に閉鎖式吸引カテーテルの先端を発見した。



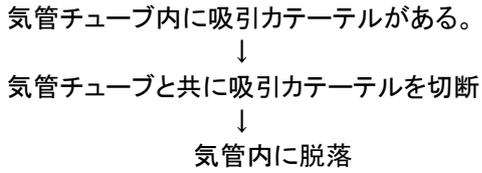
気管チューブの長さ調節(切断)の際の注意点

- ・気管チューブの長さを調節するためにチューブを切る際には、閉鎖式吸引カテーテルの先端位置に注意すること
- ⇒切断されたカテーテル先端が気管支へ迷入
- ⇒気管支閉塞のおそれ

対策: 長さ調節のために気管チューブを切る場合には、閉鎖式吸引カテーテルの先端が気管チューブから引き戻されていることを確認する。

つづき

切断・脱落のメカニズム



使用方法に関するその他の注意点

- ・気管内チューブ内に、吸引カテーテルを挿入したままにしておく、気道抵抗が高くなる原因になる。気管吸引後は、吸引カテーテル先端のマーカ位置を確認する。
- 対策:** 吸引後は、必ず閉鎖式吸引カテーテルを気管内チューブ内から引き戻すこと。

No.33

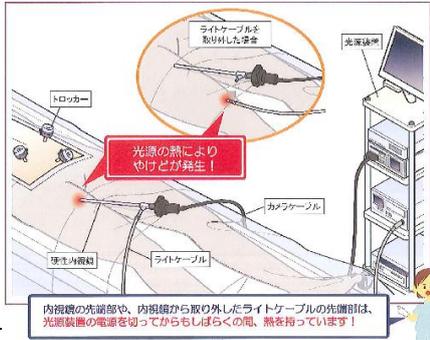
手術時の熱傷事故について

【事例1】

腹腔鏡下手術中、光源を点灯させた状態の硬性内視鏡をドレープの上に置いていたところ、ドレープが焦げて患者の大腿部にやけどを認めた。

【事例2】

手術中、電気メスをドレープの上においていたところ、ドレープが焦げて患者の大腿部にやけどを認めた。



事例1: 光源装置の取扱い上の注意点

- ・内視鏡の先端部や、内視鏡から取り外したライトケーブルの先端部は、光源装置の電源を切った後もしばらくの間、熱を持っている。
- 対策:** 内視鏡や開創器などで光源を使用するときは、光源の先端部をドレープ上に直接置かないこと。

事例2: 電気メス等の取扱い上の注意点

- ・使用中の電気メスの先端部は非常に高熱(約300℃)であり、出力を止めてからもしばらくの間、100℃以上の熱を持っている。
- 対策:** 電気メスやレーザーの先端部をドレープの上に置かないこと。
- ・ホルスターへの収納
 - ・器械台への移動
 - ・シリコンマットの使用

No.34

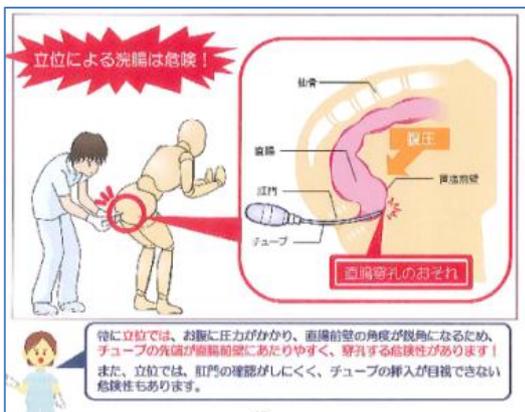
グリセリン浣腸の取扱い時の注意について

【事例1】

検査前処置のため、立位でグリセリン浣腸を行なった際、浣腸チューブの先端で患者の直腸を穿孔してしまった。

【事例2】

検査前処置のため、グリセリン浣腸を行なった際、ストッパーが直腸内に遺残してしまった。



事例1: 浣腸時の注意点(1)

- ・立位による浣腸は危険⇒直腸穿孔のおそれ
特に立位では、お腹に圧力がかかり、直腸前壁の角度が鋭角になるため、チューブ先端が直腸前壁にあたりやすく、穿孔する危険性がある。また、立位では、肛門の確認がしにくく、チューブ挿入が目視できない危険性もある。
- 対策:** 立位による浣腸処置時は、直腸穿孔の危険性に注意すること。

事例2: 浣腸時の注意点(2)

- ・ストッパーの遺残
ストッパーが直腸内に遺残してしまったとの事故が約40例報告されている。
- 対策:** 浣腸時は、ストッパーが直腸内に入りこまないよう、目視しながら行うこと。

※浣腸時の姿勢等について

結腸の解剖学的な特徴から、浣腸時の体位は、左側臥位が最も適当。また、チューブを挿入する長さは、目安として5~6cmとされているが、抵抗を感じたら無理に進めず、少し引き戻す。(直腸壁にあたっている可能性がある。)

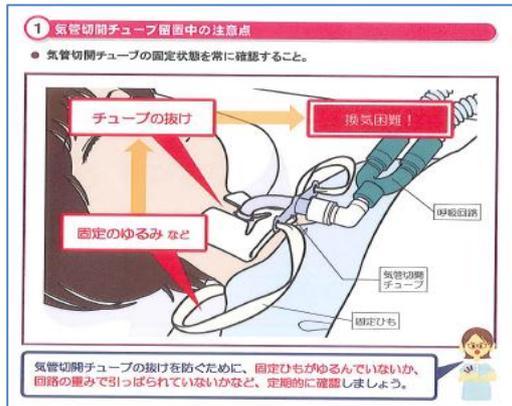
- 対策:** 浣腸の際は、できるだけ左側臥位とし、慎重に行なうこと。

No.35

気管切開チューブの取扱い時の注意について

【事例1】

人工呼吸器のアラームが鳴ったので駆けつけると、留置していた気管切開チューブが抜けかけていた。



【事例2】

気管切開チューブの交換後、スタイレットを抜き忘れてしまい、患者が窒息状態に陥った。

事例1: 気管切開チューブ留置中の注意点

チューブの抜け・固定のゆるみなど⇒換気困難

対策: 気管切開チューブの固定状態を常に確認する。

- ・気管切開チューブの抜けを防ぐために、固定ヒモがゆるんでいないか、回路の重みで引っばられていないなど、定期的に確認する。

気管切開チューブの再挿入時のリスク

再挿入困難

気管切開直後は、開口部から気管へのルートが確立しておらず、気管切開チューブが抜けた場合、再挿入困難となることがある。

皮下迷入

あわてて無理に押し込むと、気管切開チューブが皮下に迷入してしまうことがある。

対策: 再挿入後は、必ず換気できていることを確認する。

- ・気管切開チューブの再挿入が困難となる場合に備えて、気管挿管の準備などを整える。

事例2:

スタイレット付き気管切開チューブの使用時の注意点

抜き忘れたスタイレット⇒換気不能

対策: 気管切開チューブ挿入後は、スタイレットの抜き忘れに注意する。

- ・気管切開チューブのスタイレットの色や形状は様々であるため、院内で採用している気管切開チューブを確認しておく。



法令・通知等【安全管理に関するもの】

対策

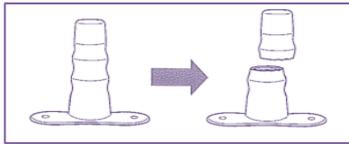
【平成 24 年 4 月 27 日付】
ヘモグロビン A1c(HbA1c)測定値の国際標準化に係る対応について

ヘモグロビン A1c(HbA1c)測定値が JDS(Japan Diabetes Society)値から NGSP(National Glycohemoglobin Standardization Program)値に移行。現在、医療機関にある HbA1c 分析装置を NGSP 値表記に対応させるために、設定変更やソフトウェアの変更操作等の対応が必要。誤認による誤診等が発生しないよう、提示された HbA1c 測定結果が、NGSP 値、JDS 値のいずれで示されているか周知すること。

<参考資料>

日本糖尿病学会：「日常臨床及び特定健診・保健指導における HbA1c 国際標準化の基本方針及び HbA1c 表記の運用指針」

【平成 24 年 5 月 15 日付】
歯科診療時等において使用される手指用保護具（口腔用）の事故等に係る医療機関並びに介護保険施設等及び障害者支援施設等の施設管理者に対する注意喚起について



平成 24 年 4 月に、手指保護具（口腔用）（商品名：ゆびガード）の一部が破断して、患者の口腔から体内に入り、医師がレントゲン、CT、内視鏡を用いて探したが発見できず、咽頭部に浮腫を生じ、窒息して死亡する事故が発生。同種事故の発生防止を図る観点から注意喚起を行う。

<参考資料>

株式会社オーラルケア：

手指保護具（口腔用）の使用にかかるお願い

<http://www.oralcare.ne.jp/20120419.pdf>

【平成 24 年 6 月 6 日付】
医療・介護ベッド用サイドレール等のすき間に頭や首、手足などを挟む事故等の未然防止のための安全点検について

医療・介護ベッド用サイドレール等に関連した死亡事故等が注意喚起後も発生しているため、事故防止の再度周知のお願い。

1. 施設や在宅における医療・介護ベッド用サイドレール等の使用に当たっての注意喚起
2. 「医療・介護ベッド安全点検チェック表」を用いての点検の実施

<参考資料>

医療・介護ベッド安全普及協議会：

「医療・介護ベッド安全点検チェック表」

「医療・介護ベッドに潜む危険」(注意喚起動画)

<http://www.bed-anzen.org/>

公益財団法人テクノエイド協会：

ヒヤリハット事例について

<http://www.techno-aids.or.jp/hiyari/>

参考資料



★日本看護協会まとめ 参考資料（ページ 3）

- 1) 医薬品医療機器総合機構：
PMDA医療安全情報No29「心電図モニタの取扱い時の注意について」、2011.12
<http://www.info.pmda.go.jp/index.html>
- 2) 日本看護協会：
一般病棟における心電図モニタの安全使用確認ガイド、2010.6
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/sindenzu/zenbun.pdf>
- 3) 厚生労働省：
「酸素ボンベと二酸化炭素ボンベの取り違えに起因する健康被害の防止対策の徹底について（医療機関への注意喚起及び周知徹底依頼）」平成23年7月25日、
厚生労働省医政局総務課長・医薬食品局安全対策課長連名通知、2011.
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/houtuu.html>
- 4) 日本臨床工学技士会、日本体外循環技術医学会：
「酸素ボンベと二酸化炭素ボンベの取り違え防止に対する緊急提言」、2011.8
<http://www.ja-ces.or.jp/>、<http://jasect.umin.ac.jp/index.html>
- 5) 医薬品医療機器総合機構：PMDA医療安全情報 No.13「ガスボンベの取り違え事故について」、2009.10
<http://www.info.pmda.go.jp/index.html>、
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/houtuu.html>
- 6) 中谷順子、久保祐子：
医療安全トピックス「二酸化炭素ボンベの安全使用について」、看護、63(13)、p80-81、2011.
- 7) 日本医療ガス学会：医療用ガス研修会 研修会用PPTファイル、2011.12
<http://www.medical-gas.gr.jp/>
- 8) 日本産婦人科医会：出生直後に行う「カンガルーケア」について 2011.1
http://www.jaog.or.jp/news/2011/care_12.pdf

***** 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/index.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/iryu_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

<http://kodokodo.jp/link.html>



* * * あとがき * * *

全国の施設から提供された事例や再発防止策は、今、様々な形で発信されています。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でも、県内施設の事例や対策を共有し、各施設で活用していただくことができるように取り組んでおります。

・・・こんなことどこでもやっているんじゃないかなあ～

・・・こんな細かいこと知らないんじゃないかなあ～

等と迷っているものでも、それはきっと何処かの誰かの役に立つに違いありません。皆さんの智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（50音順）

川崎市立川崎病院・北里大学東病院・菊名記念病院・たま日吉台病院・横浜市立みなと赤十字病院・横浜新緑病院



公益社団法人神奈川県看護協会