



《H23 年度に発信された安全警報》

平成 24 年 3 月 20 日

向春の頃、ますますご清祥のことと存じます。

日々変化する医療情勢を受け、各機関から安全に関する情報が発信されています。同時に情報の有効な活用についても各施設で工夫されていることと思います。

今回の「医療安全情報 No.3」は、平成 23 年度中に各機関から発信された安全警報や通知について再掲しました。施設内での情報共有や次年度の準備などにご活用ください。

情報発信機関ごとの項目

I：社団法人神奈川看護協会

- ①患者安全警報 No.24 平成 22 年に発行された安全警報
- ②医療安全情報 No.1 転倒・転落リスクマネジメント
- ③医療安全情報 No.2 医療安全管理者の活動紹介
- ④夜勤生活ガイド No.1
- ⑤夜勤生活ガイド No.2(小ワザ集)

II：公益社団法人日本看護協会

- ①ベッド柵の安全使用 —患者の転落防止について—
- ②看護職が関与した医療事故報道について
- ③第1回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書

III：公益財団法人日本医療機能評価機構

- ①No.50:[手術部位の左右の取り違い(第2報)]
- ②No.51:[ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足]
- ③No.52:[2010 年に提供した医療安全情報]
- ④No.53:[病理診断時の検体取り違い]
- ⑤No.54:[体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去]
- ⑥No.55:[2006 年から 2009 年に提供した医療安全情報]
- ⑦No.56:[MRI検査時の高周波電流のループによる熱傷]
- ⑧No.57:[PTPシートの誤飲]
- ⑨No.58:[皮下用ポート及びカテーテルの断裂]
- ⑩No.59:[電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷]
- ⑪No.60:[有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種]
- ⑫No.61:[併用禁忌の薬剤の投与]

IV：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

- ① No.21 輸液ポンプの流量設定時の注意について
- ② No.22 血液浄化用回路の取扱い時の注意について
- ③ No.23 インスリン注射器の取扱い時の注意について
- ④ No.24 ニードルレスバルブ使用時の注意について
- ⑤ No.25 MRI 検査時の注意について(その1)
- ⑥ No.26 MRI 検査時の注意について(その2)
- ⑦ No.27 溶解液が添付されている医薬品の取扱いについて
- ⑧ No.28 血糖測定器の取扱い上の注意について
- ⑨ No.29 心電図モニタの取扱い時の注意について

V：厚生労働省 法令・通知

- ①「医療、介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足など挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起の徹底について(再依頼)」
- ②「災害時における MR 装置の安全管理について(周知依頼)」
- ③「小児による誤飲防止のための医薬品の安全対策について」
- ④「医療機関等における院内感染対策について」
- ⑤「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依頼)」
- ⑥「医療施設向け電動ベッドからの転落事故防止に係る医療機関に対する注意喚起について」

①	<p>患者安全警報No.24 平成 22 年度に発信された安全警報について</p>	<p>1 神奈川県看護協会発行 2 日本看護協会「医療安全情報」 3 厚生労働省 法令・通知等 4 日本医療評価機構 5 医薬品医療機器総合機構</p>
②	<p>医療安全情報 No.1 ～転倒・転落リスクマネジメント～</p>	<p>・予測、評価 ・対策 ・記録 ・予防 ・教育</p>
③	<p>医療安全情報 No.2 ～医療安全管理者の活動紹介～</p>	<p>・5S ・医療安全教育 ・危険予知活動 ・事例分析 ・広報活動、巡視</p>
④	<p>夜勤生活ガイド No.1</p>	<p>「医療安全確保のための看護体制のあり方に関する」調査研究をもとに、夜勤生活へのお役立ち情報を掲載</p>
⑤	<p>夜勤生活ガイド No.2 ～小ワザ集～</p>	<p>No.1 の発行後、神奈川県下協会員を対象に「小ワザ」を募集し、掲載</p>



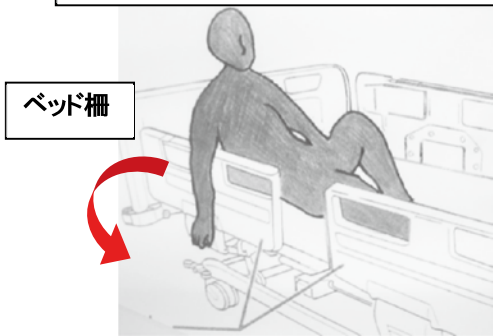
【2011年3月7日】

ベッド柵の安全使用

—患者の転落防止について—

①

外側にスイングしながら 柵が下がる



ベッド柵

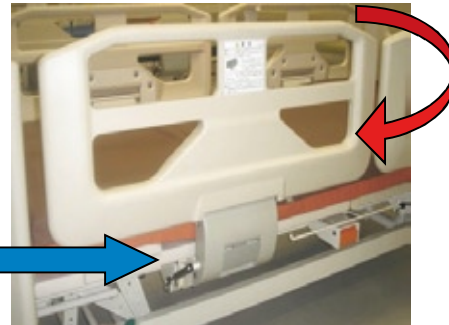
【事例】

一般病床用として販売されている特定のベッドを使用中の患者が、ベッドの内側から、ベッド柵を下げようと柵の外側にあるレバーを握っただけで、柵が動きだした。患者は、外側にスイングしながら落下する柵とともにベッドから転落した。

【対策】

1. 当該ベッドを既に使用中の施設
 - ・使用患者のADLに応じた安全対策を速やかに検討
 - ・安全対策についてメーカーへの問い合わせ
2. ベッドの購入を検討中の施設
 - ・メーカーに製品の特徴と安全対策を確認の上、使用の予定患者の状況に応じた使用および購入を検討

【医療・介護ベッド安全普及協議会】 <http://www.bed-anzen.org>



レバー

【2011年4月】看護職が関与した医療事故報道について

全国紙やインターネット等の事故情報を収集した結果、2010年(1/1~12/31)に報道された看護職が関与した医療事故の概要50件。

②

援助
日常生活

- ・食事による窒息3、異物誤飲による窒息1
- ・入浴時の溺死2、口腔ケア後の急変1
- ・術後固定による褥創
- ・病棟内での自殺

処置・管理
医学的

- ・内服・外用：誤薬
- ・注射・点滴：誤薬、ワクチン(期限切れ、薬剤間違い、過剰投与)、器具の不適切使用、注射での神経損傷、抗がん剤の漏れ
- ・異型輸血
- ・ガーゼ遺残6、器具遺残6、手術部位間違い2、テープ切断時の指の切断
- ・心電図モニターのチャンネル設定間違い
- ・テストバック装着からの戻し忘れ
- ・補助器具間違い
- ・食道挿管、人工透析チューブ外れ、補助人工心臓チューブ外れ、中心静脈カテーテル接続部緩み

情報・組織

- ・分娩時の連絡の体制
- ・指示のない注射実施

③

【2011年11月】

第1回 産科医療補償制度再発防止に関する報告書

(公益財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度再発防止委員会 8月22日)

平成21年1月の運用開始以降、加入分娩機関数は3328(加入率99.8%)、平成23年6月現在で178件が補償対象と認定された。昨年12月末までに公表された原因分析報告書15件をとりまめ、「分娩中の胎児心拍数聴取」「新生児蘇生」「子宮収縮薬」「臍帯脱出」について4つの提言が行われた。日本看護協会への要望として「標準的な分娩管理について会員への啓発、情報提供のさらなる推進」と「新生児蘇生法講習会の受講について啓発すること」が明記された。 <http://www.sanka-hpjchc.or.jp/outline/>

①	<p>No.50[手術部位の左右の取り違え(第2報)]</p> <p>事例 左鼠径部ヘルニアの手術の前日に、手術部位を医師と患者・家族が確認し、足背に油性マジックでマーキングをした。手術当日、担当医師は手術室で、患者の手術部位等を確認し、チェックリストにサインをした。また、麻酔科医師と手術室看護師は手術室入室時に一緒に患者の手術部位等を確認し、チェックリストにサインをした。麻酔導入後、担当医師は、手術側の左足背のマーキングを確認した。しかし、鼠径部を診察した際に右鼠径部膨隆の所見に気づき、「手術部位、左」と言いながら消毒し、右鼠径部を術野として確保した。執刀直前、マーキングを確認しなかった。</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"> ・術前マーキングおよびタイムアウトのマニュアルを整備する。 ・手術に関わる医師、看護師でタイムアウトを実施する。 <p>総合評価部会の意見 手術の際のタイムアウトは、</p> <ol style="list-style-type: none"> ①執刀直前に ②チーム全員で ③いったん手を止めて ④チェックリストに従って ⑤患者・部位・手技等を確認することを意味します。
②	<p>No.51[ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足]</p> <p>事例 舌腫瘍疑いの患者は、下肢静脈瘤に対しワーファリン3mg/日を内服していた。医師は組織生検をするため、血液検査を実施した。生検の際に電子カルテ上で血液検査の結果を確認したところ、凝固機能検査の値は『検査中』と表示されていた。しかし、医師は生検を実施し、止血を確認後、患者を帰宅させた。3時間後、患者は口腔内出血を認め、救急外来に再来院した。舌及び顎下部から頸部にいたる血腫を認め、気管挿管及び舌動脈の塞栓術などの処置を施行した。</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"> ・観血的な処置を施行する前は、凝固に関する薬剤の内服状況や、凝固機能に関する検査結果の確認を徹底する。 <p>総合評価部会の意見 ・抗凝固剤を使用中の患者の治療・処置の際は、日本循環器学会が公表している「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン(2009年改訂版)」の『IV.補足 2 抜歯や手術時の対応』などを参考にしましょう。</p>
③	<p>No.52[2010年に提供した医療安全情報]</p> <p>No.38: ★清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違え No.39: ★持参薬の不十分な確認 No.40: 2009年に提供した医療安全情報 No.41: 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報) No.42: セントラルモニタ受信患者間違い No.43: 2006年から2008年に提供した医療安全情報 No.44: コンセントの容量(定格電流)を超えた医療機器や電気機器等の接続 No.45: ★抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報) No.46: 清拭用タオルによる熱傷 No.47: 抜歯部位の取り違え No.48: 酸素残量の未確認 No.49: B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ ★のタイトルについては、提供後、2010年12月31日までに類似事例が発生しています。</p>	
④	<p>No.53[病理診断時の検体取り違え]</p> <p>事例 1 外来の担当看護師は、患者Aと患者Bの伝票を机の上に並べ、手書きしたラベルを検体ビンに貼付した。検体受付の際、検査技師が同じ名前の検体ビンが2つあることに気付いた。看護師は、患者Aと患者Bの検体ビンのラベルに患者Aの名前を記載していた。検体が特定できないため、再度組織診を行った。</p> <p>事例 2 右乳癌で手術予定の患者Aに対して右乳房2カ所、左乳房1カ所の生検を行い、検体を病理部へ提出した。いずれも癌であると報告され、患者Aに対して両側乳房の手術を施行した。術後の病理検査の結果、右乳腺検</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"> ・一人の患者の検体の取り扱いを完結させてから次の患者の作業に移る。 ・検体処理時は、作業環境を整理する。

体は乳癌であったが、左乳腺検体には癌は認められなかった。調査の結果、検査技師がカセットに検体を入れる際、病理組織検査申込書の記載内容を見間違え、患者Aの左乳房の検体と、患者Bの検体が入った容器を取り違えていたと推測された。

⑤ No.54:[体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去]

事例 1

人工呼吸器は患者の左側にあった。右側に看護師A、左側に看護師Bが立ち、体位変換を行うため蛇管をアームから外した。看護師Aは左側臥位にするために患者の背部を押しており、蛇管を保持していなかった。左側臥位にした時、顔に貼っていた固定用のテープが蛇管の重さにより外れ、気管チューブが5cm 抜けた。医師が抜管し、再度挿管した。



◆報告されている23件の事例のうち、10件は気管チューブが抜けた事例であり、13件は気管切開チューブが抜けた事例です。

事例 2

患者には気管切開チューブが挿入されていた。看護師2人で清拭後、体重測定のため体位変換を行ったところ、人工呼吸器の低換気アラームが鳴った。気管切開チューブを確認すると、エア漏れの音がしたためすぐに医師に報告した。気管切開チューブの固定を外すと気管切開チューブが抜けており、新しい気管切開チューブを医師が再挿入した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・体位変換の前に気管・気管切開チューブの固定の状態を確認する。
- ・体位変換は2名以上で行い、役割を決め、声かけをしながら行う。
- ・人工呼吸器回路を保持し、過度の張力がかからないようにする。

総合評価部会の意見

- ・体位変換の後にも、患者の呼吸、気管・気管切開チューブの固定の状態や人工呼吸器の動作状況を確認しましょう。

⑥ No.55:[2006年から2009年に提供した医療安全情報]

- No.1:インスリン含量の誤認
- No.2:抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制
- No.3:グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔
- No.4:薬剤の取り違え
- No.5:入浴介助時の熱傷
- No.6:インスリン単位の誤解
- No.7:小児の輸液の血管外漏出
- No.8:手術部位の左右の取り違え
- No.9:製剤の総量と有効成分の量の間違い
- No.10:MRI 検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み
- No.11:誤った患者への輸血
- No.12:患者搬送中の接触
- No.13:輸液ポンプ等の流量の確認忘れ
- No.14:間違ったカテーテル・ドレーンへの接続
- No.15:注射器に準備された薬剤の取り違え
- No.16:2007年に提供した医療安全情報
- No.17:湯たんぽ使用時の熱傷
- No.18:処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い
- No.19:未滅菌の医療材料の使用

- No.20:伝達されなかった指示変更
- No.21:血糖測定器の使用上の注意
- No.22:化学療法の治療計画の処方間違い
- No.23:処方入力の際の単位間違い
- No.24:人工呼吸器の回路接続間違い
- No.25:診察時の患者取り違え
- No.26:血糖測定器への指定外の試薬の取り付け
- No.27:口頭指示による薬剤量間違い
- No.28:2008年に提供した医療安全情報
- No.29:小児への薬剤10倍量間違い
- No.30:アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与
- No.31:2006年から2007年に提供した医療安全情報
- No.32:ウォータートラップの不完全な接続
- No.33:ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出

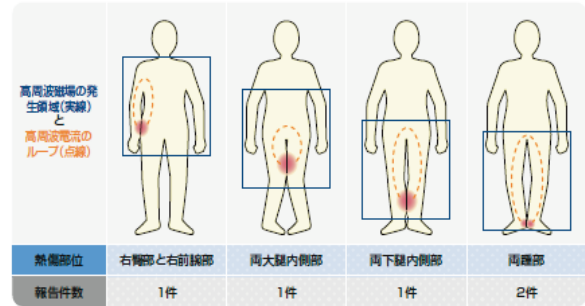
⑦ No.56:[MRI検査時の高周波電流のループによる熱傷]

事 例 1
骨盤部のMRI造影検査中、患者から「両下腿が熱い」と訴えがあった。MRIによる加熱を疑い皮膚を確認したが、インプラント、皮膚面の異物や刺青などはなく、皮膚反応も見られなかったため、検査を続行した。検査終了後、患者から「検査中にまた下肢が熱くなった」と言われ確認すると、両側下腿内側に1×2cmの紅斑と水疱を認めた。患者は腓腹筋が発達しており、検査台に臥床した際に両側下腿内側が接触し、ループ状の電流による熱傷が生じたと考えられた。

事 例 2
両膝のMRI検査を行うために、両膝にボディコイルを巻いた。その際、患者の足にタオルを掛けたため、素足の踵部が接触していることに気付かなかった。検査終了後に患者から「熱かった」と訴えがあり確認すると、踵部にループ状の電流による熱傷が発生していた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・MRI 検査時は、タオル等の緩衝物により、皮膚と皮膚が接触しない体位にする。
- ・検査中、患者に何らかの症状があった場合、検査を中断し、確認する。



◆高周波電流のループによる熱傷とは
高周波磁場が発生する領域で、患者の皮膚どうしが接触することにより、人体の一部で高周波電流のループが形成されると誘導起電力が生じ、誘導電流が流れます。これにより、温度が上昇するために生じる熱傷です。

総合評価部会の意見

- ・この情報を医療機関内で周知しましょう。
- ・MRI検査時、手足が身体の他の皮膚に接触すると熱傷の可能性があるため、接触しないようにする必要があります。

⑧ No.57:[PTPシートの誤飲]

事 例 1
入院中の患者は、アルファロール1錠のみ、PTPシートから出していないことをすっかり忘れ、そのまま内服。内視鏡で食道上部の薬を取り出した。

事 例 2
看護師は、内服薬を患者のもとに持参し、一包化された袋の中味と、PTPシートに入ったハルナールとアリセプトを薬杯の中に入れた。患者は PTP シートに入ったままの薬剤と一緒に飲みこんだ。その後、胃内視鏡を行った



事例が発生した医療機関の取り組み

- ・必要がなければ、PTPシートは1錠ずつ切り離さない。
- ・患者の理解力に合わせて、可能な限り一包化する。
- ・患者にPTPシートの誤飲防止の説明を行う。

総合評価部会の意見

- ・配薬の際、PTPシートに入ったままの薬剤や一包化された薬剤など、違う形態のものを一緒に渡さない。
- ・一錠ずつ切り離れたPTPシートは、誤飲の危険性があることを患者さんに伝えてください。

PTP包装シートの誤飲防止対策について、厚生労働省より通知が出されています。

- 医政総発 0915 第 2 号
薬食総発 0915 第 5 号 薬食安発 0915 第 1 号
平成 22 年 9 月 15 日付
- 薬食安発 0915 第 3 号
平成 22 年 9 月 15 日付

⑨ No.58:[皮下用ポート及びカテーテルの断裂]

事 例
化学療法のため、埋め込み型中心静脈カテーテル(CVポート)から、輸液ポンプを使用して薬剤を投与した。約2時間経過後、CVポートの周囲が腫脹して薬液が皮下に漏出していることに気付いた。胸部X線を撮ったところ、CVポートのカテーテルの断裂を確認し、放射線科にて、心房内の断裂したカテーテルを血管造影下で除去した。

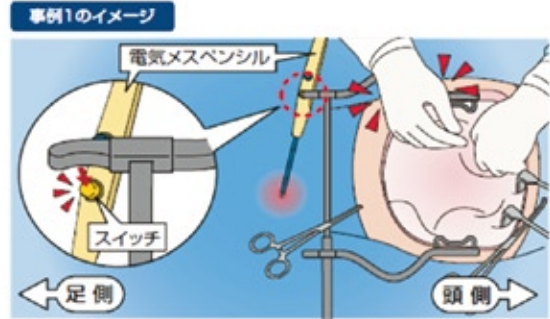
事例が発生した医療機関の取り組み

- ・皮下用ポートを埋め込む際の説明時に、患者にカテーテルの断裂の可能性およびその兆候を説明する。
- ・滴下不良、点滴漏れ、閉塞、疼痛等の兆候がある場合は、カテーテルの断裂の可能性を考慮する。

皮下用ポート及びカテーテルに係る添付文書の改訂指示等について、厚生労働省より通知が出されています。

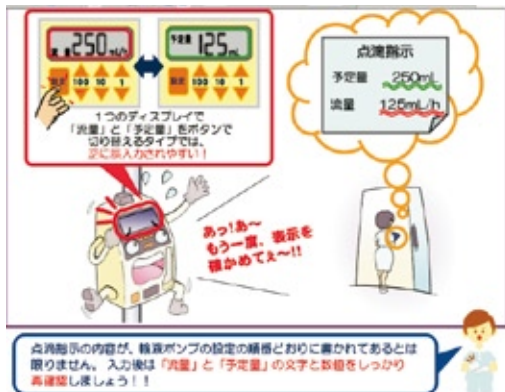
- 薬食安発0525第1号 薬食機発0525第1号
平成23年5月25日付

<p>⑩</p> <p>No.59:[電気メスピENCILの誤った取り扱いによる熱傷]</p> <p>事例 1 医師は、S字状結腸の腸管処理を行った際、止血のため電気メスを使用した。手術体位が碎石位のため、物品を置くスペースが狭かったが、電気メスピENCILを収納ケースに収納していなかった。開創器のすぐ近くに電気メスピENCILを置いていたところ、開創器の端が電気メスピENCILの手元スイッチ部にあたり通電した。電気メスの作動音に気づき状況を確認すると、覆布に穴が開き大腿部に熱傷が生じていた。</p> <p>事例 2 医師は、使用していない電気メスピENCILを片方の手で持ち、かつ、先端を患者側に向けていた。腹腔内の操作中、筋膜を切開している最中に誤って電気メスのスイッチを押したため通電し、右側腹部の皮膚を損傷した。</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"> ・術野周囲の環境を整え、電気メスピENCILを術野や手術台の上に置かない。 ・使用しない電気メスピENCILは、収納ケースに収納する。
<p>⑪</p> <p>No.60:[有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種]</p> <p>事例 薬剤部が、インフルエンザワクチンを業者に返品するため、払い出した部署の在庫品の製造番号を業者に連絡したところ、有効期間が過ぎた製造番号のワクチンが確認された。薬剤部にて、インフルエンザワクチンを払い出した部署及び当院で接種した患者を抽出し、使用したワクチンの製造番号を確認した。その結果、7名の患者に有効期間が過ぎたワクチンを接種したことがわかった。</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"> ・薬剤部にて、ワクチンを管理する台帳等を設け、入出庫の管理を行う。 ・予防接種ワクチンの接種時は、院内の予防接種マニュアルを遵守し、有効期間の確認を行う。
<p>⑫</p> <p>No.61:[併用禁忌の薬剤の投与]</p> <p>事例 1 抗てんかん薬(バルプロ酸ナトリウム)を服用中の患児に肺炎治療の目的で、メロペンを4日間点滴治療した。病状が軽快し退院したが、翌日強い不穏症状が現れ他院で診察を受けた。 ◆メロペン(カルバペネム系抗生物質製剤)の添付文書の『3. 相互作用』に併用禁忌として、バルプロ酸ナトリウム(デパケン、バレリン、ハイセレニン等)とメロペンとの併用により、バルプロ酸の血中濃度が低下し、てんかんの発作が再発することがある、ことが記載されています。</p> <p>事例 2 手爪白癬に対して、イトリゾールカプセルを処方する際、近医から処方されている患者の内服薬を確認した。患者の内服薬の中から併用注意の薬剤については併用しないように伝えたが、併用禁忌の薬剤であるハルシオン、ロナセンには気付かなかつた。1週間後、患者はふらつきや眠気が起こり、足がもつれて転倒した。 ◆イトリゾール(経口抗真菌剤)の添付文書の『3. 相互作用』に併用禁忌として、「トリアゾラム(ハルシオン)」や「プロナンセリン(ロナセン)」とイトリゾールの併用により、CYP3A4 に対する阻害作用によってトリアゾラムやプロナンセリンなどの代謝を阻害し、これらの薬剤の血中濃度上昇や作用増強のおそれがある、ことが記載されています。</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"> ・併用禁忌の薬剤について院内で注意喚起を行う。 ・新しく処方された薬剤を投与する際、すでに投与している薬剤との併用について確認する。 ・併用禁忌薬剤について、薬剤師がチェックできる体制にする。



No.21

輸液ポンプの流量設定時の注意について



1.輸液ポンプ使用時の注意点について

輸液ポンプに入力した「流量」「予定量」の表示と指示された内容を必ず再確認すること。

* 点滴指示の内容が、輸液ポンプの設定の順番どおりに書いてあるとは限りません。

2.滴下制御式輸液ポンプ使用時の注意点について

薬剤によっては、界面活性剤などの添加物の影響により1滴の大きさが異なるため、滴下制御式輸液ポンプを使用する場合には流量の調整(補正)を行うこと。

No.22

血液浄化用回路の取扱い時の注意について

1.血液浄化用回路の接続時の注意点について

血液浄化療法に用いる血液回路の接続部は、全てルアーロックによる接続とすること。

2.ルアーロック式血液浄化用回路への切り替えについて

* 血液浄化用回路を取扱うメーカー各社では、平成 21 年9月から順次、血液回路の全ての接続部がルアーロック式の製品へ切り替えを行っています。現在、スリップイン式の製品をご使用の医療機関は、速やかにルアーロック式への切り替えをお願いします。

* ルアーロック式の血液浄化用回路への切り替えにあわせて、それらに接続して使用するシリンジや輸液セットなどもルアーロック式の製品に切り替えましょう。

No.23

インスリン注射器の取扱い時の注意について

インスリン単位換算	
1単位	↔ 0.01mL
10単位	↔ 0.1mL
100単位	↔ 1mL

1.インスリン取扱い時の注意点について(その1)

インスリンの単位換算を誤っていないか確認する。インスリン注射液は、1mlが100単位です。準備の際、インスリンの指示単位が何mlに相当するのか必ず確認しましょう。

2.インスリン取扱い時の注意(その2)

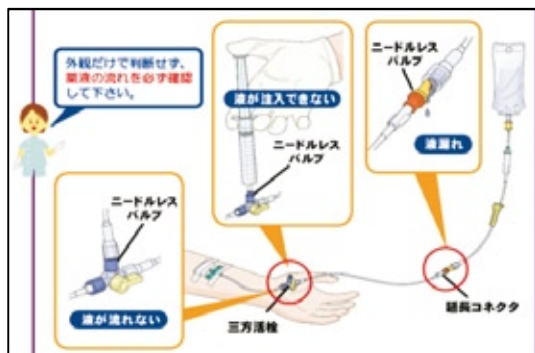
インスリン注射器と他の注射器を取り違えないようにすること。

3.インスリン注射器の取扱い上の注意について

インスリン注射器の種類(サイズ)を確認すること。

No.24

ニードルレスバルブ使用時の注意について





1.ニードルレスバルブ使用時の注意点について

ニードルレスバルブの内部構造とプレフィルドシリンジなどの先端部の内径によっては、正しく接続出来ない場合があるので注意すること。

2.バルブ内部に管があるニードルレスバルブの添付文書について

バルブ内部に管があるニードルレスバルブの添付文書は、接続出来るオスルアー先端の内径に関する情報などの使用上の注意点が記載されています。

<p>No.25 MRI 検査時の注意について(その1)</p>	<p>1.やけどに関する注意事項(その1) ・ポジショニング時に、患者さんの腕、脚等の皮膚どうしが接触していないことを確認すること。 ・患者さんに対して、検査中は体位を変えたりしないなど、動かないように十分伝えておくこと。 ＊MRI 検査中、皮膚どうしの接触やガントリ内壁との接触により、誘導電流を生じ、接触部位でやけどが発生するおそれがあります。</p>
<p>No.26 MRI 検査時の注意について(その2)</p>	<p>1.金属吸着に関する注意点 MRI 検査室に入室する前には、磁性体金属がないか必ず確認すること。 ＊MRI 検査室内は、常に強力な磁場があり、磁性体金属の持ち込みは厳禁です。 ＊飛んできた酸素ボンベやストレッチャーが患者や医療従事者などに衝突し、負傷する事故などが報告されています。 2.手指の挟み込みに関する注意点 患者さんに対し、検査中は天板を握らないように十分伝えておくこと。</p>
<p>No.27 溶解液が添付されている医薬品の取扱いについて</p>	<p>1.取扱い上の注意点について(その1) 薬剤と溶解液がセットになっている注射剤があるので、必ずラベルを確認すること。 2.取扱い上の注意点について(その2) 薬剤と溶解液がセットになっている外用剤があるので、必ずラベルを確認すること。 3.取扱い上の注意点について(その3) 薬剤本体と溶解液の保存温度が異なることから別々に保管している医薬品は、誤って溶解液のみ投与しないよう、注意すること。</p>
<p>No.28 血糖測定器の取扱い上の注意について</p> 	<p>1.血糖値への影響について 果物をむいた後などに指先から血糖測定を行うと、偽高値となるおそれがある。 ＊果物をむいたり、砂糖が付着している食べ物等をさわった後は、時間経過に関係なく、その指先に付着した果汁や糖分が採血した血と混じり、測定結果が「HI」や「高い値」を表示するおそれがあります。 2.採血前の注意点について 採血前には、必ずよく手を洗ってから採血すること。 ＊果物等をさわった後に、アルコール綿の消毒だけでは、正しい血糖値が得られないとの報告があります。採血前には、必ず良く流水で手洗いを行うよう患者さんに伝えてください。</p>
<p>No.29 心電図モニタの取扱い時の注意について</p> 	<p>1.テクニカルアラームに関する注意点(電極はがれ) 電極は、粘着力が低下する前に定期的に交換すること。 2.テクニカルアラームに関する注意点(電池切れ) センtralモニターに電池交換のマークなどが表示されたらアラームの有無によらず送信機の電池を速やかに交換する。 3.テクニカルアラームに関する注意点(電波状況) モニター用アンテナの受信可能なエリア病室を把握しておくこと。 4.その他心電図モニタの適正な使用について ＊患者さんごとに、心電図モニタの使用目的をチームで検討することが大事です。 ＊アラームの適正な設定によって、頻繁なアラームを減らすことができます。</p>

①	<p>【平成 23 年 2 月 9 日】 「医療、介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足など挟む事故等に係る施設管理者への注意喚起の徹底について(再依頼)」</p>	<p>平成 22 年 10 月に注意喚起が出されてからも、同種の死亡事故が発生しているため、再度の周知徹底の依頼。 (日本福祉用具・生活支援用具協会) http://www.jaspa.gr.jp/news/080205.pdf (医療・介護ベッド安全普及協議会) http://www.bed-anzen.org/</p>
②	<p>【平成 23 年 3 月 16 日】 「災害時における MR 装置の安全管理について(周知依頼)」</p>	<p>災害時においても MR 装置が安全に管理されるために「災害時における MR 装置の安全管理に関する提言」が出され、医療機関への周知徹底の依頼。 (一般社団法人日本磁気共鳴医学会) http://www.jsmrm.jp/modules/other/index.php?content_id=1</p>
③	<p>【平成 23 年 5 月 20 日】 「小児による誤飲防止のための医薬品の安全対策について」</p>	<p>小児用薬剤に関し「子供用水薬を中心とした医薬品の安全対策報告書」が取りまとめられ、誤飲防止策の一つとして、医療機関及び薬局における CR 容器の使用及び CR 容器の普及への取り組み等についての提言がなされた。 (東京都商品等安全対策委員会) http://www.anzen.metro.tokyo.jp/tocho/kyougikai/10th/pdf/houkokusho_all.pdf</p>
④	<p>【平成 23 年 6 月 17 日】 「医療機関等における院内感染対策について」</p>	<p>病院内での感染症アウトブレイクへの対応について、通常時からの感染予防、早期発見の体制整備並びにアウトブレイクが生じた場合の早期対応が重要となる。医療機関等における院内感染対策の留意事項が取りまとめられた。 1 感染制御の組織化として、感染制御チームの設置に関する事項の追加 2 多剤耐性菌によるアウトブレイク等施設内では対応が困難な事例へ備え、医療機関間の連携について 3 アウトブレイクを疑う基準並びに保健所への報告の目安について など ＜参考資料＞「院内感染対策中央会議提言について」 (平成 23 年 2 月 8 日厚生労働省医政局指導課事務連絡)</p>
⑤	<p>【平成 23 年 7 月 26 日】 「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依頼)」</p>	<p>診療の用に供する医療ガスを充てんしたボンベについて、酸素ボンベと二酸化炭素ボンベの取り違え等の、装置の誤接続を行ったことによる、患者に深刻な健康被害が生じた事故の報道がされた。事故の再発防止の留意事項の周知徹底の依頼。 1 レギュレーター等との接続部の形状及びボンベ本体の色がガス毎に特定化されたボンベを使用すること 2 医療ガスボンベについては、使用時のみボンベとレギュレーター等を接続し、保存時にはボンベからレギュレーター等を外すことを徹底する 3 医療行為に必要な医療ガスボンベ及び工業用のガスボンベ等を、診療現場に持ち込まないこと ＜参考資料＞ ・「診療の用に供するガス設備の誤接続防止対策の徹底について」(平成 21 年 3 月 3 日医政指発 0303001 号厚生労働省医政局指導課長通知) ・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」(平成 21 年 10 月医薬品医療機器総合機構)</p>
⑥	<p>【平成 23 年 11 月 1 日】 「医療施設向け電動ベッドからの転落事故防止に係る医療機関に対する注意喚起について」</p>	<p>消費者庁消費者安全課から、転落による事故の発生防止を図る観点から対象となるベッドを配置している医療機関等の各施設に対して、取り扱いについての注意喚起依頼。 ＜転落事故防止対策＞ 1 ベッドの内側から操作しないように患者等利用者に周知すること 2 該当製品の安全対策についてなど</p>

<<関連ホームページアドレス>>

社団法人 神奈川県看護協会発行 「患者安全情報」
<http://www.kana-kango.or.jp/taisaku/index.htm>

社団法人 日本看護協会発行 「安全情報」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/anzenjoho.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>

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 「医療安全情報」
http://www.info.pmda.go.jp/anzen_pmda/iryo_anzen.html

医療安全全国共同行動
<http://kodokodo.jp/link.html>



ご存知ですか?!

WHO **Patient safety**

Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition
～ 多職種版の「患者安全カリキュラムガイド」～ 2011.10 発行

Risk Management から Patient Safety へ
(「病院のリスク」から「患者さんのリスク」へ)

『医療安全の考え方を示し、指標となるもの』が発表されました。
今までの“安全教育”を系統立ててまとめた…ものです。



神奈川県看護協会

