

神奈川県看護協会 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〉

平成 23 年 3 月 24 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、各機関は安全に関する情報を積極的に発信しています。  
今回の「患者安全警報」は、平成 22 年度中に各関係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。各施設での、振り返りと次年度への準備にぜひご活用下さい。

1. (社) 神奈川県看護協会発行「患者安全警報」No. 21~23

- No. 21 在宅で使用したインスリン注射や微量採血用の針の廃棄方法と患者教育について
- No. 22 輸液ポンプ・シリンジポンプのリスクマネジメント
- No. 23 窒息事故予防に対する取り組みについて

2. (社) 日本看護協会「医療看護安全情報」

- 【平成 22 年 01 月 05 日】 医療事故情報収集等事業の活用について
- 【平成 22 年 01 月 07 日】 温罨法（湯たんぽ）の安全使用—皮膚への接触は危険！—
- 【平成 22 年 02 月 16 日】 内服薬の情報伝達エラーによる誤薬の防止
- 【平成 22 年 4 月】 看護職が関与した医療事故報道について
- 【平成 22 年 04 月 08 日】 耳朶穿刺時の針刺し事故について
- 【平成 22 年 05 月 10 日】 MRI（磁気共鳴画像法）検査室内での磁性体吸着事故や熱傷事故等について
- 【平成 22 年 06 月 01 日】 名称類似に関連した医療事故の防止その 2

3. 厚生労働省 法令・通知等（安全管理体制に関するもの）

- 【平成 22 年 01 月 15 日】 在宅酸素療法における火気の取扱いについて
- 【平成 22 年 01 月 29 日】 内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について
- 【平成 22 年 02 月 10 日】 透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル
- 【平成 22 年 03 月 01 日】 耳朶穿刺時等の微量採血のための穿刺器具の取扱いについての周知について
- 【平成 22 年 06 月 09 日】 電気手術器用バイポーラ電極の取扱いについて
- 【平成 22 年 09 月 06 日】 多剤耐性アシネトバクター・バニウム等に関する院内感染対策について  
(周知徹底)
- 【平成 22 年 09 月 15 日】 PTP 包装シート誤飲防止対策について
- 【平成 22 年 10 月 08 日】 医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者に対する注意喚起について
- 【平成 22 年 12 月 29 日】 診療システム（電子カルテ）不具合による薬剤誤投与について

4. (財) 日本医療評価機構「医療安全情報」No. 38~No. 49

- No. 38 清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違い
- 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 抜歯部位の取り違い
- 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
- No. 50 手術部位の左右の取り違え（第2報）

5.（独）医薬品医療機器総合機構 PMDA 「医療安全情報」No. 14～No. 20

- No. 14 電気メスの取扱い時の注意について（その1）
- No. 15 電気メスの取扱い時の注意について（その2）
- No. 16 電気メスの取扱い時の注意について（その3）
- No. 17 プレフィルドシリンジ製剤の取り扱いについて
- No. 18 微量採血のための穿刺器具による採血時の注意について
- No. 19 カリウム（K）製剤の誤投与について
- No. 20 人工呼吸器の取扱い時の注意について（その3）

6. 医療安全全国共同行動

新たに追加になった9つめの行動目標 行動目標S：安全な手術—WHO指針の実際

神奈川県看護協会 患者安全警報	要約
<p>No.21 在宅で使用したインスリン注射や微量採血用の針の廃棄方法と患者教育について</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用済み針の問題点について</li> <li>2. 微量採血器具やインスリン注射針の廃棄について <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者教育の実際</li> <li>・針等を廃棄する容器例</li> </ul> </li> <li>3. 患者教育のポイント</li> <li>4. 医療廃棄物処理に関する資料 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 医療廃棄物の処理に関するそれぞれの役割</li> <li>2) 法的解釈</li> <li>3) 在宅医療廃棄物処理の流れ</li> </ol> </li> </ol>
<p>No.22 輸液ポンプ・シリンジポンプのリスクマネジメント</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 輸液ポンプ等に関連した事故件数・ヒヤリハット件数</li> <li>2. 実際に発生した事故事例</li> <li>3. 輸液ポンプ・シリンジポンプを使用した輸液管理の注意点</li> <li>4. 使用した薬剤の標準化 <ul style="list-style-type: none"> <li>～例示 北里大学病院の場合～</li> </ul> </li> <li>5. 県内施設の教育・管理体制の取り組み <ul style="list-style-type: none"> <li>～例示 小田原市立病院の場合～</li> </ul> </li> <li>6. 機種統一、中央化への取り組み <ul style="list-style-type: none"> <li>～例示 日本鋼管病院の場合～</li> </ul> </li> <li>7. 患者・家族指導のポイント</li> <li>8. 参考 全国共同行動の取り組み</li> </ol>
<p>No.23 窒息事故予防に対する取り組み</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不慮の事故の年次推移と分類</li> <li>2. 窒息の基礎知識と緊急時の対応について</li> <li>3. 窒息や誤嚥事故を防ぐための組織的な取り組み</li> </ol>

日本看護協会 医療看護安全情報	要 約
[平成 22 年 1 月 5 日] <b>医療事故情報収集等事業の活用について</b>	
日本看護協会では、財団法人 日本医療機能評価機構（ <a href="http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html">www.med-safe.jp/contents/info/index.html</a> ）からの情報を医療安全情報に活用するなど、連携した医療安全推進活動を行なっている。日本医療機能評価機構より出された「医療事故情報収集等事業の 2010 年からの報告体制について」参照。 <a href="http://www.med-safe.jp/pdf/2010reportsystem_guide.pdf">http://www.med-safe.jp/pdf/2010reportsystem_guide.pdf</a>	
[平成 22 年 1 月 7 日] <b>温電法（湯たんぽ）の安全使用 ー皮膚への接触は危険！ー</b>	
◎湯たんぽを使用した際の熱傷事故があった。	◆対応例 1 定期的な器具の点検 2 使用手順の見直し 3 十分な観察 4 知識・情報の共有
[平成 22 年 2 月 16 日] <b>内服薬の情報伝達エラーによる誤薬の防止「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」より</b>	
◎内服薬の事故には、処方せんの記載方法が統一されていないことに起因した処方せん・記載漏れ・指示受け間違い等があり厚生労働省では内服処方せんの記載方法の検討会報告書を公表した。	「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」 （厚生労働省ホームページ <a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/s0129-4.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/s0129-4.html</a> ） ◆記載方法の変更点：在るべき姿
	1 薬品名：薬価基準に記載された製剤名 2 分量：1 回量 3 分量（散剤・液剤）：製剤量 4 服用回数・服用のタイミング：「1 日 3 回朝昼夕食後」など日本語で明確に
[平成 22 年 4 月] <b>看護職が関与した医療事故報道について（2009 年 1 月 1 日～12 月 31 日）</b>	
◎医療事故の主な項目 1. 機器一般：全 3 件 2. 処 置：全 8 件 3. 与 薬：全 12 件 （内服 1 件、注射・点滴 11 件）	■心電図モニターの電極外れによる異常発見の遅れで低酸素脳症を起こした 事故 1 件 ■酸素飽和度測定モニターのアラームを鳴らさないように設定し、対応が遅れた。 事故 1 件 ■栄養剤を点滴ラインに注入した死亡。 事故 1 件 ■栄養剤が気管に注入され呼吸状態が悪化した。 事故 1 件 ■生物由来製品であるワクチンに関する事故（期限切れ、異種、過量、接種もれ） 事故 8 件 ■注射・点滴による事故 抗不整脈薬の急速投与 1 件 サリドマイド製剤の患者間違い投与。 事故 1 件 ■薬剤の安全使用のための動き 名称類似した薬剤関連事故に対して編売名・薬剤の規格改善検討 日本看護協会では、医療事故事例に関する情報収集を行なっている。2004 年以降の年間まとめは公開ホームページに掲載。 <a href="http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/anzenjoho.html">http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/anzenjoho.html</a>
[平成 22 年 4 月 8 日] <b>耳朶穿刺時の針刺し事故について</b>	
◎微量採血のための耳朶穿刺時に、穿刺針が耳朶を貫通し医療者の指を穿刺したという複数事故があった。	◆対応例 1 耳朶の貫通の恐れがある場合、他の組織の厚い部位での穿刺を検討する。 2 耳朶へ穿刺する場合、穿刺部位の裏側を直接指で支えない。 3 穿刺時の手袋着用を厳守する。


日本看護協会 医療看護安全情報	要 約
<p>[平成 22 年 5 月 10 日] <b>MRI（磁気共鳴画像法）検査室内での磁性体吸着事故や熱傷事故等について</b></p> <p>◎MRI 検査室内に酸素ボンベ、ストレッチャー等の磁性体金属を持ち込み、MRI 装置への吸着事故があった。また、MRI 検査時にサーモフレクト毛布（アルミ裏打ち毛布）を使用して負傷した事故、検査中に保温下着、遠赤外線下着等を着用して皮膚の異常（ヒリヒリ感、火照り）が生じた。</p>	<p>◆対応例</p> <p>1 院内の環境づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ MRI 室内で安全に使用できる物品（工具類や医療器具等）の磁性識別表示をする。</li> <li>・ 徘徊する可能性がある患者や子供が不用意に入室しないよう施錠による立入予防対策を検討する。</li> </ul> <p>2 磁性体金属を MRI 室内に持ち込まないためのマニュアル検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者に十分な説明を実施し協力を得る</li> <li>・ 患者が入室する直前のチェック体制の整備をする。</li> <li>・ 医療従事者による磁性体金属の持ち込みの回避を図る。</li> </ul> <p>3 教育</p> <p>清掃等にかかわる職員も含め MRI 検査室に関与する全職員に対して、安全使用のための基礎的知識を共有できる研修等を実施する。</p>
<p>[平成 22 年 6 月 1 日] <b>名称類似に関連した医療事故の防止その 2</b>  <b>—メテナリン注射液および錠剤の販売名変更について—</b></p>	
<p>◎切迫流・早産治療薬である「ウテメリン」を投与すべきところ、子宮収縮止血剤「メテナリン」が誤って投与された事故があった。名称類似に関連した医療事故を防止する観点から、製薬会社は「メテナリン」注射液および錠剤の販売名を「メチルエルゴメトリン」に変更した。</p>	<p>◆必要とされる医療機関の対応</p> <p>1 院内のメテナリン注射液および錠剤の使用状況や保管場所・在庫状況の把握</p> <p>2 販売名変更に伴うシステム・手順の変更</p> <p>3 製品の切り替え及び切り替えに伴うシステム・手順の変更日の早期決定</p> <p>4 必要情報の組織的周知と安全な実施体制の確保</p>

厚生労働省 法令・通知等【安全管理体制に関するもの】	要 約
<p>【平成 22 年 1 月 29 日】  <b>内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について（周知依頼）</b></p>	<p>処方箋記載方法に関する安全対策の検討として、内服薬処方箋の記載方法を基準化する。</p> <p>＜内服処方箋記載のあるべき姿としての基準を示す＞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 「薬名」については、薬価基準に記載されている製剤名を記載する事を基本とする</li> <li>2 「分量」については、最小単位である一回量を記載することを基本とする</li> <li>3 散剤及び液剤の「分量」については、製剤量（原薬量ではなく、製剤としての重量）を記載することを基本とする</li> <li>4 「用法・用量」における服用タイミングについては、標準化を行い、情報伝達エラーを惹起する可能性のある表現方法を排除し、日本語で明確に記載する事を基本とする</li> <li>5 「用法・用量」における服用日数については、実際の投与日数を記載することを基本とする</li> </ol> <p><a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/s0129-4.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/s0129-4.html</a></p>

厚生労働省 法令・通知等【安全管理体制に関するもの】	要 約
<p>【平成 22 年 10 月 8 日】 「医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭や首、手足などを挟む事故等に係る施設管理者に対する注意喚起について」</p>	<p>介護用ベットにおいて、手すりやベットとの隙間に身体を挟み込み重傷を負う等の重大事故が発生している。介護用ベットの性質上挟み込みのリスクをゼロにする事は困難であり、取り扱い説明書安全マニュアルの注意事項を確認し、挟み込みのリスクを認識し正しく使用することの必要性についての注意喚起する (日本福祉用具・生活支援用具協会) <a href="http://www.jaspa.gr.jp/news/080205.pdf">http://www.jaspa.gr.jp/news/080205.pdf</a> (医療・介護ベット安全普及協議会) <a href="http://www.bed-anzen.org/">http://http://www.bed-anzen.org/</a></p>
<p>【平成 22 年 9 月 15 日】 「PTP包装シート誤飲防止対策について(医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼)」</p>	<p>医薬品の PTP 包装シートの誤飲(医薬品をシートから押し出すことなく服用し、喉や食道を傷つけること)に関する注意喚起について <a href="http://www.kokusen.go.jp/news/data/n-20100915_1.html">http://www.kokusen.go.jp/news/data/n-20100915_1.html</a></p>
<p>【平成 22 年 6 月 9 日】 「電気手術器用バイポーラ電極の取扱いについて(周知依頼)」</p>	<p>電気手術器バイポーラの誤接続による熱傷事故があった。フライングリードは電極端子が固定されていないため、意図しない箇所に誤接続してしまうリスクがあるので、注意すること。バイポーラピンセットには、絶縁型と非絶縁型があるため、確認して使用すること。使用可能な製品を確認する必要があることについての注意喚起と、フライングリードの発売中止についての周知に関する事</p>
<p>【平成 22 年 3 月 1 日】 「耳朶穿刺時等の微量採血のための穿刺器具の取扱いについて(注意喚起及び周知徹底)」</p>	<p>微量採血の穿刺器具で耳朶穿刺時に耳朶を貫通し医療従事者の指を刺した事例が複数報告された。感染の恐れがあり防止策に関する事 <a href="http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2010/20100408.pdf">http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2010/20100408.pdf</a></p>
<p>【平成 22 年 2 月 10 日】 「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル(三訂版)」の周知について (周知徹底)</p>	<p>「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル(③改訂)」「透析施設におけるC型肝炎院内感染の状況・予後・予防に関する研究」が取りまとめられた。自動返血装置の対応、感染症対策に係る法令改正の対応の追記・変更について周知徹底と正しい知識の普及について マニュアル本文 <a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/jinshikkan.html">http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/jinshikkan.html</a></p>
<p>平成 22 年 1 月 15 日】 「在宅酸素療法における火気の取扱いについて (通知) 報道発表資料」</p>	<p>1、高濃度の酸素吸入中に煙草等の下記を近づけるとチューブや衣服に引火し、重度の火傷や火災の原因と鳴る 2、酸素濃縮装置使用中は周囲 2m 以内に火気を置かない。特に煙草は絶対に吸わない！ 3、火気の取り扱いに注意し、取扱説明書通りに正しく使用すれば、酸素が原因でチューブや衣服が燃えたり、火災になることはありませんので、過度に恐れることなく、医師の指示通りに酸素を吸入して下さい 一般社団法人 日本産業・医療ガス協会ホームページ <a href="http://www.jimga.or.jp/medical/special/dvd01.html">http://www.jimga.or.jp/medical/special/dvd01.html</a></p>

(財)日本医療機能評価機構発行 「医療安全情報」	事例が発生した施設での取り組み
<p><b>No. 38: [清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違い]</b> 【事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・清潔野において、準備された注射器の識別を誤り、医師がヘパリン生食を投与するところ、オムニカインを投与したため、患者は徐脈傾向となった。</li> <li>・薬剤識別表示がない注射器に準備されていた薬液を医師は、キシロカイン注射液が入っていると思い、誤って0.05w/v%マスキンを注射した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射器に薬剤名を記載したラベルを貼る。</li> <li>・注射器の識別にカラーシリンジや注射針等を使用する。</li> <li>・注射器に準備された薬剤を識別する方法を部署に関わらず院内で統一し、遵守する。</li> </ul> <p><b>総合評価部会の意見</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・注射器に薬剤を準備する際は、使用者が直前に準備することを原則とする。</li> <li>・やむを得ず事前に注射器に薬剤を準備する際は、容易に識別できるようにする。</li> </ul>
<p><b>No. 39: [持参薬の不十分な確認]</b> 【事例】</p> <p>入院時の紹介状やカルテの現病歴欄には、患者が持参薬として抗てんかん薬を服用している旨が記載されていたが、担当医は薬剤名を把握していなかったため、メロペンを4日間静脈投与した。退院翌日、強い不穏症状があり、バルプロ酸ナトリウムを服用中にメロペンを投与したため、バルプロ酸の血中濃度が下がり不穏症状が生じた可能性があることがわかった。</p> <p>他1事例</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の持参薬を必ず確認する。</li> </ul>
<p><b>No. 40: [2009年に提供した医療安全情報]</b> 2009年1月～12月に医療安全情報No.26～No.37を毎月1回提供した。詳細は前年度患者安全警報を参照。</p>	
<p><b>No. 41: [処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報)]</b> 【事例】</p> <p>体重約1.2kgの患児に抗生剤を投与する際、上級医と医師は、院内マニュアルの「セフメタ：75-100mg/kg/日、3×」を一緒に見て投与量を計算した。上級医は、1日量を確認するつもりで医師に「セフメタゾン120ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。医師は、「セフメタゾン1回120mg1日3回」と解釈して処方し、患者に投与した。</p>	<p>院内マニュアルに記載されている量が1日量か1回量かが明確にわかるよう修正する。</p> <p><b>総合評価部会の意見</b></p> <p>処方表記については、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」を参考にする。</p>
<p><b>No. 42: [セントラルモニタ受信患者間違い]</b> 【事例】</p> <p>看護師は、患者Aの心電図モニタを表示するため、セントラルモニタを設定する際、患者Bが使用していた送信機のチャンネル番号を間違えて入力した。患者Aとして表示された心電図（実際には患者Bの心電図）に心室性不整脈を認めたため治療した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受信している心電図のチャンネル番号が患者に装着されている送信機と合っているかを確認する。</li> <li>・セントラルモニタの設定手順を確立する。</li> </ul> <p><b>総合評価部会の意見</b></p> <p>無線の医療機器を使用する際は、院内にチャンネル等を管理する者を配置する等、責任体制を明確にする。</p>
<p><b>No. 43: [2006年から2008年に提供した医療安全情報]</b> 2006年から2008年に提供した医療安全情報</p>	
<p><b>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]</b> 【事例】</p> <p>コンセント差込口は15Aであるのに対し、必要な電流は16Aであったが、看護師は、知らずに器材室でコンセントを差し込んだ。その後、コンセント差込口が焦げ、電源コードが溶けた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電気を担当する部門と院内のコンセントの容量を確認し、機器を適正に使用する。</li> </ul>

(財)日本医療機能評価機構発行 「医療安全情報」	事例が発生した施設での取り組み
<p><b>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）]</b> 抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサートは<b>休薬期間</b>が必要な薬剤。 【事例】 関節リウマチに対し、毎週火曜日のみ3週間分（実日数3日分）とするところ、曜日指定入力をし忘れ、21日連日投与の入力をした。週1回の服用であることを口頭で簡単に説明したが、薬剤師による服用方法の説明はなく、患者は処方通りにリウマトレックスカプセルを連日服用した。発覚時、患者には骨髄抑制等の症状があり、入院し治療を行った。</p>	<p>総合評価部会の意見</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>薬剤の包装シートの服薬日時欄を利用するなど、休薬期間がわかるようにすること。</p> </div>
<p><b>No. 46: [清拭用タオルによる熱傷]</b> 【事例】 看護師は、患者の右大腿部付近にビニール袋に入れた清拭用タオルを置き、背部清拭のため患者を右側臥位にした。患者が「熱い」と訴えたため確認すると、右大腿部に発赤を形成していた。 他1事例</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 熱い清拭用タオルはベッド上におかない。</li> </ul>
<p><b>No. 47: [抜歯部位の取り違い]</b> 【事例】 歯科医師は埋伏している左上顎第三大臼歯（親不知歯）を抜去予定であったが、左上顎第二大臼歯が萌出遅延により埋伏していたため誤解し、抜いている最中に間違いに気付き、復位固定した。 他1事例</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事前に抜歯する部位の位置や形態を局所的に十分観察し、さらに各種画像所見と十分に照らし合わせて確認する。</li> <li>・ 事前に、抜歯する部位を患者と共に確認する。</li> </ul>
<p><b>No. 48: [酸素残量の未確認]</b> 【事例】 人工呼吸器装着中の患者を検査室へ移送する際、ジャクソンリース回路による人工呼吸を行っていた。検査室に到着後バッグのふくらみが悪くなったので、酸素ポンベを確認したところ、酸素の残量が無いことに気付いた。ポンベを交換している最中に心肺停止状態となり、救急蘇生を実施した。使用前に酸素ポンベの酸素残量の確認を怠っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 酸素ポンベ使用開始時には、圧力計で酸素の残量を必ず確認する。</li> <li>・ 使用中にも随時、圧力計で酸素の残量を確認する。</li> </ul>
<p>参考) 酸素ポンベ使用可能時間（分）の一例※酸素ポンベの使用可能な時間の目安をお示ししています。</p> <p>※換算式は、酸素使用可能時間[分]=ポンベ容積[L]×圧力計の表示[MP a]×10÷酸素流量[L/分]を使用しております。</p>	
<p><b>No. 49: [B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ]</b> 【事例】産科医は、B型肝炎ウイルスキャリアの母親から出生した児に、小児科医に出生翌日、HBIG投与を依頼した。専門外来を予約するところ、一般の1ヶ月検診のみ予約したため、児は一般検診のみを受けた。1年後、児の母親がB型肝炎母子感染防止対策について疑問をもち、当院小児科外来に問い合わせたところ、プロトコールに則ったHBワクチン接種対応がされていないことがわかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出生した児の情報について、分娩を担当した産科医のみならず、児に関わる小児科医等と共有し、連携を図る。</li> <li>・ B型肝炎母子感染防止対策についての文書を作成し、出生前に母親に十分説明をする</li> </ul>

(独) 医薬品医療機器総合機構 PMDA 「医療安全情報」	内 容
<b>No. 14 電気メスの取扱い時の注意について (その1)</b>	1 気管チューブ挿管下での電気メス使用時の注意点 1) 酸素投与下では、チューブの燃焼にとどまらず、咽頭部・気管支・肺まで延焼する可能性がある。 2) 一度引火した場合は、酸素供給源を綴じるまで、消化が困難となる可能性がある。 ※発火のメカニズムについて (実験の動画提供) (社)日本医療機器工業会 <a href="http://www.jamdi.org/anzen/index.html">http://www.jamdi.org/anzen/index.html</a>
<b>No. 15 電気メスの取扱い時の注意について (その2)</b>	1 アルコール含有消毒剤使用時の注意点について 1) アルコール (エタノール又はイソプロパノール) を含有する消毒剤は、火気厳禁。消毒剤の乾燥を十分確認すること。 2 その他注意が必要な消毒剤などについて 1) これまでに電気メス使用による引火の事例報告がある消毒剤 
<b>No. 16 電気メスの取扱い時の注意について (その3)</b> ※厚生労働省関連通知 平成16年9月24日付薬食審査発第0924006号・薬食安発第0924004号連名通知 「バイポーラ電極を有する電気手術器に係る自主点検等について」	1 バイポーラ電気メス使用時の注意点について <b>その1</b> 1) バイポーラピンセットは、絶縁型と非絶縁型があるため、確認して使用すること。 2) バイポーラピンセットを使用する際には、目的部位以外に接触させないように注意すること。 2 バイポーラ電気メス使用時の注意点について <b>その2</b> 1) フライングリードは電極端子が固定されていないため、意図しない箇所に誤接続してしまうリスクがあるので、注意すること。 3 モノポーラ電気メス使用時の注意点について 1) 体位変換時や術者などの足が対極板のコードに引っかかるなど、コードが引っ張られやすい状況下では、対極板がはがれる可能性があるため注意すること。 電気メス本体や対極板の機能によっては、対極板の貼付け状態を関しできないことがある。



<p>(独) 医薬品医療機器総合機構 PMDA 「医療安全情報」</p>	<p>内 容</p>
<p><b>No. 16 電気メスの取扱い時の注意について (その3)</b> ※厚生労働省関連通知 平成16年9月24日付薬食審査発第0924006号・薬食安発第0924004号連名通知 「バイポーラ電極を有する電気手術器に係る自主点検等について」</p>	<p>1 バイポーラ電気メス使用時の注意点について <b>その1</b> 3) バイポーラピンセットは、絶縁型と非絶縁型があるため、確認して使用すること。 4) バイポーラピンセットを使用する際には、目的部位以外に接触させないように注意すること。</p> <p>2 バイポーラ電気メス使用時の注意点について <b>その2</b> 2) フライングリードは電極端子が固定されていないため、意図しない箇所に誤接続してしまうリスクがあるので、注意すること。 3) モノポーラ電気メス使用時の注意点について 2) 体位変換時や術者などの足が対極板のコードに引っかかるなど、コードが引っ張られやすい状況下では、対極板がはがれる可能性があるため注意すること。 3) 電気メス本体や対極板の機能によっては、対極板の貼付け状態を関しできないことがある。</p>
<p><b>No. 17 プレフィルドシリンジ製剤の取り扱いについて</b></p> <p>1 プレフィルドシリンジ製剤使用時の注意点について① 1) プレフィルドシリンジ製剤の押し子とガスケットは、ねじ込み式による接続のため、取扱い時に接続がゆるむことがあるので注意すること。 2 プレフィルドシリンジ製剤使用時の注意点について② 1) プレフィルドシリンジを組み立てる際は、押し子を回転させながらねじ込むこと。</p>	
<p><b>No. 18 微量採血のための穿刺器具による採血時の注意について</b></p> <p>1 耳たぶからの採血時の注意事項 1) 耳たぶなどの組織が薄い部位で採血する場合には、穿刺部位の裏側を指で支えないこと。 2 耳たぶからの採血方法の例 1) 耳たぶから採血する場合には、穿刺部位の裏側を直接指で支えない方法で行う。</p>	<p>※厚生労働省関連通知 平成22年3月1日付医政指発0301第1号・薬食安発0301号第7号連名通知</p>

(独) 医薬品医療機器総合機構 PMDA 「医療安全情報」	内 容
<p><b>No.19 カリウム（K）製剤の誤投与について</b></p> <p>1 カリウム製剤の取扱い時の注意点について</p> <p>1) 必ず投与前に薬剤のラベルや投与方法を再確認すること。</p> <p>2 誤投与（ワンショット静注）防止対策品について</p>	
<p><b>No.20 人工呼吸器の取扱い時の注意について</b> (その3)</p>	<p>1 使用中の電源に関する注意点について</p> <p>1) 人工呼吸器を使用中には、AC電源が供給されていることをインジケータなどの表示で常に確認すること。</p> <p>2 電源表示の見落とし防止の例について</p>

医療安全全国共同行動	内 容
<p><b>新たに追加になった9つめの行動目標</b></p> <p><b>行動目標S：安全な手術—WHO指針の実際</b></p>	<p>&lt;推奨とされる対策&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 正しい患者の正しい部位を手術する</li> <li>2 チームは、患者を疼痛から守りながら、麻酔薬の投与による有害事象を防ぐことが分かっている方法を用いる</li> <li>3 命にかかわる気道確保困難もしくは呼吸機能喪失を認識し適切に準備する</li> <li>4 大量出血のリスクを認識し適切に準備する</li> <li>5 患者が重大なリスクを持っていると分かっているアレルギーあるいは薬剤副作用を誘発することを避ける</li> <li>6 手術部位感染のリスクを最小にすることが分かっている方法を一貫して用いる</li> <li>7 手術創内に器具やガーゼ（スポンジ）の不注意遺残を防ぐ</li> <li>8 全ての手術標本を確保し、きちんと確認する</li> <li>9 効果的にコミュニケーションを行い、手術の安全な実施のために極めて重要な情報をやりとりする</li> <li>10 病院と公衆衛生システムは、手術許容量、手術件数と転帰の日常的サーベイランスを確立する</li> </ol> <p><a href="http://kyoudokodo.jp/index_b.html">http://kyoudokodo.jp/index_b.html</a></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/enzen/enzenjoho.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](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>

