

令和2(2020)年に発信された安全警報

2021年3月発行

令和2年に各機関より配信された医療情報をまとめてお伝えします。新年度へ向け、新入職員のオリエンテーションや職員研修等にご活用ください。






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します。

I 公益社団法人神奈川県看護協会 P.2	V 公益財団法人日本医療機能評価機構 P.9
<ul style="list-style-type: none">•No.30 医療安全連携やってみた！ ～相互ラウンドの実際とこれから～•No.31 令和元(2019)年に発信された安全警報•No.32 準備できていますか？ 「誤接続防止コネクタの導入について」	<ul style="list-style-type: none">•No.158 徐放性製剤の粉碎投与•No.159 誤った接続による気管・気管切開チューブ挿入中の呼気の妨げ•No.161 パルスオキシメータプローブによる熱傷•No.162 ベッドへの移乗時の転落•No.164 中心静脈カテーテルのガイドワイヤーの残存•No.165 アラートが機能しなかったことによるアレルギーがある薬剤の投与•No.166 患者が同意した術式と異なる手術の実施•No.167 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3報)•No.168 酸素ポンベの開栓の未確認•No.169 持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ
II 公益社団法人日本看護協会 P.2 <ul style="list-style-type: none">•水銀血圧計等の回収・処分に関して•「医療機関における安心・安全な電波利用」について <p>※2020年3月に出版された「医療安全管理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の改定について」は、厚生労働省 法令・通知等と重複するため省略いたします。</p>	<p>※No.160 及び No.163 は、弊会発行の本誌にて既に掲載した記事のため省略いたします。</p>
III 厚生労働省 法令・通知等 P.3 1. 個別の安全対策に関するもの <ul style="list-style-type: none">①アルカリホスファターゼ及び乳酸脱水素酵素の測定法の変更に係る対応について②医療安全管理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の改定について	
IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 P.4 PMDA 医療安全情報 臨時号 <ul style="list-style-type: none">•No.01 再周知特集 その1 『人工呼吸器等の取扱い時の注意について』•No.02 再周知特集 その2 『気管チューブ等の取扱い時の注意について』•No.59 『漏電等による医療機器からの出火について』•No.60 『胸腔ドレーン取扱い時の注意について』	VI 一般社団法人日本医療安全調査機構 P.14 (医療事故調査・支援センター) <ul style="list-style-type: none">①医療事故の再発防止に向けた提言(第10号) 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析②医療事故の再発防止に向けた提言(第11号) 肝生検に係る死亡事例の分析③医療事故の再発防止に向けた提言(第12号) 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析

I 公益社団法人神奈川県看護協会

医療安全情報 他	要約
<p>No. 30 「医療安全連携やってみた！」 ～相互ラウンドの実際とこれから～</p> 	<ul style="list-style-type: none"> I 医療安全対策地域連携加算の概要 II 連携の流れと実際 III 実践に向けての POINT と課題 IV 大学病院で実施している医療安全相互ラウンド V コラム(介護福祉分野から一言/在宅看護の立場から一言)
<p>No. 31 令和元年(2019)年に発信された安全警報</p> 	<ul style="list-style-type: none"> I 公益社団法人神奈川県看護協会「医療安全情報」 II 厚生労働省 法令・通達等 III 独立行政法人医薬品医療機器総合機構「PMDA 医療安全情報」 IV 公益財団法人日本医療機能評価機構「医療安全情報」 V 一般社団法人日本医療安全調査機構(医療事故 調査・支援センター) 医療事故の再発防止に向けた提言
<p>No. 32 準備できていますか？ 「誤接続防止コネクタの導入について」</p> 	<ul style="list-style-type: none"> I はじめに II 経腸栄養に特化した各施設の取り組み事例の紹介 <ul style="list-style-type: none"> 事例1 病院編 (医療法人社団晃進会 たま日吉台病院) 事例2 在宅編 (横浜市都筑区医師会 在宅事業部門) 事例3 施設編 (社会福祉法人 若竹大寿会) PMDA 患者・利用者と介助者向け説明資料(例) III 切り替え後の問題点と対策 IV おわりに

II 公益社団法人日本看護協会

医療安全情報 他	要約
<p>2020年9月 ＜環境省＞水銀血圧計等の回収・処分に関して</p>	<p>平成29年8月に水銀に関する水俣条約が発効し、水銀による環境の汚染の防止に関する法律により、環境省では、平成26年度より医療機関における水銀血圧計等の回収を支援するための事業(以下「回収促進事業」という。)を実施してきている。</p> <p>お手元に廃棄予定の水銀血圧計等をお持ちの方は、資料をご確認いただき、早めの対応をご検討下さい。</p> <p>【資料】水銀血圧計等の回収促進に向けた周知への御協力について(環境省) https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/request_recallhg.pdf</p>

患者安全情報 他	要 約
<p>2020 年 12 月 <電波環境協議会・総務省・厚生労働省> 「医療機関における安心・安全な電波利用」について</p>	<p>医療機関において電波の利用が進む一方で、電波利用機器の管理が不十分だと医療機器等の機能に支障が生じることがあり、トラブルにつながる可能性があります。医療機関で安心・安全に電波を利用できるよう、電波利用機器を適切に管理し、利用することが重要となります。</p> <p>電波環境協議会と総務省・厚生労働省との連携の基、作成された資料を掲載します。心電図モニタ(医用テレメータ)、無線 LAN(Wi-Fi)、携帯電話などの電波利用機器を、医療機関で安心・安全に利用するために有用な事項が記載されていますのでご活用ください。</p> <p>【資料】医療機関における安心・安全な電波利用 https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/safety_ewave.pdf</p>

III 厚生労働省 法令・通知等

法令・通知等	内容
1 個別の安全対策に関するもの	
<p>①</p> <p>アルカリホスファターゼ及び乳酸脱水素酵素の測定法の変更に係る対応について 令和2年3月17日 事務連絡</p>	<p>生化学的検査の測定項目のアルカリホスファターゼ及び乳酸脱水素酵素の測定法については、国内では一般社団法人日本臨床化学会が定めた測定法が一般に用いられている。令和2年4月より順次、国際臨床化学連合の測定法(IFCC 法)への切り替えを実施することとされている。医療機関及び衛生検査所への周知を図るとともに医療安全に係る安全管理のための委員会、医療安全管理者、医療機器責任者に対しても周知する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)測定法変更に必要な対応を行うこと 2)当面の間、両方の測定値が混在することから、語尾に「IFCC」「IF」と略称を付記し「IFCC 測定法」の結果と明示すること 3)医療機関では診察の際 JSCC 法と IFCC 法のどちらの測定値か確認すること <p>https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000473505.pdf</p>
<p>②</p> <p>医療安全管理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の改定について 令和2年3月26日 医政安発 0326 第1号</p>	<p>平成19年3月30日付け「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」における課題点を抽出するため、厚生労働科学研究が実施し、その研究報告書の提言や動向を反映した「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」を作成した。各医療機関においては新旧対照表を参考に指針改定版を確認し、医療安全管理者の業務を見直すよう周知する。</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000613751.pdf</p>

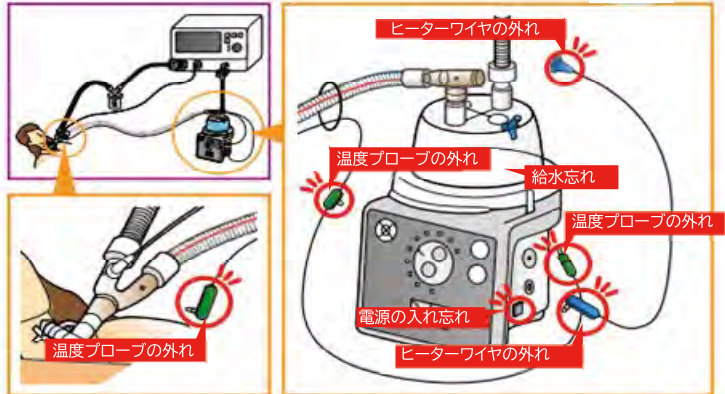
IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)

PMDA 医療安全情報	対策・POINT 安全使用のために注意するポイント
<p>臨時号 No.1 2020年4月 — 再周知特集 その1 — 『人工呼吸器等の取扱い時の注意について』</p> <p>事例1 人工呼吸器を使用中、気づかぬうちにバッテリー駆動になっており、バッテリー切れアラームが発生し、換気が停止した。確認するとコンセントから電源プラグが抜けていた。</p> <p>事例2 人工呼吸器のアラームが鳴り、患者さんはチアノーゼ状態であった。ウォータートラップのカップを取り付け直すと呼吸状態が改善した。</p>	<div data-bbox="826 315 1417 376" style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 使用中の電源に関する注意点について</p> </div> <p>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> <div data-bbox="837 488 1406 813"> </div> <div data-bbox="922 824 1485 902" style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>アラームに気づかずバッテリー駆動に切り替わり、バッテリーが充電切れになると、換気停止となり、大変危険です。</p> </div> <div data-bbox="837 947 1425 1008" style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>② 低圧アラーム発生時の留意点について</p> </div> <p>低圧アラームや低換気アラームが鳴った時は、回路からのガスリークが考えられます。</p> <div data-bbox="837 1115 1417 1144" style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 2px;"> <p>ウォータートラップからのガスリーク</p> </div> <div data-bbox="837 1160 1485 1249" style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>ウォータートラップからの水抜き後は、必ずカップが確実に接続されているか確認しましょう！</p> </div> <div data-bbox="991 1261 1417 1507"> <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px; text-align: center;">不確実な接続の事例</div> </div> <div data-bbox="826 1552 1417 1612" style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>③ 人工鼻と加温加湿器の併用禁忌について</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・人工鼻と加温加湿器は併用しないこと。 ・人工鼻とネブライザは併用しないこと。 <div data-bbox="863 1720 1417 2022"> <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px; text-align: center;">加温加湿器を使用した場合</div> </div> <div data-bbox="890 2045 1377 2145" style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>人工鼻と加温加湿器やネブライザなどを併用すると、過度の吸湿により人工鼻が閉塞し、患者さんの換気が困難となる恐れがあります！</p> </div>
<div data-bbox="129 1108 770 1579"> <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px; text-align: center;">考えられる原因と防止</div> <ol style="list-style-type: none"> ① 回路の破壊 ② 回路の接続不良 ③ 気管切開チューブ等のカフ圧不足 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>「不確実な接続」、「誤接続」、「チューブの亀裂やチャンバの破壊」などに十分注意してください。特に、ウォータートラップは見落としがちなです！</p> </div> </div> <p>事例3 人工鼻による人工呼吸管理を行っていたが、加温加湿器に変更する際に、人工鼻をつけたまま、加温加湿器を接続した。</p> <div data-bbox="172 1765 742 2078"> <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px; text-align: center;">人工鼻を使用した場合</div> </div>	

人工呼吸器に関連したヒヤリ・ハット事例等では、**加温加湿器による事例**が、多く報告されています。



④ 繰り返し報告されている加温加湿器の事例



この「PMDA 医療安全情報 再周知特集」に関連した PMDA 医療安全情報もご参照ください。

- PMDA 医療安全情報 No. 7
「人工呼吸器取扱い時の注意について（その1）」
- PMDA 医療安全情報 No. 11
「人工呼吸器取扱い時の注意について（その2）」
- PMDA 医療安全情報 No. 20
「人工呼吸器取扱い時の注意について（その3）」

関係学会から出されている新型コロナウイルス感染症に関するガイドライン等もご確認ください！



臨時号 No.2 2020年4月

— 再周知特集 その2 —

『気管チューブ等の取扱い時の注意について』

事例1

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



体位変換時には、患者さんに挿入されているチューブ等の抜けに注意しましょう。

① 体位変換時などの注意点

人工呼吸器装着中の体位変換は、気管切開チューブなどを保持して行うこと。



② 抜けかけた場合の注意点

抜けかけた気管チューブ、気管切開チューブを発見しても、あわてて押し込まないこと。



事例2

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。

発見した場合は、速やかに医師に連絡しましょう。また、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しましょう。



事例 3

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。

③留置中の注意点

気管チューブ、気管切開チューブの固定状態を常に確認すること。



気管切開チューブなどの抜けを防ぐために、固定ひもがゆるんでいないか、回路の重みで引っばられていないかなど、定期的に確認しましょう。

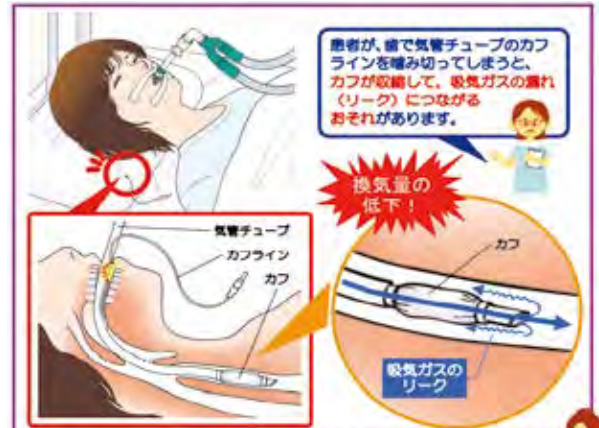


事例 4

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。

④気管チューブを固定する際の注意点

気管チューブを固定する際は、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。



関係学会から出されている新型コロナウイルス感染症に関するガイドライン等もご確認ください！



この「PMDA 医療安全情報 再周知特集」に関連した PMDA 医療安全情報もご参照ください。

- PMDA 医療安全情報 No.30 「気管チューブの取り扱い時の注意について」
- PMDA 医療安全情報 No.35 「気管切開チューブの取り扱い時の注意について」
- PMDA 医療安全情報 No.36 「チューブやラインの抜去事例について」

No.59 2020年8月

『漏電等による医療機器からの出火について』

事例 1

コンセントと電源プラグの間に大量のホコリがたまっていた。ホコリに引火し、ベッドサイドモニタの背後から煙とともに出火した。

①設置型医療機器等の取扱い上の注意点について

コンセントに電源プラグを差し込んだまま、長期間使用される医療機器では、コンセントと電源プラグの間にホコリがたまらないよう、定期的に点検・清掃を行うこと。

長期間一定の場所で使用する機器の一例



滅菌器、セントラルモニタ等

歯科ユニット、手術台等

心電計、超音波診断装置等

コンセントと電源プラグ間にたまったホコリに空気中の水分が付着することで、電気の通り道ができ、プラグの刃(先端の金属部分)の周りで漏電が発生します。漏電が発生し、周辺部が高熱になることで、発火に至るおそれがあります。

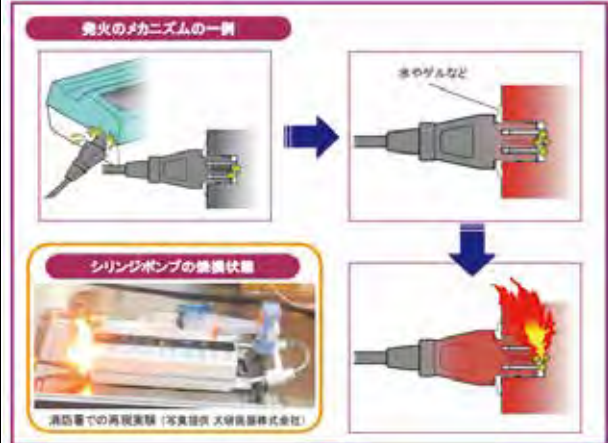


事例 2

シリンジポンプを用いて薬剤を投与中、シリンジポンプの電源プラグの差込口から発火した。

②電源コード接続による駆動を行う際の注意点について

電源プラグと差込口をしっかりと接続すること。水やゲル等が電源プラグと差込口の間が付着していないことを確認すること。



ホコリの場合と同様、電源プラグと機器の差込口との接続が不十分であったり、接続部分に水分やゲル等の物質が付着したりすることで漏電し、発熱・発火する可能性がありますので、注意しましょう！
電源プラグにホコリ・水分・ゲル等が付着している場合は、いったんプラグを抜き、乾いた布等で取り除いてから使用しましょう！

No.60 2020年8月

『胸腔ドレーン取扱い時の注意について』

事例 1

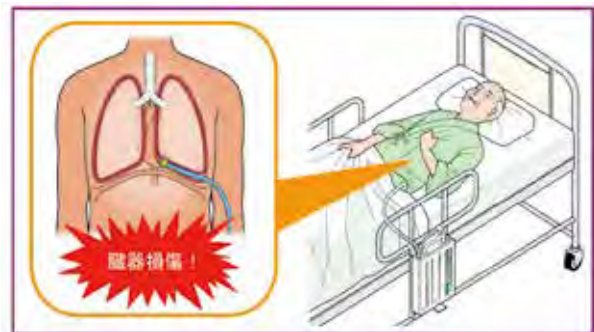
胸部レントゲンにて右肺虚脱を認めたため、胸腔ドレーンを挿入後、胸部レントゲンで確認した。胸腔ドレーン挿入2日後、自己血癒着を施行した際、咳とともに血液が喀出されたため、胸部CT撮影を実施したところ胸腔ドレーンが右上肺野に穿通していた。

事例 2

胸水貯留を認め、ドレナージを実施するため胸腔ドレーンを挿入したところ、疼痛を訴え、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)の低下を認めた。胸腔鏡にて確認すると、下行大動脈及び肺底区域に損傷を認めた。

①胸腔ドレーン留置時の注意点

胸腔ドレーンを挿入する際は、血管、肺や心臓等の臓器を損傷しないように挿入位置や挿入方向に注意すること。



胸腔ドレーンだけではなく、胸腔穿刺でも同様に大動脈、肺や心臓等の臓器を損傷する可能性があるため、注意しましょう！

胸腔ドレーン挿入位置・方向の注意点

ドレーンを挿入する位置

肋骨の直下には、肋間動脈・肋間静脈・肋間神経が走行しているため、カテーテル等の挿入時に損傷させないように注意しましょう！

ドレーンの挿入方向

挿入位置や挿入方向によっては、心臓や血管を損傷させたり、肝臓や脾臓に刺入してしまう可能性があります。

臓器や組織を損傷しないように、チューブ先端を胸腔に挿入したら挿入方向に注意しましょう！また、慎重に挿入し、違和感が確認されたら、挿入操作を中断、異常の有無を確認することも重要です。

②胸腔ドレーン挿入後の注意点

胸腔ドレーンを目的とする位置に留置できていることを、胸部レントゲン撮影により確認の上、患者状態をモニタリングすること。

<p>胸部レントゲン撮影による確認</p>	<p>血性の排液量やエアリークの確認</p>	<p>バイタルの確認</p>	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 皮下気腫発現の確認 <p>など</p>
------------------------------	-------------------------------	-----------------------	---

出血が続くとショック状態に陥ります。血性排液量の増加やバイタル等を確認し、速やかに対応することが重要です！

本情報の留意点

- このPMDA医療安全情報は、公益財団法人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及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
- この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

どこよりも早く
PMDA医療安全情報を
入手できます！
登録はこちらから。

V 公益財団法人日本医療機能評価機構

医療安全情報 要約	対策														
<p>No.158 徐放性製剤の粉碎投与 徐放性製剤を粉碎して投与したことにより体内に有効成分が急速に吸収され、患者に影響があった事例が報告されています。</p> <p>事例 1 研修医は、患者が経鼻栄養チューブを挿入していることを知らず、ニフェジピン CR 錠 20mg を処方した。看護師は薬剤部より届いたニフェジピン CR 錠を粉碎して経鼻栄養チューブから投与した。1 時間後、血圧が 80mmHg 台に低下した。病棟薬剤師が患者の急激な血圧低下の原因を調べたところ、徐放性製剤を粉碎して投与していたことに気付いた。</p> <p>事例 2 患者は、肺高血圧症に対し、ケアロード LA 錠を内服していた。入院後、患者は気管挿管され、経鼻栄養チューブが挿入された。看護師は、ケアロード LA 錠を粉碎して経鼻栄養チューブから連日投与していた。毎回、投与後に血圧が低下したため、ケアロード LA 錠の添付文書を確認したところ、徐放性製剤であり、粉碎して投与したことにより急激な血圧低下をきたしたことに気付いた。</p>	<div data-bbox="815 360 1442 667"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>徐放性製剤 (薬品分類)</th> <th>影響への影響</th> <th>件数</th> <th rowspan="3">徐放性製剤のイメージ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ニフェジピンCR錠 (持続性Ca拮抗剤 / 高血圧・狭心症治療剤)</td> <td>血圧低下</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ケアロードLA錠 (経口プロスタサイクリン(PGI₂) / 肺動脈徐放性製剤)</td> <td>血圧低下</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>オキシコンチン錠 (持続性鎮痛薬)</td> <td>意識レベルの低下 / 意識状態の悪化</td> <td>1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>  </div> <div data-bbox="815 808 1433 1021"> <p>事例が発生した医療機関の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 徐放性製剤は、有効成分の放出が調節された製剤であり、粉碎してはいけなことを理解する。 処方されていた錠剤を病棟で初めて粉碎する際は、粉碎しても良いかを薬剤師に問い合わせるか、添付文書で確認する。 <p>上記は一例です。自治体も含った取り組みを構築してください。</p> </div>	徐放性製剤 (薬品分類)	影響への影響	件数	徐放性製剤のイメージ	ニフェジピンCR錠 (持続性Ca拮抗剤 / 高血圧・狭心症治療剤)	血圧低下	2	ケアロードLA錠 (経口プロスタサイクリン(PGI ₂) / 肺動脈徐放性製剤)	血圧低下	1	オキシコンチン錠 (持続性鎮痛薬)	意識レベルの低下 / 意識状態の悪化	1	
徐放性製剤 (薬品分類)	影響への影響	件数	徐放性製剤のイメージ												
ニフェジピンCR錠 (持続性Ca拮抗剤 / 高血圧・狭心症治療剤)	血圧低下	2													
ケアロードLA錠 (経口プロスタサイクリン(PGI ₂) / 肺動脈徐放性製剤)	血圧低下	1													
オキシコンチン錠 (持続性鎮痛薬)	意識レベルの低下 / 意識状態の悪化	1													
<p>No.159 誤った接続による気管・気管切開チューブ挿入中の呼吸の妨げ 気管・気管切開チューブ挿入中、物品の接続を誤り、呼吸を妨げた事例が報告されています。</p> <p>事例 患者は気管挿管され、研修医が蘇生バッグで換気しながら MRI 検査室に移動した。診療放射線技師が MRI 室内では蘇生バッグを使用できないと指摘した。看護師は、気管チューブ挿入中の患者へ酸素を投与した経験がなく、酸素チューブ、カテーテルマウント、気管チューブの順に接続したが、呼吸ができないことに気付かなかった。検査開始後、患者は呼吸ができず両側緊張性気胸になり、胸腔ドレーンを挿入された。</p>	<div data-bbox="815 1155 1433 1653"> <p>誤った接続のイメージ</p>  <p>接続の一例</p> <p>Tピース使用時</p>  <p>人工呼吸器使用時</p>  </div> <div data-bbox="815 1697 1433 2018"> <p>取り組みのポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> 気管・気管切開チューブ挿入中の患者の吸気と呼気の流れを理解する。 気管・気管切開チューブに接続する物品を変更する際は、呼吸ができるか考えて接続する。 接続後は、呼吸ができていることを胸郭の動きで確認する。 上記の内容について手順を定め、確実に実施できるように教育・研修を行う。 <p>(原自治体提供)</p> </div>														

医療安全情報 要約

対策

No.161

パルスオキシメータプローブによる熱傷

パルスオキシメータプローブにより熱傷をきたした事例が報告されています。

事例 1

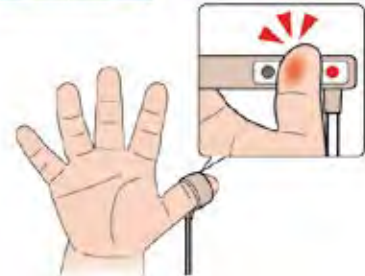
新生児(日齢 1)の SpO₂ が安静時に低下したためモニタ監視をしていた。22 時にパルスオキシメータプローブが外れたため装着し直した。3 時間毎に装着部位を変更することになっていたが、看護師は多忙のため忘れていた。翌日 9 時 30 分にプローブを外したところ、皮膚の異常を発見した。皮膚科医師が診察し低温熱傷と診断した。

事例 2

患者は寝たきりで、終日パルスオキシメータプローブを装着していた。添付文書には 8 時間ごとにプローブの装着部位の変更や皮膚の観察を行うことと記載されていたが、入浴や清拭時にのみ行い、各勤務帯では実施していなかった。清拭時にプローブを外すと熱傷をきたしていた。

患者の年齢	件数
1歳未満	2
1～3歳	4
80歳代	1

事例のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- ・パルスオキシメータプローブの添付文書で装着時の注意事項を確認し、記載された時間を目安に装着部位を変更する。
- ・パルスオキシメータプローブの装着部位を変更した際、装着していた部位の皮膚の状態を観察し、記録する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

No.162

ベッドへの移乗時の転落

ベッドからベッドへの移乗時に患者が転落した事例が報告されています。

事例 1

入浴用ストレッチャーからベッドへの移乗の際、看護師と看護助手はそれぞれベッド側とストレッチャー側に立った。ベッドを固定していない状態で患者を載せたスライダー(移乗補助器具)を押したところ、ベッドが動いて患者が転落した。頭部 CT 検査を実施し、後頭部皮下出血と診断した。

事例 2

看護師は処置まで時間がないと焦り、スライダー(移乗補助器具)を使用して 1 人で患者をベッドからストレッチャーに移そうとした。ストレッチャーの固定が不十分な状態でベッド側から患者の左肩と腰を支えてストレッチャー側へスライドするように押したところ、ストレッチャーが動いて患者が転落した。下肢の CT 検査を実施し、右脛骨内果骨折と診断した。

動いたベッド	動いたベッドの固定状況	
	固定していない	固定が不十分
移乗元	2	1
移乗先	4	2
件数	6	3

事例 1 のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- ・移乗前にベッド・ストレッチャーを固定し、確実に固定されていることを確認する。
- ・移乗時、介助者は適切な位置につく。
- ・スライダーなどの移乗補助器具の使用方を周知する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

医療安全情報 要約

対策

No.164

中心静脈カテーテルのガイドワイヤーの残存
中心静脈カテーテルのガイドワイヤーが体内に残存した事例が報告されています。

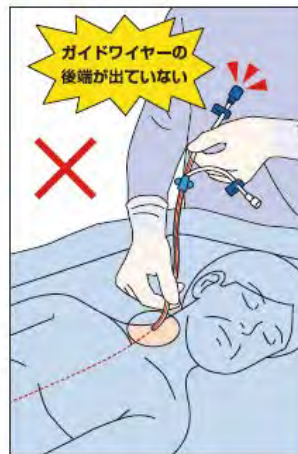
事例 1

医師は、中心静脈カテーテルの端からガイドワイヤーの後端を出さないまま内頸静脈にカテーテルを挿入した。挿入後にガイドワイヤーを抜き忘れたことに気づき、胸部 X 線画像で体内に残存していることを確認した。放射線科医師に相談し、透視で確認すると、ガイドワイヤーは上大静脈から右大腿静脈に残存していた。その後、ガイドワイヤーを回収した。

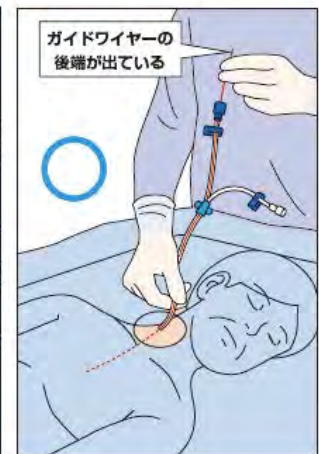
事例 2

医師は右大腿静脈に中心静脈カテーテルを挿入した。挿入後、透視下でカテーテルの位置を確認したが、ガイドワイヤーの残存には気付かなかった。入院中に CT 検査を実施したが、医師、診療放射線技師、読影医の誰もガイドワイヤーの残存には気付かず、患者は他院へ転院した。転院 3 日後に発熱があり、中心静脈カテーテルを抜去して CT 検査を実施したところ、大腿静脈から上大静脈にガイドワイヤーが残存していた。当院に再入院してガイドワイヤーを回収した。

事例 1 のイメージ



中心静脈カテーテル挿入時のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

・カテーテルの端からガイドワイヤーの後端を出し、確実に保持してカテーテルを挿入する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

No.165

アラートが機能しなかったことによるアレルギーがある薬剤の投与

アラートが表示される条件に合った方法でアレルギーがある薬剤名を選択して登録しなかったため、処方時にアラートが表示されず、投与した事例が報告されています。

事例 1

当院の電子カルテは、アレルギー情報を登録する際、薬剤名をリストから選択すると同じ成分の薬剤の処方時にアラートが表示されるが、テキスト入力するとアラートが表示されない仕組みである。看護師 A はアレルギー情報の登録に慣れておらず、院内のルールを知らなかったため、「クラビット」とテキスト入力した。医師がレボフロキサシ錠を処方した際、アラートは表示されなかった。レボフロキサシ錠が薬剤部より払い出され、看護師 B が患者に渡した。内服 1 時間後、患者に呼吸困難感と眼瞼浮腫などの症状が出現した。

事例 2

当院の電子カルテは、アレルギー情報にペニシリン系の薬剤を 1 剤選択して登録すると、処方の際、院内採用のすべてのペニシリン系の薬剤にアラートが表示される仕組みである。通常は薬剤を検索して登録するが、医師は「ペニシリン、ケフラール」とテキスト入力した。手術後、医師は患者がペニシリン系の薬剤にアレルギーがあることを失念していた。スルバシリン静注用を処方した際、アラートは表示されなかった。投与開始後、患者が上肢の痺れと息苦しさを訴えたため投与を中止した。

アラートが表示される条件	登録した方法	主な背景
薬剤名を選択して登録	テキスト入力 (フリー入力)	アラートが表示される薬剤名を選択して登録する方法が周知されていなかった 病棟看護師は、薬剤名を選択して登録する病院のルールを知らなかった テキスト入力 (フリー入力) で登録すると、処方時にアラートが表示されないことを知らなかった

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・処方時にアラートが表示される登録方法を周知する。
- ・テキスト入力 (フリー入力) で登録すると処方時にアラートが表示されないことを注意喚起する。
- ・患者のアレルギー情報は、処方時にアラートが表示される方法で登録する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

医療安全情報 要約

No.166

患者が同意した術式と異なる手術の実施

患者が同意した術式と異なる手術を実施した事例が報告されています。

事例 1

外来診察時、医師は患者の希望を確認し、手術説明書と同意書の術式を「単純子宮全摘出術＋両側卵管切除術」と記載した。手術の1週間前、医師は患者の年齢から選択されることが多い「単純子宮全摘出術＋両側卵巢卵管切除術」を行うと思い込み、手術申し込みをした。手術の際、執刀直前の確認で医師は申し込んだ術式を言ったが、外回り看護師は同意書との相違に気付かず、手術が行われた。術後の診察時、医師は患者が卵巢の温存を希望していたことに気付いた。

事例 2

主治医は「乳房部分切除術」で手術申し込みをした。後日、患者の希望により「乳房全摘術」を行うことになったが、主治医は手術申し込みの術式を変更しなかった。手術の際、執刀直前の確認で術者は「乳房部分切除術」と言ったが、同意書との照合は行われず、乳房部分切除術を実施した。術後、主治医の診察時に術式が間違っていたことが分かった。

No.167

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3報)

休薬期間が必要なメトトレキサート製剤を連日服用し、患者に影響があった事例が再び報告されています。

事例 1

関節リウマチの患者(70歳代)にリウマトレックスカプセルが初めて処方された。医師は、患者に週1回服用する薬剤であることを説明したが、処方入力時、コメントに「週1回○曜日内服」と記載するのを忘れた。保険薬局の薬剤師は、医師より服用方法の説明を受けたと患者から聞き、処方箋に記載されている用量のみを説明して渡した。薬剤の包装シートに服用日は記載していなかった。患者は7日間連日服用し、2週間後に軽度の肝障害と汎血球減少のため緊急入院した。

事例 2

患者(70歳代)は、関節リウマチのため12年前からメトトレキサート製剤を服用していた。医師はメトトレキサートカプセル 2mg週1回8週間分を院内処方し、処方箋に「毎週日曜日朝食後内服」とコメントを記載した。薬剤師は薬袋に赤色で「日曜朝」と記載することになっていたが、記載するのを忘れた。患者は認知症のため家族が薬剤の管理をしており、薬袋に曜日の記載がなかったため毎日服用するものと思い込み、患者に連日服用させた。その後、患者は骨髄抑制をきたして入院した。

対策

要因	実施すべき手術 (患者が同意した術式)	実施した手術 (手術申し込みの術式)	件数
術者が同意した術式で手術申し込みをしなかった	乳房全摘術	乳房部分切除術	1
	帝王切開術＋卵管切除術	帝王切開術	1
	単純子宮全摘出術＋両側卵巢卵管切除術	単純子宮全摘出術＋両側卵巢卵管切除術	1
手術申し込み後、術式が変更になったが、手術申し込みを空室しなかった	乳房全摘術	乳房部分切除術	3
	乳房温存乳房全摘術	乳房全摘術	1
	帝王切開術	帝王切開術＋卵管切除術	1

事例が発生した医療機関の取り組み

- 患者が同意した術式で手術申し込みを行う。
- 患者が同意した術式を術前に診療科内で共有する。
- 執刀直前に同意書を用いて術式を確認する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

薬剤名	投与すべき内容	連日服用した日数	服用日の情報に関する主な背景	
メトトレキサートカプセル2mg	1週間のうち1日服用6日休薬	28日	処方量は正しかったが、コメントに「週1回○曜日内服」と記載するのを忘れた	
リウマトレックスカプセル2mg		10日		誤って900分処方した後、経機房会により週1回の処方に変更したが、「週1回○曜日内服」のコメントを記載しなかった
メトトレキサート錠2mg		7日		
メトレート錠2mg		7日	処方箋に「週1回」や「○曜日内服」とコメントが記載されていたが、薬剤師は患者が自己管理できると判断し、薬剤にコメントを記載しなかった	
		6日		
		5日		

事例が発生した医療機関の取り組み

- メトトレキサート製剤を処方・調剤する際、
 - 医師は、「週○回、○曜日」を入力する。
 - 薬剤師は、医師の指示を確認し、「週○回、○曜日」を確実に記録する。
- 患者に休薬期間が必要であることを説明し、服用日を明確に伝える。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

取り組みのポイント

- メトトレキサート製剤は連日服用すると毒性が高い薬剤であるため、薬剤師は患者に服用方法を毎回確実に説明する。
- 患者へ説明する際は、薬剤の服用方法に関する説明用紙等を活用する。

(総合評価委員会)

No.168

酸素ポンペの開栓の未確認

酸素ポンペの開栓を確認せず、患者に酸素を投与していなかった事例が報告されています。

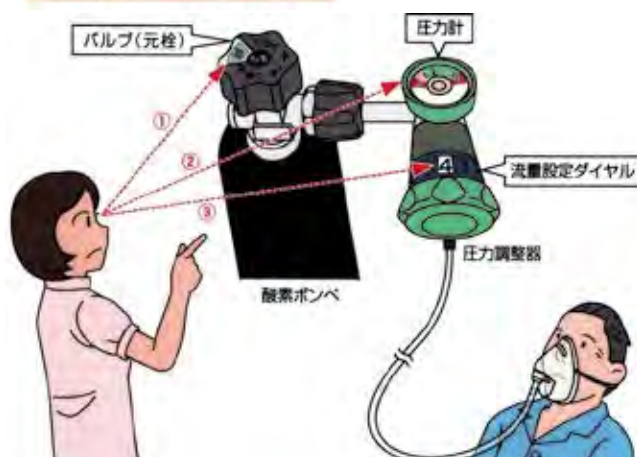
事例 1

看護師は、酸素 4L/分投与中の患者を CT 検査室に搬送した。酸素ポンペから検査室の中央配管の酸素に切り替え、酸素ポンペのバルブ(元栓)を閉めた。検査終了後、診療放射線技師は酸素ポンペの開栓を確認せず、中央配管から酸素ポンペに切り替えた。看護師が検査室に行くと、患者の SpO₂ 値は 75%に低下していた。酸素ポンペを確認すると、バルブ(元栓)が開いていなかった。

事例 2

看護師は、酸素 3L/分投与中の患者を血管造影室に搬送するために酸素ポンペを準備し、流量設定ダイヤルを操作して酸素の流出を確認後、バルブ(元栓)を閉めた。その際、圧力調整器に残った酸素を放出しなかったため、圧力計の表示値は 10MPa のままであった。出棟する際、流量設定ダイヤルを 3L/分に合わせると酸素が出る音が聞こえたため、開栓していると思い込んだ。血管造影室に移動中、患者の SpO₂ 値が 71%に低下した。酸素ポンペを確認すると、バルブ(元栓)を開けていなかったことに気付いた。

酸素ポンペ使用時の確認の手順



事例が発生した医療機関の取り組み

・酸素ポンペ使用時は、バルブ(元栓)が開いていることを確認してから酸素の流量を調整する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

取り組みのポイント

・酸素ポンペ使用時は、①バルブ(元栓)、②圧力計、③流量設定ダイヤルを確認する。

(組合評議委員会)

No.169

持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ

持参薬の処方内容を継続するための処方・指示が漏れたことにより、患者に影響があった事例が報告されています。

事例 1

患者は心房細動のためリクシアナ錠を服用していた。入院時、薬剤師は患者が持参した薬剤を持参薬鑑別書に登録したが、患者が持参していなかったリクシアナ錠に気付かなかった。医師は、持参薬鑑別書を確認して処方した。7日後、下肢に動脈血栓症を認め、リクシアナ錠の処方が漏れていたことが判明した。

事例 2

患者は慢性心不全のためフロセミド錠を服用していた。入院時、医師は持参薬鑑別書による報告を待たずに薬剤を処方し、その際、フロセミド錠の処方が漏れた。その後、薬剤部での持参薬の鑑別が終了し、持参薬鑑別書が作成された。処方された薬剤が病棟に届いた際、漏れがないか誰も確認しなかった。フロセミド錠を服用しなかったことで患者の心不全が悪化した。

要因	処方・指示が漏れた薬剤名*	主な背景
持参薬鑑別書の情報の不足	リクシアナ錠	・薬剤師は、患者が持参していない薬剤があることに気付かず、持参した薬剤のみで持参薬鑑別書を作成した。
	テララチンS錠	・患者が持参していない薬剤は持参薬鑑別書に登録できず、薬剤師はカルテに記載したが、医師は持参薬鑑別書のみ確認した。
	アトルバスタチン錠	
	トリクロルメチアジド錠	
持参薬鑑別書の確認不足	フロセミド錠	・医師は持参薬鑑別書が作成される前に処方した。
	タケルダ配合錠	・医師は、持参薬鑑別書が病棟に届くのが遅いため、確認しなかった。
	エフィエント錠	
	コートリル錠	・医師は持参薬鑑別書の内容を見落とした。

事例が発生した医療機関の取り組み

・患者が持参した薬剤だけでなく、薬歴が分かる複数の情報で現在服用中の薬剤を確認する。

・医師は、持参薬鑑別書を確認して処方や指示をする。

・多職種で持参薬の継続や中止の確認ができる仕組みを構築する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

VI 一般社団法人日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)

医療事故の再発防止に向けた提言	内容
<p>①</p> <p>第 10 号 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析</p> 	<p>【リスクの認識】</p> <p>提言 1 大腸内視鏡検査等の前処置として使用する下剤・腸管洗浄剤の服用により腸管内圧が急激に上昇し、腸閉塞、腸管穿孔、敗血症などが惹起され、検査に至る前に死亡するリスクがあることを認識する。</p> <p>【適応】</p> <p>提言 2 《腸管の通過障害の評価と前処置》 日常の排便状態、服用薬、腹部手術の既往などから腸管の通過障害の有無を評価し、検査方法に対する患者の理解度などを考慮したうえで、適応および前処置の方法を慎重に判断する。</p> <p>提言 3 《遠位大腸狭窄への対応》 遠位大腸（S 状結腸～直腸）に狭窄が疑われる場合は、前処置により腸閉塞、腸管穿孔を惹起する可能性がある。まず直腸指診、単純 X 線検査、腹部・骨盤 CT 検査などで閉塞状態を確認することが望ましい。そのうえで、低残渣食の併用、浣腸などの代替する処置を検討する。</p> <p>【観察と判断】</p> <p>提言 4 《腸管洗浄剤 服用前》 下剤を服用しても反応便がない場合は、腸管の通過障害を疑って診察を行い、必要に応じて単純 X 線検査などを考慮する。そのうえで、腸管洗浄剤の服用のステップに進むか否かを判断する。</p> <p>提言 5 《腸管洗浄剤 服用開始後》 腸管洗浄剤を服用しても想定した反応便がなく、腹痛、嘔吐、冷汗などの症状が出現した場合は、まず服用を中断して速やかに診察を行う。必要に応じて画像検査などを実施し、腸閉塞、腸管穿孔の有無を診断する。</p>
<p>②</p> <p>第 11 号 肝生検に係る死亡事例の分析</p> 	<p>【肝生検適応の検討】</p> <p>提言 1 血小板減少や血液凝固能に異常がある患者、抗血栓薬内服中の患者、人工透析中の患者では、肝生検後の出血リスクが高いため、より慎重に適応を検討する。</p> <p>【出血に備えてリスクを減らす】</p> <p>提言 2 出血リスクの高い患者では、肝生検前に原因に応じた対策をとることが望ましい。</p> <p>①抗血栓薬を内服している患者では、病態に応じた休薬の判断および休薬した場合のリスクについて検討する。</p> <p>②血小板減少や血液凝固能に異常がある患者では、肝生検の延期や中止を考慮する。施行せざるを得ないときには、可能な限り血小板輸血や新鮮凍結血漿（FFP）輸血を行い、血小板数や血液凝固能の改善を図る。</p> <p>【肝生検の手技】</p> <p>提言 3 肝内の太い血管や胆管の穿刺による合併症や、他臓器の誤穿刺などによる出血リスクを軽減するためには、腹部超音波ガイド下で実施することが望ましい。出血リスクの高い患者では、できる限り細い生検針を使用し、穿刺回数を少なくする。</p>

医療事故の再発防止に向けた提言	内容
	<p>【肝生検後の観察】 提言 4 肝生検後の腹痛、嘔気・嘔吐、発熱、不穏などの症状は、出血が原因である可能性を考える。中でも、腹痛は血液による腹膜刺激症状や肝被膜下出血による腹膜の伸展に伴うものがあり、画像診断を含めて積極的な対応を検討する。遅発性の出血を認めることもあるため、患者の状態に応じて、腹部超音波などで出血の有無を確認することが望ましい。</p> <p>【出血時の対応】 提言 5 出血の状態に応じて、保存的治療のみならず、動脈塞栓術やラジオ波焼灼術などのインターベンショナルラジオロジー（IVR）での止血を検討する。止血が困難な場合は、速やかに外科的な止血術を検討する。</p> <p>【肝生検における連携体制】 提言 6 肝生検を行う患者、特に出血リスクが高い患者では、肝生検の適応から肝生検後の患者管理まで、主診療科医師だけでなく、肝生検を施行する診療科や他科も含めて患者に関わる多職種の医療従事者が連携して対応する体制を構築する。</p>
<p>第 12 号 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析</p> <p>③</p> 	<p>【リスクの認識・共有】 提言 1 胸腔穿刺は解剖学的な位置関係から、心臓・大血管などを穿刺するリスクを有する。少量の胸水や限局した膿胸などを穿刺する場合には、致命的合併症を生じる危険性が高まる。これらの患者個別のリスク情報を医療従事者間で共有する。</p> <p>【穿刺前の確認】 提言 2 心臓・大血管への穿刺を避けるため、胸腔穿刺の前には、穿刺部位や角度、深さなどを検討する。CT 画像や超音波画像などで、事前に臓器と胸水貯留部位などの位置関係を確認することが望ましい。</p> <p>【穿刺手技】 提言 3 穿刺手技では、胸腔に至る経路を作り、予定した深さ以上に進まないように内套針・カテーテルを把持し、内套針は壁側胸膜を越えてからは胸腔内を進めないようにするが、結果として想定以上に深く進んでいる場合もある。予定した深さに達しても排液がない場合は、いったん手を止め、穿刺部位や角度、距離などを再検討する。</p> <p>【血性排液の判断と対応】 提言 4 排液が血性で、病状による血性排液か臓器損傷によるものかの判断に迷う場合は、まずカテーテルをクランプし、心臓・大血管損傷を念頭に置いて対応する。</p> <p>【穿刺終了後の観察と管理】 提言 5 胸腔穿刺後も継続して患者の状態を観察し、血圧低下、呼吸促迫や呼吸困難の出現、皮下気腫が拡大した場合は、肋間動脈損傷などによる出血、気胸、縦隔気腫などの合併症を疑い、速やかに対応する。</p>

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」

<https://www.kana-kango.or.jp/safety/information/>

公益社団法人日本看護協会

<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/index.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

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03125.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」

<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0001.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>

一般社団法人医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター)発行

「医療事故の再発防止に向けた提言」

https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=1

当情報誌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。



あ と が き

令和2年の医療安全情報はいかがでしたか？

振り返れば、新型コロナウイルス感染症への対応が喫緊の課題となり医療がひっ迫している状況が現在まで続いております。そのような中で、医療安全を担保するために、皆様はこれまで以上に懸命に取り組まれたことと思います。

神奈川県看護協会医療安全対策委員会では、みなさまのご施設の取り組みや工夫が沢山の施設で共有され、神奈川県下の医療機関、介護施設、在宅事業所などの『安全』が更に高まることを期待してこれからも配信してまいります。

(公益社団法人神奈川県看護協会 医療安全対策委員会)

