医療安全推進ネットワーク交流会

日時：2025年5月14日（水）13:30～
場所：神奈川県看護協会　第一研修室

【スケジュール】

◆交流会開催について協会より説明
事前提供資料の説明　13:30～
◆J-MOTTOの運用について協会より説明
◆自己紹介　13:50～
◆年間計画（立案・承認）・書記の選出　14:10～
◆研修報告・情報交換　14:20～
◆GW：身体拘束最小化の取組みについて（1回目）14:40～15:20
①チームの構成員
②ラウンド対象者の抽出方法
③ラウンドの頻度
④データ管理
⑤医療安全管理者の立ち位置とチームの関係
⑥困っていることなど
GW発表・共有　15:20～

看護協会より

1．日本医療機能評価機構

■薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業　共有すべき事例　2025 年 No. 3
(2025/03/25 公開)
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/sharing_case_2025_03.pdf

薬剤トラブル紹介

・容量間違い　ml　mg　入力間違い　確認体制の検討

・配合薬投与　有効成分や薬効が併用する薬剤が重複していないかの確認

　フスコデ配合錠　セレスタミン配合錠同時処方

・副作用の発現

　発現頻度の低い副作用でも患者の情報から可能性が疑われるときは観察を継続

　カルシウム拮抗剤

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2025年 No.3 事例1

調剤

用量の入力間違い

事例

[事例の詳細]
70歳代の患者にデキサメタゾンエリキシル0.01%「日新」1回4mg 1日1回 3日分が処方された。処方箋を応需した薬局のスタッフは、デキサメタゾンエリキシル0.01%「日新」の1回量4mgを4mLと誤認してレセプトコンピュータに入力した。調製を担当した薬剤師が入力間違いに気付き、1回量を40mLへ訂正した。

[背景・要因]
デキサメタゾンエリキシル0.01%「日新」の用量がmg(成分量)で処方された場合、レセプトコンピュータにはmL(製剤量)に換算して入力する必要があった。しかし、薬局のスタッフは単位の違いに気付かず、誤った用量をレセプトコンピュータに入力した。

[薬局から報告された改善策]
レセプトコンピュータに用量を入力する際には、処方箋に記載されている単位とレセプトコンピュータに入力する単位を確かめるよう、スタッフに周知した。再発防止のために、単位の誤認により用量の入力間違いが起きやすい薬剤をリストにして薬局内で共有した。

その他の情報

デキサメタゾンエリキシル0.01%「日新」の添付文書 2024年1月 改訂(第1版)(一部抜粋)
3.組成・性状
3.1 組成
有効成分 1mL中 日本薬局方デキサメタゾン0.1mg
6.用法及び用量
デキサメタゾンとして、通常成人1日0.5～8mgを1～4回に分割経口投与する。小児には1日0.15～4mgを1～4回に分割経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

事例のポイント

- 本事例は、デキサメタゾンエリキシル0.01%「日新」がmg(成分量)で処方された際に、mL(製剤量)で処方されたと誤認し、レセプトコンピュータに誤った用量を入力した事例である。
- デキサメタゾンエリキシル0.01%「日新」の薬価単位はmLであるが、添付文書では、用量がmg(成分量)で記載されている。そのため、薬剤師は、デキサメタゾンエリキシル0.01%「日新」がmg(成分量)で処方される可能性があることに留意して、調剤を行う必要がある。
- レセプトコンピュータへの処方入力は、薬剤師以外のスタッフが行うことがある。入力前に薬剤師が処方監査を行い、入力時に注意すべき点について申し送りを行うことや、レセプトコンピュータに入力した処方内容を処方箋と突合する際に用量の単位を確認するよう手順を定めておくことは、入力間違いを防止するために重要である。
- 本事業には、デキサメタゾンエリキシル製剤以外にも、インクレミンシロップ5%、ザイザルシロップ0.05%、ペリアクチンシロップ0.04%などで、単位の誤認により用量の入力間違いが起きた事例が報告されている。単位の誤認による用量の入力間違いが起きやすい薬剤をリストにして薬局内で共有することも有用である。

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2025年 No.3 事例2

疑義照会・処方医への情報提供

同成分の重複

事例

[事例の詳細]
40歳代の患者にフスコデ配合錠とセレスタミン配合錠が同時に処方された。フスコデ配合錠にはクロルフェニラミンマレイン酸塩、セレスタミン配合錠にはd-クロルフェニラミンマレイン酸塩が配合されているため、薬剤師は、有効成分が重複していることについて処方医に疑義照会を行った。フスコデ配合錠からメジコン錠15mgへの変更を提案したところ、了承された。

[推定される要因]
処方医は、処方した2つの配合錠に同じ成分が含まれていることを失念した可能性がある。

[薬局での取り組み]
同成分や同薬効の重複があった際には疑義照会を行う。

その他の情報

販売名	フスコデ配合錠	セレスタミン配合錠
有効成分	日局 ジヒドロコデインリン酸塩 日局 dl-メチルエフェドリン塩酸塩 日局 クロルフェニラミンマレイン酸塩※	日局 ベタメタゾン 日局 d-クロルフェニラミンマレイン酸塩

※日局 クロルフェニラミンマレイン酸塩は、d体とl体が50%ずつのラセミ体である。
(2025年3月7日現在)

事例のポイント

- 配合剤が処方された際は、それぞれの有効成分や薬効が併用する薬剤と重複していないか確認する必要がある。
- 日局 クロルフェニラミンマレイン酸塩(ラセミ体)および日局 d-クロルフェニラミンマレイン酸塩が重複して処方された際は、疑義照会を行って処方医に併用する要否を確認し、過量服用による副作用発現を回避することが重要である。

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

2025年 No.3 事例3

疑義照会・処方医への情報提供

副作用の発現(歯肉肥厚)

事例

[事例の詳細]
アムロジピン錠5mg「トーワ」を服用中の患者が、歯科医師から歯肉肥厚と診断され、降圧剤が原因である可能性を指摘された。患者は、歯科で治療を行ったが、歯肉肥厚が改善しないため電話で薬局に相談した。アムロジピン錠の添付文書には、「その他の副作用」に歯肉肥厚の記載がある。発現頻度は0.1%未満であるが、症状が継続しているため副作用の可能性を考慮して処方医にトレーシングレポートを提出した。その後、アムロジピン錠5mg「トーワ」からオルメサルタンOD錠20mg「トーワ」に変更となった。

[推定される要因]
未記載

[薬局での取り組み]
処方医に患者の情報を提供した後は、関連する薬剤の処方状況を確認し、患者から症状の経過を随時聴取する。

その他の情報

アムロジピン錠2.5mg/5mg/10mg/OD錠2.5mg/5mg/10mg「トーワ」の添付文書
2024年10月改訂(第3版)(一部抜粋)
11.副作用
11.2 その他の副作用

	0.1%未満
口腔	(連用により)歯肉肥厚

事例のポイント

- 本事例は、薬剤の副作用で歯肉肥厚が発症している可能性を歯科医師に指摘された患者から相談を受けた薬剤師が、患者が服用しているカルシウム拮抗薬の副作用を疑い処方医に情報提供した結果、薬剤が変更になった事例である。
- 薬剤による歯肉肥厚は、カルシウム拮抗薬のほか、フェニトインなどの抗てんかん薬やシクロスポリンなどの免疫抑制薬でも起こることがある。
- 発現頻度の低い副作用であっても、患者から聴取した情報から副作用の可能性が疑われる場合は、電話やトレーシングレポートなどを用いて処方医に情報提供を行うことが、安全で適切な薬物治療のために必要である。
- 歯垢や歯石など口腔内の衛生状態の悪化は、歯肉肥厚の増悪因子となり、歯肉肥厚が疑われる場合には、ブラッシングや歯石除去などの口腔衛生管理が必要である。薬剤師は歯肉肥厚の原因と思われる薬剤を変更した後も、歯科医師と連携し患者の症状の経過などに関する情報を共有することが重要である。

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話:03-5217-0281(直通) FAX:03-5217-0253(直通)
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/

■医療事故情報収集等事業 第 80 回報告書
（2024 年 10 月～ 12 月）（2025/03/28公開）
https://www.med-safe.jp/pdf/report_80.pdf

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

2025年4月 No.221

カリウム製剤の投与方法間違い（第2報）

カリウム製剤をプレフィルドシリンジから注射器に移し替え、急速静注した事例が報告されています。

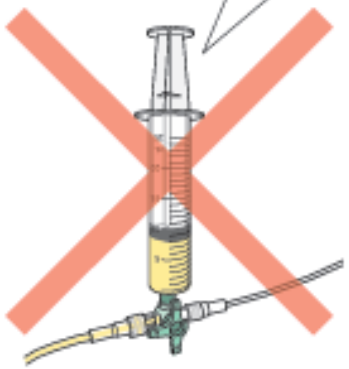
医療安全情報No.98「カリウム製剤の投与方法間違い」(2015年1月)で情報提供しました。その後、2025年2月28日までに1件の事例が再び報告されています。この情報は、第78回報告書「事例紹介」で取り上げた内容をもとに作成しました。

カリウム製剤を急速静注すると心停止を起こす危険性があります。

事例のイメージ

プレフィルドシリンジの薬液を注射器に移し替えてはいけません。

カリウム製剤を急速静注してはいけません。



■医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No. 221

（2025/04/15 公開）

カリウム製剤の投与方法間違い （第2報）

- https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_221.pdf

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.221 2025年4月

カリウム製剤の投与方法間違い（第2報）

事例

循環器内科の医師は、ICUで治療中の患者の指示を「K補正:3.0mEq/L以下でKCL20mEq/20mLを10mL/hで投与」と入力した。K値が1.8mEq/Lであったため、リーダー看護師と担当看護師は指示を見て、KCLを20mL投与することを確認した。リーダー看護師は、指示通りに原液で投与するため、定数配置薬のプレフィルドシリンジのKCL20mLを注射器に移し替えた。その後、担当看護師に10mL/hで投与するよう伝え、注射器を渡した。担当看護師は、指示に記載された投与方法や流量を確認しておらず、中心静脈ラインから高濃度のカリウム製剤を急速静注した。投与後、患者は心停止となった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- **プレフィルドシリンジを使用する際は、薬液を注射器に移し替えない。**
- **プレフィルドシリンジの剤形の目的を周知する。**
- **カリウム製剤の希釈方法を医療機関内で統一し、必ず希釈して投与する。**

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。

ワンショット禁忌

カリウム製剤の使用

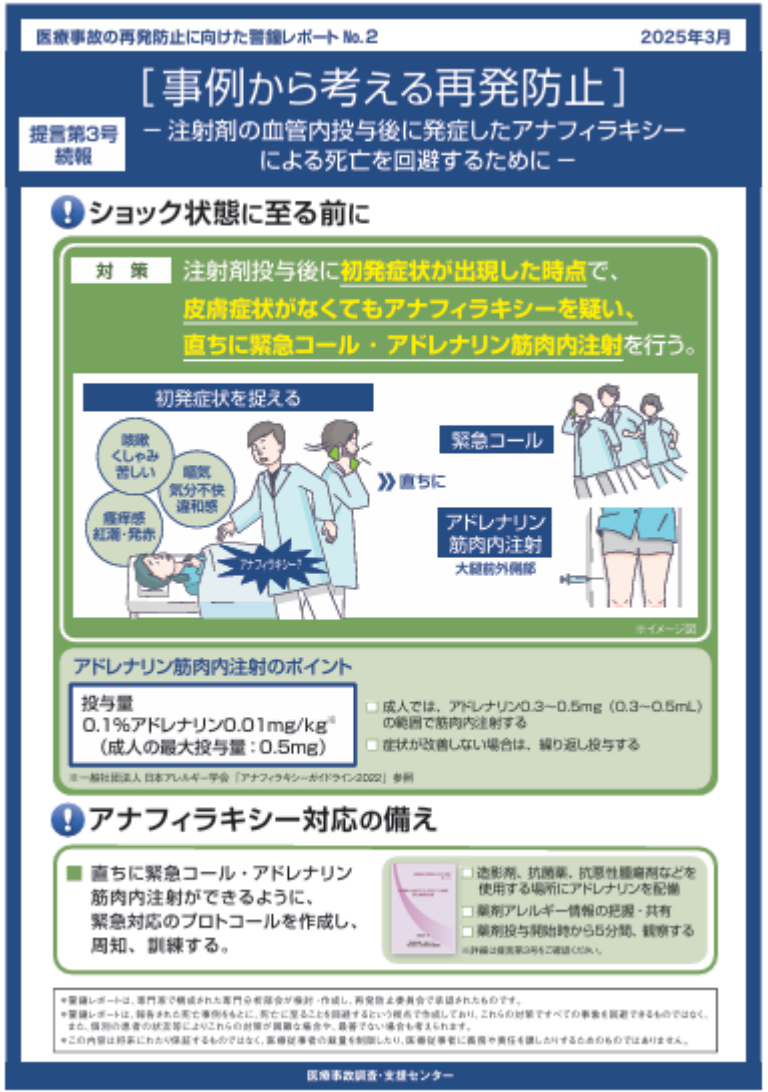
希釈方法再確認

2．一般社団法人　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警鐘レポートNo. 2
「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーによる死亡」（2025/03/19 公開）

造影剤・・特にヨード造影剤
抗菌薬　βラクタム系
抗がん剤
　　発現率の高い環境
　　救急カート
　　アドレナリン配備

症状進行の速さ
薬剤投与開始後の観察の必要性



■医療事故調査・支援センター　2024 年報
（2025 年 3 月）（2025/03/19 公開）
「医療事故調査・支援センター 2024年 年報」

医療事故調査・支援センター
Medical Accident Investigation and Support Center

2024年　年報
2024 Annual Report

2025年３月

一般社団法人　日本医療安全調査機構
Japan Medical Safety Research Organization

神奈川県看護協会への相談

CV管理について　年度初めでもあり改めて各施設で注意喚起を

事例１　研修医が一人でCV抜去へ。

患者に座位を取らせて実施した。直後患者は意識喪失、呼吸停止。

医師、他職種との情報共有

事例２　CV挿入中の患者のレントゲン撮影を看護助手に依頼。

移動時、車いす車輪にラインが絡み切断。

患者は座位を取っていた。気が付いた時患者は意識消失した。

看護師・補助員　誰が搬送を行うか　　急なトラブル時の報告体制等

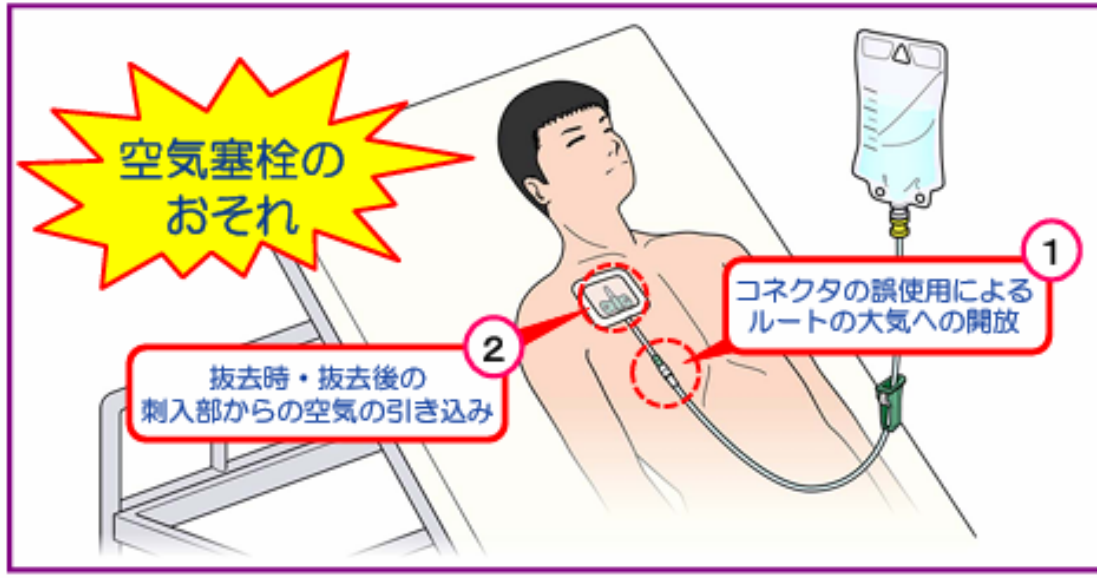
PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

No.71　2025年　2月

中心静脈に留置するカテーテル使用時の空気塞栓事例について

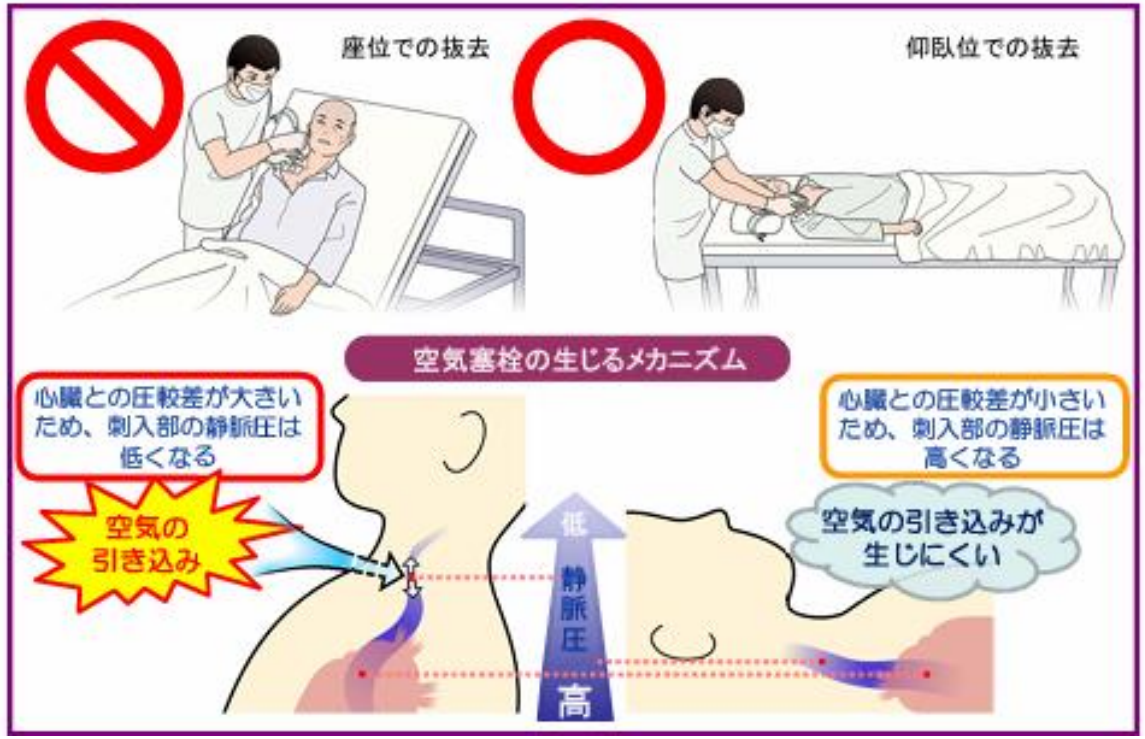
⚠ CVへのカテーテル留置に伴い、様々な場面で空気塞栓のリスクがあります！



2　抜去時の空気塞栓事例

（事例2）透析用カテーテルを座位にて抜去したところ、SpO_2が低下し意識消失した。頭部CT、MRI検査の結果、空気塞栓が認められた。

（事例3）中心静脈カテーテルを抜去後、ガーゼで圧迫保護を行っていたが、1時間後に患者の容態が急変した。レントゲン検査の結果、空気塞栓が認められた。

POINT　～安全使用のために～

- 内頚静脈、鎖骨下静脈に留置しているカテーテルを抜去する場合には、頭低位で呼吸を止める等により、刺入部の静脈圧が高い状態で抜去することが望ましい。
- カテーテルの抜去後は、呼吸の再開により空気が引き込まれることのないよう、すぐに密閉性のドレッシング材で被覆し、少なくとも5分以上圧迫すること。