

医療安全推進ネットワーク交流会

日時:2025年6月9日(月)13:30～

場所:神奈川県看護協会 第一研修室



【スケジュール】

- ◆協会よりお知らせ 13:30～
- ◆新規会員の方の自己紹介 13:50～
- ◆お知らせ:8月「安全に関わる多職種との連携」について
- ◆研修報告・情報交換 14:00～
- ◆GW:転倒・転落で有害事象にしないための工夫 14:20～
とチーム活動について
 - ①環境面の工夫
 - ②機器・道具(緩衝材)の工夫
 - ③患者個人への工夫(疾患・薬剤・排泄パターンへの働きかけなど)
 - ④患者・家族への事前説明
 - ⑤職員への教育について
- GW発表・共有

1. 日本看護協会

■患者安全推進の取り組みに関する事例の募集

2025年の「世界患者安全の日」(9月17日)のテーマ“Safe care for every newborn and every child”(すべてのこどもに安全なケアを※)

に関連し、こどもの患者安全推進に関する取り組み事例を募集しています。

※訳: 日本看護協会 看護開発部看護業務・医療安全課

応募期間: 6月2日(月曜日)～30日(月曜日)まで

対象 こどもの患者安全推進の取り組みに看護職が関わっている医療機関

～取り組みの例～

こどもに、より安全なケアを提供するために、患児や家族への説明や、主体的な患者参画の促進に取り組んでいる

応募方法

専用メールアドレス anzen@nurse.or.jp 日本看護協会HP参照

①施設名 ②職種 ③職位 ④氏名 ⑤取り組みの概要を記載

2. 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. 4 (2025/05/08 公開)

・ https://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/sharing_case_2025_04.pdf



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.4
事例1

調剤

戻し間違いによる薬剤取り違い

【事例の詳細】

患者にカムシア配合錠LD「あすか」が処方され、薬剤を交付した。後日患者の家族から連絡があり、交付した28錠にカムシア配合錠HD「あすか」が3錠混ざっていることがわかったため、薬剤を交換した。患者が服用する前に家族が気付いたため、カムシア配合錠HD「あすか」の服用はなかった。

【背景・要因】

カムシア配合錠HD「あすか」を薬剤棚に戻す際に、誤ってカムシア配合錠LD「あすか」の棚に戻したため、カムシア配合錠LD「あすか」の棚にカムシア配合錠HD「あすか」が混入していた。当薬局では薬剤の取り違いを防ぐため、PTPシートのGS1コードの読み取りにより薬剤名を確認し、重量の計測により錠数を確認する調剤監査支援システムを採用しているが、今回は、カムシア配合錠LD「あすか」のPTPシートのGS1コードを読み取ったこと、さらに、カムシア配合錠LD「あすか」とカムシア配合錠HD「あすか」の重量の差がなかったことから、カムシア配合錠HD「あすか」の混入に気がなかった。

【薬局から報告された改善策】

複数の規格がある薬剤を採用している場合は、薬剤棚にそれぞれの規格を強調する表示を行う。薬剤を薬剤棚に戻す際は、調剤監査支援システムでPTPシートのGS1コードを読み取り、薬剤名と番号を確認してから戻す。GS1コードのないPTPシートの端数を薬剤棚に戻す場合は、複数人で確認する。GS1コードのない端数のPTPシートは調剤監査支援システムでの確認ができないこと、同じ重量の薬剤が他に存在する可能性があることを認識し、鑑査を行う際は薬剤を目視でも確認する。

事例

薬剤師さんと共有

1. 企画の似ている薬剤の管理
2. イグザレトOD錠 内服量・期間
深部静脈血栓症治療薬
3. 生活を鑑みて薬剤選択



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.4
事例2

疑義照会・処方医への情報提供

投与量

【事例の詳細】

久しぶりに来局した80歳の患者に、クリニックAからイグザレトOD錠15mg 1回1錠1日2回 朝夕食後 35分が処方された。患者家族から、患者は医療機関Bを退院し、今後はクリニックAで治療を行うことを聴取したが、お薬手帳には退院時の処方内容は記載されていなかった。薬剤師は、用法・用量から深部静脈血栓症の初期治療と推察したが、添付文書に記載された3週間を超える日数が処方されたことに疑問を感じた。クリニックAの処方医に疑義照会を行ったところ、患者は医療機関Bで深部静脈血栓症と診断され、注射薬の抗凝固薬が投与された後にイグザレトOD錠15mg 1回1錠1日2回に切り替えられてから、3週間が経過するところであることがわかった。イグザレトOD錠15mg 1回1錠1日1回朝食後に変更になった。

【推定される要因】

クリニックAの処方医は医療機関Bで行われた治療を把握していたが、イグザレトOD錠15mg 1回1錠1日1回に減量することを失念した可能性がある。

【薬局での取り組み】

抗凝固薬が処方された際は、患者の病態や体重、腎機能などの検査値、治療の経過などを把握し、処方監査を行う。

疑義照会・処方医への情報提供

患者の生活状況（職業）

【事例の詳細】

半年前に新型コロナウイルスに感染した40歳代女性が、難治性の咳の治療のため専門医を受診し、リフヌア錠45mg 1回1錠1日2回朝夕食後14分が処方された。患者は平素から当薬局を利用しており、薬剤師は患者の職業が調理師であることを把握していた。また、製薬企業のMRからリフヌア錠45mgの副作用について情報を得ていたため、添付文書の情報をもとに味覚関連の副作用（味覚不全、味覚消失、味覚減退、味覚障害）の発現の頻度などについて説明を行ったところ、患者は薬剤の変更を希望した。処方医に連絡し、患者の職業と意向を伝えたと、吸入薬に変更になった。

【推定される要因】

患者は処方医に、職業が調理師であることを伝えていなかった。処方医は患者に味覚関連の副作用を伝えていたが、患者はまれな副作用であると認識した。

【薬局での取り組み】

職業などの患者情報を聴取する。特に注意が必要な副作用がある薬剤が処方された際は、患者に必要な情報を伝え、処方医にも情報提供を行うことを薬局内に周知した。新しい薬剤を採用した際は、製薬企業などから必要な情報を収集する。



事例

■ 日本医療機能評価機構医療 安全情報No. 222 (2025/05/15 公開)

医療事故情報収集等事業

医療安全情報

2025年5月 No.222

カテコラミン製剤の 持続投与の中断

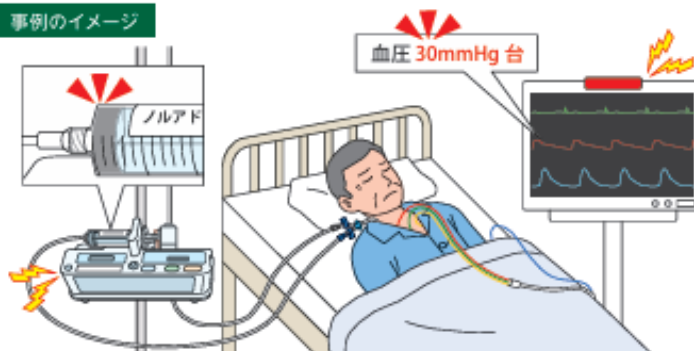
シリンジポンプでカテコラミン製剤を持続投与中、注射器の交換が遅れ、患者の循環動態に影響があった事例が報告されています。

2019年1月1日～2025年3月31日に10件の事例が報告されています。この情報は、第66回報告書「分析テーマ」で取り上げた内容をもとに作成しました。

報告された事例の主な背景

優先順位の誤り	- 看護婦は、カテコラミン製剤の注射器の交換が必要なことは把握していたが、他の業務を優先した。 ※複数報告あり。 - 看護婦は、休憩後にカテコラミン製剤の注射器を交換するつもりであったが、緊急入院する別の患者の対応を優先した。
知識不足	看護婦は、カテコラミン製剤が循環動態に影響を及ぼす薬剤であると知らなかった。
伝達不足	看護婦Aがシリンジポンプの残量アラームを消音した際、担当看護婦Bに伝えなかった。

事例のイメージ



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.222 2025年5月

カテコラミン製剤の持続投与の中断

事例1

患者Xにシリンジポンプでノルアドレナリンの調製液を9.6mL/hで持続投与していた。12時30分頃、担当看護婦はノルアドレナリンの調製液の残量が15mLであることを確認し、休憩後に注射器を交換することにした。休憩から戻った担当看護婦は、緊急入院することになった患者Yの対応を優先し、ノルアドレナリンの注射器を交換しなかった。14時17分頃、患者Xのシリンジポンプの過負荷アラームが鳴り、血圧が30mmHg台に低下していたため、すぐに注射器を交換した。

事例2

患者Xにシリンジポンプでノルアドレナリンの調製液を10mL/hで持続投与していた。21時10分頃、看護婦Aはシリンジポンプの残量アラームが鳴ったため消音し、担当看護婦Bに伝えた。担当看護婦Bは自分で注射器を交換すると返答したが、ノルアドレナリンの投与中継による影響を知らず、患者Yの対応を優先した。5分後に過負荷アラームが鳴った。担当看護婦Bは患者Yの対応中であったため、看護婦Aがノルアドレナリンを調製し、注射器を交換した。投与を再開した時点で、患者Xの血圧は40mmHg台に低下していた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 患者に投与しているカテコラミン製剤の種類や交換時間を各勤務帯で共有する。
- 注射器内の薬液の残量と流速から交換時間を推定し、余裕を持って交換する。
- カテコラミン製剤の持続投与が中断すると、患者の循環動態に影響が及ぶことを周知する。

上記は一例です。各施設に合った取り組みを検討してください。

カテコラミン製剤一覧(2025年3月31日時点)

●アドレナリン ・アドレナリン注 ・ボスミン注	●ドパミン製剤 ・ドパミン注 ・ウルドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液	●ドパミン製剤 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液	●エピネフリン注射液 ・プロタノール注
●ノルアドレナリン ・ノルアドレナリン注	●ドパミン製剤 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液	●ドパミン製剤 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液 ・ドパミン注射液	●フェニレフリン注射液 ・ネオシネンジオール注

※静脈内注射する薬剤の薬名も規格、番号を照して記載した。

- ※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価委員会委員の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <https://www.med-safe.jp/>
- ※この情報の作成にあたり、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って保証するものではありません。
- ※この情報は、医療従事者の教養を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



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：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

カテコラミン中断は生命に直結

カテコラミンの薬事作用の習得

患者の投与しているカテコラミン製剤の種類や交換時間を各勤務帯で共有する

薬液の残量と流量速度から交換時間を推測し、余裕をもって交換できるように調整する。

カテコラミン製剤の持続投与が中断すると患者の循環動態に影響が及ぶことを周知する。

看護の専門性 内視鏡看護師

○日本消化器内科内視鏡学会が認定する、内視鏡看護師の行う行為は医師が行うべき医行為ではないか？との問い合わせ

生検 ・ポリペク スネア操作 ・EMR局注 ・点墨 ・クリップ ・留置スネア
ERCP時のワイヤー操作処置 etc

日本看護協会の見解

➡各学会の行うことを推奨もしないが妨げるものではない

厚生労働省の見解

➡絶対的医行為でなければ医師の指示の元、一緒に実施することを一概にやってはならないとは言えない

医療安全として考えておくこと

★専門性に係る新たな取り組みについては責任を含め各施設で十分に検討が必要
方針、ルールを決める
医師の指揮下、指示のもと実施する