

2025年に発信された安全警報

2026年3月発行

今年度最後の医療安全情報となります。

令和7(2025)年各機関より配信された医療安全情報をまとめて掲載いたします。

1年間どのような情報が発信されているのか振り返るとともに、新年度に向けて職員研修やマニュアルの見直しなどにご活用ください。



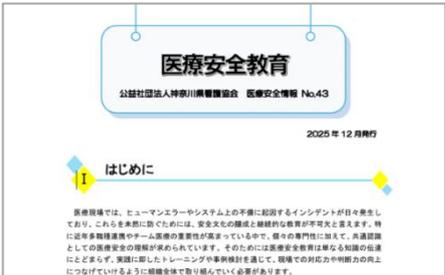
情報発信機関ごとの項目



《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	IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)	P. 4
<ul style="list-style-type: none"> ・ No. 42 2024年に発信された安全警報 ・ No. 43 医療安全教育 		<ul style="list-style-type: none"> ・ No. 71 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(2025年2月) 	
II 公益社団法人日本看護協会	P. 2	V 公益財団法人日本医療機能評価機構	P. 6
<p>〈一般社団法人日本医療安全調査機構〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関から報告された事故情報の分析、再発防止に関する提言の更新 <p>〈公益財団法人日本医療機能評価機構〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療事故情報収集等事業報告書に関する情報の更新 <p>〈公益社団法人日本看護協会〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「世界患者安全の日」に関するページの更新 ・ 医療安全トピックス 		<ul style="list-style-type: none"> ・ No. 218 X線画像確認時の経鼻栄養チューブ誤挿入の見落とし ・ No. 219 セントラルモニタへの無線式送信機番号の登録忘れ ・ No. 221 カリウム製剤の投与方法間違い(第2報) ・ No. 222 カテコラミン製剤の持続投与の中断 ・ No. 224 退院時の処方漏れによる内服の中断 ・ No. 225 「既読」の画像診断報告書の重要所見への未対応 ・ No. 226 定数配置薬からのアレルギーがある薬剤の投与 ・ No. 227 冷却枕による凍傷 ・ No. 228 粉碎調整された持参薬の過量与薬 ・ No. 229 神経ブロックの左右の取り違い <p>※No. 220、No. 223は、2024年に報告書で取り上げたまとめ情報のため掲載なし</p>	
III 厚生労働省 法令・通知等	P. 3	VI 一般社団法人日本医療安全調査機構	P. 16
<p>1. 医療安全対策に係る制度等に関するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 「令和7年度医療安全支援センター総合支援事業 初任者研修の開催」について(周知依頼) ② 「令和7年度医療安全支援センターの運営の現状に関する調査」について(協力依頼) ③ 「令和7年度医療安全支援センター総合支援事業全国協議会の開催」について(周知依頼) <p>2. 個別の安全対策に関するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ① トリパンプルン染色液が原因と推測される真菌による眼内炎発症事例について 		<p>1. 医療事故の再発防止に向けた提言</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析(第21号) 2025年10月 <p>2. 医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 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 No.2 2025年3月 ② 異所性妊娠に伴う卵管破裂による死亡 No.3 2025年7月 ③ 気管切開術後早期のチューブ逸脱・迷入による死亡 No.4 2025年11月 	

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. 42 2024年に発信された安全警報</p> 	<p>I 公益社団法人神奈川県看護協会 II 公益社団法人日本看護協会 III 厚生労働省 法令・通知等 IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 V 公益財団法人日本医療機能評価機構 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)</p>
<p>No. 43 医療安全教育</p> 	<p>医療安全教育は単なる知識の伝達にとどまらず、実践に即したトレーニングや事例検討を通じて、現場での対応力や判断力の向上につなげていけるように組織全体で取り組んでいく必要がある。 そこで、医療機関・介護施設・訪問看護事業所で取り組まれている医療安全教育を紹介する。</p>

II 公益社団法人日本看護協会

医療安全情報 他	要約
<p>〈一般社団法人日本医療安全調査機構〉 医療機関から報告された事故情報の分析、再発防止に関する提言の更新</p> 	<p>第21号(2025年10月) 産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析</p>
<p>〈公益財団法人日本医療機能評価機構〉 医療事故機能評価機構の医療事故情報収集等事業では、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を収集し、収集したデータを分析した結果について定期的な報告書や年報として公表している</p> 	<p>第79回報告書(2024年12月) ・病棟・部署の定数配置薬に関連した事例 ・画像診断報告書は「既読」であったが、読影結果に対する治療開始が遅れた事例</p> <p>第80回報告書(2025年3月) ・胃瘻・腸瘻の増設・カテーテル交換や管理に関連した事例</p> <p>第81回報告書(2025年6月) ・胃瘻・腸瘻の増設・カテーテル交換や管理に関連した事例 ・院外で粉砕調剤された持参薬の与薬に関連した事例</p> <p>第82回報告書(2025年9月) ・ペン型インスリン注入器を他の患者に使用した事例 ・電話での呼び出し時に職員間で患者を取り違えた事例</p> <p>第83回報告書(2025年12月) ・クリニカルパス/クリティカルパスに関連した事例 ・医師に血液検査のパニック値の連絡をしたが未対応となった事例</p>

医療安全情報 他	要 約
2025 年 9 月 17 日 「世界患者安全の日」に関するページの更新 	2025 年のテーマ “Safe care for every newborn and every child” （すべてのこどもに安全なケアを） ・事例 3 小児における重大なベッド転落減少への取り組み ・事例 4 NICU・GCU における災害支援体制の強化
医療安全トピックス 	Vol.173 医療安全の確保・推進に向けた 2025 年度の日本看護協会の取り組みについて

Ⅲ 厚生労働省 法令・通知等

法令・通知等	要 約
1 医療安全対策に係る制度等に関するもの	
① 「令和 7 年度医療安全支援センター総合支援事業 初任者研修の開催」について(周知依頼) 令和 7 年 4 月 14 日	相談業務における初任者(当該業務の経験が概ね 2 年以下の者)を対象に、医療相談の基本となる考え方やコミュニケーションスキルを習得すること等を目的とした初任者研修を実施する。本研修を各管内センターに周知依頼。
② 「令和 7 年度医療安全支援センターの運営の現状に関する調査」について(協力依頼) 令和 7 年 7 月 10 日	医療安全支援センター総合支援事業の円滑な運営及び改善に向けて必要な基礎資料を得ることを目的として全国のセンターの現状調査を実施する。本調査への協力及び各管内センターへの周知依頼。 調査対象：都道府県、保健所設置市区、二次医療圏センター 調査方法：一般社団法人医療の質・安全学会より送付される調査票への回答
③ 「令和 7 年度医療安全支援センター総合支援事業 全国協議会の開催」について(周知依頼) 令和 7 年 9 月 30 日	「令和 7 年度医療安全支援センターの運営の現状に関する調査」の調査結果の速報値等を踏まえ、全国のセンターの状況を共有するとともに、特別講演等のほか、各センターが抱える課題について情報交換を行う。本研修を各管内センターに周知依頼。
2 個別の安全対策に関するもの	
① トリパンプルー染色液が原因と推測される真菌による眼内炎発症事例について 令和 7 年 12 月 26 日	トリパンプルー染色液を使用した水晶体再建術の術後に、真菌(Sarocladium kiliense)による眼内炎を発症した事例が複数報告された。トリパンプルー染色液は人体に使用することを想定して製造・販売されていないため、使用については、各医療機関において慎重に判断いただくことと、使用した患者には眼内炎の発症がないかをフォローアップすることを各管内医療機関に周知依頼。

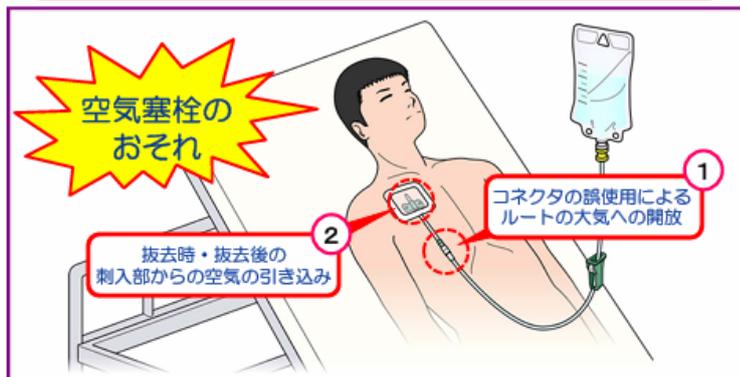
IV 独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)

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
-------------	---------------------------

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！



考えてみましょう

- 1 CVカテーテルの「閉鎖式コネクタ」を取り外した状態として、右の写真の問題点はどこにあるでしょうか。
➡ 答えは 4～5 ページ
- 2 CVカテーテルや透析用カテーテルの抜去時の姿勢として適切なのは、次のどちらでしょうか。
A. 座位 B. 仰臥位
➡ 答えは 5 ページ



1. コネクタの誤使用による空気塞栓事例

事例1

中心静脈カテーテルによる点滴終了時、誤って患者側の閉鎖式コネクタごとルートを外してしまったため、ルートが大気に開放され、空気塞栓が発生した。

POINT ~安全使用のために注意するポイント~

閉鎖式のコネクタを使用している場合であっても、接続を外す際には、患者側をクランプしていることや閉鎖式のコネクタがついていることを十分に確認し、ルートが大気に開放されないよう注意すること。



閉鎖式コネクタを使用しない場合



ルート取り外し時には、
保護栓を確実に閉める

閉鎖式コネクタの使用により中心静脈ラインの
大気開放リスクが低減できます！
閉鎖式コネクタと開放式コネクタの混在による
誤認識のリスクにも注意し、院内で使用してい
る物品を十分確認しましょう。

製品提供：テルモ株式会社



閉鎖式コネクタについては、一般社団法人 医療の質・安全学会から患者安全への貢献が期待される機器として紹介されている製品もあります。詳細は以下のページをご覧ください。

https://qsh.jp/wp/wp-content/uploads/2024/09/technology_exhibition.pdf (2024年9月現在)

2. 抜去時の空気塞栓事例

事例 2

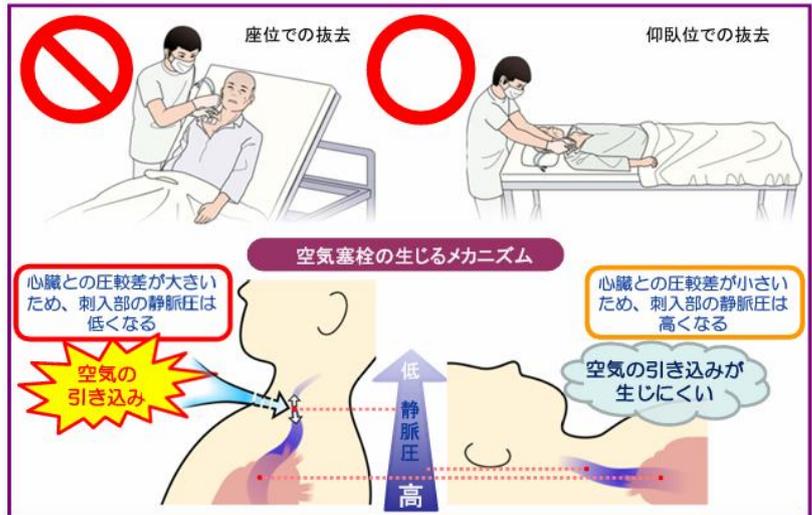
透析用のカテーテルを座位にて抜去したところ、SPO2 が低下し意識喪失した。頭部 CT、MRI 検査の結果、空気塞栓が認められた。

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 ~安全使用のために注意するポイント~

- ・内頸静脈、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。



この「PMDA医療安全情報No.7 1」の作成に当たっては、一般社団法人 日本医療安全調査機構の「医療事故情報の再発防止に向けた提言第17号 中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析—第2報（改訂版）—」を参照しています。詳細は、こちらをご覧ください。

https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=137

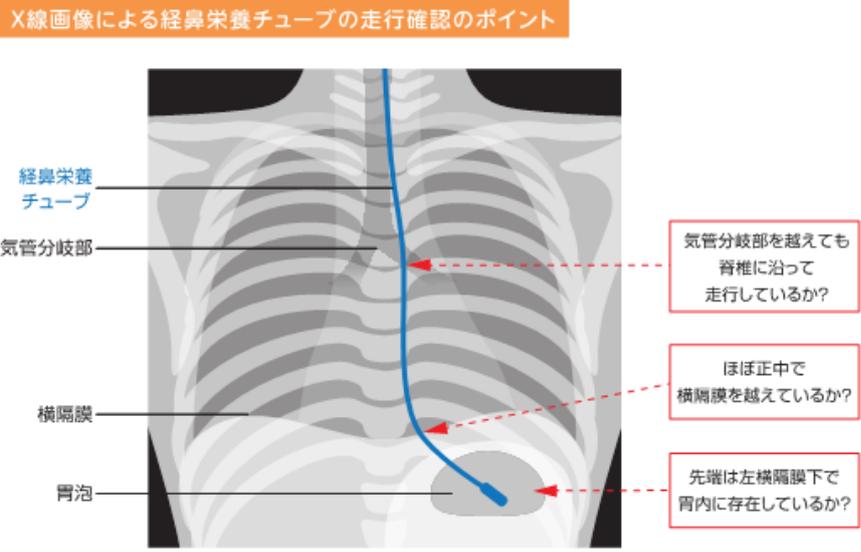
本情報の留意点

- * 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、医療関係者の裁量を制限したり、医療関係者に義務や責任を課したりするものではなく、あくまで医療関係者に対し、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 事例要約	対策
<p>No.218 2025年1月</p> <p>X線画像確認時の経鼻栄養チューブ誤挿入の見落とし</p> <p>経鼻栄養チューブを挿入した後にX線画像を確認したが、誤挿入に気付かなかった事例が報告されています。</p> <p>事例1</p> <p>医師Aは、ICUで治療中の患者の経鼻栄養チューブを入れ替えた。挿入後、医師Aと医師BはポータブルX線撮影装置のディスプレイで画像を確認したが、経鼻栄養チューブの先端は胃内にあると誤って判断した。看護師が内服薬と栄養剤を注入したところ、患者の呼吸状態が悪化した。医師Cが気管支鏡を行ったところ、経鼻栄養チューブが気管に挿入されていたことがわかった。</p> <p>事例2</p> <p>嚥下障害のある患者に経管栄養を開始することになり、看護師が経鼻栄養チューブを挿入した。その後、医師AはX線画像を確認したが、経鼻栄養チューブの先端の位置は適切であると誤って判断した。看護師が内服薬と栄養剤を注入したところ、患者の呼吸状態が悪化した。医師Bが経鼻栄養チューブ挿入後のX線画像を確認したところ、経鼻栄養チューブが肺に挿入されていたことがわかった。</p>	<p>X線画像による経鼻栄養チューブの走行確認のポイント</p>  <p>経鼻栄養チューブ</p> <p>気管分岐部</p> <p>横隔膜</p> <p>胃泡</p> <p>気管分岐部を越えても脊椎に沿って走行しているか?</p> <p>ほぼ正中で横隔膜を越えているか?</p> <p>先端は左横隔膜下で胃内に存在しているか?</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"> ● X線画像による経鼻栄養チューブの走行確認のポイントをまとめ、職員に周知する。 ● 経鼻栄養チューブ挿入後のX線画像の確認は、先端の位置だけでなく走行確認のポイントに沿って行う。 <p>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。</p>

No.219 2025年2月

セントラルモニタへの無線式送信機番号の登録忘れ

患者に無線式送信機を装着したが、セントラルモニタに送信機番号を登録しなかったため、生体情報がセントラルモニタに表示されていなかった事例が報告されています。

事例1

日勤のリーダー看護師は、緊急入院する患者の病室に無線式送信機を準備した。患者が入院後、担当看護師は患者に無線式送信機を装着した。担当看護師は、すでにリーダー看護師がセントラルモニタに無線式送信機の番号を登録したと思い込み、セントラルモニタを見ていなかった。夜勤看護師はセントラルモニタに患者の心電図波形や SpO₂ が表示されていないことに気付かなかった。翌日、日勤看護師が訪室した際、無線式送信機の画面で SpO₂ が 90% に低下していることに気付いた。セントラルモニタと連動しているはずのナースコールが鳴動しなかったため確認したところ、患者の無線式送信機が登録されていないことがわかった。

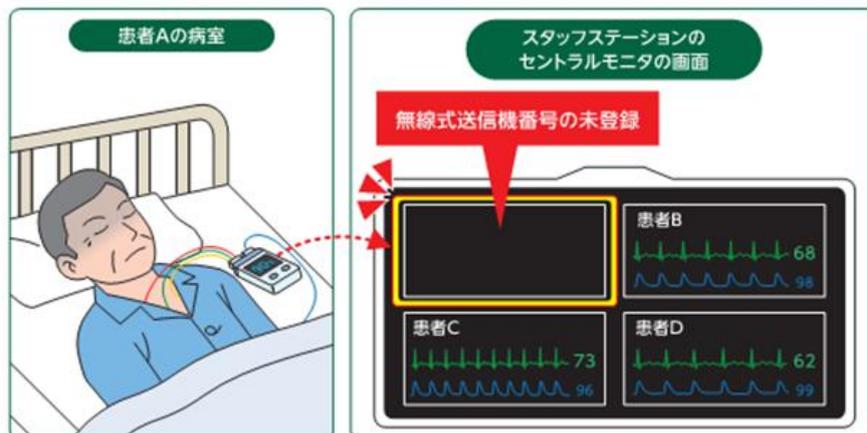
事例2

医師は、夜間に緊急入院した患者の心電図のモニタリングを指示した。看護師は、患者に無線式送信機を装着した。その後、セントラルモニタに無線式送信機の番号を登録する必要があったが、別の業務をしている間に失念した。看護師は定期的に訪室して患者を観察していたが、セントラルモニタを見ていなかった。早朝、看護師が訪室した際、患者が心肺停止状態になっていることに気付いた。

報告された事例の主な背景

- ・担当看護師は、無線式送信機を準備したリーダー看護師が、セントラルモニタに送信機番号を登録したと思い込んだ。
※複数事例で報告あり。
- ・看護師は忙しく、患者に無線式送信機を装着後、別の業務を行ったため、セントラルモニタに送信機番号を登録することを失念した。

事例のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- 患者に無線式送信機を装着する前に、セントラルモニタに番号を登録する。
- 患者に無線式送信機を装着後、すぐにセントラルモニタに心電図の波形やSpO₂の値が表示されていることを確認する。
- リーダー看護師は、モニタリングの指示が出ている患者の一覧と、セントラルモニタに表示されている患者名を確認する。

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。

No.221 2025 年4月

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。

事例1

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で投与するように伝え、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。

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。

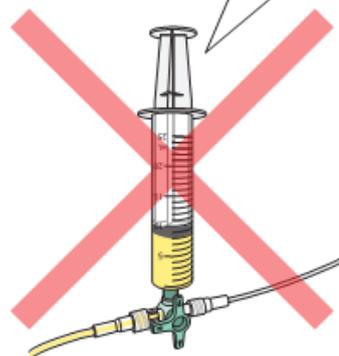
事例のイメージ



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。



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。

No.222 2025 年 5 月

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。

事例1

患者 X にシリンジポンプでノルアドレナリンの製剤液を 9.6mL/h で持続投与していた。12 時 30 分頃、担当看護師はノルアドレナリンの調整液の残量が 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師は、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。

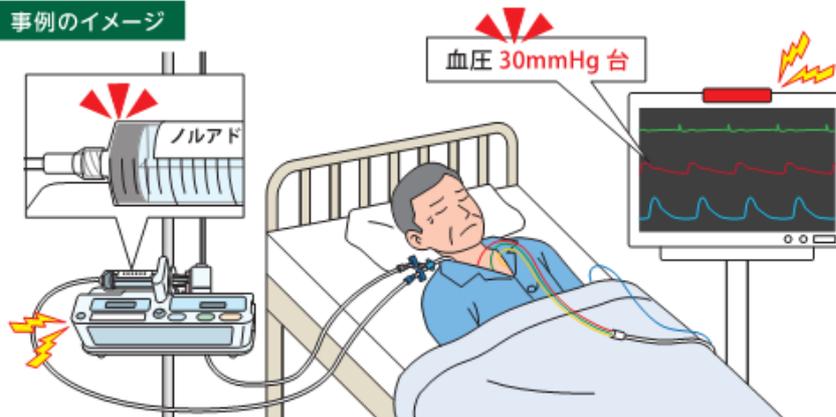
事例2

患者 X にシリンジポンプでノルアドレナリンの調整液 10mL/h で持続投与していた。21 時 10 分頃、看護師 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、担当看護師 B に伝えた。担当看護師 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断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。担当看護師 B は患者 Y の対応中であつたため、看護師 A がノルアドレナリンを調整し、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。

報告された事例の主な背景

優先順位の誤り	・看護師は、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。 ・看護師は、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	・看護師は、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	・看護師 A がシリンジポンプの残量アラームを消音した際、担当看護師 B に伝えなかった。

事例のイメージ



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。自施設に合った取り組みを検討してください。

No.224 2025年7月

退院時の処方漏れによる内服の中断

退院後に内服すべき薬剤が退院処方から漏れたため、内服が中断した事例が報告されています。

事例1

患者は、皮膚筋炎とステロイド性糖尿病の治療のため入院していた。担当医はプレドニンの投与量を調整していたため、定期処方とは別に処方していた。退院時からプレドニンを減量予定であり、担当医は上級医に投与量を確認した後、退院処方に追加する予定であったが、失念した。看護師は、退院処方にプレドニン錠がないことに気付かなかった。退院後、患者は意識障害を来し、救急搬送となった。

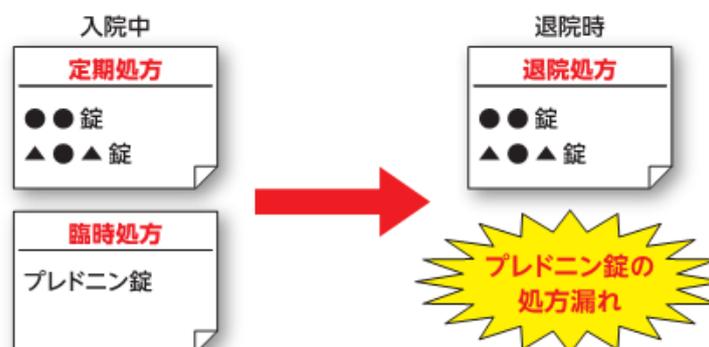
事例2

患者は、膀胱がんの治療のために泌尿器科に入院していた。出血性十二指腸潰瘍を認め、消化器内科医師が内視鏡を用いて止血し、タケプロン静注用の投与を開始した。食事再開後、消化器内科医師はタケキャブ錠の内服に変更した。退院時、どちらの診療科がタケキャブ錠を処方するか確認しておらず、タケキャブ錠が処方されなかった。退院後、患者は十二指腸潰瘍から再度出血し、入院となった。

報告された事例の主な背景

定期処方とは別に処方していた	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、患者の病状によりプレドニンの投与量を調整している間、定期処方とは別に処方しており、退院時に定期処方の薬剤のみ処方した。 ・医師は上級医にプレドニンの投与量を確認した後、退院処方に追加する予定であったが、失念した。 ・医師は、休業していたサムスカ顆粒を再開したが、他の薬剤の処方日とずれておりサムスカ顆粒が退院処方から漏れた。
併診の診療科が処方していた	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器内科の医師が泌尿器科に入院中の患者にタケキャブ錠を処方していたが、退院時にどちらの診療科が処方するか、確認していなかった。

事例1のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- 医師は、病歴や治療経過から必要な薬剤が処方されていることを確認する。
- 薬剤師・看護師は、退院後に内服すべき薬剤が退院処方から漏れていないか確認する。

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。

取り組みのポイント

- 以下の薬剤は退院処方から漏れやすいことに留意しましょう。
 - ・定期処方とは別に処方していた薬剤
 - ・併診の診療科が処方していた薬剤
 - ・注射薬から内服薬に変更した薬剤
 - ・一時休業していた薬剤

(総合評価部会)

No.225 2025年8月

「既読」の画像診断報告書の重要所見への未対応

主治医以外の医師が画像診断報告書を開いた際に、未読・既読を管理するシステム上「既読」となり、主治医が画像診断報告書を読んでいないことに気付かず、重要所見への対応が遅れた事例が報告されています。

事例1

6ヶ月前、患者は構音障害で救急外来を受診し、頭部・胸腹部 CT 検査を実施後に入院した。検査をオーダーした主治医と同じ診療科の医師が画像診断報告書を開くと、主治医の画像診断報告書一覧画面でもステータスが「既読」となる仕組みであり、入院中の主治医は画像診断報告書を読んでいないことに気付かなかった。退院後、外来で患者から痔出血があると訴えがあり、外来担当医が過去の画像を確認した際、6ヶ月前の救急外来受診時に実施した胸腹部 CT 検査の画像診断報告書に「直腸がん疑い」と記載があることに気付いた。

事例のイメージ

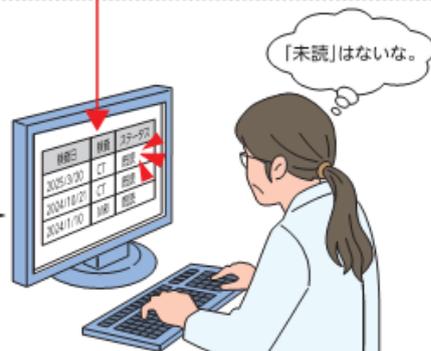
①放射線科医が画像診断報告書を作成し、主治医の画像診断報告書一覧画面に表示された。

検査日	検査	ステータス
2025/3/20	CT	未読
2024/10/21	CT	既読
2024/1/10	MRI	既読

②主治医以外の医師が画像診断報告書を開き、主治医の画像診断報告書一覧画面のステータスが「既読」になった。

検査日	検査	ステータス
2025/3/20	CT	既読
2024/10/21	CT	既読
2024/1/10	MRI	既読

③主治医は画像診断報告書を読んでいないことに気付かなかった。



事例が発生した医療機関の取り組み

- 主治医以外の医師が画像診断報告書を確認した際、重要所見が記載されていた場合は、主治医へ確実に伝える。

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

- 自施設の画像診断報告書の未読・既読を管理するシステムがどのような仕組みになっているか理解して運用しましょう。
- 主治医以外の医師が画像診断報告書を開くことで「既読」となるシステムは、主治医が画像診断報告書を読んでいないことに気付かないリスクがあることを認識しましょう。

(総合評価部会)

No.226 2025年9月

定数配置薬からのアレルギーがある薬剤の投与

アレルギー情報が登録されている薬剤を定数配置薬から準備し、患者に投与した事例が報告されています。

事例1

患者はヘパリンナトリウムのアレルギーがあり、アレルギー情報に登録されていたが、看護師は確認していなかった。患者に投与していた輸液が終了した際、看護師は当直医にヘパリンナトリウムでロックしてよいか確認した。当直医はアレルギー情報を確認せず、口頭で指示した。看護師は、定数配置薬からヘパリンナトリウムを取り出し、患者の静脈ラインをロックした。2時間半後、患者に皮疹が出現し、嘔吐した。看護師はカルテを見て、患者にヘパリンナトリウムのアレルギーがあることに気付いた。

事例2

患者はロキソプロフェンのアレルギーがあったが、医師は登録されたアレルギー情報を確認せず、疼痛時指示にロキソニン錠と記載していた。患者は、眼科手術から帰室後、眼痛を訴えた。看護師はアレルギー情報を確認せず、疼痛時指示に従って定数配置薬からロキソニン錠を取り出し、与薬した。2時間後に患者が呼吸困難を訴え、看護師は患者にロキソプロフェンのアレルギーがあることに気付いた。

事例のイメージ



定数配置薬を使用する際は、薬剤師の処方監査がありません。

指示

アレルギー情報を確認していない



薬剤アレルギー：
ヘパリンナトリウム



準備

アレルギー情報を確認していない



◆病棟・部署の定数配置薬に関連した事例には、この他に、薬剤を取り違えた事例や、薬剤量を間違えた事例などが報告されています。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 医師は、薬剤を指示する前にアレルギー情報を確認する。
- 看護師は、定数配置薬から薬剤を準備する際はアレルギー情報を確認する。
- アレルギー情報の確認が漏れないよう、定数配置薬を使用する際のチェックリストを作成し、活用する。

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

- 定数配置薬を使用する際は、アレルギー情報を必ず確認しましょう。

(総合評価部会)

No.227 2025年10月

冷却枕による凍傷

冷却枕により凍傷をきたした事例が報告されています。

事例1

患者は術後、床上安静の指示が出ていた。患者が夜間に発熱したため、冷却枕を当てることにした。冷却枕の取扱説明書にはタオルを巻いて使用すると記載されていたが、看護師はタオルを巻かずに、患者の後頭部に当てた。翌朝の清拭時に看護師が観察すると、後頭部に3×7cmの発赤があり、患者は灼熱感を訴えた。皮膚科医師が診察し、凍傷と診断した。

事例2

朝、看護師は膝の手術をした患者の下腿に直接冷却枕を当てた。冷電法の手順では「患者が不快感を訴えた場合、皮膚を観察する。」となっており、患者から不快感の訴えがなかったため、冷却部位を観察しなかった。午後の検温時、下腿の冷却枕を外すと、8.5×6.5cmの発赤が生じていた。その後、医師が診察し、凍傷と判断した。

報告された事例の背景

- ・冷却枕の取扱説明書にはタオルを巻いて使用すると記載されていたが、看護師はタオルを巻かずに患者に当てた。
- ・看護師は、患者に冷却枕を当てた後、夜間は患者が寝ていたため観察しなかった。
- ・院内の冷電法の手順では、「患者が不快感を訴えた場合、皮膚を観察する。」となっており、患者から不快感の訴えがなかったため観察しなかった。

事例のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- 使用する冷却枕の取扱説明書に従い、直接皮膚に当たらないようにする。
- 冷電法による凍傷のリスクを周知する。
- 冷電法の実施中は、患者の状態に合わせて定期的に冷却部位を観察する。
- 冷電法実施中に痛みなどの自覚症状があれば看護師に伝えることを患者に説明する。

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.228 2025年11月

粉碎調整された持参薬の過量与薬

粉碎調整された持参薬の薬包の表記が統一されていないため、患者に過量に与薬した事例が報告されています。

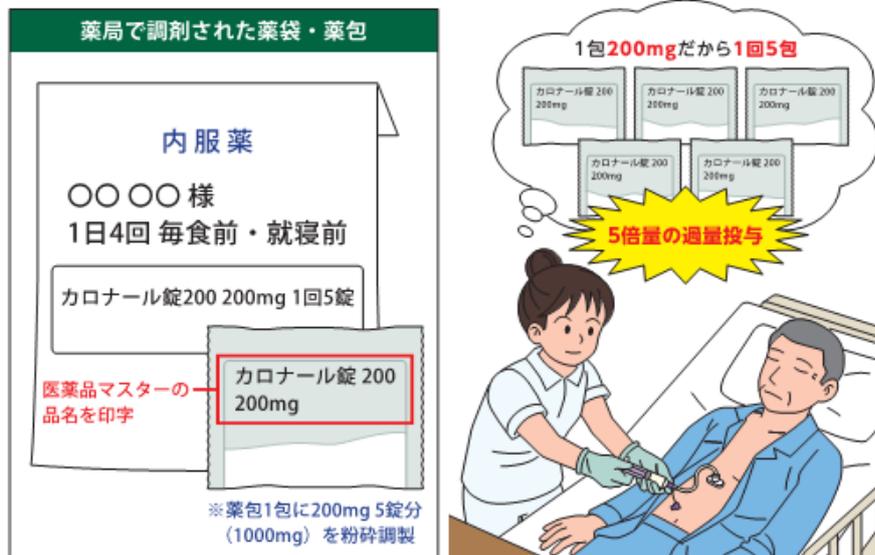
事例1

患者が入院した際、1包にカロナール200mg 5錠(1000mg)が粉碎調整された薬包を持参した。薬包に印字されていた「カロナール錠 200 200 mg」は調剤した薬局が使用している医薬品マスターの品名であり、1包あたりの薬剤の量は記載されていなかった。薬剤師は、持参薬報告書の備考欄に「1包=5錠=1000mg」と記載したが、看護師は見えていなかった。患者に1回1000mgを与薬する際、看護師は薬包の印字を見て、1包あたりの薬剤の量が200mgだと思い、5包(5000mg)を胃婁から注入した。



薬包の表記は医療機関や薬局によって異なります。粉碎調整された持参薬を使用する際は、薬包1包あたりの薬剤の量を確認してください。

事例のイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- 薬包の表記は、医療機関や薬局によって異なることを周知する。

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。

取り組みのポイント

- 粉碎調整された持参薬の薬包は表記が統一されていないため、薬包1包あたりの薬剤の量を確実に把握してから使用しましょう。

(総合評価部会)

No.229 2025年12月

神経ブロックの左右の取り違え

神経ブロックを実施する直前に部位を確認せず、左右を取り違えた事例が報告されています。

事例1

左肘関節授動術を右側臥位で実施するため、手術室看護師は患者の右側にスペースができるように室内を準備した。全身麻酔導入後、整形外科医師は右側が術側と思い込み、誤って右側に腕神経叢ブロックを実施した。術式・術側は執刀直前のタイムアウトで確認することになっており、その前に行う神経ブロックの際は術前の確認方法が決まっていなかったため、確認していなかった。

事例2

左上腕骨骨折手術後の抜釘術を右側臥位で実施するため、右側に手術の器械などを準備していた。全身麻酔導入後、麻酔科医師は右側が術側と思い込み、誤って右側に腕神経叢ブロックを実施した。入室時に術側の確認を行っていたが、神経ブロックを行う直前に術側の左右を確認していなかった。

報告された事例の主な背景

- ・術式・術側は執刀直前のタイムアウトで確認しており、その前に行う神経ブロックの際は術側の確認方法が決まっていなかった。
- ・入室時に術側の左右を確認したが、神経ブロックを行う直前に術側の左右を確認するルールがなかった。
- ・腹臥位で坐骨神経ブロックを行う前に術側が左であることを確認したが、その後、仰臥位で大腿神経ブロックを行う前に左右を確認しなかった。

事例1のイメージ



医療機関の取り組みのイメージ



事例が発生した医療機関の取り組み

- 医師は、神経ブロックを実施する直前に術側を宣言し、チームメンバーは手を止めて術側の左右を確認する。

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。

取り組みのポイント

- 神経ブロックを実施する直前に、術側の左右を同意書などを用いて照合するルールを決め、周知しましょう。
- 術側の左右の確認は、入室時、神経ブロックの実施直前、執刀直前の3つのタイミングで行いましょう。

(総合評価部会)

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)

提言	内容
1 医療事故の再発防止に向けた提言	
<p>① 第 21 号</p> <p>産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析 2025 年 10 月</p> 	<p>産科危機的出血に関する5つの提言</p> <p>【出血に伴う異常の早期認知】</p> <p>提言 1 すべての産婦に対して、児娩出直後からバイタルサインと出血量を経時的に測定し、その推移を総合的に評価することで、出血に伴う異常を早期に認知する。</p> <p>【出血に対する初期対応】</p> <p>提言 2 出血量が経腔分娩 500mL 以上(帝王切開 1,000mL 以上)となり、さらに持続出血を認める場合、初期対応における呼吸循環管理として、酸素投与・母体のバイタルサインのモニタリング・急速輸液を実施する。また、産科的管理として、止血処置、原因検索を実施する。産科有床診療所および一般病院などでは母体搬送の準備をする。</p> <p>【集学的治療への速やかな移行】</p> <p>提言 3 分娩後異常出血となり、さらに持続出血を認める場合、その時点で集学的治療への移行が必要となる。産科有床診療所および一般病院などでは、直ちに母体搬送する。高次医療施設では母体搬送の症例も含めて、全身管理医や他科の医師と連携して対応するとともに、輸血準備を開始する。</p> <p>【産科危機的出血の宣言と集学的治療】</p> <p>提言 4 産科危機的出血と判断した場合、「産科危機的出血」を宣言するとともに、対応を指揮するコマンダーを決定する。また、致命的 3 徴(低体温・アシドーシス・血液凝固障害)を防ぐために大量輸血時には、高カリウム血症の可能性を考慮して対応する。</p> <p>【母体救命のための体制強化】</p> <p>提言 5 平時から地域の医療機関間で連携し、母体搬送の体制構築・維持を図る。また、異常の認知から迅速に対応できるように、シミュレーション・トレーニングを実施する。さらに、高次医療施設においては、集学的治療へ円滑に移行できるよう、全身管理医や他科の医師、多職種を交えて実施する。</p> <p>産婦人科医師、救急科医師、集中治療科医師、麻酔科医師、助産師、分娩に関わる看護師の方と医療安全管理者のみなさま、ぜひ一読ください。</p> <p>提言第 21 号 https://www.medsafe.or.jp/teigen/teigen21_list.pdf</p>

掲載した安全情報関連ホームページアドレス及びQRコード

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/medical/data/leaflet.html>



神奈川県看護協会
「医療安全情報」

公益社団法人日本看護協会「医療安全」
<https://www.nurse.or.jp/nursing/anzen/index.html>

日本看護協会
「医療安全」



厚生労働省 法令・通知等(医療安全対策)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03125.html



厚生労働省法令通知等
(医療安全対策)

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>

医薬品医療機器総合機構
「PMDA 医療安全情報」



公益財団法人日本医療機能評価機構発行「医療安全情報」
<https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>



日本医療機能評価機構
「医療安全情報」

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)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

日本医療安全調査機構
「医療事故の再発防止に
向けた提言」



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)発行
「医療事故の再発防止に向けた警鐘レポート」
<https://www.medsafe.or.jp/survey/alarm>



日本医療安全調査機構
「医療事故の再発防止に
向けた警鐘レポート」

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

皆様、今年度も医療を取り巻く環境の変化に対応しつつ、医療安全活動に尽力されたことと思います。医療安全は、患者の安全を最優先に考え、安全な医療を提供するための重要な取り組みです。次年度も医療安全文化の醸成に向けて、引き続き取り組みを進めていきましょう。

神奈川県看護協会医療安全対策委員会では、今後も医療安全に関わる有意義な情報を発信していけるよう取り組んでまいります。発信した安全情報が、各施設の安全対策の一つとして活用していただければ幸いです。

(公益社団法人神奈川県看護協会 医療安全対策委員会)



