



福島医発第507号(地)

平成27年 5月15日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会 長 松 田 峻一良  
(公 印 省 略)

日本医療機能評価機構及び医薬品医療機器総合機構、日本医療安全調査機構が  
作成・公開している各種医療安全情報の送付について

日本医療機能評価機構・医療事故情報収集等事業については第40回報告書を平成27年4月20日付け福島医発第241号(地)「医療事故情報収集等事業第40回報告書の公表について」でお知らせしております。

同機構ではこれらの統計に基づき、警鐘事例をカラーで分かり易く解説した「医療事故情報収集等事業医療安全情報」を作成・公表しています。

また、医薬品医療機器総合機構(PMDA)及び日本医療安全調査機構でもそれぞれ「PMDA医療安全情報」、「警鐘事例」を作成・公表しています。

つきましては別添の通り、平成26年8月22日付け「日本医療機能評価機構及び医薬品医療機器総合機構が作成・公開している各種医療安全情報の送付について」以降に公表された「医療事故情報収集等事業医療安全情報」(No.93~101)及び「PMDA医療安全情報」(No.45)、「警鐘事例」(No.6)をお送りいたしますので、貴会会員に周知いただき、医療安全の向上に役立てていただきますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、下記の同機構ホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

記

- ・ 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 URL  
<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
- ・ 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報 URL  
<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0001.html>
- ・ 日本医療安全調査機構 警鐘事例 URL  
[http://www.medsafe.jp/activ\\_alarm.html](http://www.medsafe.jp/activ_alarm.html)

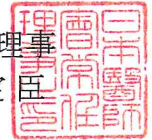
(参考) 日本医師会ホームページ内「薬務対策について」(上記の3つのリンクも掲載されております。)

<http://www.med.or.jp/doctor/report/002058.html#b01>

(法安 17)  
平成 27 年 4 月 16 日

都道府県医師会  
医療安全担当理事殿

日本医師会常任理事  
今村 定臣



日本医療機能評価機構及び医薬品医療機器総合機構、日本医療安全調査機構が  
作成・公開している各種医療安全情報の送付について

日本医療機能評価機構・医療事故情報収集等事業については第 40 回報告書を  
平成 27 年 4 月 9 日付け日医発第 41 号 (法安 13)「医療事故情報収集等事業第 40  
回報告書の送付について」により本会会長から貴会会長宛お送りしたところです。

同機構ではこれらの統計に基づき、警鐘事例をカラーで分かり易く解説した「医  
療事故情報収集等事業医療安全情報」を作成・公表しています。

また、医薬品医療機器総合機構 (PMDA) 及び日本医療安全調査機構でもそれ  
ぞれ「PMDA 医療安全情報」、「警鐘事例」を作成・公表しています。

つきましては別添の通り、平成 26 年 8 月 1 日付け (法安 60)「日本医療機能  
評価機構及び医薬品医療機器総合機構、日本医療安全調査機構が作成・公開して  
いる各種医療安全情報の送付について」以降に公表された「医療事故情報収集等  
事業医療安全情報」(No.93~101) 及び「PMDA 医療安全情報」(No.45)、「警鐘  
事例」(No.6) を 1 部ずつお送りいたします。なお、別添の資料は下記ホームペ  
ージに掲載していますので、貴管下会員へのご周知方宜しくお願い申し上げます。

#### 記

- ・ 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報の URL  
<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
- ・ 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報の URL  
<http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medical-safety-info/0001.html>
- ・ 日本医療安全調査機構 警鐘事例の URL  
[http://www.medsafe.jp/activ\\_alarm.html](http://www.medsafe.jp/activ_alarm.html)

(参考) 日本医師会ホームページ内「薬務対策について」(上記の 3 つのリンクも  
掲載しております。)

<http://www.med.or.jp/doctor/report/002058.html#b01>



各医師会通知



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

No.93 2014年8月

## 腫瘍用薬のレジメンの 登録間違い

腫瘍用薬のレジメンの登録を行った際、内容を間違えて登録し、患者に投与された事例が4件報告されています（集計期間：2011年1月1日～2014年6月30日）。この情報は、第25回報告書「個別のテーマの検討状況」（P93）で取り上げた内容を元に作成しました。

**腫瘍用薬のレジメンの登録を行った際、内容を間違えて登録し、患者に投与された事例が報告されています。**

| 疾患名          | 登録した<br>薬剤          | 間違えて登録した内容 |                                                   | 予定した<br>登録内容                               |
|--------------|---------------------|------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 小細胞肺がん       | カンプト<br>点滴静注        | 投与量        | 100mg/m <sup>2</sup>                              | 50mg/m <sup>2</sup>                        |
| 侵入奇胎         | 注射用<br>メソトレキ<br>セート | 単位         | /m <sup>2</sup>                                   | /body                                      |
| 前立腺がん        | 注射用<br>エンドキサン       | 用法         | 1000mg/m <sup>2</sup> /回<br>を週1回を3週間<br>投与、4週目は休薬 | 1000mg/m <sup>2</sup> /回<br>を3週間毎に1回<br>投与 |
| 急性骨髄性<br>白血病 | (詳細不明)              | 投与<br>日数   | 6日間                                               | 5日間                                        |

## 腫瘍用薬のレジメンの登録間違い

## 事例 1

電子カルテ移行に伴う新システム導入の際、以前実施されていた肺がん抗がん剤の全レジメンを薬剤部で入力を行い、診療科が内容を確認する作業を行った。「小細胞肺癌におけるCBDCA(パラプラチン注射液)+CPT-11(カンプト点滴静注)併用療法」の登録の際、カンプト点滴静注の投与量が $50\text{mg}/\text{m}^2$ のところ、 $100\text{mg}/\text{m}^2$ になっていることに気付かず登録した。その後、登録されていた「CBDCA+CPT-11の併用療法」のレジメンで処方したため、患者に予定量の2倍のカンプト点滴静注を8日間投与した。次のコースについて検討するにあたり再度投与量を確認したところ、カンプト点滴静注が過量に投与されたことに気付いた。

## 事例 2

医師は「絨毛性疾患に対するメソトレキサート療法」を申請した際、単位の「/body」を記入しなかった。化学療法委員会では新規レジメンを検討する際に、単位の未記入を確認しないまま承認した。薬剤師は、新規レジメンを登録する際にレジメンに「/body」の記載がなかったが、添付文書の確認や申請した医師への問い合わせを行わず、「/m<sup>2</sup>」と登録した。その後、登録されていた「絨毛性疾患に対するメソトレキサート療法」のレジメンで処方したため、「/m<sup>2</sup>」で計算が行われ、患者に予定量の1.5倍の注射用メソトレキサート $45\text{mg}/\text{日}$ を5日間投与した。投与後、口内炎、骨髄抑制、発熱性好中球減少症、脱毛などの副作用が強く原因を調べたところ、登録されたレジメンに間違いがあったことに気付いた。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・レジメン管理を担当する医師または薬剤師は、新規登録するレジメンの申請書に添付されている文献等に記載された内容と照合してから登録する。
- ・登録したレジメンの内容を、申請した医師とレジメン管理担当薬剤師で確認したうえで、運用を開始する。

## 総合評価部会の意見

- ・腫瘍用薬のレジメンの登録間違いは、患者に重大な影響を与える可能性があります。
- ・レジメンの作成時や登録時には、チェックリスト等を使用し、記入漏れや間違いがないことを確認しましょう。
- ・最終登録をする直前には、6R※を参考に、登録内容が正しいことを再度確認しましょう。

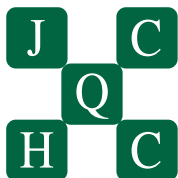
※正しい患者(Right patient)、正しい薬剤(Right drug)、正しい目的(Right Purpose)、正しい用量(Right dose)、正しい用法(Right route)、正しい時間(Right time)です。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

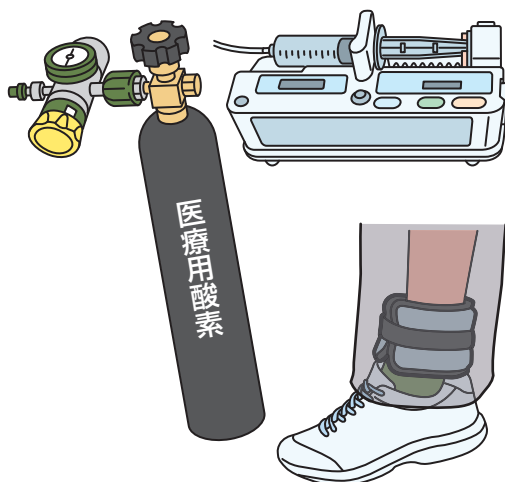
No.94 2014年9月

## MRI検査室への磁性体 (金属製品など)の持ち込み (第2報)

医療安全情報No.10(2007年9月)「MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み」で、2年半の間に2件の事例が報告されていることを情報提供いたしました。その後、7年間で類似の事例が20件報告されていますので、再度、情報提供いたします。(集計期間:2007年4月1日～2014年7月31日)。この情報は、第33回報告書「再発・類似事例の発生状況」(P157)で取り上げた内容を元に作成しました。

**MRI検査室に、磁性体(金属製品など)を持ち込んだ事例が再び報告されています。その多くは、医療関係者が持ち込んだ事例です。**

| 持ち込んだ人 | 件数  |
|--------|-----|
| 医療関係者  | 16件 |
| 患者     | 4件  |



### <医療関係者が持ち込んだ磁性体>

|                  |    |
|------------------|----|
| 酸素ボンベ            | 5件 |
| 輸液ポンプまたはシリンジポンプ  | 2件 |
| アングルウェイト         | 2件 |
| ストレッチャーと酸素ボンベ架台  | 1件 |
| 新生児用ベッド          | 1件 |
| 点滴スタンド           | 1件 |
| モニタ              | 1件 |
| 体内留置排液用のドレナージバッグ | 1件 |
| 髪留め              | 1件 |
| 清掃器材             | 1件 |

いずれもガントリに吸着しています。

◆患者が持ち込んだ4件の事例で持ち込まれた磁性体は、磁性アタッチメント構造の義歯、耳孔内に入れたボタン型電池、携帯電話、補聴器です。

## MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(第2報)

## 事例 1

医師は日常的にトレーニング用のアンクルウェイト(1.3kg 鉄粉)を装着し、業務を行っていた。MRI検査のため、患者に付き添いMRI検査室に入室する際、アンクルウェイトを外さなかった。検査終了時、医師は患者対応のためMRI装置のガントリの近くに立ったところ、右足のアンクルウェイトがガントリ本体に吸着した。

## 事例 2

シリンジポンプで患者に投与していたヘパリンを、MRI検査中も継続投与するよう医師より指示があった。看護師は、MRI検査室へ医療機器の持ち込みが禁忌であることは知っていたが、ガントリに近づけなければ大丈夫だと思った。看護師は延長チューブで点滴ルートを長くしたうえで、シリンジポンプを点滴台から外し、患者を車椅子でMRI検査室に移送した。MRI検査室内に入室したところ、シリンジポンプが一気にガントリに吸着し、破損した。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・診療放射線技師が磁性体の持ち込みがないことを確認したのち、患者または医療関係者はMRI検査室へ入室する。
- ・MRI検査室に磁性体を持ち込まない工夫をする。
  - 磁性体の確認や移乗のための前室(スペース)の確保
  - 金属探知機(柵型、携帯型)の導入
  - MRI対応型の備品(酸素ボンベ、ストレッチャー等)の使用

## 総合評価部会の意見

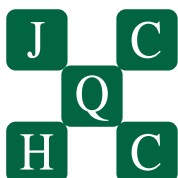
- ・MRI検査室の入室直前に、磁性体の持ち込みがないことを確認する仕組みを作りましょう。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.med-safe.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療  
安全情報

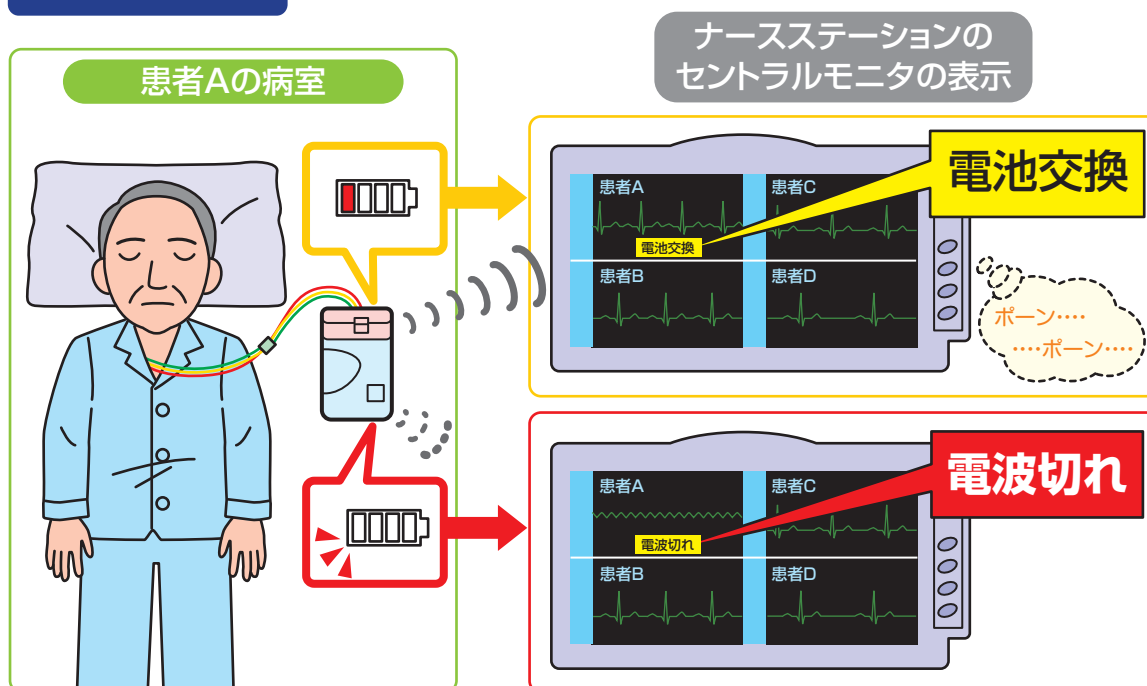
No.95 2014年10月

# セントラルモニタの 送信機の電池切れ

セントラルモニタの送信機の電池が切れていたため、生体情報がセントラルモニタに送信されず、患者の状態の変化に気付かなかった事例が4件報告されています（集計期間：2011年1月1日～2014年8月31日）。この情報は、第38回報告書「個別のテーマの検討状況」（P159）で取り上げた内容を元に作成しました。

**セントラルモニタの送信機の電池が切れていたため、生体情報がセントラルモニタに送信されず、患者の状態の変化に気付かなかった事例が報告されています。**

## 事例1のイメージ



## 〔セントラルモニタの送信機の電池切れ〕

## 事例 1

朝、看護師は患者の血糖測定を実施し、会話を交わした。その際、心電図の送信機の電池表示は確認しなかった。1時間後に訪室した際に、顔色不良、口角から唾液様の流出液を認め、血圧測定不能であった。セントラルモニタの履歴を確認したところ、訪室する50分前より電波切れであったことが分かった。送信機の電池残量が少なくなると、セントラルモニタ画面に『電池交換』と表示され、アラーム音が「ポーン…」と鳴る。さらに電池切れになると、セントラルモニタ画面に『電波切れ』と表示され、送信機から生体情報が届かなくなる。モニタリングされていなかった間、夜勤看護師全員が他の患者のケアを行っており、電波切れに気付かなかった。

## 事例 2

夜間、看護師は患者に睡眠導入剤を投与後、呼吸抑制が生じるおそれがあったため、SpO<sub>2</sub>の値や呼吸状態に注意していた。しかし、送信機の電池の残量表示は確認していなかった。数時間後、看護師がセントラルモニタの画面で送信機の『電波切れ』の表示に気付く訪室したところ、患者の呼吸が停止していた。『電池交換』の表示がされる際、セントラルモニタから20秒に1回「ポーン…」というアラーム音が鳴るが気付かず、『電波切れ』の表示にも気付くのが遅れた。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

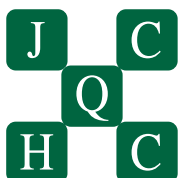
- ・送信機の電池残量やセントラルモニタ画面の表示を意識して確認し、電池残量が少ないことに気付いた場合は直ちに電池を交換する。
- ・継続して使用している送信機の電池は、曜日を決めて定期的に交換する。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.med-safe.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療  
安全情報

# インスリン注入器の 取り違い

No.96 2014年11月

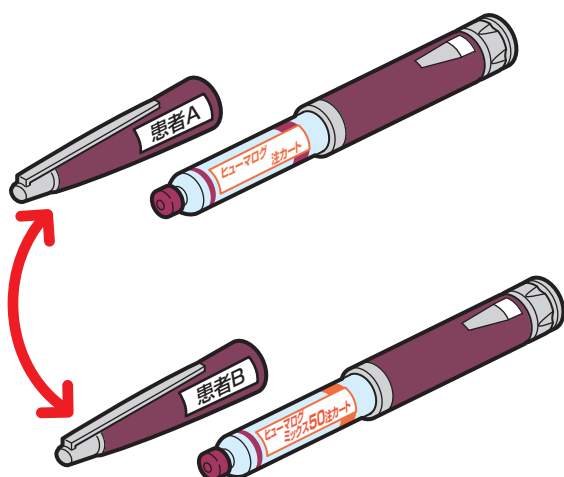
インスリン注入器を使用して患者にインスリンを投与する際、別の患者のインスリン注入器と取り違えた事例が2件報告されています(集計期間:2011年1月1日～2014年9月30日)この情報は、第20回報告書「個別のテーマの検討状況」(P83)で取り上げた内容を元に作成しました。

**インスリン注入器の患者名の記載が不十分、または氏名の記載がなかったため、別の患者の注入器と取り違えた事例が報告されています。**

| 事例 | インスリン注入器への氏名の記載場所 |                   | 背景                         | 取り違えの内容          |
|----|-------------------|-------------------|----------------------------|------------------|
|    | 患者A               | 患者B               |                            |                  |
| 1  | 記載あり／注入器のキャップのシール | 記載あり／注入器のキャップのシール | 患者Aと患者Bのキャップが入れ替わっていた      | 患者Aに患者Bのインスリンを投与 |
| 2  | 記載なし／伝票と一緒に保管     | 記載なし／薬袋に入れて保管     | 氏名の記載がない注入器が患者Aのものか確認しなかった |                  |

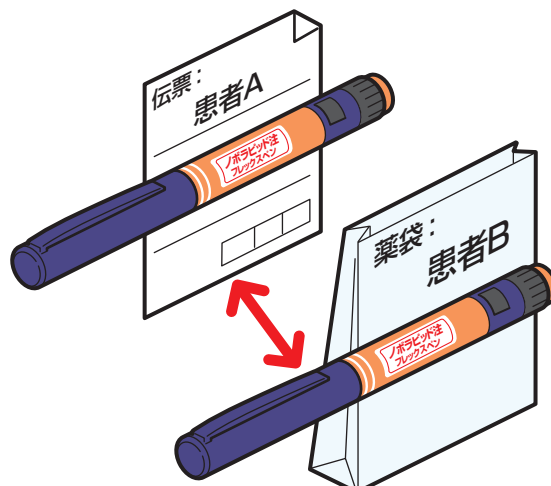
## 事例1のイメージ

注入器のキャップに氏名の記載あり



## 事例2のイメージ

注入器に氏名の記載なし



## 「インスリン注入器の取り違い」

## 事例 1

患者Aにヒューマログ注カート3単位を皮下注射する指示が出ていた。看護師Xは注射伝票で指示を確認後、インスリン注入器を確認したところ、患者Aの氏名が書かれたキャップの本体にヒューマログミックス50注カートのカートリッジが付いていた。指示とは違うインスリンであったため、指示受けをした看護師Yに「これで大丈夫?」とインスリン注入器を見せた。看護師Yはキャップに書かれた氏名を見て「大丈夫」と答え、看護師Xは患者Aにヒューマログミックス50注カートを実行注射した。複数の患者のインスリン注入器をまとめて保管していた際に、患者Aと患者Bのインスリン注入器のキャップが入れ替わっていた。

## 事例 2

夜、患者Aに翌朝からノボラピッド注フレックスペンを注射する指示があり、夜勤看護師Xは薬局より受領した。未使用の注入器は伝票と一緒に輪ゴムで止めて保管することになっており、氏名のシールを注入器に貼付せずそのまま保管した。患者Bのノボラピッド注フレックスペンは、インスリン注入器に患者名のシールを貼付せず、患者Bの薬袋に入れて保管していた。当日の朝、看護師Xは血糖値の測定後、患者氏名のないノボラピッド注フレックスペンを患者Aのものと思い込み、使用した。その後、日勤看護師Yが、患者Aのノボラピッド注フレックスペンが使用された形跡がないことに気づき、誤って患者Bの製剤を使用したことが分かった。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

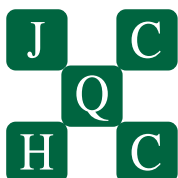
- ・キャップをはずしても患者名がわかるよう、インスリン注入器の本体に、患者の氏名を記載する。
- ・投与前に、患者氏名、患者のインスリン注入器、注射指示書を必ず確認する。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.med-safe.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

No.97 2014年12月

## 肺炎球菌ワクチンの 製剤の選択間違い

肺炎球菌ワクチンを接種する際、対象者の年齢が決められていることを知らず、製剤の選択を間違えて接種した事例が2件報告されています（集計期間：2011年1月1日～2014年10月31日）。この情報は、第23回報告書「個別のテーマの検討状況」（P106）で取り上げた内容を元に作成しました。

**肺炎球菌ワクチンは、製剤によって接種対象者の年齢が決められています。**

| 接種対象者の年齢  |                                            | 出生時 | 2ヶ月 | 2歳             | 6歳 | 65歳 |         |
|-----------|--------------------------------------------|-----|-----|----------------|----|-----|---------|
| 製剤名<br>※1 | プレベナー13<br>水性懸濁注<br>(沈降13価肺炎球菌<br>結合型ワクチン) |     |     | 2ヶ月齢以上<br>6歳未満 |    |     | 65歳以上※2 |
|           | ニューモ<br>ボックスNP<br>(肺炎球菌ワクチン)               |     |     | 2歳以上           |    |     |         |

※1 PMDA「医療用医薬品の添付文書情報」より（平成26年11月17日現在）

※2 平成26年6月20日に65歳以上に接種適応を拡大した。

◆ニューモボックスNPの添付文書の『接種不相当者』に「2歳未満の者では、含有される莢膜型抗原の一部に対して十分応答しないことが知られており、また本剤の安全性も確立していないので投与しないこと。」と記載されています。

◆報告された事例2件は、2歳未満の小児にニューモボックスNPを接種した事例です。

## 肺炎球菌ワクチンの製剤の選択間違い

## 事例 1

0歳2ヶ月の患児の母親から、ヒブワクチン、肺炎球菌ワクチンを同時接種希望の予約が入った。予約を受けた外来看護師は、肺炎球菌ワクチンに接種対象年齢によって種類があることを知らず、患者の年齢を記載した予約票に「ヒブワクチン、肺炎球菌ワクチン」と記載し、薬剤科にワクチンを申し込んだ。担当薬剤師も肺炎球菌ワクチンに製剤ごとに接種年齢の区別があることを知らず、業者に「肺炎球菌ワクチン」と発注した。接種当日、外来看護師は、薬剤科からヒブワクチンと肺炎球菌ワクチンを受け取り、医師の診察後に接種した。約1ヵ月後、患児の母子手帳にニューモバックスNPのロット番号が貼られていると他院より連絡があった。カルテを確認したところ、プレベナーを接種すべきところ、ニューモバックスNPを接種していたことが分かった。

## 事例 2

医師は、自治体からの予防接種事業で肺炎球菌ワクチンの接種を行う際、2歳未満の小児にはプレベナーを接種するという認識がないまま、肺炎球菌ワクチンの払い出しを依頼した。薬剤師は接種対象者の年齢を確認しないまま、ニューモバックスNPを払い出した。医師は0歳6ヶ月、0歳7ヶ月、0歳10ヶ月、1歳5ヶ月の計4名の児にニューモバックスNPを接種し、ワクチン製剤の費用の請求書を自治体に提出した。その後、自治体から2歳未満の小児にニューモバックスNPを接種していると連絡があった。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

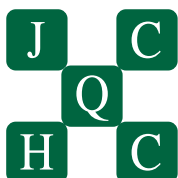
- ・院内で実施している予防接種の種類、製剤の販売名、対象年齢の一覧表を掲示する。
- ・医師は対象者毎に肺炎球菌ワクチンの処方オーダーを行い、薬剤師は鑑査を行ってから払い出す。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.med-safe.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

No.98 2015年1月

## カリウム製剤の 投与方法間違い

急速静注が禁止されているカリウム製剤を、静脈ラインから急速静注した事例が5件報告されています(集計期間:2011年1月1日～2014年11月30日)。この情報は、第19回報告書「個別のテーマの検討状況」(P71)で取り上げた内容を元に作成しました。

**カリウム製剤の急速静注は禁止です。**

| 投与した<br>カリウム製剤               | 1アンプル<br>中の量  | 準備した量                           | 予定した<br>投与方法              | 間違えた<br>投与方法                                                                                  | 件数 |
|------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| K.C.L.点滴液15%<br>(40mEq／20mL) | 20mL          | 生理食塩液<br>(20mL)<br>で希釈<br>計40mL | シリンジポンプ<br>を用いて<br>微量持続注入 | <br>急速静注 | 1  |
| K C L 補正液<br>1mEq／mL         | 20mL          | 5mL                             |                           |                                                                                               | 1  |
| K C L 注<br>20mEqキット※         | 1キット中<br>20mL | 10mL                            | 点滴内に混注                    |                                                                                               | 1  |
| アスパラカリウム注<br>10mEq           | 10mL          | 20mL                            |                           |                                                                                               | 2  |

※プレフィルドシリンジ型製剤から注射器に吸い取り、急速静注した事例です。

◆カリウム製剤の添付文書には、「カリウム製剤を急速静注すると、不整脈、場合によっては心停止を起こすので、点滴静脈内注射のみに使用すること。」と記載されています。

## [カリウム製剤の投与方法間違い]

## 事例 1

医師はシリンジポンプで5mL/hで持続投与を意図し、「CV内頸 側管1 K.C.L.点滴液15% (40mEq/20mL)+生理食塩液(20mL)1日3回」と指示したが、投与速度、投与方法の指示はしていなかった。看護師はアンプルに記載してある『点滴専用 薄めて点滴』という表示を見て、指示内容を確認するため手術室に電話した。手術室看護師に「オーダ通りに投与していいか」と手術中の医師に聞いてもらったところ、医師はシリンジポンプを使用すると思っていたため、「いいです」と返答があった。看護師は指示通りに調製し、モニタを見ながら中心静脈ラインの側管からカリウム製剤の調製液を注入した。残量が6mLのところSpO<sub>2</sub>低下のアラームが鳴ったため、注入を中止した。

## 事例 2

上級医は「患者の補液(ソルデム3A)に、KCL10mL追加」と口頭で指示した。看護師は、KCL注20mEqキット(プレフィルドシリンジ型製剤)に専用針を付けず、注射器に10mL吸い取って研修医に渡した。研修医は、カリウム製剤の投与は初めてであったため不安になり、上級医に「静注でいいですか」と確認したところ、「やっておいて」と回答があった。研修医は、静脈ラインの側管に注射器を接続し、KCL注10mLの注入を開始した。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

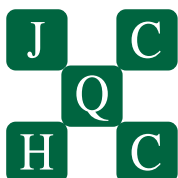
- ・投与指示(投与量、投与方法、投与速度)のルールを守る。
- ・薬剤マスタのカリウム製剤名に「点滴専用」や「要希釈」などと記載する、カリウム製剤の払い出し時に製剤と一緒に「急速静注禁止」の紙を入れる、など注意喚起を行う。
- ・プレフィルドシリンジ型製剤の剤形の目的を理解し、使用時は注射器に吸い取らない。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.med-safe.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

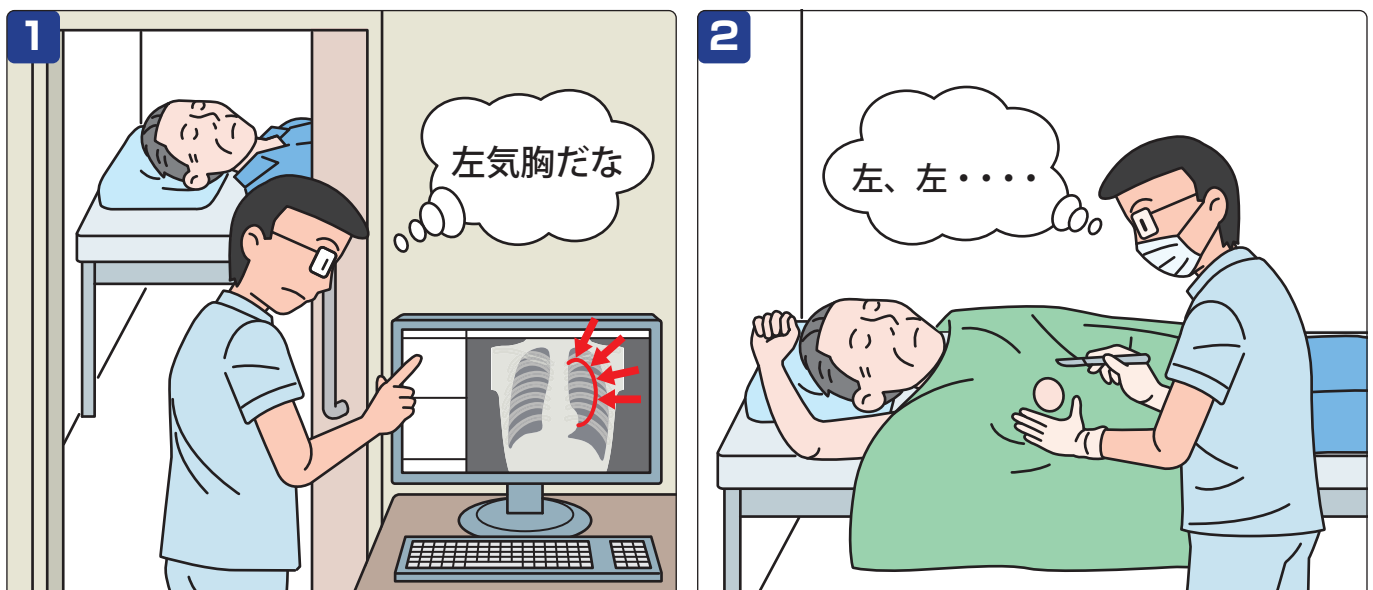
No.99 2015年2月

## 胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い

胸腔ドレーンの挿入または胸腔穿刺の際、患者の体位や身体のを誤り、左右を取り違えた事例が8件報告されています(集計期間:2011年1月1日～2014年12月31日)。この情報は、第34回報告書「個別のテーマの検討状況」(P174)で取り上げた内容を基に作成しました。

**胸腔ドレーンの挿入または胸腔穿刺の際、左右を取り違えた事例が報告されています。全て、処置直前に部位の確認を行わなかった事例です。**

### 事例1のイメージ



◆報告された事例8件は、胸腔ドレーンを挿入した事例が7件、胸腔穿刺をした事例が1件です。

## 胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い

## 事例 1

左気胸の患者に胸腔ドレーンを挿入することになった。普段、患者は座位で待っており、処置直前に体位を整えるが、今回は医師が診察室に入室すると、すでに患者は右側から処置をする向きでベッドに仰臥位になっていた。医師はその向きが正しいと思い込み、右胸部にマーキングし、ドレーンを挿入した。その後、ドレーンのエアリークがないことに気づき、誤って右側に挿入したことが分かった。

## 事例 2

外来診察医師Aと病棟担当医師Bは、左気胸の診断にて入院した患者の画像でドレーン挿入予定位置を確認した。2時間後、処置室が使えなかったため病室で行うことにした。処置を行いやすくするため、患者の頭側と足側を反対にした。その際、医師は左右を勘違いし、左側臥位にして右第2肋間にマーキングをし、ドレーンを挿入した。ドレーン先端位置確認のため胸部X線を撮影したところ、誤って右側に挿入したことが分かった。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

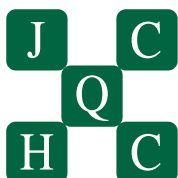
- ・画像や同意書などに基づいて、医師と介助につく看護師で患者名・穿刺の位置・処置時の体位を確認する。
- ・処置直前に画像を見て、穿刺予定位置と照合する。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.med-safe.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構



No.100 2015年3月

# 2014年に提供した 医療安全情報

2014年1月～12月に医療安全情報No.86～No.97を毎月1回提供いたしました。  
今一度ご確認ください。

| 番号    | タイトル                           |
|-------|--------------------------------|
| No.86 | ★禁忌薬剤の投与                       |
| No.87 | ★足浴やシャワー浴時の熱傷                  |
| No.88 | 2013年に提供した医療安全情報               |
| No.89 | シリンジポンプの取り違い                   |
| No.90 | ★はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断        |
| No.91 | 2006年から2012年に提供した医療安全情報        |
| No.92 | 人工呼吸器の配管の接続忘れ                  |
| No.93 | 腫瘍用薬のレジメンの登録間違い                |
| No.94 | ★MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(第2報) |
| No.95 | セントラルモニタの送信機の電池切れ              |
| No.96 | インスリン注入器の取り違い                  |
| No.97 | 肺炎球菌ワクチンの製剤の選択間違い              |

★のタイトルについては、提供後、2014年12月31日までに類似事例が発生しています。





公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

No.101 2015年4月

## 薬剤の投与経路間違い

添付文書上に記載された用法とは違う経路で薬剤を投与した事例が4件報告されています。(集計期間:2010年1月1日～2015年2月28日)。この情報は、第14回報告書「個別のテーマの検討状況」(P67)で取り上げた内容を基に作成しました。

**正しい用法の指示があったにもかかわらず、  
薬剤の投与経路を間違えた事例が報告されています。**

| 製剤名              | 添付文書上の用法                       | 実施した投与方法 | 背景                                            |
|------------------|--------------------------------|----------|-----------------------------------------------|
| リスパダール<br>内用液    | 経口投与                           | 皮下注射     | 注射器に準備した                                      |
| ケイツー<br>シロップ     | 経口投与                           | 静脈注射     | 注射器に準備した                                      |
| メプチン<br>吸入液ユニット  | 吸入                             | 点眼       | 容器の形から、<br>点眼薬だと思った                           |
| トロンビン液<br>ソフトボトル | 局所に噴霧、<br>灌注、撒布<br>または<br>経口投与 | 静脈注射     | ボトルの「禁注射」<br>の記載を、注射器に<br>吸い取ることが「禁」<br>と解釈した |

◆本医療安全情報は、輸液などの接続する場所を間違えた医療安全情報No.14「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」、医療安全情報No.72「硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続」以外の事例が対象です。

## 薬剤の投与経路間違い

## 事例 1

リスパダール内用液0.5mLは、皮下注射時に使用する注射器に吸い取られ、針が付いた状態で内服薬用の薬杯の中に準備されていた。看護師は指示を確認しないまま、リスパダール内用液を皮下注射した。翌日の勤務者がリスパダール内用液を患者に内服させた際、患者より「昨日は注射をしてもらった」と発言があった。前日の勤務者に確認したところ、リスパダール内用液を皮下注射したことが分かった。

## 事例 2

内視鏡的処置後の患者に、トロンビン液5000単位 1日3回を経口投与の指示が出ていた。看護師は、冷所保存されていたトロンビン液ソフトボトルを内服用薬袋から取り出した。しかし、トロンビン液が経口薬であることを知らず、ボトルの「禁注射」の記載を見て、トロンビン液を注射器に吸い取って静脈注射することが「禁」だと解釈した。その後、指示などを確認しないままボトルを輸液ルートの側管に接続し、静脈注射した。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・液体の内服薬を準備する際は、カテーテルチップ型シリンジを使用する。
- ・薬剤の準備時・投与直前に6R※を確認する。

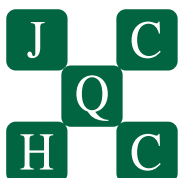
※正しい患者 (Right Patient)、正しい薬剤 (Right Drug)、正しい目的 (Right Purpose)、正しい用量 (Right Dose)、正しい用法 (Right Route)、正しい時間 (Right Time) です。

※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、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

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

<http://www.med-safe.jp/>

# PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構



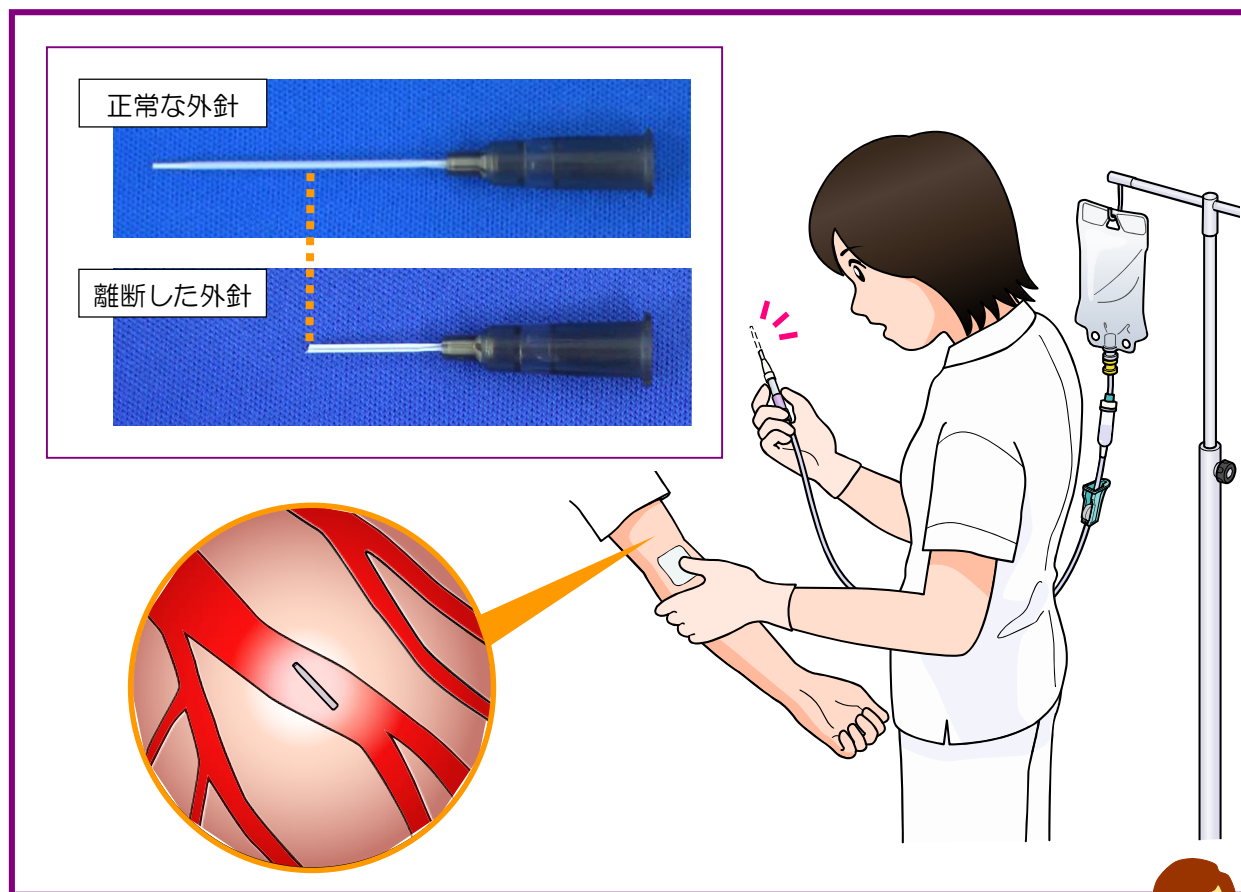
No.45 2014年 8月

## 静脈留置針操作時の注意について

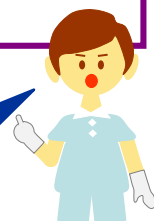
### POINT 安全使用のために注意するポイント

(事例) 静脈留置針を抜去する際、外針(プラスチック製)が離断し、離断片が血管内に遺残してしまった。

#### 1 静脈留置針の留置時の注意点

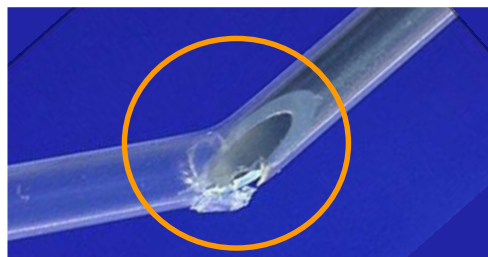
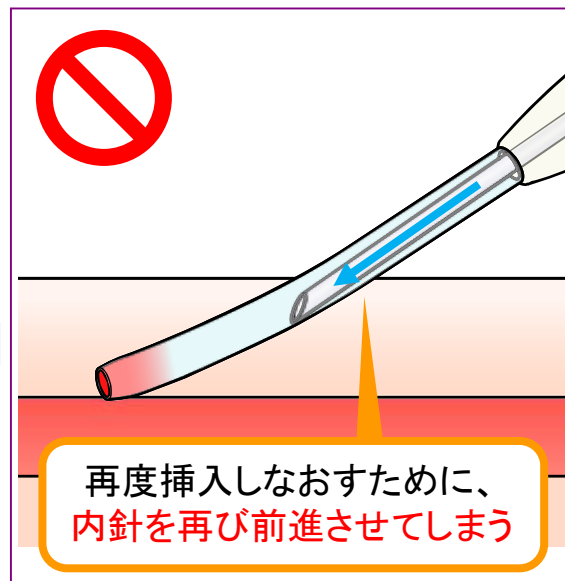
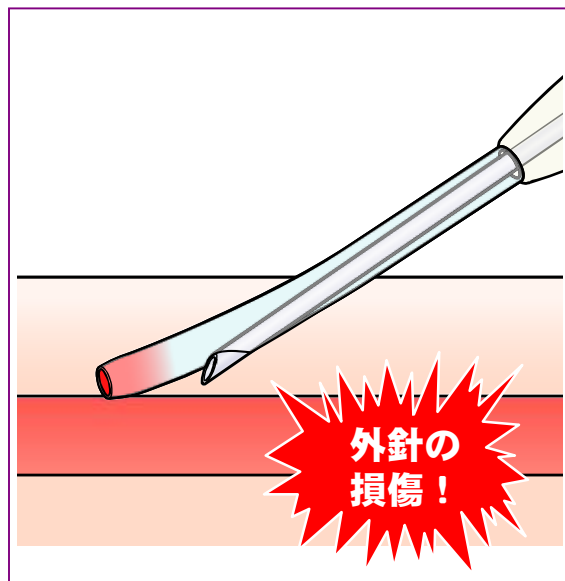
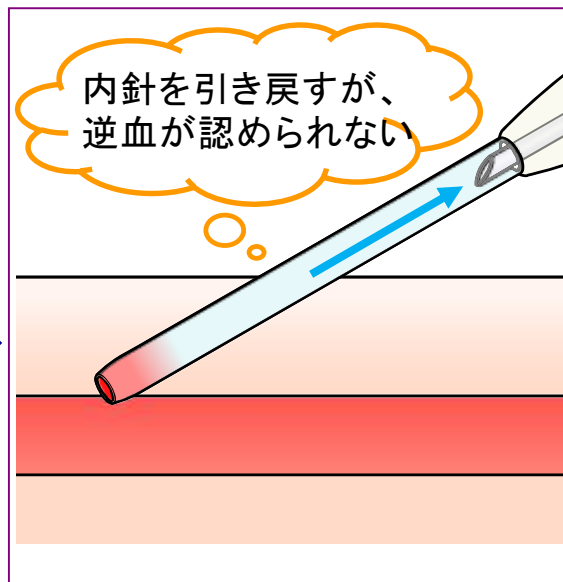
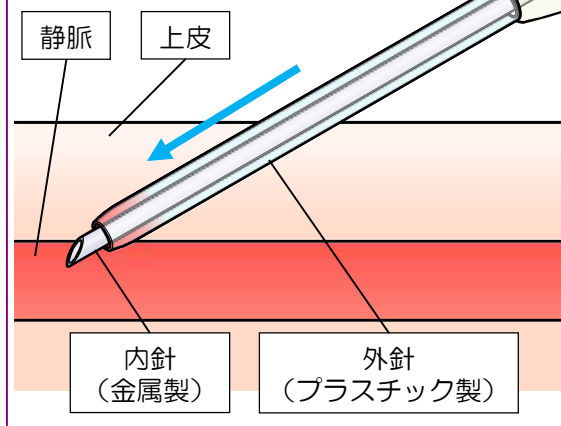


挿入の際に外針(プラスチック製)を損傷していると、**抜去時に離断**してしまう可能性があります。

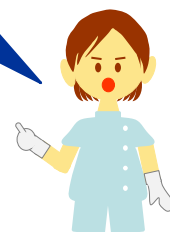


## 穿刺時の外針損傷のメカニズムの例

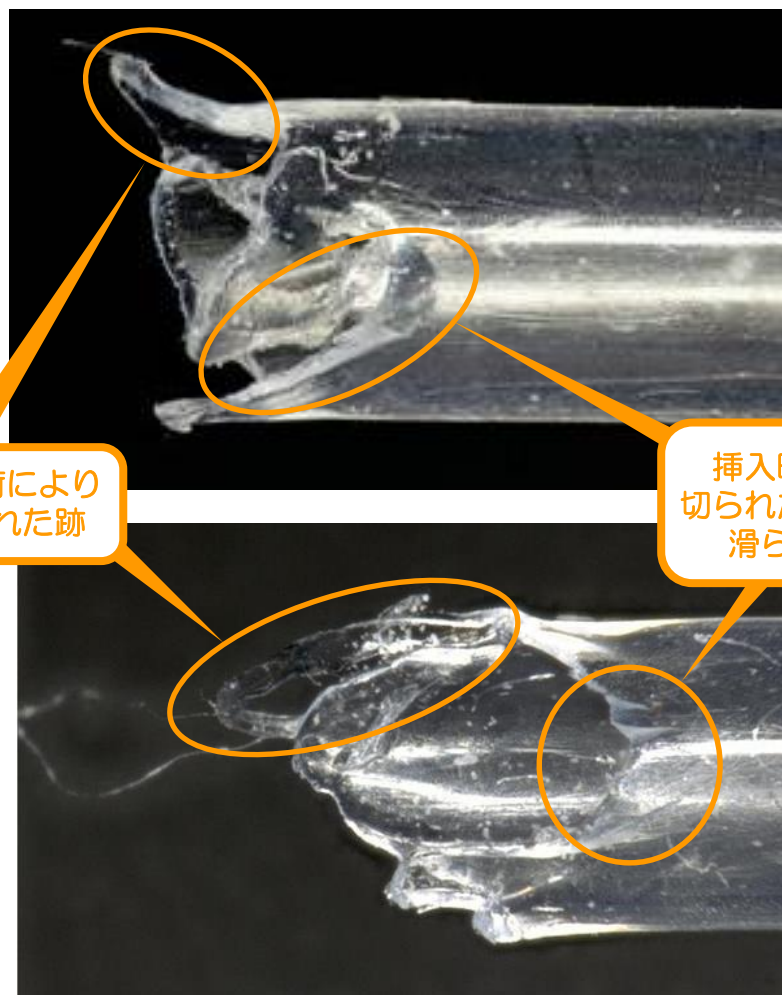
外針が血管内に適切に  
挿入されていない



穿刺操作の際、外針内で内針  
を前進させてしまうと、内針  
の針先で外針を損傷してしま  
うことがあります。一度内針  
を引き戻したら、再び前進さ  
せないよう注意しましょう。

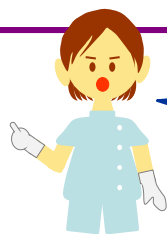


## 離断した静脈留置針



抜去時の負荷により  
引きちぎられた跡

挿入時に内針で  
切られたと思われる  
滑らかな傷跡



写真のように、内針の針先により損傷を受けた外針には、**滑らかな傷跡**があります。抜去時の負荷により損傷部を起点に外針が**裂け、離断**に至ります。

### 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薬事法に基づく副作用・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。



「症例報告」では、事例より得られた病態に関する知見を提供しています。

## 症例報告 No.2

# 腸管再建時における逆蠕動吻合のリスク

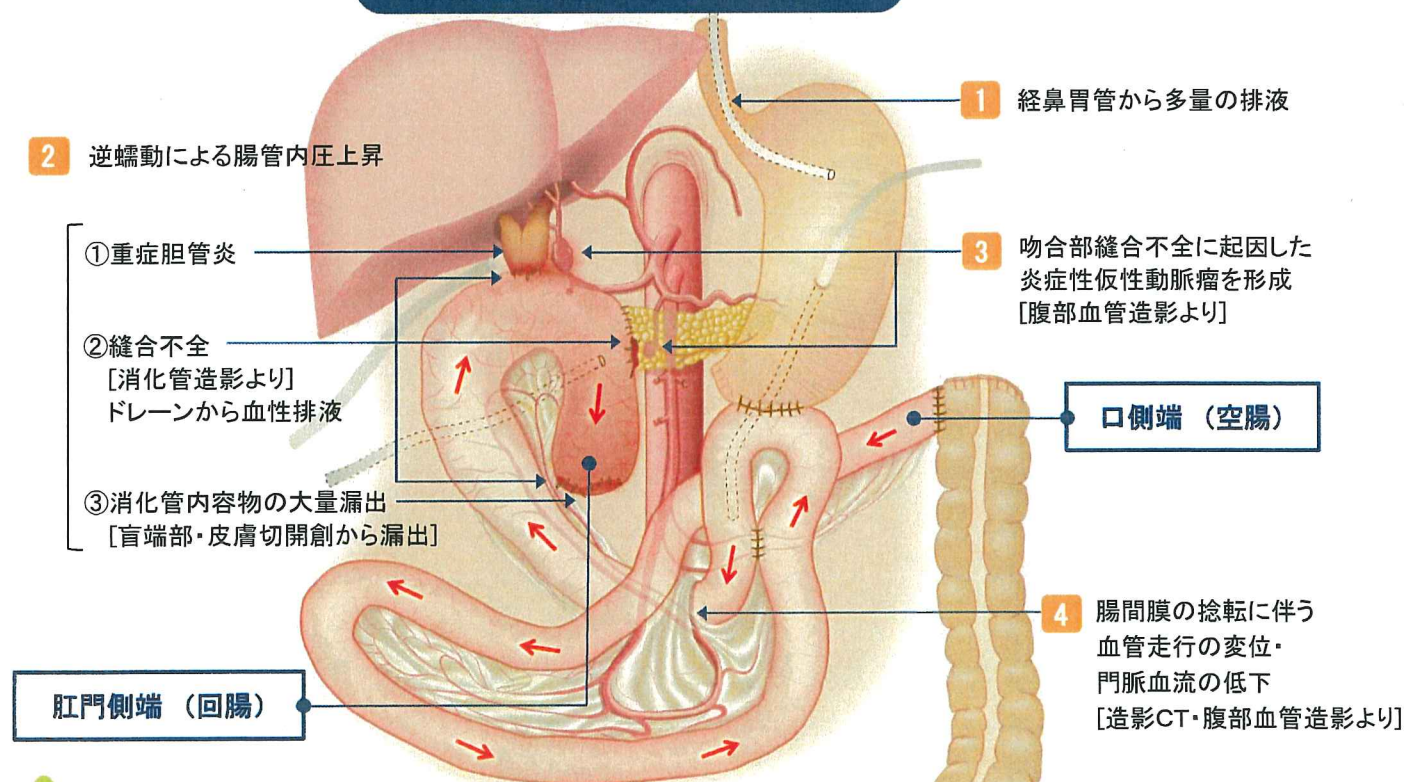
胆管癌患者に対し、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術、および結腸右半切除術を施行した際、消化管再建において、全小腸を逆蠕動方向に再建したことで、重篤な通過障害による種々の病態を来した事例が発生しました。

## 【事例の概要】

重症急性膵炎の既往がある胆管癌患者に対し、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術(Child 変法)、肝門部胆管切除術、結腸右半切除術、空腸瘻造設術を施行した。術後、高度の消化管通過障害を呈し、術後麻痺性イレウスと診断、手術より約2ヵ月半後に小腸剥離術および小腸部分切除術を施行した。しかし、消化管の蠕動機能は改善せず、初回手術より約3ヵ月後の腹部血管造影検査により、腸間膜動脈の走行の所見から、初回手術時の小腸の再建状態が逆蠕動であることが明らかになった。その後、重篤な全身状態の中で部分的な消化管再々建術を施行したが、逆蠕動の根本的な解決には至らず、初回手術から継続する深刻な消化吸收障害に加え、胆管癌の再発もあり肝不全により初回手術から約11ヵ月後に死亡した。

## 逆蠕動再建とその病態のイメージ

[ 矢印 : 蠕動の方向 ]



## 逆蠕動再建を回避するシステムの検討、および可及的早期発見

- 逆蠕動の再建を回避するためには、①断端側が明解となるようなマーキングをする、②切離後、断端側が明確であるうちに可及的早期に吻合にうつる、③術中に腸間膜の捻転状況から口側・肛門側を確認すること等が重要です。
- 逆蠕動の再建を早期に発見する手段としては、①手術ビデオの詳細な見直しを行う、②造影CT或いは血管造影により腸間膜の血管走行を確認する、③消化管造影により造影剤の動きに逆流がないか確認を行う等が有効です。

\*これは日本医療安全調査機構の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(厚生労働省補助事業)で検討した事例の中で、再発防止のため医療界への情報提供が特に必要と判断されたものです。これからの医療の質と安全性の向上のため、院内教育等でご活用ください。警鐘事例はホームページよりダウンロードできます。  
\*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・責任を課したりするものではありません。また、この内容は作成時におけるものであり、将来にわたり保証するものではありません。