

医療安全情報を集めて伝える

～慢性期病院での事例～

医療法人社団 協友会 横浜鶴見リハビリテーション病院
長尾 雄太



医療法人社団 協友会

横浜鶴見リハビリテーション病院

<https://yt-reha.jp>

回復期リハ病棟と医療療養病棟を持つリハビリテーション専門病院
上尾中央医科グループ28番目の施設として2019年6月に開設

◇病床数:228床

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 → 114床(38床×3病棟)

医療療養病棟入院基本料 1 → 114床(38床×3病棟)

👉 **医療安全対策加算 2、医療安全対策地域連携加算 2**

☆NGチューブが10cm抜けた状態で栄養剤を流した後に誤嚥性肺炎となった

◇◇ NGチューブに関わるアクシデント事例 ◇◇

当院で3月に発生した事例

気泡音を確認し、経管栄養を開始した。終了後に痰が多くなりSpO2が低下、発熱もみられた。その際、NGチューブが10cm抜けた状態で固定されているのに気付いた。その後、誤嚥性肺炎で治療開始となった。

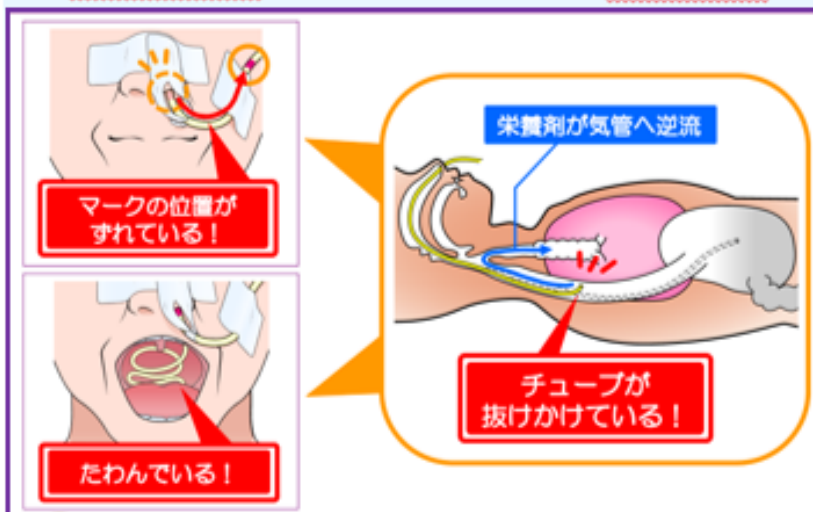
※NGチューブ挿入時、栄養剤注入前の注意点は、「PMDA 医療安全情報No.42 2014年2月」で配信されています



看護手順では
どうなっているか
参照

2 栄養剤注入前の注意点

- 栄養剤の注入前には、チューブの挿入長がずれていないかなどを必ず確認すること。



▶当院の「看護手順」では安全に経管栄養を行うために

- ① 固定の長さ
- ② 口腔内チューブがたわんでいない
- ③ 胃内容物の吸引

の3つを注入前に確認するとなっています。
今回の事例からもわかるように、気泡音の確認だけで注入するのはリスクが高いと言えます。

☆内服薬の患者間違いが続いた

2022年1月に日本医療安全調査機構から出された医療事故の再発防止に向けた提言・第15号「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」には、12例の内服薬の間違いに関連した死亡事例が掲載されています。

今回はその中から、抗がん剤や麻薬以外の薬剤に関連した死亡事例の一部を抜粋して紹介します。

事例3:70 歳代、糖尿病、腎機能障害、低アルブミン血症（在宅療養に向けて内服薬の自己管理中）

朝食前グリクラジド（糖尿病治療薬）、朝食後ネシーナを含む計 11 剤を服用中。夕食後に看護師が服薬確認をしたところ、朝食後（糖尿病治療薬を含む）と夕食後の薬を取り違えて、夕食後にもネシーナを服用していたことが判明した。

夕食後薬の服用から約 2 時間後に血糖測定を行い変化はみられなかったが、翌朝心肺停止の状態を発見。血糖値は 50 mg/dl 台だった。投与から約 12 時間後に死亡。



過去の医療事故の再発防止に向けた提言は日本医療安全調査機構のホームページ (<https://www.medsafe.or.jp/>) からダウンロードできます。また、今回の提言・第15号の概要については12分の解説動画も載っていますので、そちらも参考にしてください。

日本医療安全調査機構HP



提言・第15号



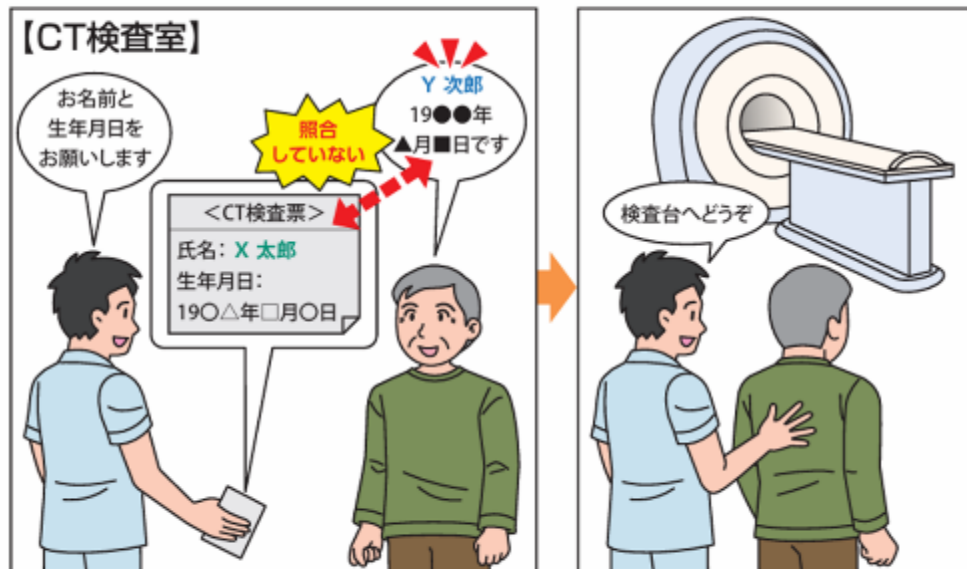
☆全職員向けの医療安全研修(テーマ:患者誤認)の中で紹介

必要なのは“〇〇と△△の照合”

検査や治療・処置の際、患者に氏名等と言ってもらったが、医療者が手元の情報と照合しなかったため、誤った患者に実施した事例が報告されています。

事例のイメージ

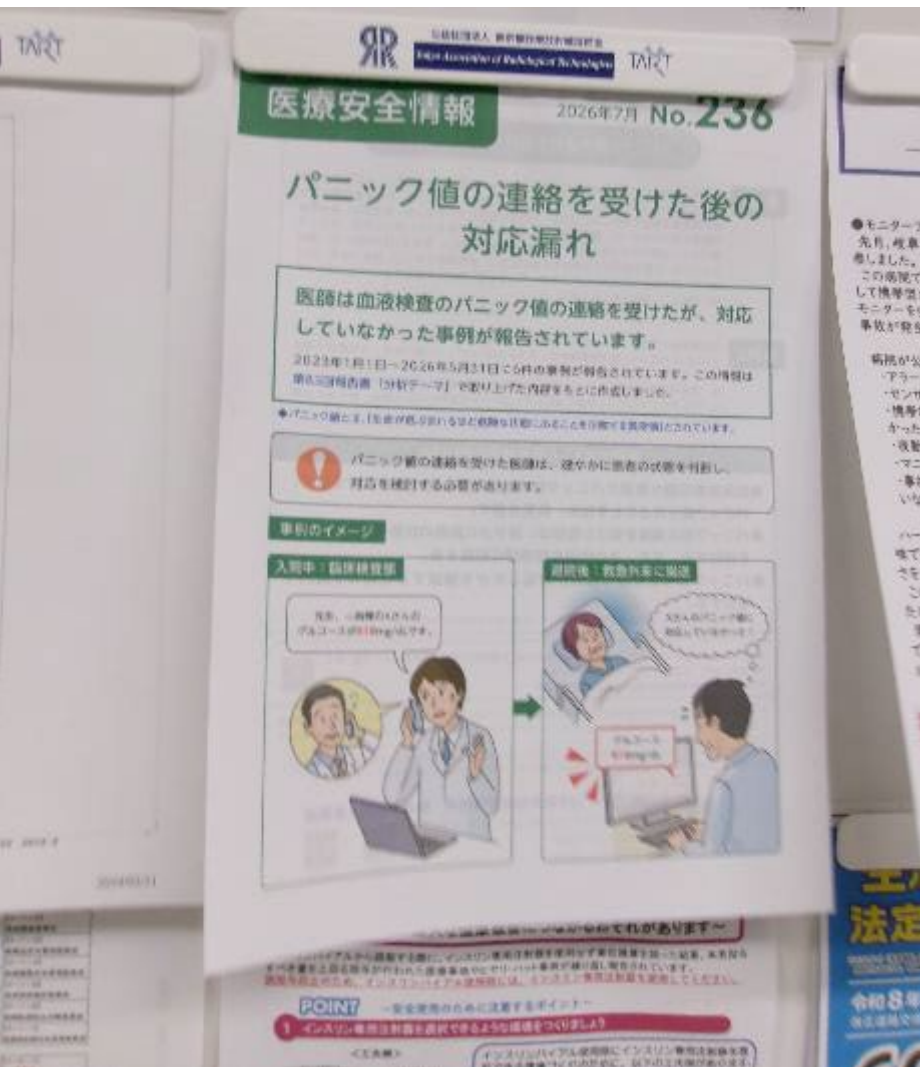
【CT検査室】



日本医療機能評価機構 医療安全情報 No.195(2023年2月)「照合の未実施による誤った患者への検査・処置」

一部抜粋

☆放射線科



☆薬剤科

PMDA医薬品医療機器情報配信サービス

→ブルーレター、DSUをタイムリーに把握

●モニター
先日、夜勤
中に、この
患者さん
のモニター
が故障し
て、事故が
発生した。

●モニター
先日、夜勤
中に、この
患者さん
のモニター
が故障し
て、事故が
発生した。

●モニター
先日、夜勤
中に、この
患者さん
のモニター
が故障し
て、事故が
発生した。

●モニター
先日、夜勤
中に、この
患者さん
のモニター
が故障し
て、事故が
発生した。

●モニター
先日、夜勤
中に、この
患者さん
のモニター
が故障し
て、事故が
発生した。

●モニター
先日、夜勤
中に、この
患者さん
のモニター
が故障し
て、事故が
発生した。

☆ニュースになった事例の紹介、ブルーレターの発出後

①他施設の事例より～**岐阜大学医学部附属**病院で発生したアラーム対応の不備
誤嚥防止手術を受けた意識障害のある患者。退院予定日の4日前。ナースステーションでアラームが鳴ったものの、看護師は音を消しただけで病室訪問などの対応を取らず、患者は約1時間後に心肺停止状態で発見され、その後死亡した。

安全管理
委員会

3.5/21発出のブルーレターについて(医薬品安全管理委員会より)

5/21 **オプネオ**カプセル10mgによる重篤な肝機能障害について安全性速報が出たため、幹部会に続き共有した。

安全管理
委員会

②他施設の事例紹介～患者間違い？

17歳男子。野球部の練習中に別の生徒とぶつかって転倒、頭部を打撲した。病院を受診し、頭部CT検査を受けて異常なしということで帰宅した。夜になって急変し救急搬送、急性硬膜外血腫で手術を受けたが6日後に死亡した。

リスクマネジメント
委員会

現場レベルで医療安全情報を活かす

「最近、〇〇の医療安全情報が出てたじゃん。あれ、やっぱりよくあるんだね」

「うん。見た。ウチでも起きるんじゃない？手順見直したほうが良くない？」

「修正して医療安全に持って行く？」

自分たちにはない業務で、かつ他部署で発生したものは他人事になりがち。
でも、個別の事象の背後にある構造(メカニズム)には共通点があるのでは？

