

## 【6】共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者違い」(第16回報告書)について

### (1) 発生状況

第16回報告書分析対象期間(平成20年10月～12月)において、セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例が1件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げ、更に、前回報告書(第19回報告書)においても、報告書分析対象期間に該当事例が報告されたことを受け、再発・類似事例の発生状況(第19回報告書p193～194)で取りまとめた。本報告書分析対象期間(平成21年10月～12月)においても類似の事例が1件報告されたため、前回に引き続き、今回の報告書でも取り上げる。

これまで類似の事例は、平成18年に1件、平成20年に1件、平成21年に2件報告された。このうち、本報告書分析対象期間(平成21年10月～12月)に報告された事例は1件であった(図表Ⅲ-3-8)。

図表Ⅲ-3-8 「セントラルモニター受診患者間違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	1	0	0	0	1
平成19年	0	0	0	0	0
平成20年	0	0	0	1	1
平成21年	0	0	1	1	2

### (2) 事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

#### 事例1

患者Aと患者Bは同じモニターを使用して心電図をモニタリングしていた。患者Aはモニター上心拍数が140～160台であったが、自覚症状はなかった。1時間半後、モニター上頻脈が続き、医師の指示によりジゴシン1A投与後、ワソラン1A+生食50mLを投与した。患者Aに自覚症状はなく、血圧104/50心拍数80、モニター上心拍数150以上が継続していた。医師はレントゲンにより3日前から心不全所見を確認した。その4時間後、モニター上心拍数150以上が継続したためワソラン1A+生食50mLを投与した。その後、看護師は患者Aと患者Bの波形が連動しており、電極外れのタイミングも同じであることに気付いた。確認すると、患者Aとして表示されている画面のチャンネル番号が患者Bのチャンネル番号と同じであり、患者Aとして表示されていた心電図は患者Bの波形であった。使用していたモニターは1つのチャンネル番号が複数設定できるようになっていた。

### (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ①患者がモニター上不整脈となった場合、12誘導、検脈を実施し、治療を要する不整脈かを判断する。
- ②1患者1チャンネルの設定に変更する。
- ③業者による正しい操作方法の学習会を開催する。

### (4) まとめ

前回報告書(第19回報告書)では、事例が発生した医療機関の改善策として以下を掲載した。

- ①心電図モニターを装着するときは、送信機とセントラルモニターのチャンネル番号が一致していることを2名で確認する。
- ②セントラルモニターに登録する送信機のチャンネル番号を固定する。
- ③機器類の管理は、当該病棟を最初に順次、中央管理とし、チャンネル管理者を配置する。
- ④病棟内の電波の受信状況を調査した。
- ⑤心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。

前回の報告書と重複するが、セントラルモニターの使用においては、当該事例のように設定時に間違いが発生した場合、その間違いを発見する機会が少ない。そのため、正しく設定する方法や手順を確立することが必要であり、今回報告された医療機関においてもそのための取り組みを行っている。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

