

【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」として取り上げた。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1月～9月までに1件報告された。平成21年に報告された1件は、本報告書分析対象期間（平成21年7月～9月）に報告された事例であった。

（2）事例概要

セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例は、いずれも当該患者の心電図として表示された別の患者の心電図を見て、当該患者に何らかの治療・処置を行ったものである。その事例3件の概要を以下に示す。

事例1

患者は、腎センターに入室し、モニター装着後、透析を開始した。約3時間後、看護師はモニター上でVPCの連発を発見した。患者の血圧も低下していたため、医師に報告し、医師はモニターを見て、リドクイック50mgを投与した。透析終了後、血圧を確認しモニターを外した際、心電図が他患者のものであったことが判明した。

事例2

患者Aの心電図は、送信機を使用しセントラルモニターに表示されていた。心電図をモニターする必要のある患者Bが入院してきたため、機能上の理由により、患者Bは患者Aが使用していた送信機を使用し、患者Aは別の送信機とセントラルモニターを使用することとした。この時、看護師は、患者Aの心電図を受信するためのチャンネル番号を変更し忘れた。

その2日後、セントラルモニターに表示された患者Aの心電図波形（実際には患者Bの波形）を見て、患者Aに一時ペーシングを行った。終了後、患者Aとして表示されていた心電図は、患者Bのものであり、患者Bの心電図波形が両方のモニターに表示されていたことがわかった。

利便性や故障時の対応等のため、送信機は複数の受信機に送信が可能であった。

病棟内に電波が受信しやすい場所と受信し難い場所があり、病棟に複数あるモニターが1箇所に配置されていなかった。医療機器類の請求やメンテナンスを病棟ごとに師長が行っていた。