



事故防止 36号
2022年6月15日

関係団体 殿

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
執行理事 後 信
(公印省略)

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 187」の提供について

平素より当事業部の実施する事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、医療事故情報収集等事業において収集した情報のうち、特に周知すべき情報を取りまとめ、6月15日に「医療安全情報 No. 187」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加登録医療機関以外で希望する病院に提供いたしましたのでお知らせいたします。

なお、この医療安全情報を含め報告書、年報は、当事業のホームページ (<https://www.med-safe.jp/>) にも掲載いたしておりますので、医療事故の発生予防、再発防止のために、貴団体の取り組みにおいてご活用いただければ大変幸いに存じます。

今後とも有用な情報提供となるよう医療安全情報の内容の充実に努めてまいりますので、何卒ご理解、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

医療事故情報収集等事業

医療安全情報

No.187 2022年6月

2021年に報告書で取り上げた 医療安全情報

2021年に公表した医療事故情報収集等事業 第64回～第67回報告書の「再発・類似事例の分析」で取り上げた医療安全情報のタイトルと主な事例を紹介します。

「再発・類似事例の分析」の詳細は、本事業ホームページに掲載しています。

<https://www.med-safe.jp/contents/report/similar.html>

番号	タイトル	掲載報告書
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い	第66回
◆アレビアチン散10%の10倍量投与 当院では、散剤は成分量で処方オーダーすることになっていた。医師は散剤に製剤量と成分量があることを知らず、持参薬から院内の処方に切り替える際、診療情報提供書の「アレビアチン散10% 2g/日 1日2回 朝夕食後」の記載を見て、「アレビアチン散10% 2000mg/日 1日2回 朝夕食後」をオーダーした。薬剤師から疑義照会があった際、医師は診療情報提供書を確認し、2gと記載があったので2000mgでよいと思い、そのまま調剤するよう伝えた。薬剤師は成分量2000mg/日（製剤量20g/日）を調製して払い出した。看護師は薬包に入った粉の量が多いことを疑問に思わず、患者に投与した。2日後、病棟薬剤師が過量投与に気付いた。		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り換え	第65回
◆人工心肺開始時のプロタミン硫酸塩静注の誤った投与 手術室で、外回り看護師は「人工心肺指示書」を見て、人工心肺の開始前に投与するヘパリンナトリウム注と、離脱時に投与するプロタミン硫酸塩静注をそれぞれ20mLの注射器に準備した。その際、薬剤名と量を記載したラベルを注射器に貼り、同じトレイに入れた。人工心肺開始前、看護師は麻酔科医からヘパリンナトリウム注の指示を受け、注射器に貼られたラベルの薬剤名を確認しないまま、プロタミン硫酸塩静注の入った注射器を渡した。麻酔科医もラベルの薬剤名を確認せず、患者に薬剤を投与した。		
No.69	アレルギーのある食物の提供	第67回
◆アレルギーのある小麦・乳が含まれる離乳食の提供 患児には小麦・乳アレルギーがあった。本日の離乳食の献立には小麦・乳アレルギー食品は含まれていなかったが、調理担当者は小麦・乳が含まれる翌日の献立と見間違えて調理し、提供した。患児は離乳食を摂取後、アナフィラキシー症状が出現した。		

2021年に報告書で取り上げた医療安全情報

番号	タイトル	掲載報告書
No.82	PTPシートの誤飲 第1報:医療安全情報No.57	第64回
◆1錠ずつ切り離れたPTPシートの誤飲 看護師は、患者がPTPシートから薬剤を取り出して内服すると思い、1錠ずつ切り離れたPTPシートを患者に渡した。その後、患者は咽頭の違和感を訴え、「薬をシートごと飲み込んでしまった」と言った。CT検査で食道にPTPシートを認め、上部消化管内視鏡で摘出した。		
No.94	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み 第1報:医療安全情報No.10	第66回
◆患者の補聴器の持ち込み 患者は両側に補聴器を使用していた。MRI検査前、診療放射線技師が患者に金属を身につけていないか質問したが、返事はなかった。補聴器を外したか確認しないまま、MRI検査室に患者を入室させた。入室後、診療放射線技師は、患者が両側に補聴器を装着していることを発見し、外した。検査終了後、患者が「補聴器がおかしい」と言い、補聴器の故障が判明した。		
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	第66回
◆両側胸水貯留のある患者への胸腔穿刺の左右の取り違い 右胸水貯留を認めていた患者に、胸部X線画像で新たに左胸水貯留を認め、左胸腔穿刺を予定した。患者は、医師に右胸部を向けて端座位となった。医師は超音波検査で右胸水を確認し、そのまま右胸腔に穿刺した。処置後、医師がカルテに記載する際に左右を間違えたことに気づき、予定していた左胸腔穿刺を実施した。		

※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、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、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。

本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <https://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す目的で作成された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 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

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

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