

事故防止 20号
2020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. 163」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. 163」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 (<http://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.163 2020年6月

2019年に報告書で取り上げた 医療安全情報

2019年に公表した医療事故情報収集等事業 第56回～第59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。

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

番号	タイトル	掲載報告書
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	第57回
<p>◆体位変換時の気管切開チューブの抜去 看護師2名で患者のオムツ交換と更衣を実施した。気管切開チューブと呼吸回路の接続部を保持しないまま右側臥位に体位変換したところ、気管切開チューブが抜けた。バッグバルブマスクで換気し、医師が気管切開チューブを再挿入した。</p>		
No.68	薬剤の取り違え(第2報) 第1報:医療安全情報No.4	第57回
<p>◆名称類似による処方時の薬剤の取り違え 医師は、前立腺肥大の患者にザルティア錠を追加して処方することにした。「ザイティガ」と「ザルティア」は、名称の見た目や発音上の類似点が多いうえ、泌尿器科ではどちらの薬剤も使用されており、電子カルテで誤ってザイティガ錠を選択して院外処方箋で処方した。薬局の薬剤師は疑義照会をせず、そのまま調剤した。患者は約2週間服用を続けた。病院でのレセプトチェックの際、医療事務の職員が「前立腺肥大」の病名でザイティガ錠が処方されていることに気付いた。カルテを確認したところ、処方間違いが判明した。</p>		
No.78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	第56回
<p>◆規格変更時の処方量間違い 患者は、他院でクエチアピン錠25mg 3錠分3を処方されていた。当院にクエチアピン錠25mgの採用はなく、同成分で規格の異なるセロクエル100mg錠が採用されていた。入院当日、医師は持参薬から院内の処方に切り替える際、セロクエル100mg錠を3錠分3で処方した。患者は2回服用し、傾眠となった。その後、4倍量で処方されていることに気付いた。</p>		

2019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.107	電気メスによる薬剤の引火(第2報) 第1報:医療安全情報No.34	第59回
<p>◆電気メス使用時のアルコールを含有した消毒薬への引火 脛骨の固定を終了した後に腓骨骨折の手術に移ることにした。その際、アルコール含有消毒薬(ステリクロンWエタノール液0.5%)で再度皮膚消毒を行った。消毒部位周囲のストッキネットや覆布に消毒薬が染み込み、乾燥していない状態で電気メスを使用したところ、ストッキネットに引火し、下腿外側に5×10cmの熱傷を生じた。</p>		
No.110	誤った患者への輸血(第2報) 第1報:医療安全情報No.11	第59回
<p>◆輸血投与直前の患者と血小板の照合の未実施 医師は、患者X(AB型:成人)の血小板投与を指示した。オーダされた患者Xの血小板は届いていなかったが、看護師はICUにあった患者Y(O型:小児)の血小板を患者Xの血小板と思い込んだ。患者Yの血小板は開封済でバーコード認証は実施されており、再度のバーコードによる認証は行わず患者Xに投与を開始した。投与が終了して血小板のバッグを廃棄する際に、患者Yの血小板であることに気付いた。</p>		
No.113	中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症	第58回
<p>◆透析用カテーテル抜去後の空気塞栓症 患者は非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)を行っていた。医師は、患者の上体を約20度挙上している状態で、右内頸静脈に留置していた透析用の中心静脈カテーテル(ブラッドアクセス)を抜去した。数分間圧迫し、ドレッシング材は貼布せずガーゼをあててテープで固定した。その後、患者は徐々に徐脈となり心停止した。CT画像で右心室～肺動脈に空気を認め、中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症と考えられた。</p>		

※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。 <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)

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