

公印省略

5 薬 第 6 9 1 号
令和 5 年 7 月 1 0 日

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長
(薬務課監視係)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報 No. 199」の提供について

このことについて、公益財団法人日本医療機能評価機構から別添写しのとおり情報提供がありましたので、御了知の上、貴会会員に対して周知をお願いします。



事故防止 34号
2023年6月15日

各都道府県知事
各保健所設置市長 殿
各特別区長

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. 199」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. 199」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、貴管下医療機関等に周知いただき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.199 2023年6月

2022年に報告書で取り上げた 医療安全情報

2022年に公表した医療事故情報収集等事業 第68回～第71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.29	小児への薬剤10倍量間違い	第70回
<p>◆アセリオ静注液を80mgのところ80mL(800mg)投与した事例 1歳の患児が熱性けいれんで入院した。主治医は発熱時の指示を入力する際、アセリオ静注液80mgとするところ、「mg」と「mL」の単位を間違えて、アセリオ静注液80mLと入力した。看護師は誤りに気付かず、医師の指示通り投与した。</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70回
<p>◆持参薬報告書作成時にインスリンの単位を誤入力した事例 薬剤師は緊急入院となった患者の病室を訪問し、持参薬を確認した。ランタス注は「30単位-0単位-0単位-0単位」、ノボラピッド注は「10単位-10単位-10単位-0単位」で投与していることを聴取した。薬剤師は聴取内容とお薬手帳のコピーをもとに、電子カルテ上の持参薬報告書作成画面で報告書を作成した。その際、ランタス注の単位数と混同してノボラピッド注の単位数を「30単位-30単位-30単位-0単位」と誤入力した。医師は持参薬報告書をもとに薬剤を処方した。看護師は、医師の処方通りにインスリン製剤を投与した。翌日、患者は低血糖状態となり、意識レベルが低下した。</p>		

2022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.86	禁忌薬剤の投与	第69回
<p>◆腎障害のある患者にメトトレキサート錠を投与した事例</p> <p>患者は左腎尿管全摘出後で、関節リウマチに対しメトトレキサート(MTX)錠 8mg/日(週1回)を整形外科より処方されていた。今回、右腎尿管結石による腎後性腎不全で入院した。入院時のCcrは8.3mL/minであったが、泌尿器科医師はMTXが腎障害のある患者に禁忌であることを知らず、入院前から処方されていたMTXを継続投与した。患者は結石排出後に退院したが、その後、汎血球減少症で緊急入院となった。MTXの投与を中止し、ロイコボリンの投与を開始した。</p>		
No.130	中心静脈ラインの開放による空気塞栓症	第71回
<p>◆中心静脈カテーテルから閉鎖式コネクタごと輸液ラインを外し、大気に開放された事例</p> <p>清拭の際、患者は丸首シャツを着用しており、看護師は脱衣のために中心静脈カテーテルと輸液ラインの接続を外した。患者がシャツを脱ぐため立位となったところ、呼吸困難が出現した。応援の看護師が訪室すると、中心静脈カテーテルから閉鎖式コネクタごと輸液ラインが外されており、中心静脈カテーテルが大気に開放されていることに気付いた。</p>		
No.133	胸腔ドレーンの大気への開放	第69回
<p>◆胸腔ドレーンバッグの水封を忘れ、患者が気胸を発症した事例</p> <p>食道がんの術後5日目、胸腔ドレーンバッグの排液部が満量となり、看護師は胸腔ドレーンバッグを一人で交換することにした。胸腔ドレーンチューブに新しいバッグを繋ぎクランプを解除したところ、患者は呼吸苦を訴え、SpO₂は90%前後まで低下した。医師が確認したところ、胸腔ドレーンバッグの水封部に水が入っていないことが分かり、滅菌蒸留水を注入した。その後、SpO₂は90%台半ばとなった。ポータブルX線検査、CT検査を行い、気胸を認めた。</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。 <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/>