

福岡医発第 1928 号
平成 20 年 1 月 25 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公印省略)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報」の提供について

今般、日本医療機能評価機構から別添のとおり「医療安全情報No.11～14」が提供され、福岡県保健福祉部よりまいりましたのでお知らせいたします。

つきましては、本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、医療安全情報を含め日本医療機能評価機構の報告書、年報は、同機構のホームページ <http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm> に掲載されておりますので、医療安全対策の推進にご活用いただきますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 福富稔明・島田昇二郎





財団法人 日本医療機能評価機構



No.14 2008年1月

間違った カテーテル・ドレーンへの接続

輸液等を接続する際に、別の目的で留置されているカテーテル・ドレーンに接続した事例が4件報告されています。(集計期間:2004年10月1日～2007年11月30日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者において、輸液等を間違って接続した事例が報告されています。

接続したもの	患者に留置されていたカテーテル・ドレーン ★に間違って接続した：接続できた背景
輸液	中心静脈カテーテル ★PTCDドレーン：三方活栓を使用していた
輸液	中心静脈カテーテル ★胸腔ドレーン：中心静脈用カテーテルを使用していた
輸液	中心静脈カテーテル ★腹腔ドレーン：三方活栓を使用していた
PTCD排液ボトル	PTCDドレーン 腹腔ドレーン ★胸腔ドレーン：中心静脈用カテーテルを使用していた

「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」

事例 1

患者には、中心静脈カテーテルとPTCDドレーンが留置され、腹部の中央にそれぞれガーゼに包まれて固定されていた。看護師Aは、輸液に鎮静剤を混合し接続したが、滴下する前に患者は寝てしまった為、滴下せず、接続したままにした。この時点で実際には輸液をPTCDドレーンに接続していた。1時間後、患者より眠れないと訴えがあり、看護師Bは接続されていた輸液を、刺入部の確認を行わずに滴下した。その後、看護師Bが患者の排泄介助をする際に、中心静脈カテーテルに接続したと思った輸液が、間違ってPTCDドレーンに接続していたことに気付いた。PTCDドレーンには、洗浄に注射器を使用するため三方括栓を接続していた。

事例 2

患者には、中心静脈カテーテルと胸腔ドレーンが体の右側に留置されていた。看護師は、輸液を接続する際に、刺入部の確認を行わずに輸液を開始した。この時点で実際には輸液を胸腔ドレーンに接続していた。その後、主治医が胸腔ドレーンに輸液が接続されていることに気付いた。患者はるいそうが著しく、皮膚への負担を軽減するために、胸腔ドレーンとして、やわらかい素材で径が細い中心静脈用カテーテルを使用していた。

事例が発生した医療機関の取り組み

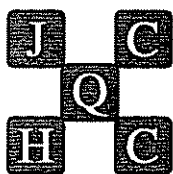
**カテーテル・ドレーンを他のカテーテル・ドレーンに
接続できる状況にある場合は、
刺入部と接続部をたどって確認する。**

※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、当事業の一環として専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



財団法人 日本医療機能評価機構



No.13 2007年12月

輸液ポンプ等の流量の確認忘れ

輸液ポンプ等（輸液ポンプ及びシリンジポンプ）を使用して、別の薬剤に変更する際に、流量の確認を忘れた事例が2件報告されています。（集計期間：2004年10月1日～2007年6月30日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

**輸液ポンプ等を使用して、
別の薬剤に変更する際に、
流量の確認を忘れた事例が
報告されています。**

◆輸液ポンプ等の流量に関連した事例には、この他、流量設定の操作間違いや複数の輸液ポンプ等を使用したことによる取り違えが報告されています。

〔輸液ポンプ等の流量の確認忘れ〕

事例 1

シリンジポンプを使用して血液製剤を50mL/hで投与した。終了後、そのシリンジポンプを使用して別の薬剤を5mL/hで投与する予定であったが、流量を変更し確認するのを忘れた。シリンジポンプの残量アラームが鳴り、流量を確認しなかったことに気付いた。

事例 2

輸液ポンプで輸液Xと輸液Yを切り替えて使用していた。輸液Xを125mL/hで投与し、終了後、同じ輸液ポンプを使用して輸液Yを20mL/hで投与する予定であったが、看護師Aは流量を変更し確認するのを忘れた。その後、看護師Bが患者の病室に行った際、流量が変更されていないことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

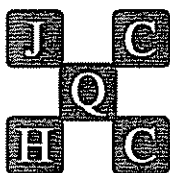
**輸液ポンプ等を使用している時に薬剤を
変更する際は、薬剤の流量の確認を必ず行う。**

※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、当事業の一環として、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

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

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



財団法人 日本医療機能評価機構



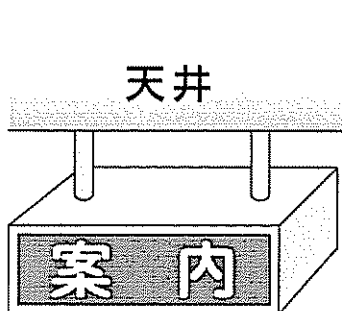
No.12 2007年11月

患者搬送中の接触

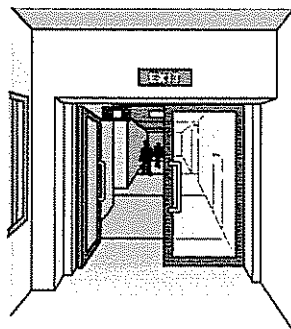
患者の搬送中に起こった事例が2件報告されています。2件とも点滴台が院内の施設の上壁に接触したことによる事例です。(集計期間:2004年10月1日～2007年3月31日、第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**患者を搬送する際、天井などの上壁に
接触しないよう点滴台等の
高さの確認が必要です。**

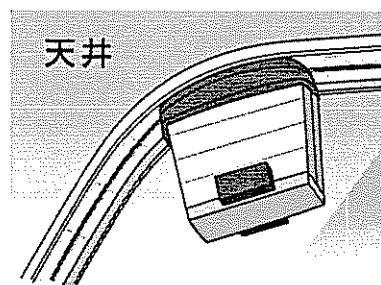
搬送する際、上壁が障害となる例



天井に敷設してある
サイン



下がり壁



天井を移動している
小型搬送機

〔患者搬送中の接触〕

事例 1

ベッドの後方から点滴台がついていく形でCT室からICUへ患者を医師5名で搬送していた。扉を通過する際に、点滴台の上部が扉の上壁にぶつかり、その際に中心静脈カテーテルが抜去された。

事例 2

ストレッチャーで点滴を行いながら病棟へ患者を搬送していた。その途中、点滴台の上部が廊下の上壁にぶつかり、患者の眼に異物が入った。

事例が発生した医療機関の取り組み

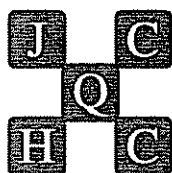
**搬送に使用する場所の天井の最低高を確認し、
接触しないよう点滴台や
ストレッチャーなどの高さを決める。**

※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、当事業の一環として、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

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

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



財団法人 日本医療機能評価機構



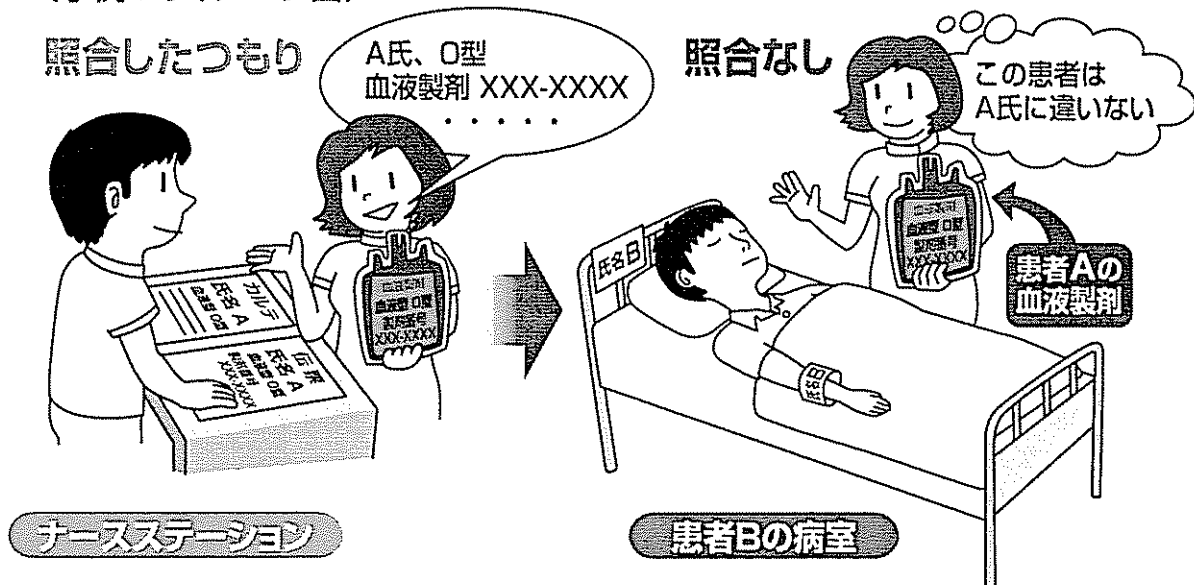
No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

輸血療法施行時に患者を誤った事例が8件報告されています。(集計期間:2004年10月1日～2007年6月30日。第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

報告事例のうち6件は、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例です。

〈事例1のイメージ図〉



◆報告された事例6件のうち5件は、ナースステーションなどで輸血伝票やカルテなどと輸血用血液製剤の照合を行っていましたが、患者と製剤の照合を行わなかった事例です。

「誤った患者への輸血」

事例 1

主治医は、患者Aの輸血用血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後、主治医が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

事例 2

主治医は、患者CとDの2人分の輸血用血液製剤の準備を行ったところで他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行おうと、患者Dの輸血用血液製剤をトレイに入れ、患者Cの病室に行き、輸血用血液製剤が患者Cのものであるかを照合せずに接続した。その後、主治医は患者Cの輸血用血液製剤が投与されずに残っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

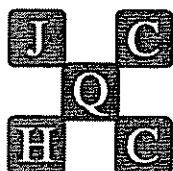
**院内の輸血マニュアルを遵守し、
輸血用血液製剤を接続する際は、
患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。**

※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、当事業の一環として専門家の意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

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

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>