

福岡県医発第800号（総）

平成19年8月10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」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

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.8 2007年7月

手術部位の左右の取り違い

手術部位の左右を取り違えた事例が9件報告されています（集計期間:2004年10月1日～2006年12月31日、第8回報告書に一部を掲載）。

左右を取り違えた事例の多くは、手術部位のマーキングが適切になされなかった事例です。

マーキング	事例件数
あり	2件
なし	6件
不明	1件

◆マーキングありの事例2件のうち、1件はマーキングそのものの左右間違いであり、1件は眼科の手術において手掌にマーキングを行った事例です。

手術部位の左右の取り違い

事例 1

両側の変形性膝関節症に対して、症状の強い左膝の手術が予定された。手術前日に、患者に対して左膝の手術を行うことを説明した際、マニュアル通りにマーキングを行わなかった。翌日、手術室入室直後に、看護師、麻酔医、執刀医は、患者と共に左膝の手術を行うことを確認したが、その際にもマーキングは確認しなかった。全身麻酔後に、執刀医は予定とは逆の右膝に術前準備を行ったが、そのことに誰も気付かないまま手術が開始された。手術開始後30分が経過した時点で左右の取り違いに気付いた。

事例 2

左眼硝子体手術のため、病棟にて手術側である左側手掌にマーキングを行った。手術室入室後、術前準備を介助した医師が、誤って反対側の右眼に麻酔等の術前準備を行い、そのまま手術が開始された。手術開始直後、顕微鏡画面をモニターで見ていた医師が、手術眼の左右の取り違いに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

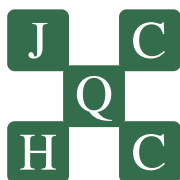
手術部位のマーキングについてルールを決め、徹底する。

※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

〒101-0062 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

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.7 2007年6月

小児の輸液の血管外漏出

薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、何らかの治療を要した事例が9件報告されています（集計期間：2004年10月1日～2007年2月28日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

新生児などの小児においては、輸液が血管外に漏出したために治療を要した症状や所見が報告されています。

主な症状・所見

- ・ 皮膚潰瘍
- ・ 皮膚壊死
- ・ 手指の冷感
- ・ 発赤
- ・ 発熱
- ・ 腫脹
- ・ 水疱

◆報告事例の全てが2歳以下の新生児などの小児です。

小児の輸液の血管外漏出

事例 1

点滴治療の際、注射針刺入部は不透明なテープで固定され、さらに保温のため毛布で覆われていた。看護師は、刺入部を固定している不透明なテープの間から観察可能な皮膚が発赤・腫脹していることに気づき、直ちに留置針を抜去した。しかし、既に拇指全体が暗紫色に変色し、右手掌・手背ともに発赤と腫脹が強く、治療のために減張切開術が必要であった。

事例 2

患児には輸液ポンプにより持続的な輸液が施行されていた。夜間帯の勤務開始直後に、看護師は注射針刺入部の観察を行い、血管外漏出所見を認めないことを確認し、刺入部を絆創膏とシーネで再固定した。その後の定時観察においては、滴下状況の確認はしたが、輸液ポンプのアラームが鳴らなかったため刺入部の直視的な観察は行わなかった。翌朝、刺入側の左上肢全体の腫脹と、刺入部の皮膚潰瘍を認めた。

事例が発生した医療機関の取り組み

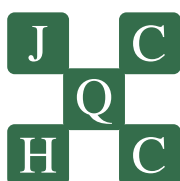
- ・ 小児の点滴施行中は、注射針刺入部を透明なテープで固定し、定期的に観察を行う。
- ・ 輸液ポンプ等は、輸液の血管外漏出ではアラームが鳴らないことを周知する。

※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

〒101-0062 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

医療事故情報収集等事業

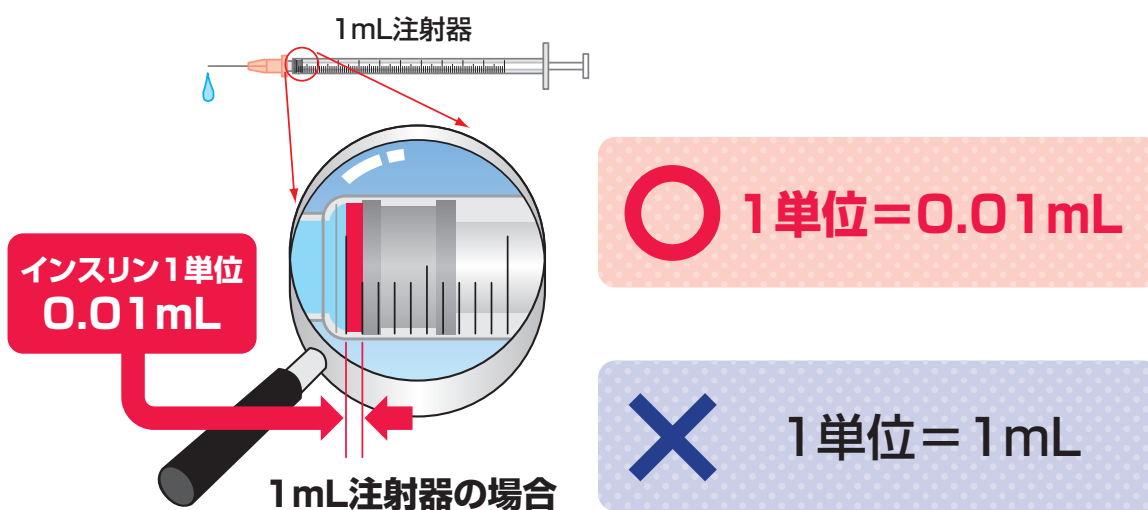
医療 安全情報

No.6 2007年5月

インスリン単位の誤解

インスリン過量投与に伴い低血糖をきたした事例が6件報告されています（集計期間:2004年10月1日～2006年12月31日、第4回および第6回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。そのうち、「単位」を「mL」と誤解した事例が報告されています。

インスリン1単位は0.01mLです。



- ◆一般には、インスリン投与時は専用注射器や1mL注射器を使用します。
- ◆報告されている6件の事例のうち5件が経験年数1年未満の医師や看護師によるものです。

「インスリン単位の誤解」

事 例

看護師は点滴を準備する際、指示書を見てインスリンの量を8単位と確認したが、インスリン8単位を8mLだと思い込み、10mL用の注射器でインスリン8mLを500mLの輸液に混合した。投与開始から約2時間後、患者は意識レベルが低下するなどの低血糖症状が認められたことから、インスリンの過量投与がわかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

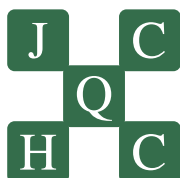
「単位」は「mL」を意味するものではなく、
インスリンの1単位は0.01mLであることを
周知する。

※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

〒101-0062 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>