

福岡県医発第725号(地)

平成20年6月19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.16～19」が提供され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://jicqhc.or.jp/html/accident.htm> に掲載されております。

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉



財団法人 日本医療機能評価機構



No.19 2008年6月

〔未滅菌の医療材料の使用〕

誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例が3件報告されています。(集計期間: 2006年1月1日～2007年12月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**誤って未滅菌の医療材料を
準備・使用した事例が報告されています。**

未滅菌で準備・使用された医療材料	件数
腹部臓器手術用開創補助パット	1件
ガーゼ	2件

〔未滅菌の医療材料の使用〕

事 例

手術室で間接介助の看護師Aは、ソフトスポンX^注を、滅菌済みのものが保管されている収納棚から取り出し、直接介助の看護師Bに手渡し、医師はそれを使用した。その後、看護師Aは、手術室の収納棚に滅菌済みと未滅菌のソフトスポンXが混在していることに気付いた。使用したソフトスポンXは未滅菌のものであった。当院では、未滅菌のものを購入し、院内で滅菌処理をし、滅菌済みの表示をした後に手術室の収納棚に保管することになっている。しかし、それを知らなかった事務職員が未滅菌のものを手術室の収納棚に保管した。また、滅菌済みの表示がわかりにくかった。

注) 腸管を圧排するために使用する腹部臓器手術用開創補助パット

事例が発生した医療機関の取り組み

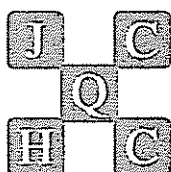
**医療材料は、滅菌済み・未滅菌が
判別しやすい表示にする。**

※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.18 2008年5月

処方表記の解釈の違いによる 薬剤量間違い

処方表記の解釈の違いによる薬剤量の間違いが3件報告されています。(集計期間: 2006年1月1日～2008年3月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**「3×」や「分3」の表記を
3倍と解釈したことによる
薬剤量の間違いが報告されています。**

〈事例1のイメージ図〉

診療録に記載された
処方内容

リン酸コデイン 10%
60mg 3×

医師Aが
意図した処方内容

1日投与量 60mg、1日3回投与、1回20mg

医師Bが解釈し
実際に処方した内容

1日投与量 180mg、1日3回投与、1回60mg

〔処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い〕

事例 1

呼吸器科の医師Aは、皮膚科で入院している患者を主治医Bの依頼により診察した。医師Aは、リン酸コデイン10% 1日投与量60mgを1日3回に分けて1回20mg投与を意図して、診療録に「リン酸コデイン10% 60mg、3×をお願いします」と記載した。主治医Bは診療録の「3×」の記載を見て、1日投与量180mgを1日3回に分けて1回60mg投与だと解釈し、「リン酸コデイン180mg 分3」と処方し、患者に投与した。

事例 2

患者は他科から処方されていたアレビアチン250mg（1日量）を内服していた。内服が困難となったため、主治医はアレビアチンを点滴に変更した。記載された内服指示の「アレビアチン250mg 分3」を注射指示にする際、「1回250mg を1日3回投与」だと勘違いして指示を出し、患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

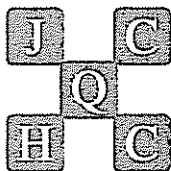
処方の際は、記載されている量が1日量が1回量かがわかるよう明確に記載する。

※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.17 2008年4月

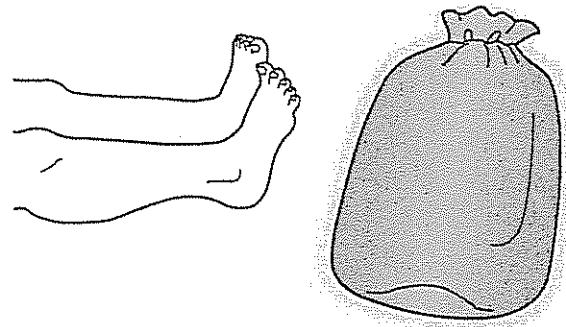
「湯たんぽ使用時の熱傷」

「療養上の世話」において湯たんぽを使用した際、熱傷をきたした事例が6件報告されています。（集計期間:2006年1月1日～2008年2月29日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

身体に湯たんぽが接触し、
熱傷をきたした事例が報告されています。



事例1のイメージ図



医療機関の取り組みのイメージ図

〔湯たんぽ使用時の熱傷〕

事例 1

看護師Aは、患者の下肢に冷感があったため、60度の湯を入れた湯たんぽを準備し、その上に患者の両下腿をのせた。1時間後、看護師Bは、患者の下肢の冷感が消失したため、湯たんぽをはずした。10時間後、下腿にびらん及び浸出液に気づき、熱傷を生じたものと判断した。院内の看護手順には、湯たんぽを使用する際は身体から離すことが明示されていたが、周知されていなかった。

事例 2

湯たんぽを使用して保温を行っていた。患者の訴えにより、下肢を見ると左足内側に湯たんぽが接触しており、発赤を認め、熱傷をきたしていた。

事例が発生した医療機関の取り組み

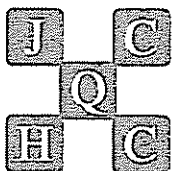
- ・湯たんぽを使用する際は、熱傷・低温熱傷の危険性があることを認識する。
- ・湯たんぽを使用する際は、身体から離して置く。
- ・湯たんぽなど（温罨法）に関するルールを院内で統一する。

※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.16 2008年3月

2007年に提供した 医療安全情報

2006年12月～2007年12月に医療安全情報No.1～No.13を毎月1回提供いたしました。その後2007年12月31日までに以下の類似事例^{※1)}が発生しています。今一度ご確認ください。

番号	内 容	提供前に報告された件数 ^{※2)}	提供後報告された件数
No.1	インスリン含量の誤認	1件	4件
No.2	抗リウマチ剤(メトトレキサート)過量投与に伴う骨髄抑制	3件	0件
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	7件	2件
No.4	薬剤の取り違い	7件	4件
No.5	入浴介助時の熱傷	2件	3件
No.6	インスリン単位の誤解	2件	4件
No.7	小児の輸液の血管外漏出	9件	2件
No.8	手術部位の左右の取り違い	9件	5件
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い	4件	0件
No.10	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み	2件	1件
No.11	誤った患者への輸血	6件	0件
No.12	患者搬送中の接触	2件	0件
No.13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ	2件	0件

注1) 報告された事例が複数の内容に関連する場合は、重複して計上しております。

注2) 「提供前に報告された事例」は集計期間に発生した件数です。



No.16 2008年3月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ 2007年に提供した医療安全情報

医療安全情報提供後に報告された主な類似事例

No.1 インスリン含量の誤認・No.6 インスリン単位の誤解

看護師は、「ノボリンR注50単位+生理食塩水50mL」の指示を受けた。ノボリンR注のバイアル(1バイアル10mL入り、1000単位/10mL)の「ノボリンR注100」の表示を見て1バイアルに100単位入っていると思った。そのため、点滴を作成する際、50単位を入れるところ、500単位を入れ、患者に投与した。

No.5 入浴介助時の熱傷

看護師2名がお互いに浴槽の湯の温度を確認したと思い、患者を浴槽に入れた。看護師は、すぐに湯が熱いことに気付く患者を浴槽から上げたが、患者は臀部、背部、両前腕後面、両踵部等に熱傷をきたした。

No.8 手術部位の左右の取り違い

右側背部の腫瘍摘出術が予定されていた。術前に医師と看護師は回診を行ったが、手術部位のマーキングは行わなかった。手術室でMRI画像確認とエコーを行い、手術部位を左と判断し手術を開始した。手術後、患者の指摘により左右の取り違いに気付いた。

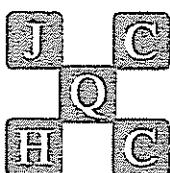
◆他の類似事例につきましては、平成19年年報に掲載いたします。

※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>