



福島医発第991号(地)

平成22年 8月 4日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

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」及び
医薬品医療機器総合機構「PMDA 医療安全情報」の送付について

平成22年8月4日付け福島医発第988号(地)にて日本医療機能評価機構・医療事故収集等事業第21回報告書が公表された旨のご連絡をしているところでございますが、今般、同機構により警鐘事例をカラーで分かり易く解説した「医療事故収集等事業医療安全情報」が作成・公表された旨、日本医師会より別添のとおり通知が参りましたのでお知らせいたします。

また、医薬品医療機器総合機構(PMDA)においても同様に「PMDA 医療安全情報」が作成・公表されておりますので併せてお知らせいたします。

つきましては、別添「医療事故収集等事業医療安全情報」(No.41~44)及び「PMDA 医療安全情報」(No.16~18)は下記のホームページからダウンロードできますので、貴会会員の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。

記

- ・ 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書 URL
<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
- ・ 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報 URL
http://www.info.pmda.go.jp/anzen_pmda/iryo_anzen.html

(法安 24)

平成 22 年 7 月 27 日

都道府県医師会
医療安全担当理事殿

日本医師会常任理事
高 杉 敬 夫



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」及び
医薬品医療機器総合機構「PMDA 医療安全情報」の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて平成 22 年 7 月 27 日付・日医発第 437 号（法安 23）において日本医療機能評価機構・医療事故収集等事業第 21 回報告書を本会会長より貴会会長宛お送りしたところです。

同機構ではこれらの統計に基づき、警鐘事例をカラーで分かり易く解説した「医療事故情報収集等事業医療安全情報」を作成・公表しています。また、医薬品医療機器総合機構（PMDA）でも同様に「PMDA 医療安全情報」を作成・公表しています。

つきましては別添の通り、「医療事故情報収集等事業医療安全情報」（No.41～44）及び「PMDA 医療安全情報」（No.16～18）を 1 部ずつお送りいたします。下記ホームページに掲載していますので、貴管下会員へのご周知方宜しく願い申し上げます。

記

・ 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報の URL

<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>

・ 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報の URL

http://www.info.pmda.go.jp/anzen_pmda/iryo_anzen.html

以上

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構



No.16 2010年 4月

電気メス取扱い時の注意について（その3）

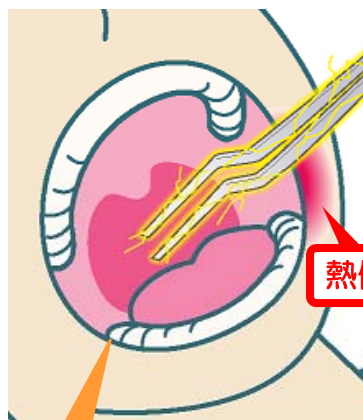
POINT 安全使用のために注意するポイント

（事例1）扁桃摘出術を施行中、口角に予期せぬ熱傷が発生した。絶縁型のバイポーラピンセットだと思って使用していたが、確認すると非絶縁型であった。

1 バイポーラ電気メス使用時の注意点について その1

- バイポーラピンセットには、絶縁型と非絶縁型があるため、確認して使用すること。
- バイポーラピンセットを使用する際には、目的部位以外に接触させないように注意すること。

非絶縁型バイポーラピンセット

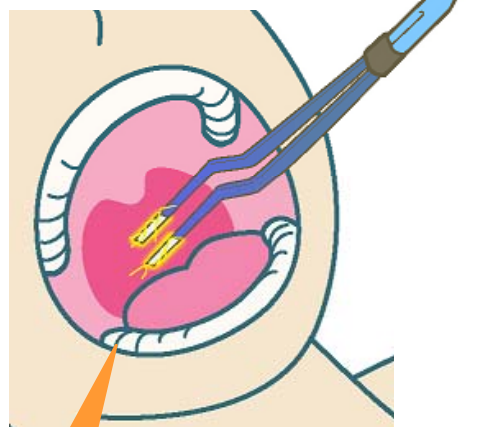


熱傷が発生！



ピンセット全体の
金属が露出

絶縁型バイポーラピンセット



絶縁コーティングされており
ピンセット先端のみ金属が露出

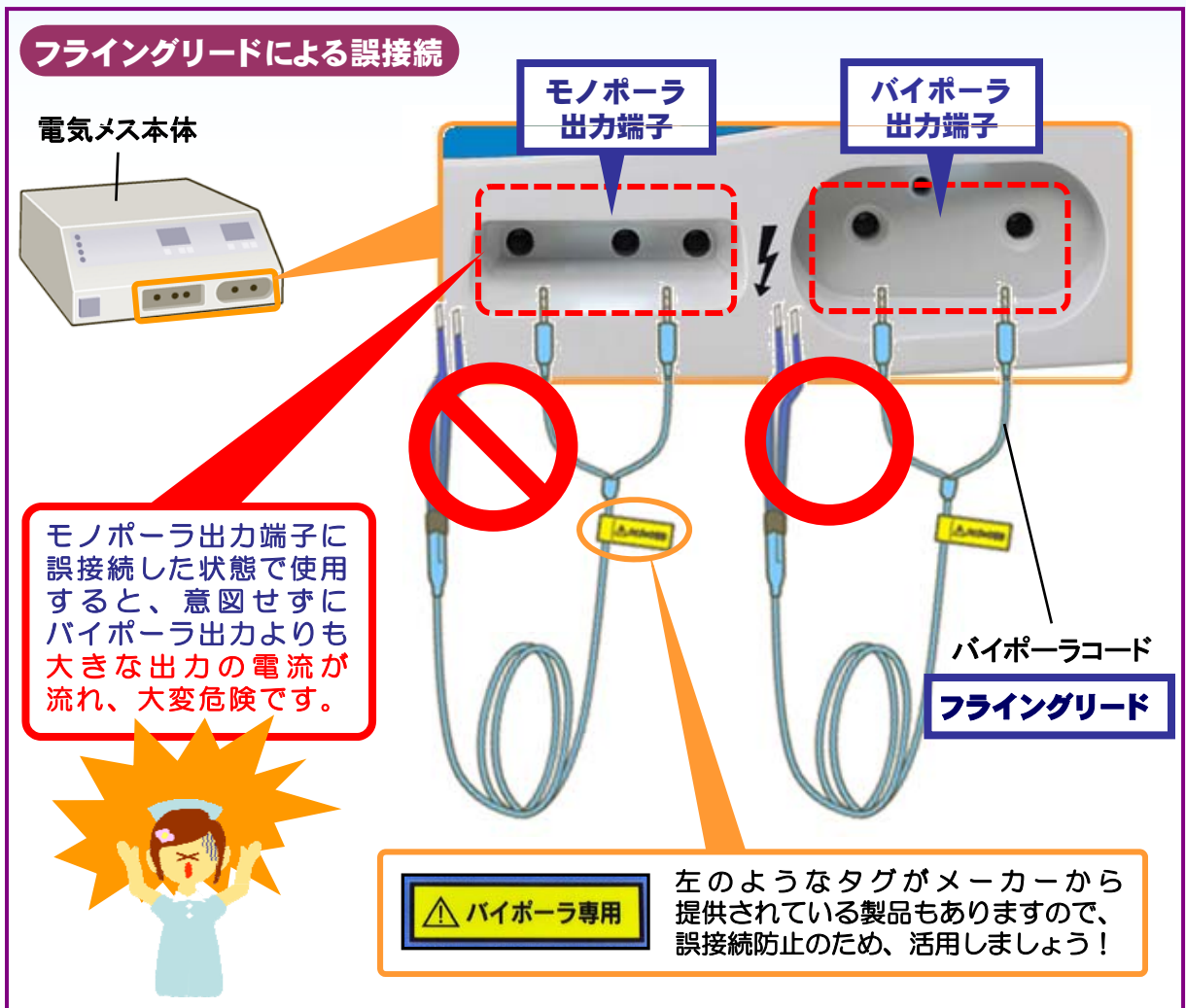
非絶縁型と絶縁型は、色などの外観では区別できません！
必ず添付文書などで確認しましょう。



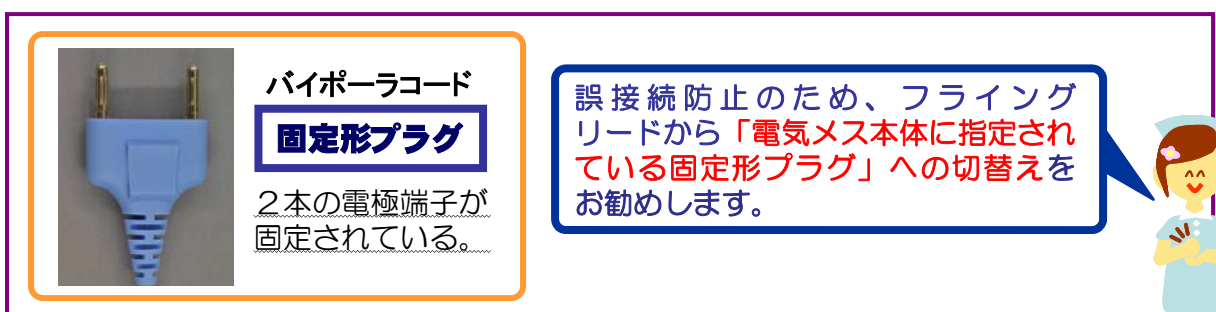
(事例 2) バイポーラピンセットを使用中、予期せぬ熱傷を起こした。確認するとフライングリードのバイポーラコードが電気メス本体のモノポーラ出力端子に接続されていた。

2 バイポーラ電気メス使用時の注意点について その2

- フライングリードは電極端子が固定されていないため、意図しない箇所に誤接続してしまうリスクがあるので、注意すること。



誤接続防止対策の一例

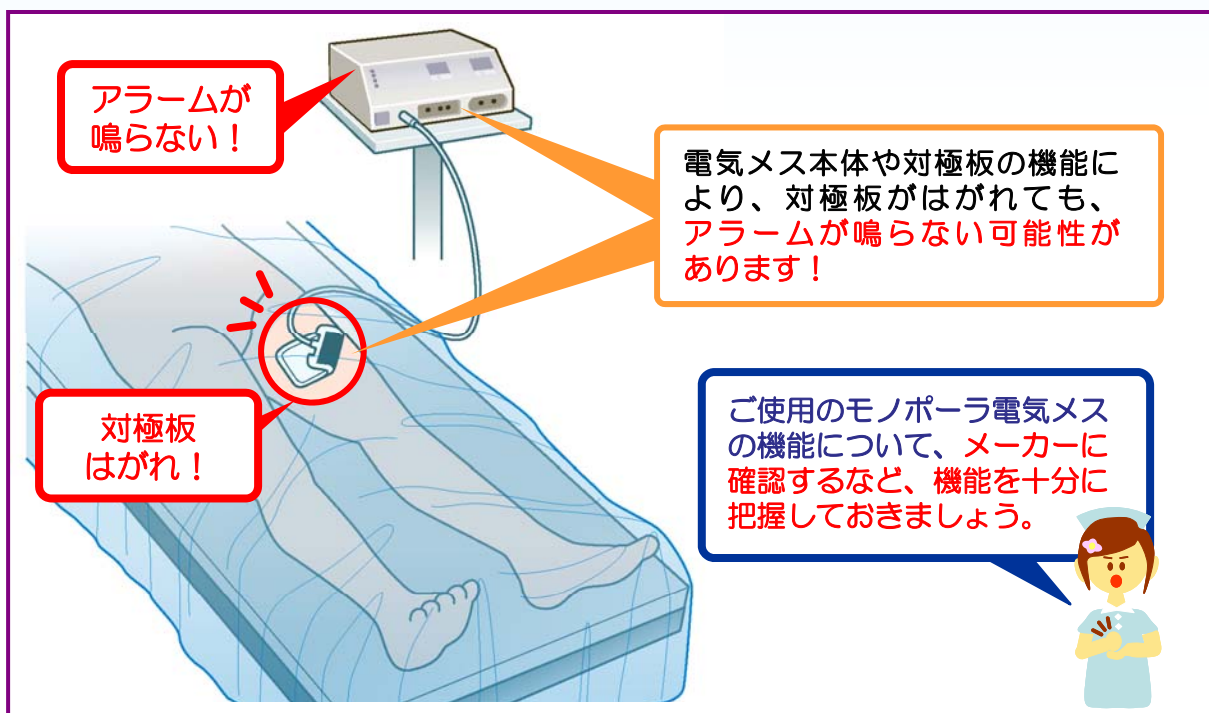


★ フライングリードの誤接続に関しては、(社)日本医療機器工業会ホームページ <http://www.jamdi.org/anzen/index.html> でも注意喚起が行われています。

(事例 3) 手術後に確認すると、皮膚から対極板の一部がはがれて熱傷を起こしていた。使用していた電気メス本体は、対極板がはがれてもアラームが鳴らない機種であった。

3 モノポーラ電気メス使用時の注意点について

- 体位変換時や術者などの足が対極板のコードに引っかかるなど、コードが引っ張られやすい状況下では、対極板がはがれる可能性があるので注意すること。
- 電気メス本体や対極板の機能によっては、対極板の貼付け状態を監視できないことがある。



この「PMDA医療安全情報No.16」に関連した通知が厚生労働省より出されています。

- 平成16年9月24日付薬食審査発第0924006号・薬食安発第0924004号連名通知
「バイポーラ電極を有する電気手術器に係る自主点検等について」

本通知については、医薬品医療機器情報提供ホームページ(<http://www.info.pmda.go.jp>)>医療機器関連情報>機器安全対策通知>自主点検通知に掲載しております。

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、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なく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構



No.17 2010年 5月

プレフィルドシリンジ製剤の取扱いについて

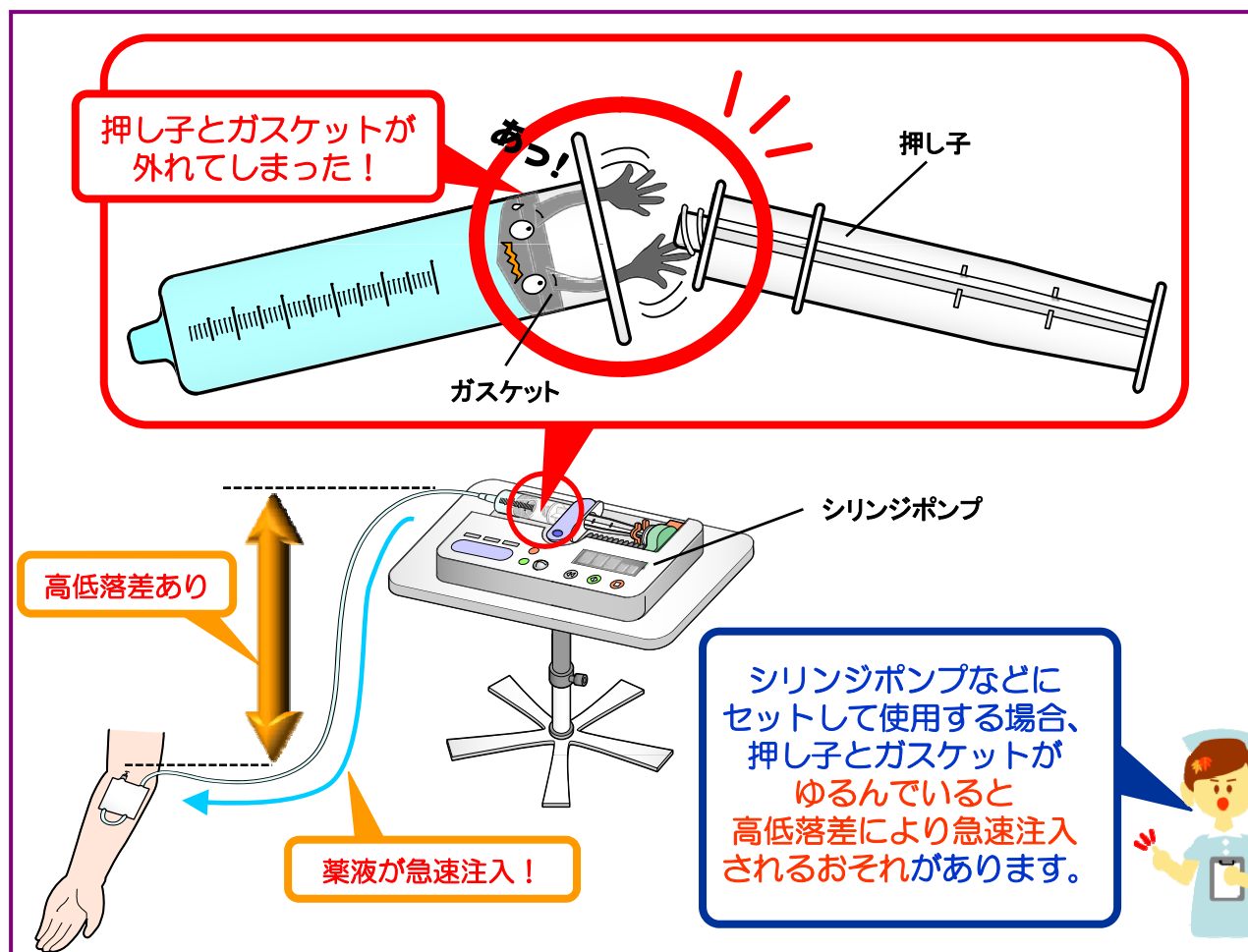
POINT

安全使用のために注意するポイント

(事例1) シリンジポンプでドパミンを投与中にプレフィルドシリンジの押し子がガスケットから外れ、患者に急速注入されてしまった。

1 プレフィルドシリンジ製剤使用時の注意点について その1

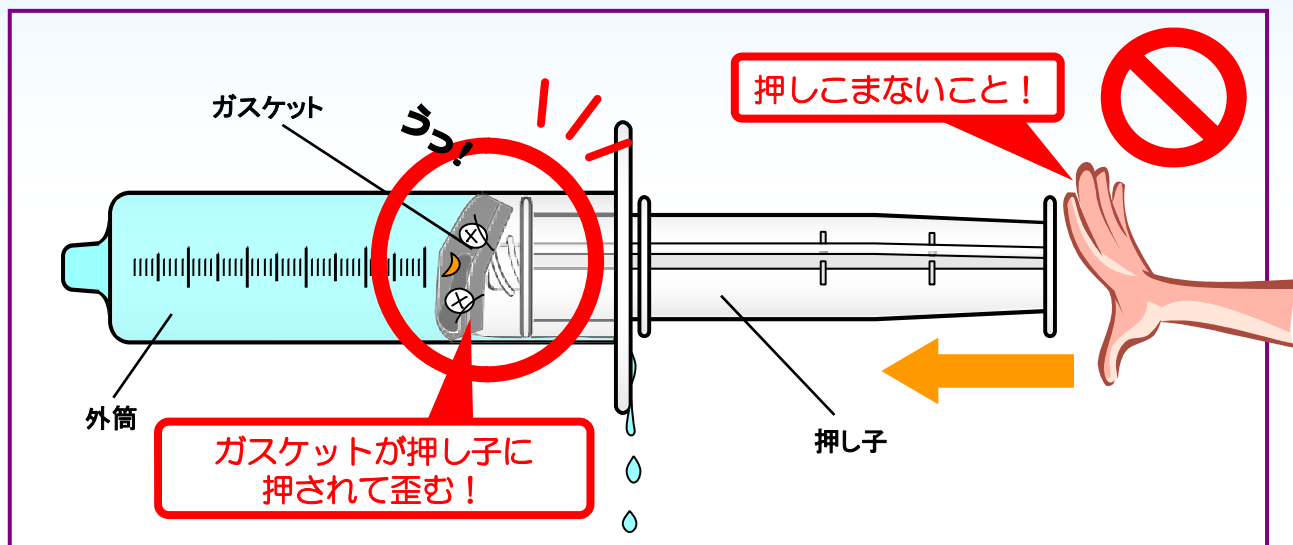
- プレフィルドシリンジ製剤の押し子とガスケットは、ねじ込み式による接続のため、取扱い時に接続がゆるむことがあるので注意すること。



(事例2) プレフィルドシリンジのガスケットが歪んでいたため、外筒とガスケットの隙間から薬液が漏れていた。

2 プレフィルドシリンジ製剤使用時の注意点について その2

- プレフィルドシリンジを組み立てる際は、押し子を回転させながらねじ込むこと。



ガスケットの歪みは、薬液漏れや気泡混入などの原因となります。
プレフィルドシリンジ製剤を組み立てる際は、添付文書等に従って、
正しく組み立て下さい。



使用時に組み立てるプレフィルドシリンジ製剤

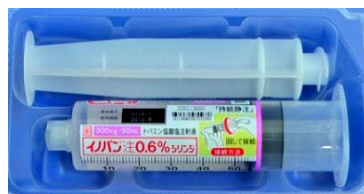
協和発酵キリン (株)



イノバン注0.1%シリンジ



イノバン注0.3%シリンジ



イノバン注0.6%シリンジ

テルモ (株)



ドブボン注0.1%シリンジ



ドブボン注0.3%シリンジ



ドブボン注0.6%シリンジ

アストラゼネカ (株)



1%ディプリバン注一キット
(200mg20ml筒)

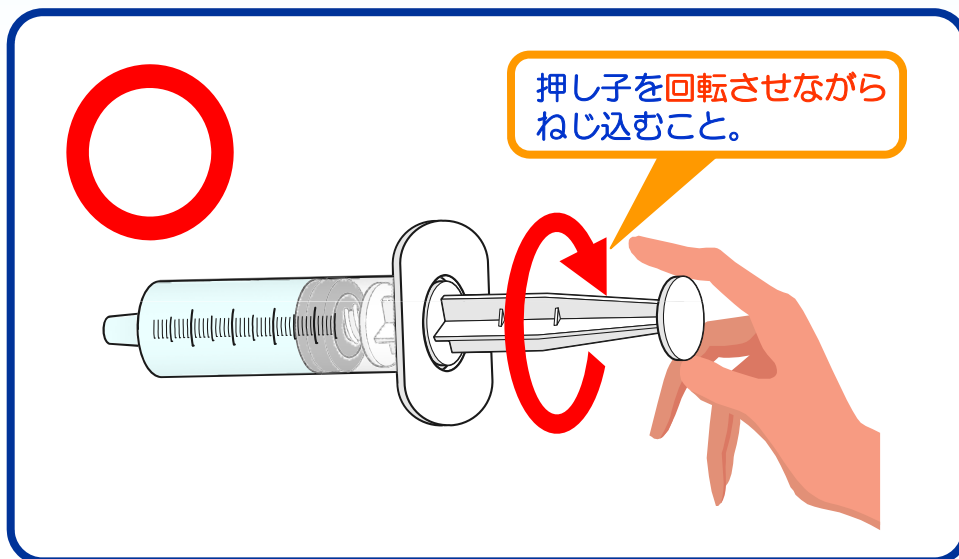


1%ディプリバン注一キット
(500mg50ml筒)

エーザイ (株)



ニトロール持続静注25mgシリンジ



すでに組み立てられているプレフィルドシリンジ製剤



組み立てられているプレフィルドシリンジ製剤であっても、
取扱い中にゆるむ可能性があるので十分注意して下さい。

味の素製薬 (株)



ローヘパ透析用100単位/mLシリンジ20mL



ローヘパ透析用150単位/mLシリンジ20mL



ローヘパ透析用200単位/mLシリンジ20mL

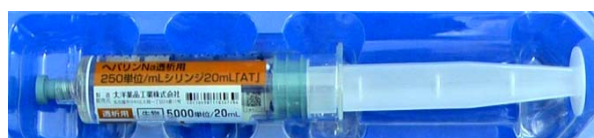
大洋薬品工業 (株)



ヘパリンNa透析用150単位/mLシリンジ20mL「AT」

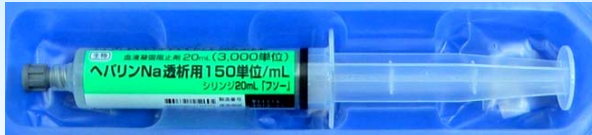


ヘパリンNa透析用200単位/mLシリンジ20mL「AT」



ヘパリンNa透析用250単位/mLシリンジ20mL「AT」

扶桑薬品工業（株）



ヘパリンNa透析用150単位/mLシリンジ20mL「フソー」



ヘパリンNa透析用200単位/mLシリンジ20mL「フソー」



ヘパリンNa透析用250単位/mLシリンジ20mL「フソー」



ヘパリンNa透析用350単位/mLシリンジ20mL「フソー」

ニプロファーマ（株）



ヘパリンNa透析用500単位/mLシリンジ10mL「NP」



ヘパリンNa透析用500単位/mLシリンジ20mL「NP」

（株）大塚製薬工場



ヘパフィルド透析用250単位/mLシリンジ20mL

ニプロファーマ（株）



アルガトロバン注シリンジ10mg「NP」

これらのヘパリン製剤などをシリンジポンプだけでなく、
透析装置へセットする際も同様に押し子外れに注意して下さい。



本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、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なく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

PMDA 医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

 No.18 2010年 6月

微量採血のための穿刺器具による 採血時の注意について

POINT

安全使用のために注意するポイント

(事例) 看護師が血糖測定のため、患者の耳たぶを穿刺したところ、穿刺針が耳たぶを貫通し、耳たぶを支えていた看護師の指を穿刺した。

1 耳たぶからの採血時の注意事項

- 耳たぶなどの組織が薄い部位で採血する場合には、穿刺部位の裏側を指で支えないこと。



針が刺さる部位の裏側を
指で支えないこと！



針刺し事故！

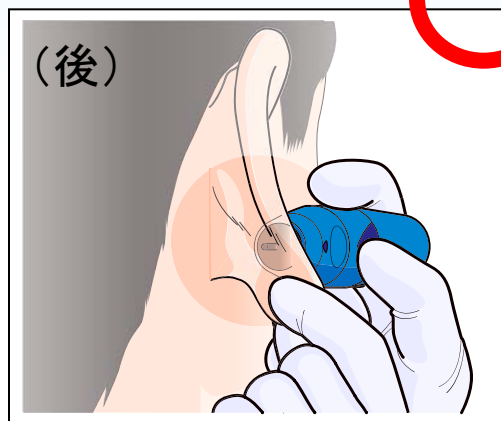
針が耳たぶを貫通して、耳たぶを支えていた指に刺さった場合、**血液を介した感染**のおそれがあり危険です。



2 耳たぶからの採血方法の例

- 耳たぶから採血する場合には、穿刺部位の裏側を直接指で支えない、以下の方法などがあります。

（例1）耳たぶの端をひっぱり支える



貫通のおそれがある場合には、各製品の添付文書を確認して
耳たぶ以外の組織の厚い部位からの採血も検討しましょう。

当医療安全情報に関する穿刺器具の添付文書についての情報については、
(<http://www.info.pmda.go.jp>) > 医療機器関連情報 > 添付文書情報(医療機器) でご覧頂けます。

微量採血用穿刺器具のタイプ（PMDA医療安全情報 No.5より）

① 器具全体がディスポーザブルタイプのもの

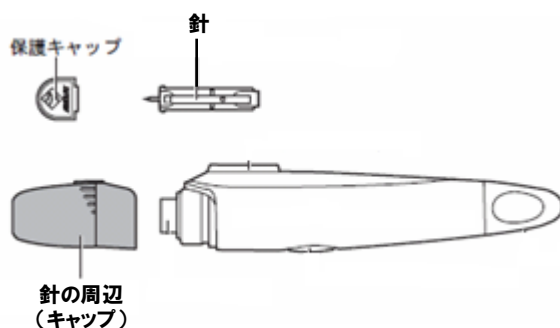


② 針の周辺部分がディスポーザブルタイプのもの



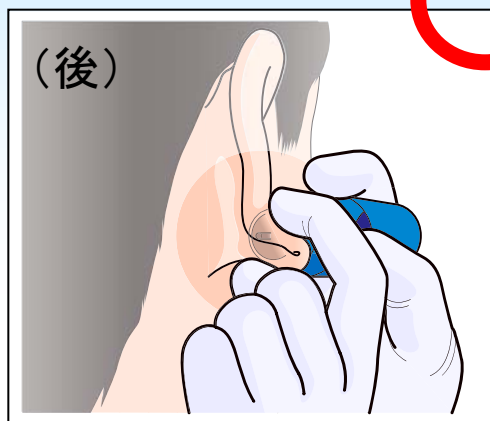
針と針の周辺

③ 針の周辺部分がディスポーザブルタイプでないもの



※ 微量採血のための穿刺器具に関する注意については、「PMDA医療安全情報No.5 微量採血のための穿刺器具の取扱いについて」も併せてご参照ください。各社の製品写真もそちらでご覧いただけます。

（例2）耳たぶをV字型に折り曲げる



これらの方法で採血を行なう際でも、あやまって指を刺さないように
針の出る向きに、支えた指がないかどうか確認して下さい。

製品によっては、採血する部位が限定されている製品や
耳たぶからの採血を禁止している製品もあります。
使用する穿刺器具の添付文書をよく確認しましょう。



この「PMDA医療安全情報No. 18」に関連した通知が厚生労働省より出されています。

●平成22年3月1日付 医政指発0301第1号・薬食安発0301第7号 連名通知
「耳朵穿刺時等の微量採血のための穿刺器具の取扱いについて（注意喚起及び周知依頼）」

本通知については、医薬品医療機器情報提供ホームページ(<http://www.info.pmda.go.jp>)
>医療機器関連情報>医療安全情報>医薬品・医療機器に関連する医療安全対策に掲載しております。

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び薬事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、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なく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。



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.41 2010年4月

処方表記の解釈の違いによる 薬剤量間違い(第2報)

処方表記の解釈の違いによる薬剤量の間違いを医療安全情報No.18(2008年5月)で情報提供いたしました。その後、再び類似の事例が1件報告されていますので、再度、情報提供いたします。(集計期間:2008年4月1日~2010年2月28日)

**「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
再び報告されています。**

院内マニュアルに
記載された処方内容

セフメタ:
75-100mg/kg/日、3×

院内マニュアルが
意図した処方内容

1.2kgの患児に対し、セフメタゾンを
1日投与量**120mg**、1日3回投与、1回40mg

医師が解釈し
実際に処方した内容

1.2kgの患児に対し、セフメタゾンを
1日投与量360mg、1日3回投与、1回**120mg**

処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報)

事例

体重約1.2kgの患児に抗生剤を投与する際、上級医と医師は、院内マニュアルの「セフメタ:75-100mg/kg/日、3×」を一緒に見て投与量を計算した。上級医は、一緒に計算した1日量を確認するつもりで医師に「セフメタゾン120ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。医師は、「セフメタゾン1回120mg 1日3回」と解釈して処方し、患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

院内マニュアルに記載されている量が1日量か1回量かが明確にわかるよう修正する。

総合評価部会の意見

処方表記については、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」を参考にする。

◆報告書は、厚生労働省のホームページに掲載されています。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/s0129-4.html>

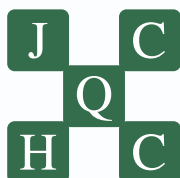
◆上記の報告書に関する「厚生労働省からのお知らせ」を、第20回報告書(P154)に掲載しています。

※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総合評価部会の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://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

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

<http://www.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

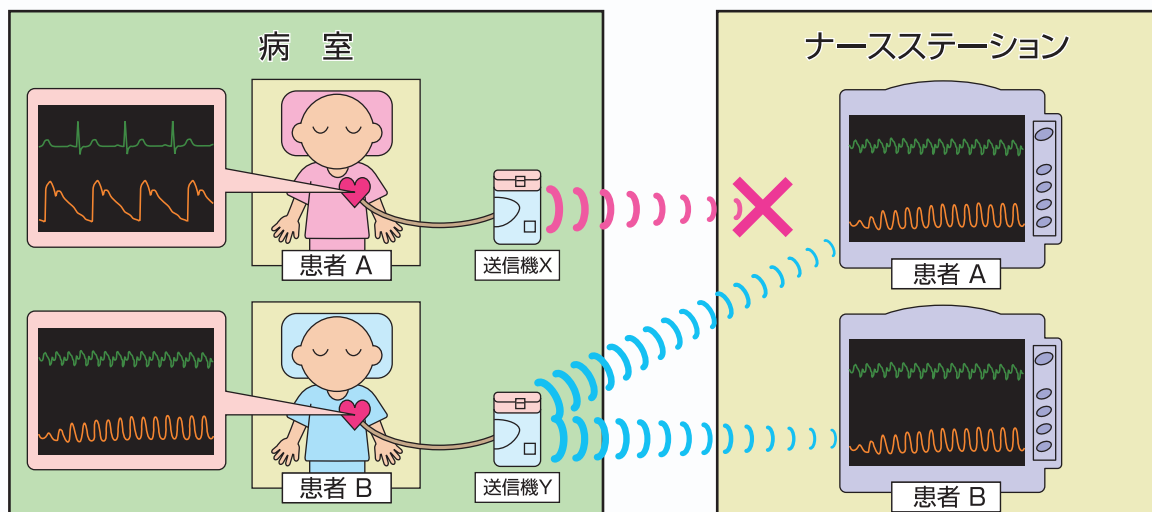
No.42 2010年5月

セントラルモニタ受信患者間違い

一台の送信機から複数の場所に心電図を表示させたため、患者の心電図として表示された別の患者の心電図を見て患者に治療・処置を行った事例が5件報告されています（集計期間:2006年1月1日～2010年3月31日、第16回報告書「共有すべき医療事故情報」(P135) 一部を掲載）。

一台の送信機から複数の場所に心電図を表示させたため、患者の心電図として表示された別の患者の心電図を見て患者に治療・処置を行った事例が報告されています。

事例のイメージ図



セントラルモニタ受信患者間違い

事例

当該病棟では、複数のセントラルモニタを使用して病棟患者の心電図をモニタリングしていた。看護師は、患者Aの心電図モニタを表示するため、セントラルモニタを設定する際、送信機のチャンネル番号を間違えて入力した。入力した番号は、患者Bが使用していたため、セントラルモニタの患者Aの心電図が表示される場所に患者Bの心電図が表示された。患者Aとして表示された心電図（実際には患者Bの心電図）に心室性不整脈を認めたため治療した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・受信している心電図のチャンネル番号が患者に装着されている送信機と合っているかを確認する。
- ・セントラルモニタの設定手順を確立する。

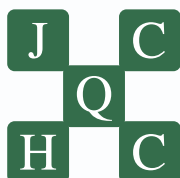
総合評価部会の意見

無線の医療機器を使用する際は、院内にチャンネル等を管理する者を配置する等、責任体制を明確にする。

※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総合評価部会の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://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

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

<http://www.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**

2006年から2008年に 提供した医療安全情報

No.43 2010年6月

2009年にも類似事例が発生しています

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔 ～グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	2件
患者は、検査前に予定されていた浣腸を実施するために看護師とともに車椅子でトイレに行った。看護師は、患者に立位（前傾姿勢）でグリセリン浣腸を実施した。30分後、患者は腹痛を訴えた。CT検査により直腸穿孔がわかり、緊急手術を実施した。（他1件）		
No.4	薬剤の取り違い ～薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例～	3件
定時処方薬剤を調剤する際、フェノバルビタール散120mgをフェニトインで秤量した。分包・鑑査においても誤りに気付かず病棟へ払い出し、患者に投与した。1ヶ月後の血液検査でフェノバルビタールの血中濃度が低いと確認すると、調剤する際、取り違えたことがわかった。薬剤名が類似した同効薬剤が棚に並んでいた。（他2件）		
No.6	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～	4件
ソルデム3A 500mLにヒューマリンR4単位を混注し、60mL/hで持続輸液する指示が出ていた。看護師はソルデム3A 500mLにヒューマリンR4mL（400単位）を混注し、患者に投与した。2時間半後、患者に低血糖症状を認めた。（他3件）		
No.7	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～	7件
14歳の患児に中心静脈ラインから輸液を投与していたが、滴下不良となり右母指に末梢ラインを確保した。留置後プロタノールとドルミカムを投与した。翌日、看護師Aは患者の末梢ライン挿入部の周囲が腫脹し白色に皮膚変色しているのを発見した。看護師Bは医師に報告し、点滴を抜き、挿入部をガーゼで保護した。翌日、母指第一関節末梢が壊死状態であった。（他6件）		

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.8	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～	4件
医師は、患者に左鼠径ヘルニアの手術を予定していたが、術前に手術部位をマーキングする際、触診上右側に鼠径ヘルニアの脱出を認め、右側にマーキングをし、手術を開始した。執刀の際、麻酔科医は術側が左であることに気付き、左右取り違いに気付いた。医師は手術部位のマーキングを予め行わなかった。入室時にカルテを見て、口頭で術側を確認したが、マーキング後に確認を行わなかった。(他3件)		
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い ～製剤の総量と有効成分の量とを誤認した事例～	1件
患者は、スピロノラクトンを25mg内服していたが、医師はスピロノラクトンを減量し、半量の12.5mgを処方することにした。スピロノラクトン25mgは錠剤であり、それ未満の量を処方するため、医師はアルダクトンA細粒10%(有効成分:スピロノラクトン)を製剤の総量を意図して「125mg」と処方入力した。薬剤師は、「mg」で処方された場合は有効成分の量を示していると思い、また、アルダクトンA(有効成分:スピロノラクトン)「125mg」は通常成人に投与する量として大きく逸脱していなかったことから、処方入力された「125mg」を有効成分の量として調剤した。患者が12日間内服したところで薬剤部が間違いに気付いた。		
No.10	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み ～MRI検査室内へ磁性体(金属製品など)を持ち込んだ事例～	5件
MRI検査の際、研修医が造影剤を投与するため患者に近づいた。この時、髪の毛を留めていた髪留め(金属性)がマグネット内に飛び込んだ。患者に危害がないことを目視と問診で確認し、続いて飛び込んだ髪留めを回収した。研修医は、MRI検査の前に、金属製の髪留めを取り外し忘れて検査室に入室し、引き付けられていることに気付いた時にはマグネット内に髪留めが飛び込んでいた。(他4件)		
No.11	誤った患者への輸血 ～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～	2件
医師は、患者A(A型)の輸血指示をICUチャートに「MAP2単位60/h(その間輸液40/h)」と記載し、「MAPある?」と深夜勤の看護師Bに聞いた。ICU内の輸血庫には患者C(O型)の血液製剤が2パックあり、看護師Bはそれを患者Aの血液製剤だと思い込んだ。看護師Bは、そのうちの1パックを持っていき、看護師Bは看護師Dと共に血液型、ロット番号を声に出して確認し、患者C(O型)の血液製剤を患者A(A型)に接続した。(他1件)		

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.14	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続 ～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、輸液等を間違えて接続した事例～	2件
医師Aは、小児の患者に対し胃内に注入すべき空気を静脈内に注入した。医師Bが麻酔をかけており、医師Aが挿管を担当した。医師Cは胃管を挿入し、静脈ライン用の三方活栓を胃管に接続し胃液バッグを接続した。術中、胃内に空気を注入するため、医師C、E、Fは、医師Aに胃管に接続された三方活栓から空気を100mL注入するよう指示した。医師Aは、胃管には通常三方活栓は接続されておらず、接続には黄色の専用注射器を使用すると思ったが、この時は三方活栓と聞いたため通常の注射器を準備した。医師Aは、胃管の三方活栓が見当たらなかったため、胃管を排液バッグ側からたどり、圧布の下で手に触れた、静脈に接続されている三方活栓を胃管に接続されている三方活栓だと思い、圧布の隙間から三方活栓に注射器を接続し空気を静脈内に注入した。(他1件)		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違い ～手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備していたにもかかわらず、確認を怠ったことにより、取り違った事例～	3件
手術の際、麻酔科医の指示で看護師は、ドルミカム1.5mgを静脈注射するところ、エスラックスを投与し、患者は頻脈、呼吸困難となった。確認したところ、ドルミカムではなく、エスラックスのシールが貼付されているシリンジが三方活栓に接続されており、エスラックスを投与したことがわかった。(他2件)		
No.17	湯たんぽ使用時の熱傷 ～湯たんぽを使用した際、熱傷をきたした事例～	1件
看護師Aは、患者に対し、手術後、湯たんぽを2個準備し、1個を足元から10センチ離れたところに置き、もう1個を両下腿の間に置いた。次の勤務帯の看護師Bは、患者が使用している湯たんぽは足元に置いてある1個だけだと思った。その後、患者は、左大腿部の疼痛を訴えた。確認すると左大腿部内側が発赤し、熱感と3箇所の水疱形成を認めた。		
No.18	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り薬剤量を間違えた事例～	1件
体重約1.2kgの患児に抗生剤を投与する際、上級医と医師は、院内マニュアルの「セフメタ：75-100mg/kg/日、3×」を一緒に見て投与量を計算した。上級医は、一緒に計算した1日量を確認するつもりで医師に「セフメタゾン120ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。医師は、「セフメタゾン1回120mg 1日3回」と解釈して処方し、患者に投与した。		

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.20	伝達されなかった指示変更 ～関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例～	3件
腎機能障害の患者に対し、プレドニゾロン15mg内服を開始した。その後、加療目的で入院し、ステロイドパルス療法を2日間行った。パルス療法の間、プレドニゾロン内服を中止していた。パルス療法終了後、プレドニゾロン内服を再開する指示をしていたが、医師、看護師、薬剤師間の連携が悪く再開されていなかった。パルス療法の2日後、腎機能の悪化が進行し、肺炎を合併した。その後、血液透析を週3回行い、肺炎に対し抗生剤治療も行ったが、呼吸状態やX線写真上の改善にも関わらず炎症反応が続いた。パルス療法の10日後、薬を見直したところプレドニゾロンを内服していないことに気付いた。(他2件)		
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い ～処方間違いにより腫瘍用薬を非投与日に投与した事例～	2件
患者は、前医の紹介状と最終受診日の処方せんを入院時に持参した。その処方せんによると、複数の薬剤が6週間処方されており、そのうち、アルケランとプレドニンは処方日から数えて8日目を開始日として4日分処方されていた。患者は、アルケランとプレドニンを4日間服用し終わった翌日に入院した。主治医は、紹介状と処方せんを見た結果、アルケランとプレドニンを7日分継続処方し患者に投与した。その後、更に継続投与する指示を出した際、薬剤師が疑義照会し、当該薬剤はMP療法のため4日間のみ内服する薬剤であり、7日分過剰投与したことがわかった。(他1件)		
No.23	処方入力の際の単位間違い ～処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例～	3件
生後45日の超低出生体重児の患児にポンタールを投与することにした。主治医は、力価で1.5mg投与すべきところ、シロップ量で1.5mL(48.75mg)を処方し、看護師がその通りに投与したため、患児に予定していた約30倍の量を投与した。上級医がカルテを見て過量投与に気付いた。主治医は、ポンタールを処方するのが初めてであり、知識が不足していた。(他2件)		

1) の番号は、医療安全情報の提供番号を示しています。

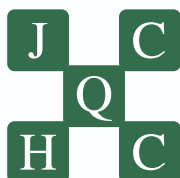
◆上記タイトルの未掲載事例につきましては、平成21年年報に掲載いたします。

※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総合評価部会の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://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

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

<http://www.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.44 2010年7月

コンセントの容量(定格電流)を超えた 医療機器や電気機器等の接続

コンセントの容量(定格電流)を超えて医療機器や電気機器等を接続した事例が5件報告されています。(集計期間:2006年1月1日～2010年5月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」(P130)に一部を掲載)。

**コンセントの容量(定格電流)を超えて
医療機器や電気機器等を接続した事例が
報告されています。**

事例の内容	件数
容量を超えた接続によりブレーカーが落ち停電した	3件
容量を超えた接続により発火した	2件
合計	5件

コンセントの容量(定格電流)を超えた 医療機器や電気機器等の接続

事例 1

患者は、循環管理のため、IABP、経皮的心肺補助装置を使用していた。また、患者は、輸液ポンプを複数台、CHDFウォームタッチなどを使用していた。心エコーを行った際、ブレーカーが落ち、経皮的心肺補助装置が作動しなくなり、患者の心拍数及び血圧が低下した。医療従事者は、コンセントに容量があることを意識していなかった。

事例 2

看護師は、器材室でシーラー包装機のコンセントを壁側にあるコンセント差込口に差し込んだ。その後、コンセント差込口が焦げ、電源コードが溶けた。確認するとコンセント差込口は15Aであるのに対し、シーラー包装機に必要な電流は16Aであった。

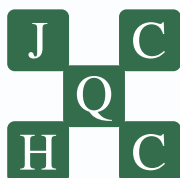
事例が発生した医療機関の取り組み

**電気を担当する部門と院内のコンセントの容量を
確認し、機器を適正に使用する。**

※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総合評価部会の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://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

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

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