



福岡医発第2400号

平成28年11月28日

各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報No.120」の提供について

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より福岡県保健医療介護部医療指導課を通じて別添のとおり「薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与」に関する通知がありましたのでお知らせいたします。

本通知ならびに医療安全情報、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://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、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周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 吉武靖博
会長 白石恒明

公印省略

28医指第266号-8

平成28年11月21日

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長

(医療指導課)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報 No.120」の提供について

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構から別添（写）のとおり情報提供がありましたのでお知らせします。

なお、上記医療安全情報を含め公益財団法人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://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、ご活用くださるとともに、貴会会員に対し周知していただきますようお願いいたします。

【担当】 医療指導係
長田

TEL 092-643-3274

FAX 092-643-3277

各医師会通知



事故防止 229 号
平成28年11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. 120」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、11月15日に「医療安全情報 No. 120」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 (<http://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。





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

医療 安全情報

No.120 2016年11月

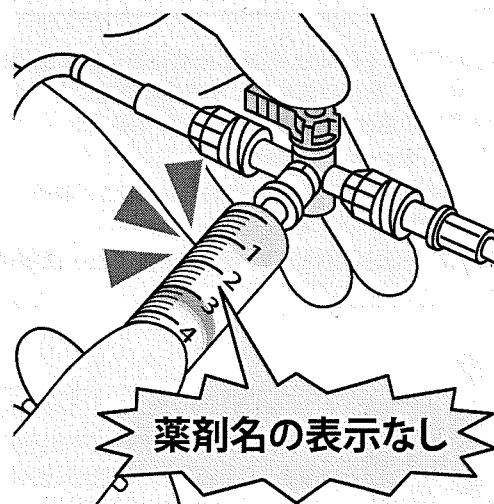
薬剤名の表示がない 注射器に入った薬剤の誤投与

患者に準備した注射器に薬剤名を表示しておらず、意図した薬剤とは別の薬剤を誤って投与した事例が3件報告されています(集計期間:2013年1月1日～2016年9月30日)。この情報は、第17回報告書「個別のテーマの検討状況」(P69)で取り上げた内容を基に作成しました。

薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤を投与したところ、意図した薬剤とは別の薬剤であった事例が報告されています。

注射器の サイズ	意図した薬剤	誤って 投与した薬剤
5mL	プロハンス静注 (MRI用造影剤)	チトゾール注用 (全身麻酔剤)
20mL	生理食塩液	ヘパリン (1万単位) +生理食塩液
20mL	ガスター 注射液1A +生理食塩液	フェンタニル注 0.1mg5A +生理食塩液

事例1のイメージ



薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与

事例 1

小児患者のMRI検査のため、医師は病棟でチトゾール注用0.5gを溶解後、5mLの注射器に小分けにして検査室に持参した。その際、注射器に薬剤名・患者氏名を明記することになっていたがしていなかった。医師は、検査室の台に自分の白衣とチトゾールの注射器を置いた。造影剤は準備されていなかったが、診療放射線技師は、台に置いてある注射器に他の技師が準備した造影剤が入っていると思い込み、医師へ手渡した。医師は造影剤にしては量が少し多いと思ったが確認しないまま、患者の状態を観察しながら投与した。投与直後に患者の呼吸数が低下し、間違いに気付いた。

事例 2

看護師は、ビソルボン注の急速静注とヘパリンの持続静注の更新のため、トレイを持って部屋に行った。トレイには、薬剤名のラベルを貼ったビソルボン注の注射器とビソルボン注の投与前後に注入する生理食塩液20mLの注射器、ラベルのないヘパリン1万単位+生理食塩液(合計20mL)の注射器の計3本が入っていた。看護師は、ラベルのない注射器に生理食塩液が入っていると思い込み、ビソルボン注の投与前後に全量投与した。その後、別の看護師がトレイ内に生理食塩液が残っているのを発見し、誤ってヘパリン調製液を投与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

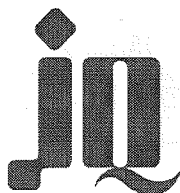
・注射器には必ず薬剤名を表示し、投与直前に確認する。

※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、本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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業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。



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.med-safe.jp/>