

福岡医発第82号(地)

平成28年 4月 8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.112」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「2015年に提供した医療安全情報」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 廣瀬真恵

公印省略

27医指第361号-12

平成28年3月23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.112」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 301 号
平成28年3月14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
特命理事（医療事故防止事業部担当）野本亀久雄
（公印省略）

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 112」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、3月14日に「医療安全情報 No. 112」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加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、当機構のホームページ（<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。



jq 公益財団法人 日本医療機能評価機構



2015年に提供した 医療安全情報

No.112 2016年3月

2015年1月～12月に医療安全情報No.98～No.109を毎月1回提供いたしました。
今一度ご確認ください。

番号	タイトル
No.98	カリウム製剤の投与方法間違い
No.99	★胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い
No.100	2014年に提供した医療安全情報
No.101	★薬剤の投与経路間違い
No.102	口頭指示の解釈間違い
No.103	2011年から2013年に提供した医療安全情報
No.104	★腫瘍用薬処方時の体重間違い
No.105	三方活栓の開閉忘れ
No.106	★小児の薬剤の調製間違い
No.107	電気メスによる薬剤の引火(第2報)
No.108	アドレナリンの濃度間違い
No.109	採血時の検体容器間違い

★のタイトルについては、提供後、2015年12月31日までに類似事例が発生しています。

◆以下の類似事例が発生しています。

No.99 胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い

医師は左側の胸腔穿刺を予定したが、右側であったと思い込み、エコーで右胸腔の胸水を確認した。看護師は、左右どちらの胸腔穿刺か知らないまま介助についた。局所麻酔後、医師は右側の胸腔穿刺を行ったところ、想定したよりも胸水が引けなかった。X線写真を再確認すると、多量の胸水が貯留していたのは左胸腔であり、左右間違いに気付いた。

No.104 腫瘍用薬処方時の体重間違い

看護師は、患者Aの検温表に体重を「42kg」と入力するところ、患者Bの体重「60.9kg」を誤って入力した。レジメンオーダ画面は検温表に入力した体重で投与量が計算される。患者Aの抗がん剤の処方の際、医師は患者Bの体重で計算された投与量でオーダしたため、過量投与となった。

No.106 小児の薬剤の調製間違い

医師は、ユナシン注(1.5g/V)30mgをブドウ糖液1mLに溶解して投与する指示を出した。看護師Aはユナシン注1Vは150mgであると勘違いしたため、ブドウ糖液5mLで溶解すると、30mgの薬液量は1mLになると計算し調製した。確認を依頼された看護師Bは、看護師Aと同様にユナシン注1Vを150mgと思い込み計算したため、間違いに気付かなかった。看護師Aは誤って調製したユナシン注300mgを患者に投与した。

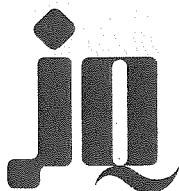
◆他の類似事例につきましては、平成27年年報に掲載いたします。

※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、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/>