

事故防止 258号
平成26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. 88」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. 88」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。

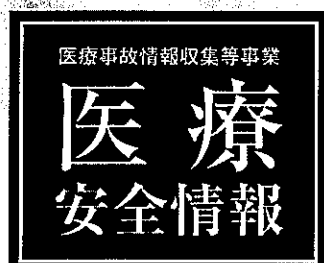
なお、この医療安全情報を含め報告書、年報は、当機構のホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）にも掲載いたしておりますので、貴管下医療機関等に周知いただきご活用いただければ大変幸いに存じます。

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。





公益財団法人 日本医療機能評価機構



No.88 2014年3月

2013年に提供した 医療安全情報



2013年1月～12月に医療安全情報No.74～No.85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.74	手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い
No.75	★輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い
No.76	2012年に提供した医療安全情報
No.77	★ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎(第2報)
No.78	★持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い
No.79	2006年から2011年に提供した医療安全情報
No.80	★膀胱留置カテーテルによる尿道損傷
No.81	★ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み
No.82	★PTPシートの誤飲(第2報)
No.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り
No.84	誤った処方の不十分な確認
No.85	★移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去

★のタイトルについては、提供後、2013年12月31日までに類似事例が発生しています。

No.78 持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い

患者は、入院時に他院で処方されたヒダントールF配合錠9錠を内服していた。院内ではヒダントールF配合錠が採用されておらず、持参薬確認表には「ヒダントールD配合錠+アレビアチン錠=ヒダントールF配合錠」と記載されていた。医師は薬剤師に、ヒダントールF配合錠9錠の処方量に相当するのは、院内で採用されているヒダントールD配合錠9錠+アレビアチン錠100mg9錠で間違いがないか確認し、処方した。内服を開始した数日後、患者が構音障害をきたしたため、フェニトイン血中濃度を測定したところ34.5 μ g/mLと高値であった。

◆持参薬のヒダントールF配合錠9錠(フェニトイン225mg、他)の切替え

ヒダントールD配合錠9錠(フェニトイン150mg、他) + 正)アレビアチン錠 25mg3錠(フェニトイン 75mg)
誤)アレビアチン錠100mg9錠(フェニトイン900mg)

No.80 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷

看護師は患者に18Frの膀胱留置カテーテルを挿入した際、尿の流出を確認できないまま、蒸留水をバルブから注入しバルーンを拡張した。その後、尿の流出がなかったため、バルーン内の蒸留水を抜きカテーテルを抜去したところ、尿道口から出血を認めた。

No.82 PTPシートの誤飲(第2報)

患者は鎮痛剤の注射後、傾眠状態であった。看護師は内服薬のPTPシートを1錠ずつ切り離し薬杯に入れ、後で内服するよう患者に説明した。その後、患者から「薬をシートごと飲み込んだ。喉のところでつかえている。」と言われ、PTPシートを誤飲したことが分かった。

◆他の類似事例につきましては、平成25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。

