



公益財団法人 日本医療機能評価機構



No.112 2016年3月

2015年に提供した 医療安全情報



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え

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/>