



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**

# 2013年から2015年に 提供した医療安全情報

No.127 2017年6月

## 2016年にも再発・類似事例が報告されています

◆2013年から2015年に提供した医療安全情報(No.74～109)のうち、2016年に再発・類似事例が報告されたタイトルおよび件数は以下の通りです。なお、報告件数が5件以上のタイトルのみ事例を掲載しています。

| 番号    | タイトル                                                                                                                                                                                                     | 2016年の<br>報告件数 |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| No.77 | <b>ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎(第2報)</b><br>第1報：医療安全情報No.33                                                                                                                                                        | 1件             |
| No.78 | <b>持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い</b>                                                                                                                                                                           | 2件             |
| No.80 | <b>膀胱留置カテーテルによる尿道損傷</b>                                                                                                                                                                                  | 7件             |
|       | 看護師は膀胱留置カテーテルを挿入した際、カテーテル内に尿の流出はなかったが、禁食のため膀胱に尿が溜まっていなかったと考え、バルーンに蒸留水を注入したところ、カテーテル内に血液が流出したため、抜去した。その後、泌尿器科医師が尿道損傷と診断し、膀胱瘻を造設した。                                                                        |                |
| No.82 | <b>PTPシートの誤飲(第2報)</b><br>第1報：医療安全情報No.57                                                                                                                                                                 | 8件             |
|       | 準夜勤看護師は、PTPシートを1錠ごとに切り離したプロチゾラム錠を、一包化の薬包から出した薬剤と一緒に薬杯に入れ、患者に渡した。深夜勤看護師は、プロチゾラム錠のPTPシートの確認ができていないと申し送られた。翌朝患者にPTPシートがあるか確認した際、患者は「喉のあたりがちくちくする。」と話した。その後、X線、CT撮影で食道に異物らしきものが残存していることがわかり、内視鏡でPTPシートを除去した。 |                |
| No.85 | <b>移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去</b>                                                                                                                                                                             | 8件             |
|       | 術後、患者を手術台からストレッチャーに移動する際、看護師は患者の腹部の上に採尿バッグを置いたが、採尿バッグのチューブの位置を確認していなかった。患者を移動したところ、チューブが手術台のサイドレールに引っかかり、膀胱留置カテーテルが抜けた。                                                                                  |                |
| No.87 | <b>足浴やシャワー浴時の熱傷</b>                                                                                                                                                                                      | 1件             |
| No.89 | <b>シリンジポンプの取り違い</b>                                                                                                                                                                                      | 1件             |

| 番号     | タイトル                                                                                                                                                                                                     | 2016年の報告件数 |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| No.90  | はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断                                                                                                                                                                                   | 1件         |
| No.92  | 人工呼吸器の配管の接続忘れ                                                                                                                                                                                            | 2件         |
| No.93  | 腫瘍用薬のレジメンの登録間違い                                                                                                                                                                                          | 2件         |
| No.94  | MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(第2報)<br>第1報：医療安全情報No.10                                                                                                                                                         | 3件         |
| No.99  | 胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い                                                                                                                                                                                        | 2件         |
| No.101 | 薬剤の投与経路間違い                                                                                                                                                                                               | 5件         |
|        | 医師は、静脈内にオンコビン、髄腔内にメソトレキセートとキロサイドを投与する予定であった。患者の抗がん剤は薬剤部で調製され、静脈内投与の薬剤が入ったトレイと髄腔内投与の薬剤が入ったトレイが病棟に届いていた。髄腔内投与の際、看護師は、患者のトレイが1つしかないと思い込み、トレイ内の注射器に入ったオンコビンを準備した。医師は、看護師から差し出された薬剤を清潔な注射器に吸い、オンコビンを髄腔内に投与した。 |            |
| No.102 | 口頭指示の解釈間違い                                                                                                                                                                                               | 1件         |
| No.104 | 腫瘍用薬処方時の体重間違い                                                                                                                                                                                            | 1件         |
| No.105 | 三方活栓の開閉忘れ                                                                                                                                                                                                | 3件         |
| No.106 | 小児の薬剤の調製間違い                                                                                                                                                                                              | 3件         |
| No.108 | アドレナリンの濃度間違い                                                                                                                                                                                             | 1件         |
| No.109 | 採血時の検体容器間違い                                                                                                                                                                                              | 1件         |

◆他の再発・類似事例につきましては、平成28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/>