

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.151 2019年6月

2018年に報告書で取り上げた 医療安全情報

2018年に公表した医療事故情報収集等事業 第52回～第55回報告書の「再発・類似事例の分析」で取り上げた医療安全情報のタイトルと主な事例を紹介します。

「再発・類似事例の分析」の詳細は、本事業ホームページに掲載しています。

<http://www.med-safe.jp/contents/report/similar.html>

番号	タイトル	掲載 報告書
No.19	未滅菌の医療材料の使用	第52回
<p>眼内レンズ(インジェクターと一体化)は、プラスチック包装されており、さらにアルミ包装に入り、外箱に入っていた。眼内レンズ挿入術の際、外回り看護師Aは外箱を開封してアルミ包装を取り出した。アルミ包装の中は滅菌済みであると思い、開封してプラスチック包装を器械台に出した。器械出し看護師Bはプラスチック包装を開封した。執刀医はインジェクターを受け取り、患者に眼内レンズを挿入した。その後、プラスチック包装は未滅菌であり、インジェクターのみが滅菌されていることが分かった。(※第52回報告書ではタイトルを「未滅菌の医療機器の使用」とした。)</p>		
No.71	病理診断報告書の確認忘れ	第55回
<p>黒色便で消化器内科を受診した患者に上部消化管内視鏡検査を行い、食道に病変部を認めため生検を行った。再診時、血液検査で貧血の進行がないことを確認したが、病理診断報告書は確認しなかった。その後、外来で経過観察をしていた。4年後、嚥下時のつまり感が出現したため上部消化管内視鏡検査を行った際、食道に癌を強く疑う所見を認め生検を行った。この時、4年前の病理診断報告書が未読であり、扁平上皮癌と記載されていることに気付いた。</p>		

2018年に報告書で取り上げた医療安全情報

番号	タイトル	掲載 報告書
No.85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	第53回
手術終了後、医師4名と看護師2名で患者を腹臥位から仰臥位に体位変換して退室用ベッドに移動する際、気管チューブ、末梢静脈ライン、動脈圧ライン、膀胱留置カテーテル、後頸部の皮下ドレーンの位置を確認した。ゆっくり体位変換を行ったが、皮下ドレーンが退室用ベッドの角に引っ掛かり抜けた。		
No.102	口頭指示の解釈間違い	第55回
患者は不規則抗体陽性のため、T&SオーダができずRBCが払い出されていた。手術後、輸血は不要であったため、婦人科医師は、RBCを輸血部に返却する意図で「返して」と麻酔科医師に伝えた。麻酔科医師は「返して」を患者に輸血すると解釈し、患者に不要な輸血を行った。		
No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	第54回
患者の体重は、入院時から50kg前後で推移していた。化学療法(Day1)の体重測定時、看護師は電子カルテに誤って70.1kgと入力した。医師は化学療法のオーダをする際、体重が誤っていることに気付かなかった。化学療法(Day8)の指示を確認していた病棟薬剤師が体重の誤りに気づき、過量投与されていたことが分かった。		
No.111	パニック値の緊急連絡の遅れ	第53回
血液検査で血糖値38mg/dL(パニック値)であったため、臨床検査技師は、外来のクラークに「緊急連絡値の報告です。グルコースが38と低値です。医師への報告をお願いします。」と伝えた。クラークは、患者の血液検査の結果を出力し、「検査部よりグルコース38、連絡ありました。確認をお願いします。」と記載してカルテ棚に置き、誰にも伝えなかった。15分後、看護師がカルテ棚の紙に気づき、医師へ電話したが通話中であった。看護師が患者を探したところ、患者は低血糖症状を自覚し飴を摂取していた。		

※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委員の意見に基づき、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す目的で作成された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 東京都千代田区神田三崎町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/>