



公益財団法人 日本医療機能評価機構



No.136 2018年3月

2017年に提供した 医療安全情報

2017年1月～12月に医療安全情報No.122～No.133を提供いたしました。
今一度ご確認ください。

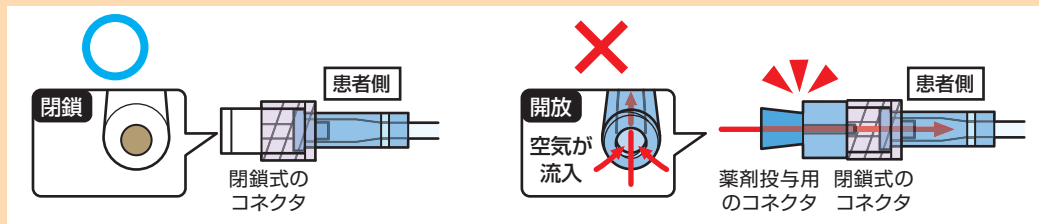
番号	タイトル
No.122	★透析前の体重測定の誤り
No.123	永久気管孔へのフィルムドレッシング材の貼付
No.124	2016年に提供した医療安全情報
No.125	術前に中止する薬剤の把握不足ー経口避妊剤ー
No.126	輸液中の四肢からの採血
No.127	2013年から2015年に提供した医療安全情報
No.128	手術部位の左右の取り違いー脳神経外科手術ー
No.129	併用禁忌の薬剤の投与(第2報)
No.130	★中心静脈ラインの開放による空気塞栓症
No.131	★インスリン単位の誤解(第2報)
No.132	★オーバーテーブルを支えにした患者の転倒
No.133	★胸腔ドレーンの大気への開放

★のタイトルについては、提供後、2017年12月31日までに再発・類似事例が報告されています。

◆以下の再発・類似事例が報告されています。

No.130 中心静脈ラインの開放による空気塞栓症

看護師は、シャワー浴のため中心静脈カテーテルの閉鎖式のコネクタから輸液ラインを外した。閉鎖式のコネクタに保護栓が必要であると勘違いし、薬剤投与用のコネクタを保護栓と思い、閉鎖式のコネクタに付けた。そのため中心静脈カテーテルが大気に開放された。その後、患者は呼吸困難を訴え、SpO₂値が77%に低下し、空気塞栓症が疑われた。

**No.132 オーバーテーブルを支えにした患者の転倒**

患者はトイレに行くためにベッドサイドで靴を履いた。靴の踵を直そうとオーバーテーブルに片手をついて片足を挙げた際にオーバーテーブルが動き、バランスを崩して転倒し、右大腿骨転子部を骨折した。

No.133 胸腔ドレーンの大気への開放

医師は胸腔ドレーンを挿入し、胸水を300mL排液後にドレーンをクランプした。その際、胸腔ドレーンバッグの水封部に滅菌蒸留水は入っていなかった。看護師は医師に「水が入っていないが良いか」と尋ねたが、医師はバッグの水封部には滅菌蒸留水が入っていると思い込んでおり確認しなかった。翌日、再度排液した際に10mLしか引けず、3時間後に患者の頸部から前胸部にかけて皮下気腫を認めた。医師は胸腔ドレーンを-5cmH₂Oで持続吸引するよう指示した。その後、エックス線撮影をしたところ皮下気腫の増大を認め、他の医師が水封していないことに気付いた。

◆他の再発・類似事例につきましては、平成29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/>