

事故防止 46号
平成30年6月15日

関係団体 殿

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
執行理事 後 信
(公印省略)

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 139」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、6月15日に「医療安全情報 No. 139」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加登録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、当事業のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) にも掲載いたしておりますので、医療事故の発生予防、再発防止のために、貴団体の取り組みにおいて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。



医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

2014年から2016年に 提供した医療安全情報

No.139 2018年6月

2017年にも再発・類似事例が報告されています

◆2014年から2016年に提供した医療安全情報(No.86~121)のうち、2017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3件以上の主な医療安全情報の事例を掲載しています。

番号	タイトル	2017年の報告件数
No. 89	シリンジポンプの取り違え	1件
No. 90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	2件
No. 93	腫瘍用薬のレジメンの登録間違い	1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) 第1報: 医療安全情報No.10	3件
No. 95	セントラルモニタの送信機の電池切れ	1件
No. 99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え	3件
No.101	薬剤の投与経路間違い	3件
	患者は、右前胸部にCVポート、左前腕に末梢静脈ルートを留置していた。CVポートから投与するフルカリック3号輸液を調製する際に、看護師Aと看護師Bは混注する薬剤の内容と量は確認したが、投与経路を確認しなかった。看護師Bは、注射指示書の投与経路の指示を確認しないまま、フルカリック3号輸液を末梢静脈ルートに接続した。8時間後、患者から左前腕の痛みの訴えがあり、発赤、腫脹、熱感を認めた。	
No.102	口頭指示の解釈間違い	3件
No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	1件
No.106	小児の薬剤の調製間違い	1件
No.107	電気メスによる薬剤の引火(第2報) 第1報: 医療安全情報No.34	2件

