



財団法人 日本医療機能評価機構



No.40 2010年3月

2009年に提供した 医療安全情報



2009年1月～12月に医療安全情報No.26～No.37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.26	血糖測定器への指定外の試薬の取り付け
No.27	★口頭指示による薬剤量間違い
No.28	2008年に提供した医療安全情報
No.29	★小児への薬剤10倍量間違い
No.30	★アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与
No.31	2006年から2007年に提供した医療安全情報
No.32	ウォータートラップの不完全な接続
No.33	★ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出
No.34	電気メスによる薬剤の引火
No.35	静脈ライン内に残存していたレミフェンタニル（アルチバ）による呼吸抑制
No.36	抜歯時の不十分な情報確認
No.37	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ

★のタイトルについては、提供後、2009年12月31日までに類似事例が発生しています。

No.27 口頭指示による薬剤量間違い

医師Aは患者にケタラールを3mg (0.3mL) /h持続静脈投与を意図して、「時間当たり3ミリ投与するように」と口頭で医師Bに指示した。医師Bは患者に3mL (30mg) /h投与した。医師Aは薬剤の単位を省略し、口頭で指示した。医師Bは内容を復唱して、医師Aに確認しなかった。

No.29 小児への薬剤10倍量間違い

医師は、1ヶ月の患児にKCL「0.45mL」処方するところ、計算を間違え「4.5mL」を投与した。その後、徐脈、ECG上ワイドQRSを認め、SpO₂が不安定になった。確認すると、予定した10倍量を投与したことに気付いた。

No.30 アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与

緊急入院した患者の前回入院時の看護プロフィールのアレルギー欄に「ボルタレン」と表示されていた。当院では、アレルギーがある場合、患者の個人ワークシートに記載することになっていたが、看護師はそれを忘れた。翌朝、38.2度の発熱を認めたため、別の看護師は当直医に病状を報告し、ボルタレン坐薬50mg投与の口頭指示を受け、患者に投与した。その後、患者に蕁麻疹、呼吸困難等が出現した。

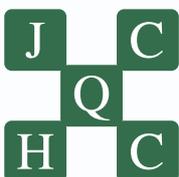
◆他の類似事例につきましては、平成21年年報に掲載いたします。

※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、当事業の一環として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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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。



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.jcqhc.or.jp/html/index.htm>