

事故防止 3 2 号
平成 2 2 年 6 月 1 5 日

関係団体 殿

財団法人日本医療機能評価機構
特命理事（医療事故防止事業部担当）野本亀久雄
（公印省略）

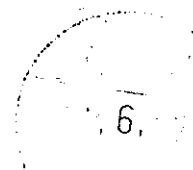
医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 43」の提供について

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. 43」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加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、当機構のホームページ（<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

2006年から2008年に 提供した医療安全情報

No.43 2010年6月

2009年にも類似事例が発生しています

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔 ～グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	2件
患者は、検査前に予定されていた浣腸を実施するために看護師とともに車椅子でトイレに行った。看護師は、患者に立位（前傾姿勢）でグリセリン浣腸を実施した。30分後、患者は腹痛を訴えた。CT検査により直腸穿孔がわかり、緊急手術を実施した。（他1件）		
No.4	薬剤の取り違い ～薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例～	3件
定時処方薬を調剤する際、フェノバルビタール散120mgをフェニトインで秤量した。分包・鑑査においても誤りに気付かず病棟へ払い出し、患者に投与した。1ヶ月後の血液検査でフェノバルビタールの血中濃度が低いと確認すると、調剤する際、取り違えたことがわかった。薬剤名が類似した同効薬剤が棚に並んでいた。（他2件）		
No.6	インスリン単位の誤解 ～インスリン過量投与に伴い低血糖をきたした事例～	4件
ソルデム3A 500mLにヒューマリンR4単位を混注し、60mL/hで持続輸液する指示が出ていた。看護師はソルデム3A 500mLにヒューマリンR4mL（400単位）を混注し、患者に投与した。2時間半後、患者に低血糖症状を認めた。（他3件）		
No.7	小児の輸液の血管外漏出 ～薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、何らかの治療を要した事例～	7件
14歳の患児に中心静脈ラインから輸液を投与していたが、滴下不良となり右母指に末梢ラインを確保した。留置後プロタノールとドルミカムを投与した。翌日、看護師Aは患者の末梢ライン挿入部の周囲が腫脹し白色に皮膚変色しているのを発見した。看護師Bは医師に報告し、点滴を除去し、挿入部をガーゼで保護した。翌日、母指第一関節末梢が壊死状態であった。（他6件）		

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.8	手術部位の左右の取り違え ～手術部位の左右を取り違えた事例～	4件
<p>医師は、患者に左鼠径ヘルニアの手術を予定していたが、術前に手術部位をマーキングする際、触診上右側に鼠径ヘルニアの脱出を認め、右側にマーキングをし、手術を開始した。執刀の際、麻酔科医は術側が左であることに気付き、左右取り違えに気付いた。医師は手術部位のマーキングを予め行わなかった。入室時にカルテを見て、口頭で術側を確認したが、マーキング後に確認を行わなかった。(他3件)</p>		
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い ～製剤の総量と有効成分の量を誤認した事例～	1件
<p>患者は、スピロラクソンを25mg内服していたが、医師はスピロラクソンを減量し、半量の12.5mgを処方することにした。スピロラクソン25mgは錠剤であり、それ未満の量を処方するため、医師はアルダクトンA細粒10%(有効成分:スピロラクソン)を製剤の総量を意図して「125mg」と処方入力した。薬剤師は、「mg」で処方された場合は有効成分の量を示していると思い、また、アルダクトンA(有効成分:スピロラクソン)「125mg」は通常成人に投与する量として大きく逸脱していなかったことから、処方入力された「125mg」を有効成分の量として調剤した。患者が12日間で内服したところで薬剤部が間違いに気付いた。</p>		
No.10	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み ～MRI検査室内へ磁性体(金属製品など)を持ち込んだ事例～	5件
<p>MRI検査の際、研修医が造影剤を投与するため患者に近づいた。この時、髪の毛を留めていた髪留め(金属性)がマグネット内に飛び込んだ。患者に危害がないことを目視と問診で確認し、続いて飛び込んだ髪留めを回収した。研修医は、MRI検査の前に、金属製の髪留めを取り外し忘れて検査室に入室し、引き付けられていることに気付いた時にはマグネット内に髪留めが飛び込んでいた。(他4件)</p>		
No.11	誤った患者への輸血 ～輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例～	2件
<p>医師は、患者A(A型)の輸血指示をICUチャートに「MAP2単位60/h(その間輸液40/h)」と記載し、「MAPある?」と深夜勤の看護師Bに聞いた。ICU内の輸血庫には患者C(O型)の血液製剤が2バックあり、看護師Bはそれを患者Aの血液製剤だと思い込んだ。看護師Bは、そのうちの1バックを持っていき、看護師Bは看護師Dと共に血液型、ロット番号を声に出して確認し、患者C(O型)の血液製剤を患者A(A型)に接続した。(他1件)</p>		

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.14	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続 ～複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者において、 輸液等を間違えて接続した事例～	2件
<p>医師Aは、小児の患者に対し胃内に注入すべき空気を静脈内に注入した。医師Bが麻酔をかけており、医師Aが挿管を担当した。医師Cは胃管を挿入し、静脈ライン用の三方活栓を胃管に接続し胃液バッグを接続した。術中、胃内に空気を注入するため、医師C、E、Fは、医師Aに胃管に接続された三方活栓から空気を100mL注入するよう指示した。医師Aは、胃管には通常三方活栓は接続されておらず、接続には黄色の専用注射器を使用すると思ったが、この時は三方活栓と聞いたため通常の注射器を準備した。医師Aは、胃管の三方活栓が見当たらなかったため、胃管を排液バッグ側からたどり、圧布の下で手に触れた、静脈に接続されている三方活栓を胃管に接続されている三方活栓だと思い、圧布の隙間から三方活栓に注射器を接続し空気を静脈内に注入した。(他1件)</p>		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違え ～手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備していたにも関わらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例～	3件
<p>手術の際、麻酔科医の指示で看護師は、ドルミカム1.5mgを静脈注射するところ、エスラックスを投与し、患者は頻脈、呼吸困難となった。確認したところ、ドルミカムではなく、エスラックスのシールが貼付されているシリンジが三方活栓に接続されており、エスラックスを投与したことがわかった。(他2件)</p>		
No.17	湯たんぼ使用時の熱傷 ～湯たんぼを使用した際、熱傷をきたした事例～	1件
<p>看護師Aは、患者に対し、手術後、湯たんぼを2個準備し、1個を足元から10センチ離れたところに置き、もう1個を両下腿の間に置いた。次の勤務帯の看護師Bは、患者が使用している湯たんぼは足元に置いてある1個だけだと思った。その後、患者は、左大腿部の疼痛を訴えた。確認すると左大腿部内側が発赤し、熱感と3箇所の水疱形成を認めた。</p>		
No.18	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い ～処方表記の解釈の違いにより薬剤量を間違えた事例～	1件
<p>体重約1.2kgの患児に抗生剤を投与する際、上級医と医師は、院内マニュアルの「セフメタ: 75-100mg/kg/日、3×」を一緒に見て投与量を計算した。上級医は、一緒に計算した1日量を確認するつもりで医師に「セフメタゾン120ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。医師は、「セフメタゾン1回120mg 1日3回」と解釈して処方し、患者に投与した。</p>		

番号 ¹⁾	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.20	伝達されなかった指示変更 ～関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例～	3件
<p>腎機能障害の患者に対し、プレドニゾン15mg内服を開始した。その後、加療目的で入院し、ステロイドパルス療法を2日間行った。パルス療法の間、プレドニゾン内服を中止していた。パルス療法終了後、プレドニゾン内服を再開する指示をしていたが、医師、看護師、薬剤師間の連携が悪く再開されていなかった。パルス療法の2日後、腎機能の悪化が進行し、肺炎を合併した。その後、血液透析を週3回行い、肺炎に対し抗生剤治療も行ったが、呼吸状態やX線写真上の改善にも関わらず炎症反応が続いた。パルス療法の10日後、薬を見直したところプレドニゾンを内服していないことに気付いた。(他2件)</p>		
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い ～処方間違いにより腫瘍用薬を非投与日に投与した事例～	2件
<p>患者は、前医の紹介状と最終受診日の処方せんを入院時に持参した。その処方せんによると、複数の薬剤が6週間処方されており、そのうち、アルケランとプレドニンは処方日から数えて8日目を開始日として4日分処方されていた。患者は、アルケランとプレドニンを4日間服用し終わった翌日に入院した。主治医は、紹介状と処方せんを見た結果、アルケランとプレドニンを7日分継続処方し患者に投与した。その後、更に継続投与する指示を出した際、薬剤師が疑義照会し、当該薬剤はMP療法のため4日間のみ内服する薬剤であり、7日分過剰投与したことがわかった。(他1件)</p>		
No.23	処方入力の際の単位間違い ～処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例～	3件
<p>生後45日の超低出生体重児の患児にポンタールを投与することにした。主治医は、力価で1.5mg投与すべきところ、シロップ量で1.5mL(48.75mg)を処方し、看護師がその通りに投与したため、患児に予定していた約30倍の量を投与した。上級医がカルテを見て過量投与に気付いた。主治医は、ポンタールを処方するのが初めてであり、知識が不足していた。(他2件)</p>		

1) の番号は、医療安全情報の提供番号を示しています。

◆上記タイトルの未掲載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。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>