



医政総発第0324002号
薬食安発第0324002号
平成21年3月24日

社団法人
日本臨床衛生検査技師会 会長殿

厚生労働省医政局総務課長



厚生労働省医薬食品局安全対策課長



医療事故情報収集等事業第16回報告書の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。
医療事故情報収集等事業につきましては、平成16年10月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しており、今般、(財)日本医療機能評価機構より、第16回報告書が公表されました。

本報告書における報告の現況等は、別添1のとおりです。また、別添2のとおり、共有すべき医療事故情報が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、本報告書の内容を確認の上、別添の内容について留意されるとともに、貴会会員に対して、周知方お願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途(財)日本医療機能評価機構から貴会宛に送付されており、同機構のホームページ(<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm>)にも掲載されていますので申し添えます。



医療事故情報収集等事業 第16回報告書のご案内

1. 報告の現況

(1) 医療事故情報収集・分析・提供事業 (対象：平成20年10月～12月に報告された事例)

表1 報告件数及び報告医療機関数

		平成20年			合計
		10月	11月	12月	
報告義務 対象医療 機関	報告件数	166	108	131	405
	報告医療 機関数	148			
参加登録 申請医療 機関	報告件数	11	14	12	37
	報告医療 機関数	26			
報告義務対象医 療機関数		273	273	272	-
参加登録申請医 療機関数		283	283	283	-

第16回報告書15～18頁参照

表2 事故の概要

事故の概要	平成20年10月～12月	
	件数	%
指示出し	6	1.5
薬剤	18	4.4
輸血	4	1.0
治療処置	91	22.5
医療用具等	38	9.4
医療機器	11	2.7
ドレーン・チューブ類	27	6.7
歯科医療用具(機器)等	0	0.0
検査	15	3.7
療養上の世話	181	44.7
その他	52	12.8
合計	405	100.0

第16回報告書25頁参照

(2) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業 (対象：平成20年7月～9月に発生した事例)

1) 参加登録医療機関：定点医療機関数 236施設、定点外医療機関 902施設

2) 報告件数 (第16回報告書49頁参照)

①総報告件数：59,773件 (報告医療機関数 315施設)

②分析対象：全般コード化情報 58,239件、記述情報 1,873件

2. 医療事故情報等分析作業の現況

報告された事例については、個別のテーマを設け医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて分析を行っています。今回の個別のテーマの検討状況は下記の通りです。

- (1) 薬剤に関連した医療事故 (第16回報告書 67～94頁参照)
 (2) 医療機器の使用に関連した医療事故 (第16回報告書 95～101頁参照)
 (3) 輸血療法に関連した医療事故 (第16回報告書 102～112頁参照)
 (4) ベッドなど病室の設備に関連した医療事故 (第16回報告書 113～121頁参照)

3. 共有すべき医療事故情報 (第16回報告書133～135頁参照)

報告された事例の中から、専門分析班等の検討により広く共有すべきであると考えられる事例をとりまとめています。今回の「共有すべき医療事故情報」は下記の通りです。

事例内容	報告件数
併用禁忌の薬剤に関連した事例	1件
注射器に準備された薬剤の取り違えの事例	1件
希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例	3件
鼻腔に留置した軟膏付コメガーゼの残存に関連した事例	2件
放射線療法の左右間違いの事例	1件
電気メスと引火性の薬剤を併用した事例	2件
セントラルモニターの受信設定忘れの事例	1件

*詳細につきましては、第16回報告書及び当機構のホームページ (<http://www.jcqh.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) をご覧ください

IV 共有すべき医療事故情報

【1】共有すべき医療事故情報

平成20年10月1日から同年12月31日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表Ⅳ-1-1に示す。なお、事業要綱改定に従い、前報告書（第15回報告書）において対象とされた事故事例についても同様に扱うことになった。

図表Ⅳ-1-1 共有すべき医療事故情報

概 要	内 容	本報告書参照 事例番号
薬剤	併用禁忌の薬剤に関連した事例が報告された。 肺炎の患児に、抗生剤メロペンを4日間点滴治療した。その後、退院したが翌日強い不穏症状が現れ他院で診察を受けた。家族は、他院の医師から「抗てんかん薬を服用中にメロペンを投与したため、バルプロ酸の血中濃度が下がり不穏症状が生じた可能性がある」と説明を受けた。当院で確認すると、持参薬の抗てんかん薬を内服している患者にメロペンを点滴投与したことがわかった。	72頁 図表Ⅲ-2-1 No21
薬剤	注射器に準備された薬剤の取り違えの事例が報告された。 看護師が、薬品冷蔵庫に保管されているヘパリン生食を取り出す際に、他の患者のネブライザー用に準備されたピソルボン液（吸入用原液）を誤って取り出し、患者の末梢静脈のルートより静脈注射した。病棟では静脈注射用薬剤と外用の薬剤が同じ冷蔵庫に保管されていた。	69頁 図表Ⅲ-2-1 No5

概要	内容	本報告書参照事例番号
薬剤	<p>希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例が報告された。</p> <p>デノシンの指示は『「デノシン（500mg）1バイアルを注射用水20mLで溶解し、うち5mL＝75mgを生食100mLに混ぜて、100mL/hで点滴」（本来は3mL＝75mgと記載するべきであった）』と指示簿に印字されていた。看護師は5mL（125mg）を混ぜたため、過量に投与した。</p>	70頁 図表Ⅲ-2-1 No9
	<p>プログラフ（5mg＝1mL）を生食で10mLとし、そのうち0.5mL（0.25mg）を生食100mLに混ぜて2mL/hで投与する指示が出ていた。その後、プログラフを1.0倍希釈した0.3mL（0.15mg）を生食100mLに混ぜる指示を出すところ担当医は指示簿に「プログラフ0.15mg＝0.3mLを生食100mLに混ぜて作成」と記載した。看護師はそれを見てプログラフ原液0.3mL（＝1.5mg）を生食に混ぜて薬液を作成し、患者に投与した。</p>	70頁 図表Ⅲ-2-1 No10
	<p>医師は、オリベス点滴1%200mL（希釈型リドカイン2000mg）から50mg（5mL）を抜き取り、オリベス点滴用1%50mg＋5%ブドウ糖50mLを30分で投与する指示をしたが、看護師は、オリベス点滴用1%200mL＋5%ブドウ糖50mLを準備し、患者に投与した。看護師は、薬剤を請求する際に、オリベス点滴用1%200mLのリドカインの含量が50mgだと思い込んだ。</p>	71頁 図表Ⅲ-2-1 No13
治療・処置	<p>鼻腔に留置した軟膏付コメガーゼの残存に関連した事例が報告された。</p> <p>慢性副鼻腔炎の患者に対し、手術中、右鼻腔にコメガーゼ（クロマイ軟膏付）2枚5組を留置し、左鼻腔にコメガーゼ（クロマイ軟膏付）2枚3組を留置した。術後2日目、医師は両鼻腔よりコメガーゼ1組を抜去した。同日、患者から「ガーゼが口から抜けた」と報告があり、看護師は2枚のコメガーゼを認め、医師に報告した。術後5日目、医師は鼻腔コメガーゼを抜去した。ファイバーで確認してもガーゼの残存はなかった。退院後、患者が鼻をかんでいた際に、コメガーゼが排出された。</p>	該当なし
	<p>左眼窩吹き抜け骨折に対し、整復手術を施行し、コメガーゼ3×20cm（クロマイ軟膏付）2枚2組を鼻腔内に留置した。術後6日目、コメガーゼ2枚を抜去した（手術の引継ぎ用紙にコメガーゼ2枚と記載してあった）。この際に、通常行うファイバーによる観察を実施しなかった。退院後、祖母から鼻腔内からガーゼが出てきたと連絡があった。医師がファイバーにて診察したところ、1枚のガーゼが残存していた。</p>	

概 要	内 容	本報告書参照 事例番号
治療・処置	<p>放射線療法 of 左右間違いの事例が報告された。</p> <p>患者は右乳癌の術後放射線治療目的で他院から紹介され放射線化外来を受診した。CTシミュレーションの予定の日、患者が遅れてきたため、照射部のマーキングをしなかった。その後、医師がカルテの部位確認を怠り、治療計画書の照射部位を『左』と記載した。ライナックグラフィは治療計画書で確認し、『左』に施行した。約1ヶ月、25回放射線治療を行った。紹介された病院を患者が受診した際に、医師が照射部位間違いに気付いた。患者はおかしいと思っていたが、再発防止のために照射しているものと思っていた。</p>	該当なし
治療・処置	<p>電気メスと引火性の薬剤を併用した事例が報告された。</p> <p>潰瘍性大腸炎の治療のため、回腸ストマ、S上結腸粘液ろうを造設した。閉腹後、ストマを作るため正中創にノベクタンスプレーを填霧した。その後、皮膚切開に電気メスを使用したところ、皮膚のノベクタンスプレーに引火した。すぐに消火したが患者に熱傷をきたした。</p> <p>術前の消毒後、患者の体はシーツで覆われていた。マスクンエタノールで追加消毒し、電気メスで皮膚を切開したところ、マスクンが浸透していたシーツに引火し発火した。</p>	<p>74頁 図表Ⅲ-2-1 No29</p> <p>74頁 図表Ⅲ-2-1 No30</p>
医療機器	<p>セントラルモニターの受信設定忘れの事例が報告された。</p> <p>患者Aの心電図は送信機①を使用し、セントラルモニター（8人用）に表示されていた。数日後、患者Aの送信機②に変更し、患者Bに送信機①を使用し、セントラルモニター（3人用）に患者Bの心電図を表示することとなった。この際セントラルモニター（8人用）のチャンネルを送信機②に設定しなかったため、セントラルモニター（8人用）とセントラルモニター（3人用）の両方に患者Bの心電図が表示された。モニターがナースステーションの別々に入り口に設定されていたため両方のセントラルモニターに患者Bの心電図が表示されていることに気付かなかった。次の日、患者Aの波形（実際には患者Bの波形）がA1であったため、一次ペーシングを実施した。ペーシング終了後に看護師がモニターの波形が患者Bのものであったことに気付いた。</p>	該当なし

【2】 再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」

過去に公表した報告書において共有すべき医療事故情報として掲載し、再び報告のあった事例の概要を図表IV-1-2に示す。

図表IV-1-2 共有すべき医療事故情報 (再掲分)

概要	内容	本報告書参照事例番号
薬剤	<p>名称の類似による薬剤間違いが報告された。 (平成19年年報204頁)</p> <p>当直医Aは電子カルテに「サクシゾン」を入力するため、検索に「サクシ」と入力し、表示された「サクシン」を「サクシゾン」と勘違いして入力し、「サクシン200mg 2A+生食100mL」を指示した。看護師Bが薬剤部にサクシンを取りに行き、看護師Cと2人で確認をし、投与した。1時間後、看護師Dが訪室した時は患者の体動がみられたが、その約1時間後、看護師Dが訪室すると患者は呼吸停止していた。当直医Aは投与した薬剤を看護師Bに確認したところ、入力を間違え「サクシン」を指示したことに気付いた。</p>	<p>69頁 図表Ⅲ-2-1 No1</p>
	<p>医師は紙カルテに「チウラジール(50mg)1日1錠朝食後」と記入した。事務員は、レセプトコンピューターに入力する際、薬剤名を「チ」で検索し、一番最初に表示された「チラージンS」をコンピューターに入力した。院外薬局では処方箋通りの薬剤を患者に払い出した。2週間後の受診では、患者にチウラジールが処方され、調剤薬局より前回と処方内容が全く異なる点を指摘され、前回の処方箋の入力間違いに気付いた。</p>	<p>69頁 図表Ⅲ-2-1 No2</p>
	<p>患者に対し、チウラジール50mg 6錠1日3回5日分の処方が出されたが、薬剤師Aは誤ってチラージンS 50μg 6錠5日分を調剤した。鑑査者(薬剤師B)は処方箋をみたが薬剤が違うことに気付かず、錠数を確認後、病棟に払出した。病棟で看護師は、ダブルチェックを行ったが、ヒートの薬剤名と薬袋に記載された薬剤名を確認せず間違いに気付かなかった。患者は、薬袋に明記されている薬品名と、薬のヒートに記された名前が違うと気付いていたが、看護師や薬剤師に確認することなく4日間内服した。</p>	<p>69頁 図表Ⅲ-2-1 No3</p>
薬剤	<p>薬剤の注入経路を誤って投与した事例が報告された。 (平成19年年報205頁)</p> <p>腹腔内持続洗浄は、生食500mLに輸液セット+三連プラネクタ付き延長チューブ(JMS社製)を接続したものを、ブリードレーン(イリゲーションタイプ)のコネクターに接続し、輸液ポンプを用いて行われていた。担当看護師は誤って腹腔内持続洗浄用ラインのプラネクタに血小板輸血ラインを接続した。ラインの途中に「洗浄用」と書かれた緑のテープが貼ってあったが見落した。</p>	<p>103頁 図表Ⅲ-2-10 No3</p>

概要	内容	本報告書参照 事例番号
輸血	<p>輸血の患者間違いが報告された。 (平成19年年報206頁)</p> <p>9歳の患者A(O型)、患者B(A型)にMAPオーダーがあり、準備をした。医師と看護師がダブルチェックし、50mLの注射器に分注し、注射準備台を別々にして、それぞれ受け持ち看護師が準備した。2人の患者ともほぼ同時刻に1本目は医師と看護師がダブルチェックし、シリンジポンプを使用して輸血製剤の投与を開始した。患者Aの1本目の輸血が終了しアラームに気付いたリーダー看護師はシリンジに準備された患者Bの輸血を患者Aの輸血だと思い込み、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師は受け取ったシリンジを確認せず患者Aに投与した。</p>	<p>105頁 図表Ⅲ-2-10 No1</p>
治療・処置	<p>手術の際、ガーゼカウントしたにも関わらず、体内に残存した事例が報告された。(第14回報告書127頁)</p> <p>平成18年帝王切開術をした患者。ガーゼの枚数を確認後、手術を終了した。平成20年10月腹痛により近医を受診し、ガーゼ遺残がわかった。開腹手術にて除去した。</p>	<p>該当なし</p>
治療・処置	<p>歯科診療の際の部位間違いの事例が報告された。 (第15回報告書170頁)</p> <p>患者は全身麻酔下の上顎正中過剰埋状歯2歯を抜去予定であったが、未萌出の左上顎側切歯をそのうちの1歯と誤認し、抜歯した。術後のX線で過剰埋状歯の残存により左上顎側切歯の誤抜歯に気付いた。</p>	<p>該当なし</p>
治療・処置	<p>眼科手術の際の眼内レンズの間違いに関連した事例が報告された。 (第15回報告書170頁)</p> <p>手術時、術野に集中していたため眼内レンズの屈折度数確認を怠り、屈折度数が適正でない眼内レンズを眼内に挿入した。術後の視力検査で度数のズレに付き、入れ替えの手術を行った。</p>	<p>該当なし</p>

概要	内容	本報告書参照事例番号
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の接続外れや緩みに関連した事例が報告された。 (平成19年年報208頁、第14回報告書130頁、)</p> <p>人工呼吸器(CV5000)の低圧アラームが鳴り始めたため、看護師は回路にリークがないかを確認し、接続した。しかし、再度アラームが鳴るため、医師が診察した。回路を確認すると、呼気弁アルファに接続している呼気弁チューブ接続コネクタが外れていたことに気付いた。</p>	<p>96頁 図表Ⅲ-2-7 No1</p>
	<p>人工呼吸器(ニューポートベンチレータE150)の低圧アラームが頻回になり、SpO₂は61%に低下した。呼気弁と人工呼吸器本体をつないでいるチューブが外れていることに気付いた。</p>	<p>96頁 図表Ⅲ-2-7 No2</p>
	<p>人工呼吸器回路(サーボ900)の水抜きを行い再装着をした際にアラームが鳴りSpO₂が低下した。痰がたまっていると思い吸引を行ったが、痰は引けず呼吸状態はさらに悪化した。人工呼吸器を点検したところ、ウオータートラップがゆるんでいたことがわかった。</p>	<p>96頁 図表Ⅲ-2-7 No4</p>
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の誤接続に関連した事例が報告された。 (平成19年年報208頁、第14回報告書130頁)</p> <p>医師は酸素を投与するため人工呼吸回路にジャクソンリース(ORジャクソンリースセット)回路を接続した。その後、医師がフィルタ付人工鼻を接続したところ、その直後から患者が換気不能の状態となり気胸となった。</p>	<p>98頁 図表Ⅲ-2-7 No3</p>
医療機器	<p>電気メス・対極板による熱傷の事例が報告された。 (第14回報告書127頁)</p> <p>手術はCO₂レーザーと電気メスを併用していた。CO₂レーザーから電気メスに変更して使用する際誤ってレーザーのペダルを踏んでしまい、緑布に引火した。患者は左大腿後面に約10cm×30cmの熱傷を負った。</p>	<p>該当なし</p>
医療機器	<p>MRI(磁気共鳴画像)検査での事例が報告された。 (平成19年年報207頁)</p> <p>緊急MRI検査後、医師が患者を退室させる為に、酸素ポンペを積んだストレッチャーをMRI検査室内に入れた。その時技師が制止したが間にあわず、酸素ポンペが飛び出し検査台の直下のガントリーに吸着した。患者や技師に影響はなかった。医師はMRI検査前に金属類を外すことを知っていたが、MRI検査に続いて他の検査に行くことが多く、検査後ストレッチャーを検査室に入れる動作が習慣となっていた。また、当院では前室や柵など物理的な防護壁がなかった。</p>	<p>該当なし</p>

概 要	内 容	本報告書参照事例番号
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷の事例が報告された。 (平成19年年報212頁、第13回報告書144頁等)</p> <p>1歳4ヶ月の患児の保温の為、両下肢の間に温枕を置き、両下腿に加温したおしぼりにタオルカバーをしたものをおいた。約8時間半後に温枕がぬるくなっていたので、温枕とおしぼりを更新した。その30分後、血圧測定時に両下腿が熱く感じ、下腿の下に温枕が直接あたっているのに気付いた。その後左下腿に水泡形成、浸出液の流出が見られた。</p>	該当なし
その他	<p>口頭での情報伝達の間違いが生じた事例が報告された。 (第13回報告書142頁)</p> <p>医師は、看護師にドルミカム4mg投与することを意図して「ドルミカム4ミリ静脈注射」と口頭指示を出した。看護師は、ドルミカム4mL(20mg)投与する指示だと思い、注射器にドルミカム2A準備し、「ドルミカム2筒、4ミリ注射します」と言いながら実施した。</p>	71頁 図表Ⅲ-2-1 No12
その他	<p>ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例が報告された。 (第13回報告書142頁、第14回報告書130頁 第15回報告書172頁)</p> <p>夜間咳嗽が聞こえたため、病室を訪室すると、患者の首がベッド柵の間に挟まっていた。1本のベッド柵は外れかけていた。ベッド柵は高さが異なるものを使用していた。</p>	114頁 図表Ⅲ-2-13 No5