

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19年7月1日から同年9月30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に示す。なお、事業要綱改定に伴い、前報告書（第10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 共有すべき医療事故情報

概要	内容
薬剤	<p>処方箋に解釈の誤認により用法を誤って投与した事例が報告された。</p> <p>他科の医師はリン酸コデイン60mgを3回に分けて処方することを意図し「リン酸コデイン60mg、3×」とカルテに記載したが、主科の担当医は「3×」を1日3回と解釈し、処方箋に「リン酸コデイン180mg 分3」と記入した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 8番参照）。</p>
薬剤	<p>化学療法の投薬期間を間違えて投与した事例が3件報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 化学療法（アドリアシン、プリプラチン）において、本来、プロトコールでは2週間休薬予定であった。しかし、休薬すべき週にも薬剤を投与した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 12番参照）。 2) 化学療法カルボプラチンの投与を行っていた。1日目のみ投与する予定のカルボプラチンを、8日目、15日目にも投与した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 13番参照）。 3) 本来1日間のみ投与する予定であったシスプラチンが3日間投与された。化学療法の開始が週末となり、薬剤部とのダブルチェック機能が働かない状況であった（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 14番参照）。
医療材料	<p>医療材料の滅菌、未滅菌が簡単に判別できなかった事例が報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 手術前、業者から納入された滅菌タンポンガーセのインジケーターの色がはっきり滅菌後とわからなかったため、院内で滅菌し患者に使用した。確認すると、担当者が誤った材料番号で発注を行ったため、未滅菌の製品が納入されていた。タンポンガーセのインジケーターは滅菌・未滅菌の状態が簡単に判別できなかった。 2) 手術でソフトスポンXを使用した。ソフトスポンXに有効期限の印字がなく未滅菌のものであることがわかり、術野の洗浄などで対応した。本来、ソフトスポンXを滅菌して手術室内の棚に収納するきまりだが、業者から製品を受け取った事務員がきまりを知らず、未滅菌のままソフトスポンXを収納した。そのため棚には滅菌と未滅菌のソフトスポンXが混在していた。製品自体が個別装で滅菌・未滅菌の状態が簡単に判別できなかった。

医療事故情報収集等事業第11回報告書より抜粋<別添>

IV 共有すべき医療事故情報

概要	内容
治療・処置	<p>三方活栓の使用に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 左右の前腕に静脈末梢ルートを取り、それぞれ別の輸液を滴下していた。血管造影の際、右の静脈末梢ルートを中止し、左の静脈末梢ルートから2つの輸液を三方活栓を使い同時に滴下した。その際、ひとつのルートが三方活栓で閉塞されたままであった。</p> <p>2) 静脈末梢ルートの三方活栓の接続部位が外れて出血した。緊急時であったため、接続がきちんとされていない可能性があった。</p>
療養上の世話	<p>ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 患者はベッドの左側に設置されていたテレビのイヤホンを首に一周する状態で左右のベッド柵に固定していた。電動ベッドを上げる際、イヤホンの固定のことを忘れており首が絞められた状態となった。同室者からの「隣がうるさい」というナースコールで顔面蒼白になった状態で発見され、処置にて意識が戻った。</p> <p>2) 患者はオキシコンチン等を使用し疼痛コントロールをしていた。レンドルミン服用後、オーバーテーブルにもたれかかり座位で入眠していた。その後ベッドから上半身のみ転落した状態で発見された。上半身をのせていたオーバーテーブルが移動したと考えられた。</p>
その他	<p>施設管理に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 医療ガス修理工事を看護師長と業者責任者が主導して開始した。酸素ボンベへの切換えを行い、業者責任者は「酸素を止めます」と伝え、看護師長が返事をしたので酸素をバルブをしめた。看護師長は準備された酸素ボンベが各部屋の前になかったため、すべての患者に酸素が供給されていると思っていた。その後、患者家族からナースコールがあり、2部屋の酸素ボンベの交換ができていなかったことがわかった。</p> <p>2) 患者の輸血が入った血液保冷庫の温度は5度で管理されていた。夜間、薬局内の電源工事があり、工事担当者は血液保冷庫の電源を抜き、約1分後に再度電源を入れた。翌日、別の電源がはいっており、血液保冷庫の電源はきれたままであったため、患者の輸血は使用不能となった。</p>

【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-2に示す。

図表Ⅳ-2 「共有すべき医療事故情報」(再掲分)

概要	内容
薬剤	<p>類似した外観の薬剤取り違えが1事例報告された (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁、第9回報告書169頁、第10回報告書142頁)</p> <p>看護師は準備してあった袋の中からアドナとトランサミンを取り出したつもりだったが、実際はアドナとオムニカインを取り出し、点滴に混合した。 (事例概要については本報告書 63頁 図表Ⅲ-1 3番参照)。</p>
薬剤	<p>インスリンに関する事例が1件報告された。 (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁 第10回報告書142頁)</p> <p>1) 看護師が、ノボリンR 50単位 = 0.5mLのところをインスリンのバイアルを見誤って5mLと判断して実施した。(事例概要については本報告書 64頁 図表Ⅲ-1 9番参照)。</p>
医療処置	<p>グリセリン浣腸の腸管穿孔の事例が報告された。 (第3回報告書45頁、第5回報告書113頁、第8回報告書138頁、第7回報告書147頁、第10回報告書143頁)</p> <p>患者が排便困難のため浣腸を希望した。看護師は左側臥位でグリセリン浣腸を実施した。浣腸のチューブの先端6cmと患者の肛門周囲にワセリンを塗布し、チューブを挿入した。約2cm程度挿入したところで、患者より痛みの訴えがあり、チューブの抵抗感があった為直ちに抜去した。その後、再度同様にチューブを挿入しグリセリン液を注入した。その後患者は気分不快と肛門部の痛みを訴え、肛門上部に約5cmほどの水泡様の膨隆が見られ、CTで「直腸穿孔」と診断された。直腸内の硬便により浣腸チューブが屈曲し、粘膜を損傷し皮下にグリセリンが注入された可能性があった。</p>
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いが1件報告された。 (第8回報告書 137頁、第10回報告書 143頁)</p> <p>左側慢性硬膜下血腫で緊急入院、緊急手術で右側頭部を除毛し、穿頭、硬膜を切開しようとした時、患部の左右間違いであることに気付いた。</p>

医療事故情報収集等事業第11回報告書より抜粋<別添>

概 要	内 容
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷が2件報告された。 (第5回報告書113頁、第8回報告書138頁、第9回報告書170頁、第10回報告書143頁)</p> <p>1) 植物状態の患者を看護師2名で入浴介助した。担架の上で身体を洗い浴槽にお湯をためたが、2名の看護師はお互いに湯の確認をしたと思い込み、そのまま担架ごと浴槽に降ろしてしまった。お湯が熱いことにすぐ気づき、担架を上げたが、背部から臀部、両前腕後面、両踵部、左肘後面、仙骨部、左足背に熱傷を負った。</p> <p>2) 手浴の際、汚れが多いことを予測し、清拭車の蒸しタオルを少し冷ましたもので両手を1時間ほど蒸した後、タオルで汚れを落とし微温等で洗いなおした。その後皮膚剥離を2箇所発見した。蒸しタオルの温度確認を素手で行わず、手袋をした状態で確認し、適温であるか正確に確認しなかった。</p>