

## 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1月1日から同年3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に示す。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
薬剤	外形の類似による薬剤間違いが報告された（事例概要については本報告書75頁 図表Ⅲ-1 7番参照）。 ラシックス注と間違えて、ホリゾン注10mgを使用した。いずれも外形が茶色の注射液のアンプルであったため、思い込んでしまった。
薬剤	名称の類似による薬剤間違いが2事例報告された（事例概要については本報告書75頁 図表Ⅲ-1 1、2番参照）。 いずれもオーダーリング画面からの処方の際に薬剤選択を間違えた。1事例はニューロタンの指示をすべきところをニューレプチルと間違えて入力しており、1事例はスロービッドの指示をすべきところをスローケーと間違えて入力した。
輸血	輸血の患者間違いが2事例報告された。  1) 手術後、A患者が帰室したベッドサイドで主治医がB患者の濃厚血小板輸血の指示を口頭で行い、次の患者の手術のため、病室を離れた。受け持ち看護師はA患者の指示と思い込み、B患者の輸血をA患者に実施した。  2) 輸血保冷庫にA患者とB患者の濃厚赤血球が保存されていた。A患者に輸血の指示が出たため、保冷庫の中からシリンジに入った濃厚赤血球を取り出し実施した。後にB患者の濃厚赤血球をA患者に実施したことがわかった。患者が異姓同名であり、ともにカタカナで氏名が記載されていた。
医療機器	MR I（磁気共鳴画像）検査での事例が2事例報告された。  1) 交通事故後、MR I撮影中、患者から「臀部に熱感がある」とコールがあった。確認すると臀部の擦過傷に当てていた湿ったガーゼがMRIの磁気と共鳴したことが原因と考えられた。  2) MR I検査時、使用する薬剤を看護師はホーローのトレイで準備した。その後、撮影台を動かした際トレイがMR Iの磁気に引き付けられて飛んだ。
移動中	患者の移動中に起きた事例が報告された。 CT検査後、ベッドの直後から点滴架台がついていく形でICUへ搬送していた。扉を通過する際に点滴台の上端が上壁にぶつかり点滴架台が急停止した。ベッドは先行していたため点滴ラインが引っ張られる形となり、その際中心静脈ラインが抜去された。