

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に示す。内容・調査に時間を要する事例があることから、前回の報告書（第11回報告書）において対象とした事例を含め、事例を選択した。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
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。</p> <p>1) ハイカリック1号をIVHルートに接続すべきところ、静脈末梢ルートに接続した（事例概要については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、16番参照）。</p> <p>2) 経腸注入する内服薬を静脈内に誤って注入した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、15番参照）</p> <p>3) 皮下持続注入予定のところ誤ってCVカテーテルラインの側管へ接続した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、17番参照）</p>
薬剤	<p>薬瓶の表示を誤認して過量投与した事例が報告された。</p> <p>薬瓶のラベルの冒頭の表示で一瓶の総量が100mgだと思い、実際には5倍量投与した。（事例概要詳細については本報告書66頁 図表Ⅲ-1、11番参照）</p>
その他	<p>患者が疑問を投げかけたが、修正されずに実施された事例が報告された。</p> <p>患者は、点滴ボトルに書かれた薬の名前とプロトコールに書かれた薬の名前が違うことを疑問に思い質問をしたが、看護師は商品名と一般名の違いだと思い確認をしなかった。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、18番参照）</p>
薬剤	<p>薬剤のアレルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 検査伝票にはアレルギーなしへ印がつけられていたが、カルテのアナムネ用紙には、イオパミロン禁止の記載があった。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、24番参照）</p> <p>2) 患者は、前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていたが情報が伝わらずロピオン注50mgを静脈内投与し、呼吸困難が出現した。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、25番参照）</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。</p> <p>人工呼吸器の呼気弁ボディにフローセンサーを接続をするところ、フローセンサーと呼吸回路を誤って接続した。（事例概要詳細については本報告書92頁 図表Ⅲ-7、2番参照）</p>