

【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の事例が報告された。 (第9回報告書 169 頁、第10回報告書 142 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>手術の際、エフェドリンを準備するところをボスミンと、薬剤を取り違えた。エフェドリンとボスミンのアンプルの外観がよく似ていた。 (事例概要については本報告書 65 頁 図表Ⅲ - 1、1 番参照)</p>
薬剤	<p>インスリンに関する事例が報告された。 (第4回報告書 129 頁、第6回報告書 137 頁 第10回報告書 142 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>看護師 A は、「インスリン 1 単位は 0.1 mL (実際の 10 倍量)」と理解していた。 (事例概要については本報告書 66 頁 図表Ⅲ - 1、10 番参照)</p>
薬剤	<p>オーダ入力する際、端末操作の誤りによる薬剤の指示間違いの事例が報告された。 (第10回報告書 141 頁)</p> <p>フラグミン投与を指示する際に、7.5 U/kg/日を 75.0 U/kg/日と処方した。 (事例概要については本報告書 66 頁 図表Ⅲ - 1、9 番参照)</p>
薬剤	<p>ワーファリン服用中の患者の出血に関する事例が報告された。 (第6回報告書 137 項)</p> <p>生検直前に他医療機関にてワーファリンが増量され、易出血状態にあったことに気付かなかった。また、術前にワーファリンの内服は把握していたが、患者のワーファリンの内服量を十分把握していなかった。 (事例概要については本報告書 69 頁 図表Ⅲ - 1 33 番参照)</p>
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いが 2 件報告された。 (第8回報告書 137 頁、第10回報告書 143 頁、第10回報告書 143 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>1) 慢性硬膜外血腫にて手術室で本来右側にマーキングをすべきところ左側のマーキングを施行したため、開頭部位を間違えた。</p> <p>2) 手術の際、主治医は 3DCTA (3 次元血管撮影) の画像に表示された左右表示をもとに左側を開頭した。開頭後、別の医師が手術側ではない左を開頭されていることに気付いた。3DCTA の画像の画像表示は、システムのバージョンアップ作業のため約 1 ヶ月間、代替機を使用して処理されていた。この 1 ヶ月間に処理された画像データに仕様外の情報が 1 箇所表示された。その表示は、画像の回転と同期しない左右表示であったため、主治医は画像の左右を見誤った。</p>