

【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。

なお、MRIに吸着した磁性体の画像（図表Ⅳ-1-3）を掲載したので医療安全教育等の参考にさせていただきたい。

図表Ⅳ-1-2 「共有すべき医療事故情報」（再掲分）

概要	内容
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。 （第12回報告書141頁）</p> <p>電子カルテの記録に気付かず、検査実施医が患者との検査前の説明でキシロカインアレルギーに気付いたため、実施にいたらなかった。 （事例概要については本報告書71頁 図表Ⅲ-2-1 18番参照）。</p>
薬剤	<p>インスリンの単位の誤解に関連した事例が報告された。 （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、第12回報告書143頁）</p> <p>ヒューマリンRを100単位10mLだと思い、患者に10倍量投与した。 （事例概要については本報告書70頁 図表Ⅲ-2-1 7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、第12回報告書143頁）</p> <p>1) エクザール5.5mgと処方すべきところ5.5本(55mg)と入力し、患者に投与した。（事例概要については本報告書69頁 図表Ⅲ-2-1 4番参照）。</p> <p>2) ジゴシン散を入力する際、本来0.2mgと入力するところ、2mgと入力した。 （事例概要については本報告書69頁 図表Ⅲ-2-1 3番参照）。</p>
ドレーン・チューブ	<p>複数のドレーン等が留置されている患者において、間違ったドレーンに輸液を接続した事例が報告された。（第10回報告書142頁）</p> <p>フェンタニルを静脈から投与するところを洗浄用ルートの方活栓に接続した。 （事例概要については本報告書70頁 図表Ⅲ-2-1 9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、第12回報告書143頁）</p> <p>1) 脳出血の緊急手術で頭皮を切開し2カ所に穿頭を行ったところで誤って右側の開頭を行っていることに気付いた。</p> <p>2) 脳出血で救急外来から緊急手術となった。右側の部分剃毛を行い血腫除去を開始した。医師が術前所見と術中所見の差異から左右の間違いに気付いた。</p>