

概要	内容	本報告書参照事例番号
薬剤	<p>希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例が報告された。</p> <p>デノシンの指示は『「デノシン（500mg）1バイアルを注射用水20mLで溶解し、うち5mL＝75mgを生食100mLに混ぜて、100mL/hで点滴」（本来は3mL＝75mgと記載するべきであった）』と指示簿に印字されていた。看護師は5mL（125mg）を混ぜたため、過量に投与した。</p>	<p>70頁 図表Ⅲ-2-1 No9</p>
	<p>プログラフ（5mg＝1mL）を生食で10mLとし、そのうち0.5mL（0.25mg）を生食100mLに混ぜて2mL/hで投与する指示が出ていた。その後、プログラフを10倍希釈した0.3mL（0.15mg）を生食100mLに混ぜる指示を出すところ担当医は指示簿に「プログラフ0.15mg＝0.3mLを生食100mLに混ぜて作成」と記載した。看護師はそれを見てプログラフ原液0.3mL（＝1.5mg）を生食に混ぜて薬液を作成し、患者に投与した。</p>	<p>70頁 図表Ⅲ-2-1 No10</p>
	<p>医師は、オリベス点滴1%200mL（希釈型リドカイン2000mg）から50mg（5mL）を抜き取り、オリベス点滴用1%50mg＋5%ブドウ糖50mLを30分で投与する指示をしたが、看護師は、オリベス点滴用1%200mL＋5%ブドウ糖50mLを準備し、患者に投与した。看護師は、薬剤を請求する際に、オリベス点滴用1%200mLのリドカインの含量が50mgだと思い込んだ。</p>	<p>71頁 図表Ⅲ-2-1 No13</p>
治療・処置	<p>鼻腔に留置した軟膏付コメガーゼの残存に関連した事例が報告された。</p> <p>慢性副鼻腔炎の患者に対し、手術中、右鼻腔にコメガーゼ（クロマイ軟膏付）2枚5組を留置し、左鼻腔にコメガーゼ（クロマイ軟膏付）2枚3組を留置した。術後2日目、医師は両鼻腔よりコメガーゼ1組を抜去した。同日、患者から「ガーゼが口から抜けた」と報告があり、看護師は2枚のコメガーゼを認め、医師に報告した。術後5日目、医師は鼻腔コメガーゼを抜去した。ファイバーで確認してもガーゼの残存はなかった。退院後、患者が鼻をかんでいた際に、コメガーゼが排出された。</p> <p>左眼窩吹き抜け骨折に対し、整復手術を施行し、コメガーゼ3×20cm（クロマイ軟膏付）2枚2組を鼻腔内に留置した。術後6日目、コメガーゼ2枚を抜去した（手術の引継ぎ用紙にコメガーゼ2枚と記載してあった）。この際に、通常行うファイバーによる観察を実施しなかった。退院後、祖母から鼻腔内からガーゼが出てきたと連絡があった。医師がファイバーにて診察したところ、1枚のガーゼが残存していた。</p>	<p>該当なし</p>