

【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。

図表IV - 1 - 2 共有すべき医療事故情報（再掲分）

概要	内容	本報告書参照事例番号
薬剤	<p>名称の類似による薬剤間違いが報告された。 (平成19年年報204頁)</p> <p>当直医Aは電子カルテに「サクシゾン」を入力するため、検索に「サクシ」と入力し、表示された「サクシン」を「サクシゾン」と勘違いして入力し、「サクシン200mg 2A+生食100mL」を指示した。看護師Bが薬剤部にサクシンを取りに行き、看護師Cと2人で確認をし、投与した。1時間後、看護師Dが訪室した時は患者の体動がみられたが、その約1時間後、看護師Dが訪室すると患者は呼吸停止していた。当直医Aは投与した薬剤を看護師Bに確認したところ、入力を間違え「サクシン」を指示したことに気付いた。</p>	<p>69頁 図表Ⅲ - 2 - 1 No 1</p>
	<p>医師は紙カルテに「チウラジール(50mg) 1日1錠朝食後」と記入した。事務員は、レセプトコンピューターに入力する際、薬剤名を「チ」で検索し、一番最初に表示された「チラージンS」をコンピューターに入力した。院外薬局では処方箋通りの薬剤を患者に払い出した。2週間後の受診では、患者にチウラジールが処方され、調剤薬局より前回と処方内容が全く異なる点を指摘され、前回の処方箋の入力間違いに気付いた。</p>	<p>69頁 図表Ⅲ - 2 - 1 No 2</p>
	<p>患者に対し、チウラジール50mg 6錠1日3回5日分の処方が出されたが、薬剤師Aは誤ってチラージンS 50μg 6錠5日分を調剤した。鑑査者(薬剤師B)は処方箋をみたが薬剤が違うことに気付かず、錠数を確認後、病棟に払出した。病棟で看護師は、ダブルチェックを行ったが、ヒートの薬剤名と薬袋に記載された薬剤名を確認せず間違いに気付かなかった。患者は、薬袋に明記されている薬品名と、薬のヒートに記された名前が違うと気付いていたが、看護師や薬剤師に確認することなく4日間で内服した。</p>	<p>69頁 図表Ⅲ - 2 - 1 No 3</p>
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。 (平成19年年報205頁)</p> <p>腹腔内持続洗浄は、生食500mLに輸液セット+三連プラネクタ付き延長チューブ(JMS社製)を接続したものを、プリーツドレーン(イリゲーションタイプ)のコネクターに接続し、輸液ポンプを用いて行われていた。担当看護師は誤って腹腔内持続洗浄用ラインのプラネクタに血小板輸血ラインを接続した。ラインの途中に「洗浄用」と書かれた緑のテープが貼ってあったが見落した。</p>	<p>103頁 図表Ⅲ - 2 - 10 No 3</p>