

## 【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>末梢静脈から高濃度で投与されたメシル酸ガベキサートに関連した事例が報告された。（平成17年年報167頁、第14回報告書129頁）</p> <p>急性膵炎の治療目的として末梢からF O Y（メシル酸ガベキサート）（生理食塩水50mL＋F O Y 1500mg）を投与した。薬剤投与期間中、両手背の点滴漏れがあったが、腫脹は軽度であり、痛み・発赤がなかったため経過観察し、その後退院となった。5日後、右手背の腫脹・疼痛の訴えにより再入院となった。この時点では細菌感染による蜂窩織炎を疑い、約2週間治療を行った。その後も右手背の腫脹の程度は改善せず、左手背も腫脹したことから、皮膚科受診をしたところ、F O Yによる血管、軟部組織障害と診断された。患者には、中心静脈カテーテルは留置されていたが、高カロリー輸液を投与していたため、F O Yは末梢ラインからの単独投与を行っていた。また、注射用F O Yの安全性情報によると末梢から点滴を行う場合、0.2%以下の濃度で使用することとなっているが、今回は約3%の濃度で投与を行った。</p>	<p>82頁 図表Ⅲ-2-1 No35</p>
薬剤	<p>名称の類似による薬剤間違いが報告された。 （平成17年年報167頁、平成19年年報204頁、第16回報告書136頁）</p> <p>「エスカゾール」の処方を出したが薬剤科より「メルカゾール」が病棟に届いた。看護師2名でダブルチェックを行ったが、薬剤が違うことに気付かず、患者に投与した。1週間後の再処方でも「エスカゾール」が病棟に届き、薬剤間違いに気付いた。</p>	<p>69頁 図表Ⅲ-2-1 No3</p>
	<p>イトリゾールを投与する指示があり、看護師は薬剤部に取りに行った。薬剤師はワークシートに書いてあったイトリゾール1%20mLをイソゾールだと思い、「イソゾール」ねと言って看護師にイソゾールを渡した。看護師はそれをイトリゾールだと思って受け取った。看護師はイソゾールをイトリゾールだと思いゆっくり静脈注射した。翌日、薬剤部でイソゾールの在庫確認中、1本不足しており、薬剤を間違えたことに気付いた。</p>	<p>73頁 図表Ⅲ-2-1 No8</p>
	<p>病棟定時処方を調剤する際、フェノバルビタール散120mgを間違えてフェニトインで秤量した。分包・鑑査においても誤りに気付かず病棟へ払い出し、患者に投与した。その後の血液検査でフェノバルビタールの血中濃度が低いため主治医が薬剤科へ連絡し、調剤する際、フェノバルビタール散とフェニトインを取り違えたことに気付いた。</p>	<p>73頁 図表Ⅲ-2-1 No9</p>