

IV 共有すべき医療事故情報

【1】「共有すべき医療事故情報」

平成19年10月1日から同年12月31日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表IV-1に示す。内容・調査に時間を要する事例があることから、前回の報告書（第11回報告書）において対象とした事例を含め、事例を選択した。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
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。</p> <p>1) ハイカリック1号をIVHルートに接続すべきところ、静脈末梢ルートに接続した（事例概要については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、16番参照）。</p> <p>2) 経腸注入する内服薬を静脈内に誤って注入した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、15番参照）</p> <p>3) 皮下持続注入予定のところ誤ってCVカテーテルラインの側管へ接続した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、17番参照）</p>
薬剤	<p>薬瓶の表示を誤認して過量投与した事例が報告された。</p> <p>薬瓶のラベルの冒頭の表示で一瓶の総量が100mgだと思い、実際には5倍量投与した。（事例概要詳細については本報告書66頁 図表Ⅲ-1、11番参照）</p>
その他	<p>患者が疑問を投げかけたが、修正されずに実施された事例が報告された。</p> <p>患者は、点滴ボトルに書かれた薬の名前とプロトコールに書かれた薬の名前が違うことを疑問に思い質問をしたが、看護師は商品名と一般名の違いだと思い確認をしなかった。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、18番参照）</p>
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。</p> <p>1) 検査伝票にはアレルギーなしへ印がつけられていたが、カルテのアナムネ用紙には、イオパミロン禁止の記載があった。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、24番参照）</p> <p>2) 患者は、前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていたが情報が伝わらずロピオン注50mgを静脈内投与し、呼吸困難が出現した。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、25番参照）</p>
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の誤接続に関連した事例が報告された。</p> <p>人工呼吸器の呼気弁ボディにフローセンサーを接続をするところ、フローセンサーと呼吸回路を誤って接続した。（事例概要詳細については本報告書92頁 図表Ⅲ-7、2番参照）</p>

概要	内容
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の管理に関連した事例が報告された。</p> <p>患者に装着していた人工呼吸器（サーボ 900E）のウオータートラップの水の処理をした。その後、ウオータートラップ接続が片側において十分しまっていない状態であったことがわかった。</p> <p>（事例概要詳細については本報告書 92 頁 図表Ⅲ - 7、4 番参照）</p>

【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>

概 要	内 容
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷が3件報告された。 (第5回報告書 113 頁、第8回報告書 138 頁、第9回報告書 170 頁、第10回報告書 143 頁、 第11回報告書 132 頁)</p> <p>1) 患者はシャワー浴で麻痺側の左手を、支えになりそうな混合栓の上ののせて入浴していた。麻痺があったため混合栓を熱いとも感じなかった。シャワー浴後、左手に水泡、表皮剥離に気付いた。</p> <p>2) 看護師は素手で指を1、2秒入れて湯の温度を確認したが熱いという印象はなく、施行中は手袋を使用した。洗浄後臀部の皮膚が茶色に剥がれており、2度の熱傷と診断された。 (事例概要については本報告書106頁 図表Ⅲ-121番参照)</p> <p>3) 下半身麻痺の患者に保温の為、湯たんぽを準夜帯で使用した。湯たんぽ(ゴム製)は患者の足先から離していたが、次の日の昼にシーツに血液付着があることに気付いた。左第3～5指からの出血、皮膚剥離があった。湯たんぽは作成時90度弱の湯を使用して作成した。</p>