

### 3 再発・類似事例の発生状況

本事業では、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集し、個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて総合的に検討・分析を行い、更に、個別のテーマの他に「共有すべき医療事故情報」や「医療安全情報」により、広く共有すべき医療事故情報などを取り上げ公表してきた。

ここでは、これまで個別のテーマや「共有すべき医療事故情報」、「医療安全情報」として取り上げた再発・類似事例の発生状況について取りまとめた。

#### 【1】概況

これまで提供した「医療安全情報」において、本報告書分析対象期間（平成21年4月1日～6月30日）に報告された類似事例は、8項目10件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」が2件、「伝達されなかった指示変更」が2件であった。

また、これまで取り上げた「共有すべき医療事故情報」において本報告書分析対象期間に報告された類似事例は、19項目40件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、ガベキサートメシル酸塩を使用する際に輸液が血管外に漏出した事例が4件、療養上の世話において熱傷をきたした事例が2件、熱傷に関する事例（療養上の世話以外）が3件、小児への薬剤倍量間違いの事例が3件、アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例が4件、体内にガーゼが残存した事例が10件、検体に関連した事例が2件であった。

「医療安全情報」及び「共有すべき医療事故情報」に取り上げた類似事例の発生件数を図表Ⅲ-3-1に示す。

本報告書分析対象期間において発生した類似事例のうち、医療安全情報に取り上げた「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」、「誤った患者への輸血」、「伝達されなかった指示変更」、「口頭指示による薬剤量間違い」、共有すべき医療事故情報で取り上げた「禁忌食品の配膳間違い」について事例の詳細を紹介する。

図表Ⅲ - 3 - 1 平成21年4月から6月に報告された再発・類似事例

内容	件数	出典
薬剤の取り違い	1	医療安全情報No.4 (平成19年3月)
MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み	2	医療安全情報No.10 (平成19年9月)
誤った患者への輸血	1	医療安全情報No.11 (平成19年10月)
間違ったカテーテル・ドレーンへの接続	1	医療安全情報No.14 (平成20年1月)
湯たんぼ使用時の熱傷	1	医療安全情報No.17 (平成20年4月)
伝達されなかった指示変更	2	医療安全情報No.20 (平成20年7月)
処方入力の際の単位間違い	1	医療安全情報No.23 (平成20年10月)
口頭指示による薬剤量間違い	1	医療安全情報No.27 (平成21年2月)
ガベキサートメシル酸塩を投与する際輸液が血管外に漏出した事例	4	共有すべき医療事故情報(第3回報告書)
療養上の世話において熱傷をきたした事例	2	共有すべき医療事故情報(第5回報告書)
抗凝固剤(ワーファリン)を内服している患者に対して中止や開始の指示伝達が不十分で出血や梗塞などを来した事例	1	共有すべき医療事故情報(第6回報告書)
熱傷に関する事例(療養上の世話以外)	3	共有すべき医療事故情報(第9回報告書)
注射器に準備された薬剤の取り違いの事例(名前の記載なし)	1	共有すべき医療事故情報(第10回報告書)
小児への薬剤倍量間違いの事例	3	共有すべき医療事故情報(第10回報告書)
投与目的とは異なる場所へ輸液などを投与した事例	1	共有すべき医療事故情報(第10回報告書)
化学療法において腫瘍用薬を非投与日に投与した事例	1	共有すべき医療事故情報(第11回報告書)
ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報(第11回報告書)
アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例	4	共有すべき医療事故情報(第12回報告書)
血糖測定器の不適切な使用に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報(第13回報告書)
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報(第13回報告書)
体内にガーゼが残存した事例	10	共有すべき医療事故情報(第14回報告書)
シリンジポンプなどの流量設定の桁数間違いに関連する事例	1	共有すべき医療事故情報(第14回報告書)
検体に関連した事例	2	共有すべき医療事故情報(第15回報告書)
眼内レンズに関連した事例	1	共有すべき医療事故情報(第15回報告書)
禁忌食品の配膳間違い	1	共有すべき医療事故情報(第15回報告書)
希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例	1	共有すべき医療事故情報(第16回報告書)
アルチバ(レミフェンタニル)に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報(第17回報告書)

## 【2】「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報 No.10）について

### （1）発生状況

医療安全情報No.10（平成19年9月提供）では、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報掲載件数2件 集計期間：平成16年10月1日～平成19年3月31日）を取り上げた。MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込みに関する事例は、平成17年に1件、19年に2件、平成20年に1件報告された。平成21年1月～6月では4件報告され、そのうち、本報告書分析対象期間（平成21年4月～6月）に報告された事例は2件であった（図表Ⅲ-3-2）。


図表Ⅲ-3-2 「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	1	0	1
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	1	0	0	1	2
平成20年	1	0	0	0	1
平成21年	2	2	—	—	4

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報No.10「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.10 2007年9月

財団法人 日本医療機能評価機構



No.10 2007年9月

**MRI検査室への磁性体  
(金属製品など)の持ち込み**

MRI検査室内への磁性体（金属製品など）の持ち込みに伴う事故が2件報告されています（集計期間：2004年10月1日～2007年3月31日、第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

**MRI検査室には、患者および  
医療従事者が磁性体（金属製品など）を  
持ち込まないことの徹底が必要です。**

MRI室に持ち込まれた磁性体（金属製品など）

酸素ボンベ

ホーロー<sup>注</sup>製のトレイ

注）ホーローは、金属とガラス成分から構成されており、磁性体（磁力引き寄せられる性質を持つ物質）です。

医療事故情報収集等事業 **医療安全情報** No.10 2007年9月

**「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」**

**事例1**

患者を救急外来のストレッチャーで酸素吸入をさせながらMRI検査室に搬送した。入室時に、患者が金属製品を所持していないことを確認し、義歯と下着を外した。診療放射線技師は、ストレッチャーと酸素ボンベが、MRI専用であると思い込んでいたため、入室時にMRI専用であるかの確認を行わなかった。患者を撮影台に移動させるため、ストレッチャーをMRIの側まで移動させた際に、酸素ボンベが飛び出し、MRIガントリーに吸着した。

**事例2**

鎮静処置を要する幼児のMRI検査のために、看護師は鎮静処置の準備をホーロー製のトレイにし、検査室横の検査準備室に置いて退出した。診療放射線技師は、医師および患者がMRI検査室へ入室時に金属製品を所持していないことを確認した。その後、医師は、検査準備室に準備されていたトレイを持って検査室に入り、患児の足元の撮影台に置き処置を開始した。患児が入眠したため、撮影を開始すべく、撮影台を頭側へ移動させると、患児の足元に置いてあったホーロー製のトレイがMRIのガントリーに引き寄せられ、トレイにあった使用済みの物品が飛散し、その一部が患児に当たり口腔内損傷をきたした。


**事例が発生した医療機関の取り組み**

**MRI検査室には磁性体（金属製品など）を  
持ち込まないことを徹底する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の進行等の詳細については、当該医療ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
http://jqphc.or.jp/html/accident.htm#med-safe

※この情報の作成にあり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター  
医療事故防止事業部  
〒101-0062 東京都千代田区神田神保町3-11 三井住友海上物産ビル7階  
電話：03-5517-0255（直通） FAX：03-5517-0253（直通）  
http://jqphc.or.jp/html/index.htm

## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

夜間救急外来に搬送された患者にMRI検査を施行することとなった。救急外来で看護師AはMRI用ストレッチャーに患者を移し、身体に磁性体となる物が付いていないか看護師Bとダブルチェックを行った。また、患者は経鼻より酸素を投与していたため、カニューレを中央配管から移動用酸素ボンベに替え、酸素ボンベはストレッチャーの下の架台に収納した。

看護師Aは患者をMRI室に搬送し、放射線技師と再度磁性体の有無を口頭で確認した。ストレッチャーが検査台に近づいたところで、ストレッチャーの下にあった酸素ボンベがガントリー内に4時の方向で吸着した。患者に危害はなかった。

看護師Aと放射線技師は、磁性体の有無を確認する際、院内で決められたチェックリストを使用せずに口頭で行い、マニュアルで決められている金属探知棒も使用しなかった。また、酸素ボンベがMRI対応の物でなく、酸素ボンベがストレッチャーの下にあり視界に入りにくかった。放射線技師は、緊急のMRI検査であったため緊張していた。看護師Aは、育児休暇明けであり、入室時のマニュアルがあることを知らなかった。

### 事例 2

MRI検査の際、担当技師がベッドをガントリーから出し、続いて研修医が造影剤を投与するためガントリーに近づいた。この時、髪の毛をとめていた髪留め（金属性）がガントリー内に飛び込んだ。患者に危害がないことを目視と問診で確認し、続いて飛び込んだ髪留めを回収した。研修医は、MRI検査を担当する前に、放射線科担当医師によるオリエンテーションを受けており、危険性を十分に認識していたが、実際のMRI検査の前に、髪留め（金属性）を取り外し忘れ、検査室に入室し、引き付けられることに気が付いた時にはガントリー内に髪留めが飛び込んでいた。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

### 1) MRI実施時に行うべきこと

- ① MRI検査業務に従事する前に、確実に金属類を取り外す。
- ② 金属探知器を用いて金属類の残存を確認する。
- ③ 金属類の残存がないことを確認した者は実施者サインを記載する。
- ④ MRI対応酸素ボンベを使用する。

2) 教育や当該事例周知に関すること

- ① 医療安全管理マニュアルにMRI実施時に行うべきことを追加掲載した。
- ② マニュアルの周知と徹底、定期的な検証を行う。
- ③ 中途入職者や復帰者へのオリエンテーションを構築する。

(4) まとめ

平成19年9月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、MRI検査室には磁性体（金属製品など）を持ち込まないことを徹底することを掲載した。

その後、平成21年では半年に4件の類似事例の報告があり、類似事例の発生が続いている。

MRI検査室への磁性体の持ち込みを防ぐ方法として、本報告書分析対象期間内に報告された2事例の医療機関では、より具体的な対策に取り組むことを報告しており、本稿の中でそれを紹介した。今後も、引き続き類似事例発生の動向に注目していく。

### 【3】「誤った患者への輸血」(医療安全情報No.11)について

#### (1) 発生状況

医療安全情報No.11(平成19年10月提供)では、「誤った患者への輸血」(医療安全情報掲載件数6件 集計期間:平成16年10月1日~平成19年6月30日)を取り上げた。誤った患者への輸血に関連した事例は、平成17年に1件、平成18年に3件、平成19年に2件、平成20年に1件報告された。平成21年1月~6月では1件報告され、これは、本報告書分析対象期間(平成21年4月~6月)に報告された事例であった(図表Ⅲ-3-4)。

図表Ⅲ-3-4 「誤った患者への輸血」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	1	0	0	1
平成18年	1	1	0	1	3
平成19年	2	0	0	0	2
平成20年	0	1	0	0	1
平成21年	0	1	—	—	1

図表Ⅲ-3-5 医療安全情報No.11「誤った患者への輸血」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.11 2007年10月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業  
**医療安全情報**  
No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

輸血療法施行時に患者を誤った事例が6件報告されています。(集計期間:2004年10月1日~2007年6月30日。第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**報告事例のうち6件は、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例です。**

〈事例1のイメージ図〉

照合したつもり  
A氏、O型血液製剤 XXX-XXXX  
照合なし  
この患者はA氏に違いない

ナースステーション  
患者Bの病室

◆報告された事例6件のうち5件は、ナースステーションなどで輸血伝票やカルテなどと輸血用血液製剤の照合を行っていましたが、患者と製剤の照合を行わなかった事例です。

医療事故情報収集等事業  
**医療安全情報**  
No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

**事例1**

主治医は、患者Aの輸血用血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後、主治医が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

**事例2**

主治医は、患者CとDの2人分の輸血用血液製剤の準備を行ったところで他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行おうと、患者Dの輸血用血液製剤をトレイに入れ、患者Cの病室に行き、輸血用血液製剤が患者Cのものであるかを照合せずに接続した。その後、主治医は患者Cの輸血用血液製剤が投与されずに残っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したことに気付いた。

**事例が発生した医療機関の取り組み**

**院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する際は、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の進捗等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
http://jqa.or.jp/html/accident.htm#med-safe  
※この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。  
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター  
医療事故防止事業部  
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階  
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)  
http://jqa.or.jp/html/index.htm



## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

外来処置室で自己の血液細胞を使った細胞製剤の100mL投与を予定している患者が2名いた。患者Aは来院後に点滴を開始した。スタッフが患者Aと患者Bの細胞製剤を外来処置室に届けた。看護師Cは、そのスタッフと共に、連絡伝票と細胞製剤を照合し、外来処置室の処置台に2名分の細胞製剤を置いた。この時、外来処置室には患者Bは来ていなかった。看護師Cが、細胞製剤を取り出しているところに、患者Aの担当看護師Dが来たため、引き継いだ。看護師Dは処置台に置いてあった細胞製剤の2つとも患者Aに使用するものと思い、細胞製剤に輸血用ラインを付け、患者Aに名前を名乗ってもらい、輸血ラインを接続した。2分後、患者Aから細胞製剤に記載されている名前が違っていると指摘され、患者Aに患者Bの細胞製剤を接続したことに気付いた。

細胞製剤は、100mLの生理食塩水の点滴バックに詰め替えており、内容物が白濁しているため生理食塩水ではないことは明らかだが、外見は100mLの生理食塩水のバッグで、患者名を記載したラベルが貼付されているが、潜在的に見逃される可能性があった。細胞製剤の払出しや受け渡しについては、マニュアルがなく、細胞製剤を1人ずつ届けるシステムになっていなかった。また、臨床試験では、通常準備される点滴ラベルや指示書の発行がなかった。更に、外来通常業務量が比較的ピークに達する時間帯に臨床試験の治療が重なっていた。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 患者確認の手順を再度確認し毎回遵守する。
- ② 携帯端末機を活用した患者認識、製剤照合のシステムの導入を検討する。
- ③ 看護師などの入れ替えに配慮した定期的に勉強会を開催し、臨床試験の概要や実施、リスクについての理解や知識を深める。
- ④ 外来処置室での投与を中止し、輸血部の指導、管理下で細胞製剤療法を行うことを検討する。

## (4) まとめ

平成19年10月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する際は、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行うことを掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告を行った医療機関では、照合の手順の整備などを行うことや治療を行う医療従事者に対し、治療内容を適切に伝達・教育する必要性を改善策としてあげている。

今後も、引き続き類似事例発生の動向に注目していく。

## 【4】「伝達されなかった指示変更」（医療安全情報No.20）について

### （1）発生状況

医療安全情報No.20（平成20年7月提供）では、「伝達されなかった指示変更」を取り上げた（医療安全情報掲載件数2件 集計期間：平成18年1月1日～平成20年4月30日）。関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例は、平成18年に1件、平成19年に1件、平成20年に1件報告された。平成21年1月～6月では2件報告され、これらは、本報告書分析対象期間（平成21年4月～6月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-3-6）。

図表Ⅲ-3-6 「伝達されなかった指示変更」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	0	1	1
平成19年	0	1	0	0	1
平成20年	0	1	0	0	1
平成21年	0	2	—	—	2

図表Ⅲ-3-7 医療安全情報No.20「伝達されなかった指示変更」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.20 2008年7月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業  
**医療安全情報**

No.20 2008年7月

**「伝達されなかった指示変更」**

関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例が2件報告されています。（集計期間：2006年1月1日～2008年4月30日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部掲載）。

**関連する部署に指示変更が  
伝わらなかったため、変更前の指示が  
実施された事例が報告されています。**

変更前の指示	変更内容	変更すべきもの	実施の状況
腫瘍用薬の 投与	投与の中止	注射指示 (画面入力)	変更した (医師に伝わった)
		診療録	変更していない <small>外来化学療法室に伝わって いない</small>
		注射箋	変更していない <small>手術室に 伝わって いない</small>
右眼の手術	左眼に訂正	病棟での術前点眼	変更した
		手術申込み 診療録	変更していない <small>手術室に 伝わって いない</small>

医療事故情報収集等事業  
**医療安全情報** No.20 2008年7月

**「伝達されなかった指示変更」**

**事例**

外来化学療法法の指示は、医師が事前に診療録と注射箋に記載し、コンピュータの画面入力を行い、診察の当日、診察後に注射箋を確認する流れになっている。  
診察の当日、患者の白血球が低下しており、医師は、その日の腫瘍用薬（点滴）投与を中止した。医師は、コンピュータの画面入力により腫瘍用薬投与の注射指示を削除したが、診療録には腫瘍用薬投与中止の指示を記載するのを忘れた。また、腫瘍用薬投与中止のための注射箋の変更を行うのを忘れた。実施前に外来化学療法室の看護師が確認した診療録と注射箋には腫瘍用薬投与中止の記載がなかったため、薬剤の投与を開始した。

**事例が発生した医療機関の取り組み  
指示変更を確実に伝える仕組みを  
院内で構築する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例を元に、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の進捗等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
http://jqhcar.jp/html/accident.htm#med-safe  
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。  
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
〒101-0061 東京都千代田区三輪町1-4-17 東洋ビル10階  
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）  
http://jqhcar.jp/html/index.htm



## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

腎機能障害の患者に対し、プレドニゾロン 15mg 内服を開始した。その後、加療目的で当院内科に入院し、ステロイドパルス療法を2日間行った。パルス療法の間、プレドニゾロン内服を中止していた。パルス療法終了後、プレドニゾロン内服を再開する指示をしていたが、医師、看護師、薬剤師間の連携が悪く再開されていなかった。パルス療法の2日後、腎機能の悪化が進行し、肺炎を合併した。その後、血液透析を週3回行ない、肺炎に対し抗生剤治療も行ったが、呼吸状態やX線写真上の改善にも関わらず炎症反応が続いた。パルス療法終了10日後、薬を改めて見直したところプレドニゾロンを内服していないことに気付いた。医師は、入院時に患者が残薬を相当量持参したと思い込んでおり、内服を再開する指示をしていたが、処方をしなかった。薬剤師は患者から直接得た情報を医師や看護師に伝えなかった。看護師間では、日勤と準夜勤との間での指示受けのルールが守られず、医師と看護師間での残薬確認に関するルールも守られていなかった。

### 事例 2

研修医 A は主治医 B の監督下で、患者に対し生食にフェンタニルを混ぜたものを、シリンジポンプにより 6 mL/h で持続静注投与し、看護師が 8 時間ごとにシリンジを更新していた。これを 1 日ごとの更新にするため、研修医 A はフェンタニルの濃度を 3 倍に流速を 2 mL/h に変更し翌日から投与する注射指示を当日に入力した。この時、研修医 A は、注射指示簿の更新を行わず、注射濃度・流速が変更となっていることを看護師にも報告しなかった。当日のリーダーであった看護師 C は、患者にフェンタニルの指示があることを確認したが、組成と流量が変更されていることを確認しなかった。翌日の早朝、フェンタニルの輸液を更新する際、研修医 D は注射指示通りに調製した。看護師 E と看護師 F は、ラベルと注射指示簿でダブルチェックを行った。流量を確認する段階で看護師 E と看護師 F は、これまで 6 mL/h で持続投与されており、流量・組成変更の申し送りがないため、ラベルに 2 mL/h と記載されていたが 6 mL/h と書き直した上で患者に投与した。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 医療者間の連携及び相互に注意を喚起するシステムを構築する。
- ② 重要薬剤をシリンジポンプで投与する場合、注射オーダー及び指示を主治医と病棟スタッフで確認する。
- ③ 指示受け看護師は、流量・投与量の変更を含めた確認を行う。

#### (4) まとめ

平成20年7月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、指示変更を確実に伝える仕組みを院内で構築することを掲載した。

その後、平成21年では半年に2件の類似事例が報告され、その医療機関では、医療者間の連携及び相互に注意を喚起するシステムを構築するための具体的な改善策について検討が行われている。

本報告書分析対象期間内に報告された2事例とも、情報を発信する側と受け取る側での認識の違いや、情報を発信する側が1つの変更に対して複数の指示を行わなくてはならない点が背景となっている。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

## 【5】「口頭指示による薬剤量間違い」（医療安全情報No.27）について

### （1）発生状況

医療安全情報No.27（平成21年2月提供）では、「口頭指示による薬剤量間違い」を取り上げた（医療安全情報掲載件数2件 集計期間：平成18年1月1日～平成20年11月30日）。口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例は、平成18年に1件、平成19年に1件報告された。平成21年1月～6月では1件報告され、これは、本報告書分析対象期間（平成21年4月～6月）に報告された事例であった（図表Ⅲ-3-8）。


図表Ⅲ-3-8 「口頭指示による薬剤量間違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	1	0	0	0	1
平成19年	0	0	0	1	1
平成20年	0	0	0	0	0
平成21年	0	1	—	—	1

図表Ⅲ-3-9 医療安全情報No.27「口頭指示による薬剤量間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.27 2009年2月

財団法人 日本医療機能評価機構



医療安全情報  
No.27 2009年2月

### 「口頭指示による薬剤量間違い」

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が2件報告されています。（集計期間：2006年1月1日～2008年11月30日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部を掲載）。

**口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が報告されています。**

医師の口頭指示	医師が意図したもの	実際に投与したもの
「ラシックス1ミリ」	ラシックス 1mg	ラシックス 1mL (10mg)
「エフェドリン2ミリ」	生理食塩水9mLで10倍に希釈したエフェドリン 2mL (エフェドリンとして8mg)	希釈していないエフェドリン 2mL (80mg)

◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.27 2009年2月 ◆ ◆ ◆

### 「口頭指示による薬剤量間違い」

**事例 1**

新生児に対し、医師Aは、ラシックスを1mg静脈注射することを意図して「ラシックスを1ミリ投与してください」と、口頭で医師Bに指示をした。医師Bは、ラシックス1mL (10mg) を患者に投与した。


**事例 2**

当該部署では、エフェドリンを使用する際は、エフェドリン「ナガサ」1アンブル1mL (40mg/mL) を生理食塩水9mLで希釈している。患者に対し、医師Cは希釈したエフェドリン2mL (エフェドリンとして8mg) 投与することを意図して「エフェドリン2ミリ投与してください」と、口頭で医師Dに指示をした。医師Dは、希釈していないエフェドリン2mL (80mg) を患者に投与した。

**事例が発生した医療機関の取り組み**

**やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を省略せず、明確に量や条件を伝える。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家による検証、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の進捗等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
http://www.jcqh.or.jp/html/accident.htm#medsafe  
※この情報の作成に当たり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。  
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。


 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
 〒110-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10階  
 電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）  
<http://www.jcqh.or.jp/html/index.htm>

## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

術後、鎮痛薬としてケタラールの持続静注 3 mg (0.3 mL) を予定していた。麻酔医 A に対して麻酔責任医師 B が「時間あたり 3 ミリ投与」する指示を出した。麻酔医 A は時間あたり 3 mL (30 mg) と解釈し、投与した。術後時間が経過しても呼名反応がないため、ケタラールの影響を疑い、投与を中止した。投与量の確認を行ったところ、予定の 10 倍量が約 1 時間投与されていたことが判った。麻酔責任医師 B は薬剤の単位を省略して、口頭指示した。麻酔医 A は内容を復唱して、麻酔責任医師 B に確認しなかった。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① やむを得ず口頭指示を行う場合は、薬剤名や単位、量、希釈の条件などを省略せず、明確に伝える。
- ② 医師の口頭指示を受けた者は指示内容を復唱し、その内容を指示した医師と確認する。

## (4) まとめ

平成 21 年 2 月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を省略せず、明確に量や条件を伝えることを掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告された 1 事例の医療機関の取り組みは、医療安全情報で提供した内容と同一のものであり、それを医療機関内で周知・徹底することが今後も必要であることが示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

## 【6】共有すべき医療事故情報「禁忌食品の配膳間違い」（第15回報告書） について

### （1）発生状況

第15回報告書分析対象期間（平成20年7月～9月）において、禁忌食品の配膳間違いに関連した事例が1件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。その後、本報告書分析対象期間（平成21年4月～6月）に1件報告された。

### （2）事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

#### 事例1

病棟では、プレイルームで数人の患児が遊んでおり、保育士が患児の前にヨーグルトを置き、他の患者の家族が皆に食べさせていた。その結果、患児たちのうちの1人にアレルギー症状が出現した。保育士や他の患者家族に食物アレルギーなどに関するインフォメーションがなく、誰でも食事を食べさせることができる環境であった。また、ヨーグルトの数は、その日に急遽退院した患児の分が1つ含まれており、患児の数と一致していた。

### （3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① ネームバンドにアレルギーのマーク（赤色テープ）を貼る。
- ② おやつや食事を配るときは、必ずダブルチェックする。
- ③ 申し送りアレルギー患者の氏名を声に出して全員で確認する。
- ④ プレイルームに食物アレルギーを注意喚起するポスターを貼る。
- ⑤ アレルギーの患者は食事のトレイに色を変える。
- ⑥ おやつに食札をつける。

### （4）まとめ

食品の配膳については、医療関係者以外の関与が多いため、患者の食物アレルギー情報に関しては、よりわかりやすい表示が必要であることが示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。