

事故防止 4 4 号
平成 2 5 年 6 月 1 7 日

各都道府県知事
各保健所設置市長 殿
各特別区長

公益財団法人日本医療機能評価機構
特命理事（医療事故防止事業部担当）野本亀久雄
（公印省略）

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 79」の提供について

平素より当事業部の実施する事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、医療事故情報収集等事業において収集した情報のうち、特に周知すべき情報を取りまとめ、6月17日に「医療安全情報 No. 79」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加医療機関以外で希望する病院に提供いたしましたのでお知らせいたします。

なお、この医療安全情報を含め報告書、年報は、当機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) にも掲載いたしておりますので、貴管下医療機関等に周知いただきご活用いただければ大変幸いに存じます。

今後とも有用な情報提供となるよう医療安全情報の内容の充実に努めてまいりますので、何卒ご理解、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。





公益財団法人 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**

2006年から2011年に 提供した医療安全情報

No.79 2013年6月

2012年にも類似事例が発生しています

番号	タイトル ～内容～	2012年既報告 された件数
(事例)		
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔 ～グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	2件
<p>浣腸を実施する際、看護師は患者に左側臥位となるよう言ったが、患者の希望で右側臥位で実施した。反応便は無く、浣腸液流出と共にポータブルトイレの底に径10cm程度の下血(鮮血)があった。主治医は直腸診にて、直腸に腫瘍は無く、肛門の0時の位置に柔らかい内痔核があることを確認し、様子観察とした。5日後、退院前検査として腹部CTを撮影したところ、直腸の右側にairを認め、直腸の穿孔がわかった。(他1件)</p>		
No.4	薬剤の取り違い ～薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例～	2件
<p>降圧剤のアルマール2錠を分2で開始するところ、誤ってアマリール2錠を分2で処方した。約1ヵ月後の受診時に誤りに気づいた。患者は時々空腹感を覚えることがあり、HbA1c、FBSも軽度低下を認め、血糖値が低下していたと推測された。当院のオーダリングシステムでは、以前、薬剤の取り違いの対策としてアマリールの薬剤名の後に「糖尿病薬」の文字を表示していたが、システムが変更になった際に表示されなくなっていた。(他1件)</p>		
No.7	小児の輸液の血管外漏出 ～薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、治療を要した事例～	9件
<p>患児に、左足背末梢から輸液ポンプを用いてフィジオ35を50mL/hで投与していた。夜勤者から引き継ぎを受けた看護師が末梢静脈留置針の刺入部を観察したところ、左足背全体に輸液の血管外漏出によると思われる腫脹、硬結、大小12個以上の水疱形成、足指の色調不良を認めた。左膝から足首までは外観上明らかな左右差はなかったが、触診すると左足に軽度の硬結を認めた。整形外科医の診察の結果、減張切開が必要と診断された。(他8件)</p>		

番号	タイトル ～内容～	2012年6月報告された件数
【事例】		
No.25	診察時の患者取り違い ～外来診察の際、口頭で行った患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えた事例～	1件
患者は誤って娘の診察券で受付をした。診察に呼ぶ際、クランクが診察券の娘のフルネームを呼んだところ、患者が診察室に入った。医師は診察室で患者の確認を怠り、娘の氏名、番号のまま診察し、CT検査の指示を出した。CT撮影前に診療放射線技師が患者にフルネームと生年月日を言ってもらった際、依頼票と患者名が違うことに気付いた。		
No.27	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～	4件
不穏状態の患者に対し、リントンを使用した改善を認めなかった。看護師の依頼を受けた口腔外科当直医は、指導医に電話で連絡し「セルシン2ミリ(=2mg)」の指示を受けた。当直医は、2ミリの意味を2mL(=10mg)と理解し、静脈注射した。(他3件)		
No.29	小児への薬剤10倍量間違い ～小児に対する処方の際、薬剤量を10倍間違え、過量投与した事例～	3件
緊急帝王切開により出生した新生児はNICUへ収容された。新生児感染症に対し、人工呼吸器管理のもと抗生物質製剤を使用していたがCRPの上昇、血小板減少があり、メロペン+バンコマイシンに変更となった。主治医は変更のオーダーを行う際、バンコマイシンの用量を計算間違いし、1回0.027gであるところ0.27g(10倍量)とオーダーした。1回分投与されたところで主治医は過量であることに気付いた。(他2件)		
No.30	アレルギーの既往が分かっている薬剤の投与 ～診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなかったため、禁忌薬剤を投与した事例～	6件
第1子を帝王切開術にて出産した際、子宮収縮剤のアトニンを使用した。その際、頻脈とST低下が生じたが、電子カルテのアレルギー情報に登録されていなかった。2年後、第2子出産のため選択的帝王切開術を施行した際、術中に弛緩出血をきたし、アトニンを使用したところ、胸痛、ST低下、血圧低下などの症状が出現した。術中に血管拡張剤を使用して症状は改善した。(他5件)		

番号	タイトル ～内容～	2012年8月報告 2012年7月31日
【事例】		
No.53	病理診断時の検体取り換え ～病理診断において、別の患者の検体と取り換えた事例～	1件
<p>3名の患者のホルマリン固定した乳腺針生検の検体瓶が3本一緒に病理に提出された。本来、検体瓶に病理番号を記載後、検体瓶を番号順に並べるが、先に検体瓶を並べた。この時、並べる順番をA→B→CとするところB→C→Aと並べ、病理番号を記載した。3つ目の検体Aの病理申込書の氏名と検体瓶の氏名が異なることに気付き、検体取り換えが発見された。</p>		
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去 ～人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例～	5件
<p>人工呼吸器装着中の患者の口腔ケアの際に、担当看護師は気管チューブの固定を確認した。40分後、オムツ交換時に看護師2名で左側臥位へ体位変換を実施した際、人工呼吸器の回路をアームより外していたが、回路の保持が出来ていない状況だったため、気管チューブが抜けた。抜管後、バッグバルブマスクにて補助換気を実施し、再挿管した。酸素飽和度の変動はなかった。(他4件)</p>		
No.56	MRI検査時の高周波電流のループによる熱傷 ～MRI検査の際に、患者の皮膚と皮膚が接触していたため身体の一部に高周波電流のループが生じ、熱傷に至った事例～	1件
<p>MRI入室時、MRI担当の診療放射線技師は患者に金属・義歯・補聴器の有無の確認を行った後、検査台に仰臥位になってもらった。下腹部には4つ折りのタオルを置き、臍部から大腿部3分の1まで覆うボディコイルを設置し、検査を実施した。患者の検査衣は寝間着タイプであり、股から両大腿部にかけてタオルなどは入れなかった。単純撮影終了時に患者から「股の間が熱い」と訴えあり、診療放射線技師はボディコイルを外し、金属がないか確認をしたが、大腿部内側や股の皮膚の観察は行わなかった。4日後、再来院した患者から「先日のMRIの時に股が熱く、家に帰り見てみると、熱傷のような跡があった」と言われた。確認したところ、両大腿部内側に3cm大の発赤と1cm大の褐色の癬痕を認めた。その後、MRIの高周波ループによる熱傷であることが分かった。</p>		
No.57	PTPシートの誤飲 ～患者が薬剤を内服する際に、誤ってPTPシートから出さずに薬剤を服用した事例～	13件
<p>看護師Aは、内服薬7個をPTPシートのままカップに入れたものを弱視の患者に渡した。患者はいつも薬はPTPシートから出してカップに入っていたので、そのまま口に入れたところ、痛みがあり吐き出した。そのことを看護師Bに伝えたが、看護師Bは誤飲したとは考えず、吐き出された薬剤をPTPシートから出し、個数を確認しないまま投薬した。翌日、患者からこの出来事を聞いた看護師Cが誤飲の可能性を考え主治医に報告した。エックス線撮影をしたところPTPシート様のもので映し出され、内視鏡で異物除去を行った。誤飲した薬の数が不明であり、経過観察を要した。(他12件)</p>		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2012年6月報告 を04件数
〔事例〕		
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂 ～皮下用ポートが埋め込まれている患者において、カテーテルの断裂が起きた事例～	6件
<p>5年前に左鎖骨下静脈に挿入した抗がん剤治療用の皮下用ポート(現在は使用していない)のカテーテル部分が断裂し、カテーテルの先端部分が左肺動脈に迷入していた。患者に症状はなかったが、癌のフォローアップ目的のCT検査で断裂がわかった。入院し、血管内から摘出した。(他5件)</p>		
No.61	併用禁忌の薬剤の投与 ～医療用医薬品の添付文書上、併用禁忌(併用しないこと)として記載のある薬剤を併用した事例～	2件
<p>患者は自閉症で院外処方オーラップを内服していた。患者が風邪で外来受診した際、医師は院内処方でもクラリスを処方した。薬剤師は院外処方の内容を知らず、患者に薬を渡した。患者が昼に内服したところ、いつもと異なり傾眠傾向となった。家族からの連絡で確認したところ、クラリスは、オーラップの併用禁忌であることがわかった。(他1件)</p>		

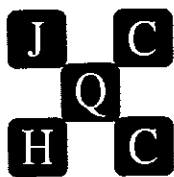
1)の番号は、医療安全情報の提供番号を示しています。

◆上記タイトルの未掲載事例につきましては、平成24年年報に掲載いたします。

※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総合評価部会の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。当事業の趣旨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.med-safe.jp/>

※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。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm>