



医政総発第0930001号
薬食安発第0930001号
平成20年9月30日

各都道府県医政主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局総務課長

厚生労働省医薬食品局安全対策課長

医療事故情報収集等事業第14回報告書の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。
医療事故情報収集等事業につきましては、平成16年10月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しており、今般、(財)日本医療機能評価機構より、第14回報告書が公表されました。

本報告書においては、別添のとおり共有すべき医療事故情報が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止のため、本報告書の内容を確認の上、別添の内容について留意されるとともに、貴管下医療機関に対して、周知方お願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途(財)日本医療機能評価機構から各都道府県知事宛に送付されており、同機構のホームページ(<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm>)にも掲載されていますので申し添えます。

(留意事項) 本通知の内容については、貴管下医療機関の医療に係る安全管理のための委員会の関係者、医療安全管理者、医薬品及び医療機器の安全使用のための責任者等に対しても、周知されるよう御配慮願います。

＜別添＞医療事故情報収集等事業第14回報告書より抜粋

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20年4月1日から同年6月30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-1-1に示す。なお、事業要綱に従い、前報告書（第13回報告書）において対象とされた事故事例についても同様に扱うことになった。

図表IV-1-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容	本報告書参照事例番号
治療・処置	手術の際、ガーゼカウントしたにも関わらず、体内に残存した事例が報告された。	
	1) 腹腔鏡下腎摘出術の際、執刀医はガーゼの残存を確認後、創洗浄をした。看護師は、閉創までに2回ガーゼカウントをし、執刀医に伝えていた。医師はガーゼカウントがあっただけのため術後のX線撮影をしなかった。また、術後2日目に撮影したCTをでも異常に気がつかなかった。発熱等の症状のため術後3日目にCTを撮影し、小腸漿膜にガーゼを発見した。	該当なし
	2) 下腹部傍腹直筋切開にて開腹した。最終ガーゼカウントを行い、透視で確認後閉腹した。翌日のX線撮影では気付かなかったが翌々日のX線撮影でガーゼの遺残に気付いた。再手術にてガーゼを摘出した。	該当なし
	3) 左肺切除後、術野の確認、ガーゼカウントがあっただけのため閉胸した。手術室内でX線撮影をし、複数の医師でチェックしたがガーゼの遺残に気付かなかった。翌日、ICUでのX線撮影でガーゼに気づき、摘出手術を行った。	該当なし
	4) 腓体尾部切除の閉創直前「ガーゼは？」という質問に「OKです」という声を聞き、手術を終了した。翌日のポータブルのX線撮影でガーゼと思われる異物を発見した。	該当なし
医療機器	電気メス・対極板による熱傷の事例が報告された。	
	1) 手術前に執刀医は電気メスの切開・凝固ボタンの作動を確認した。術中、電気メスの作動音が鳴り続けていることに気付いた。看護師が電気メスを持ち上げるとリネンが焼け、大腿1×0.5cmの皮膚の変化があった。電気メスの凝固ボタンが押されたまま戻っていない状態になっていた。	該当なし
	2) 手術中、電気メスで止血作業中に術野のガーゼが発火した。業者から、電気メスの使用中は熱傷の危険や発火防止の為にメス先電源はどこも触れない管理が必要であるとの結果をもらった。	該当なし
	3) 開腹による肝臓癌手術中にラジオ波を1回12分、計8回使用した。対極板は手術リネンの下の両大腿に貼った。対極板を剥がすと、右大腿部の2箇所3度の熱傷をきたしていた。使用中、対極板の状況を確認していなかった。	該当なし

概要	内容	本報告書参照事例番号
薬剤	<p>配薬中の中断業務に関連する事例が報告された。</p> <p>看護師が配薬中にナースコールがあり、対応した。その際に、対応した患者Aのテーブルの上に患者Bの内服薬を置いた。患者Aは、別の看護師にその内服薬を服用するか尋ね、その看護師は、指示を確認せず服薬を介助した。1時間後に家族が患者Bの内服薬の空き袋に気付いた。</p>	該当なし
薬剤	<p>薬剤の有効期限に関連する事例が報告された。</p> <p>1) 薬剤部より払い出されたノボリンNを看護師と患者で確認し、皮下注射を施行した。翌日、同様に施行した後、患者から「ノボリンNの有効期限がすでに切れている」との情報があった。確認すると有効期限が2007年4月である事がわかった。</p>	72頁 図表Ⅲ-2-1 19番
	<p>2) 治験申請時、3月から使用する予定で申請していたが、研究グループから2月末で有効期限が切れる薬剤が2月に届いていた。</p>	72頁 図表Ⅲ-2-1 18番
医療機器	<p>シリンジポンプ等の流量設定の桁間違いに関連する事例が報告された</p> <p>1) 看護師がシリンジポンプの流量設定を行う際、設定ボタンの10桁の数を1桁と見間違えて設定を行い、予定した量の10倍を5時間で患者に投与した。</p>	71頁 図表Ⅲ-2-1 11番
	<p>2) 救急外来へ搬送された患者に対し、オリベスの点滴を6mL/hで開始した。一般病棟からHCUに移ることになった。HCU入室時、オリベス点滴が60mL/hであることを発見した。</p>	71頁 図表Ⅲ-2-1 12番
医療機器	<p>医療機器の接続間違いによる熱傷の事例が報告された</p> <p>授乳の為、患児につけていた心電図モニターを電極を皮膚につけたままリード線のプラグを抜いた。酸素飽和度測定器は電源コードを機器側から外した。授乳が終わり、心電図の電極リード線をプラグに接続するところ、酸素飽和度測定器用の電源コードの3穴に差し込んだ。患児が泣いたため、確認すると間違いに気付いた。患児は心電図電極周囲3箇所とも熱傷をおった。</p>	該当なし

概 要	内 容	本報告書参照事例番号
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いの事例が報告された。 (第11回報告書131頁、第12回報告書143頁、第13回報告書143頁等)</p> <p>眼科の手術入室時、外回り医師Aは手術側マジックによる左こめかみ付近のマーキングおよび口頭で確認した。医師Bは術眼である左眼を消毒後、右眼が術野として露出されるよう覆布をかぶせた。医師C(手術助手)は、通常術眼の睫毛切除は前日行っているが、覆布から露出した右眼に睫毛が残っているのを発見した。医師Cは、睫毛切除を忘れていたものと思い、その場で右眼の睫毛切除をした。医師Dは手術の準備が行われた後手術室に入室し、術眼を右眼と思い込み手術を施行した。手術終了後、手術室看護師は病棟看護師に「手術室患者看護記録」に基づいて申し送りを行った。その際、術式欄に「左」と記載されていたが、患者は右眼にガーゼをあてており、間違いに気付かなかった。病棟帰室後、医師E(病棟担当医)は患者を診察し、右眼のガーゼを透明眼帯に替えたが間違いに気付かなかった。翌朝、医師Bの診察時に家族からの手術眼の確認の申し出があり、左右間違いに気付いた。</p>	該当なし
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷の事例が報告された。 (第11回報告書132頁、第12回報告書144頁、第13回報告書144頁等)</p> <p>看護師が入浴介助の際、設定ボタンの温度表示を確認せず、誤って57度のボタンを押してしまい給湯した。お湯が溜まったが水温計及び自分自身の手でお湯の温度を確認しないまま、意識障害の患者を湯に入れた。患者の皮膚が発赤してきたため、温度の間違いに気付いた。</p>	該当なし
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の接続外れに関連した事例が報告された。 (第12回報告書142頁、第13回報告書144頁)</p> <p>人工呼吸器の回路の接続部分の外れがあった。</p>	91頁 図表Ⅲ-2-7 1番
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。 (第12回報告書141頁)</p> <p>人工呼吸器の回路交換をチェックを行う際、加温加湿器に使用する回路に人工鼻をつけた。</p>	91頁 図表Ⅲ-2-7 2番
その他	<p>ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例が報告された。 (第13回報告書142頁)</p> <p>症状生活が長期化し自発体動がないため、患者は枕を使い左側臥位をとっていた。2時間後左ベッド柵の間に頭が挟まれているところを発見した。ベッド柵は長い1本のタイプであり、柵の手すり下部(約35cm×25cmの隙間)に頭部がはまっている状態であった。患者は体幹を中心に丸くなっており体位保持が困難な状態であった。</p>	該当なし

概 要	内 容	本報告書参照 事例番号
その他	<p>ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例が報告された。 (第13回報告書142頁)</p> <p>看護師と救命士の実習生は人工呼吸器装着中の患者の体重測定をスケール体重計を用いて行った。その際、気管カニューレのカフが膨らんだまま脱管した。</p>	<p>91頁 図表Ⅲ-2-7 3番</p>
その他	<p>施設管理に関連した事例が報告された。 (第11回報告書130頁)</p> <p>1) 医療用酸素アウトレット漏洩修理の為、専門業者がシャットバルブを閉めたところ、停止範囲の認識に誤りがあり、停止しないと想定していた病室の酸素供給が遮断した。シャットバルブの停止について担当職員と専門業者の間で打ち合わせがなされていなかった。</p> <p>2) 放射線治療室において照射する前にライナックのエラー表示及び照射不可能を警告するランプが転倒しビームを出せなくなった。調べると冷却水の機器側の設定温度が38度を超えて48度となっていた。断水作業の予定が事前に放射線治療室に連絡されていなかった。</p>	<p>該当なし</p> <p>該当なし</p>