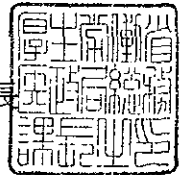




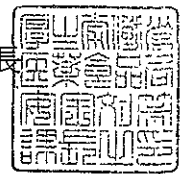
医政総発第 0918001 号
薬食安発第 0918001 号
平成 19 年 9 月 18 日

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 10 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。
今般、(財)日本医療機能評価機構より、第 10 回報告書が公表されました。医療事故情報と共にヒヤリ・ハット事例情報も併せて報告されています。また、医療事故情報収集等事業の一環として提供されている医療安全情報 No. 5 「入浴介助時の熱傷」、No. 6 「インスリン単位の誤解」、No. 7 「小児の輸液の血管外漏出」についても掲載されています。

本報告書においては、個別テーマとして「薬剤に関連した医療事故」、「医療機器の使用に関連した医療事故」、「医療処置に関連した医療事故」、「小児患者の療養生活に関連した医療事故」について、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例情報についての分析が行われているとともに、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及び発生の未然防止のため、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、貴管下医療機関等に対して、注意喚起を促すよう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。

＜医療事故情報収集等事業第10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19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に示す。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概 要	内 容
治療・処置	<p>手術の際に注射器に準備された用法の違う薬剤を誤って投与した事例が3件報告された。</p> <p>1) 無水エタノールをキシロカイン注射液1% (局所麻酔剤) と間違っ注射した。 (事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 5番参照)。</p> <p>2) 生理食塩水を投与するところ、誤ってチオ硫酸ナトリウムを穿刺針に接続し、投与した。 (事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 6番参照)。</p> <p>3) 局所麻酔キシロカイン注射液1% (局所麻酔剤) を施行する際に、間違っ消毒用の0.05% マスキンを注射した。 (事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 7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が2事例報告された。</p> <p>1) ヒルナミンと入力するところをヒルトニンと指示入力した。 (事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 1番参照)。</p> <p>2) インクレミンシロップ1.5mLと入力するところを15mLと指示入力した。(事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ-1 9番参照)。</p>
輸血	<p>輸血の血液型判定間違いが報告された。</p> <p>B型製剤と患者の血液でクロスマッチをしたところ、弱い凝集が認められた。非特異的反応の可能性が高いためそのまま検査を進めた。手術室からすぐ製剤を持ってくるよう連絡が入った。クロスがまだであることを告げたが、ノークロスでよいのですぐ持ってくるよう言われた。凝集の強いRCCは避けて、B型の血液を払いだした。再度血液型検査をやり直したところ判定結果はB型ではなくA型であった。輸血中止まで約5分間90mL注入された。オモチ検査とウラ検査で異なった印を試験管につけていたが、間違っ逆の印をつけていた。</p>
治療・処置	<p>複数の指示経路があったため指示伝達の間違いが起きた事例が報告された。</p> <p>化学療法の点滴を中止し、グランの皮下注射を行う予定であった。化学療法の指示用紙には監査サインをせず、コンピューター画面で当日の注射指示を削除した。カルテには注射指示箋がはいており、「中止」の記載がないためそのまま実施された。(事例概要については本報告書63頁 図表Ⅲ-1 23番参照)。</p>
検査	<p>電話連絡による間違いの事例が報告された。</p> <p>術中迅速細胞診の結果が検査室から電話連絡が入り、電話を受けた担当医が「POSITIVE」を「NEGATIVE」と聞き間違えて、手術後に本人・家族に説明した。翌日報告用紙を見て間違いに気付いた。</p>

ドレーン・チューブ	<p>複数のドレーン等が留置されている患者に、間違ったドレーンに輸液を接続した事例が報告された。</p> <p>右ソケイ部より挿入されていた中心静脈ラインに接続する高カロリー輸液を誤って右腹腔内に腹水ドレナージ目的で挿入していたドレーンに接続し高カロリー輸液が腹腔内に注入された。両カテーテル接続部に同じプラグを使用していた。</p> <p>(事例概要については本報告書104頁 図表Ⅲ-13 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>「製剂量」と「成分量」の誤認による薬剤の過剰投与が報告された。 (第8回報告書137頁)</p> <p>硫酸アトロピン末1.5mg分3の処方を院外処方薬局で調剤を誤り、硫酸アトロピン末(mg/g)のところ、硫酸アトロピン原末(g/g)を1.5gで調剤した。(事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ-1 14番参照)。</p>
薬剤	<p>類似した外観の薬剤取り違えが1事例報告された (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁)</p> <p>プログラフとザンタックを、アンプルが透明で白いラベル、赤い文字、カタカナ5文字である点が類似して誤った可能性がある。 (事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 4番参照)。</p>
薬剤	<p>インスリンに関する事例が3件報告された。 (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁)</p> <p>1) 担当看護師は、夕食前のインスリン6単位投与すべきところ、朝の12単位部分を見て実施した。 (事例概要については本報告書63頁 図表Ⅲ-1 17番参照)。</p> <p>2) 看護師はヒューマリンR2単位の指示であったが2mL投与した。 (事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ-1 16番参照)。</p> <p>3) 医師はインスリンの1mLが10単位と思い込み、10倍量を投与した。 (事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ-1 13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頁)</p> <p>ワーファリンを服用していた患者の抜歯後、出血が止まらず再縫合を実施した。翌日の採血結果で、輸血やアルブミン投与を必要とした。 (事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 27番参照)。</p>

医療処置	<p>グリセリン浣腸の腸管穿孔の事例が報告された。 (第3回報告書45頁、第5回報告書113頁、第8回報告書138頁、第7回報告書147頁) 前立腺生検の前処置として、看護師はグリセリン浣腸60mLを左側臥位で施行した。5cm挿入した際、ちょっと抵抗はあったが緊張して力が入っているのだらうと思い60mLすべて注入した。施行時痛みはなかった。その後、反応便も浣腸液の排液もないことや痔の痛みが強くなったことなどで観察をしていたが、肛門周囲の硬結に気づき、CT検査したところ、肛門から直腸の右背側優位に腸管外にairを含む液体貯留像があり腸管穿孔と診断された。外科的に切開排膿ドレナージを施行した。手術所見では、浣腸の刺入部は7時肛門縁で、ここから粘膜下および括約筋外を通過して高位へグリセリン液が注入していた。</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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 左側脳室下角の孤立性水頭症に対して、右側を開頭した。 2) 患者は右肩の腫瘍で手術予定であった。手術当日、病棟で手術部位の確認を医師と看護師が行ったがマーキングはしなかった。手術室入室時、麻酔導入後腹臥位にした時点で、腫瘍の部位が触知できず不明となり、MRIの画像を確認し、エコーで検索等を行った結果、「左」と判断し手術した。術後患者より「右側にまだしこりが残っている」という訴えから左右誤認が発覚した。後日改めて手術をした。左右誤認手術防止手順を1月に制定したが徹底できていなかった。
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷が4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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 洗い場には足元と頭部にシャワーヘッドがあり、頭部のシャワーヘッドでシャンプーをしていた。マットに寝かせた入浴介助中の重症心身障害患者の足元にシャワーヘッドが置いてあり、シャワーヘッドとホースの接続部から熱い湯が漏れ、スポンジマットに溜まり患者の両足が浸っていた。患者の左足踵部に3cm大の水疱、右足背に5×2cm大の皮膚びらんができた。 2) 清拭の際、看護師Aは患者の右側に立ち、蒸しタオルをいれたビニール袋を患者の右膝横20cmの所に置いた。看護師Bは患者の左側で清拭をした。患者を右側臥位にしていた際、ビニール袋に残った蒸しタオルの上に患者の右大腿部が乗っていた。清拭が終わり仰臥位にした際に縦15cm横5cmの水疱(一部表皮剥離)が形成され、2度の熱傷と診断された。 3) 重症心身障害者の入浴介助で40度に温度を設定していた。一度湯を留め、再度出した湯が熱かったため、看護師Aは右手にシャワーヘッドを持ち、洗い台の外に流しながら左手で左側臥位になっている患者の顔をタオルで拭いた。その後応援に来た看護師Bが温度の設定を下げたが湯の熱さは下がらなかった。患者が顔を右に向けた時、左耳の熱傷、皮膚剥離に気付いた。高温度のお湯が患者の寝ているマットにかかったと思われる。 4) 糖尿病の患者が透析中に痺れを訴え、ホットパックを希望した。ホットパックをビニール袋に入れ、その上から専用の布袋に入れ、さらにタオルを巻いて患者の靴下を履いている両足背に載せた。患者へは「熱いので気をつけてください。時間チェックで足を見ます。」と伝えた。50分後患者より「ホットパックをのけても良い。足の感覚がなく効果がないし熱くない。」といわれた。靴下を履いた足を触れたが変わりなく帰宅した。患者より電話でホットパックの部分の水疱ができていと連絡があった。