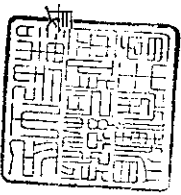


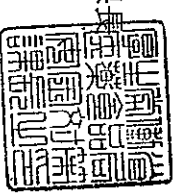
医政総発第0618001号  
薬食安発第0618001号  
平成20年6月18日

各都道府県医政主管部 (局) 長 殿

厚生労働省医政局総務課



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13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13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.14 「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」、No.15 「注射器に準備された薬剤の取り違い」、No.16 「2007年に提供した医療安全情報」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」、「小児患者の療養生活に関連した医療事故」、「リハビリテーションに関連した医療事故」、「輸血療法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://icqhc.or.jp/html/accident.htm>)にも掲載されていますので申し添えます。

## ＜別添＞医療事故情報収集等事業第13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1月1日から同年3月31日までに報告された事故事例及び前回報告書（第12回報告書）において対象と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、血糖測定器の不適切な使用に関連した事例の中で掲載した「GDH法のうち補酵素にPQQを使用する血糖測定器」の使用に関しては、厚生労働省から通知<sup>(注)</sup>が出されているので参考にしていただきたい。

図表IV-1-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
<p>治療・処置</p>	<p>診察室における患者取り違え事例が報告された。</p> <p>救急外来で休日外来注射の際、看護師は患者Aの名前をフルネームで呼んだところ患者Bが返事をして診察室に入ってきた。医師も、看護師も患者間違いに気付かず注射を実施した。通常は患者が診察室に入った際に名乗ってもらい本人確認をしているが、今回は名乗ってもらわなかった。</p> <p>血糖測定器の不適切な使用に関連した事例が報告された。</p>
<p>医療機器</p>	<p>1) 看護師は、簡易型血糖測定器（アレジジョンエクスプロー）で血糖を測定する際、間違えて他の血糖測定器用のカートリッジ式センサー（LFSクイックセンサー）を取り付けで測定した。血糖値が低く、アドナリブを投与したが改善しない為、血糖測定器とセンサーを確認したところ間違いに気付いた。当該血糖測定器は他社のいくつかのセンサーを間違えて挿入してもスイッチが入り、間違った値で血糖が測定されていた。</p> <p>2) イコデキストリン透折液を使用して腹腔透析を行っている患者に対し、GDH法のうち補酵素にPQQを使用する血糖測定器（ニプロフリースタイルメーター）で血糖値を測定し、その値をもとにインスリンを投与した。その後、グルコースオキシダーゼ（GOD）法を用いた別の血糖測定器（ワンタッチウルトラ）で測定したところ、血糖値が低値であったため、両方の機器で血糖値を測定すると、GDH法を用いた血糖測定器では215mg/dL、GOD法を用いた血糖測定器では91mg/dLであった。これにより、当該患者に対して不適切な血糖測定器を使用したため血糖値が高値を示し、必要以上にインスリンを投与したことがわかった。</p>

概要	内容
医療材料等	<p>酸素吸入療法の際のチューブの不適切な使用に関連する事例が報告された。</p> <p>看護師 A は患者に酸素 4 L で吸入療法を開始した。すぐにビーツと音がなり、ルートを確認すると患者は苦悶表情であった。気管切開部にカテーテルマウント・フレックスチューブのゴム栓を閉じたまま気管チューブに接続され、酸素が一方向的に流れ、呼吸がでない状態になっていた。</p>
療養上の世話	<p>グリセリン流腸の温度に関する事例が報告された。</p> <p>術前処置のグリセリン流腸液をタオルの保温庫に入れて保温した。40 分後流腸液を取り出し患者の部屋で水道水でしばらく冷まし、自分の前腕内側の皮膚で容器の温度を確認したところ、熱くなかったので患者へ使用した。液を 50ml 注入したところで患者から「熱い」といわれ、注入管を抜いた。翌日より赤色の水様便が見られ、内視鏡で高温の流腸液による直腸粘膜傷の可能性が高いと診断された。</p>
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。</p> <p>1) 入浴介助後、患者の身体にバスタオルをかけてトロリーバス（特殊入浴装置）のまま自室に移動した。トロリーバスからベッドに移動する際、患者を抱え上げたとき、看護師が支えていた麻痺側の手が下に落ちトロリーバスの溝に挟まった。しかしバスタオルで隠れていたため気が付かず移動し、骨折した。</p> <p>2) 右肩関節形成術後患者が心臓カテーテル検査用台に移る際にベッドの金具に頸部を打撲し、3 針縫合をした。</p>
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。</p> <p>夜間、看護師は訪室した際、ベッド柵とベッド柵の間に横向きで首が挟まり心肺停止の状態の患者を発見した。患者がどのような状態であったかは不明であるが、患者には以前から幻視があり、離床センサーをつけるなど対策を講じていたが、スベーターの設置はしていなかった。</p>
その他	<p>口頭での情報伝達の間違いが生じた事例が報告された</p> <p>麻酔中に血圧が低下したため研修医は、口頭で指導医に指示を求めた。指導医はエフェドリンとして 8 mg 使用を意図し、エフェドリンを希釈したもの（当該部署ではエフェドリン 1 mL (40 mg) を生理食塩水 9 mL で希釈している) を 2 mL 使用するつもりで、「2 ミリ」静脈内に投与するように口頭指示をした。研修医は「2 ミリ」を聞いて、未希釈のエフェドリンを 2 mL (80 mg) 患者に投与した。</p> <p>(事例概要については第 12 回報告書 66 頁 図表 III - 1 13 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-1-2に示す。

なお、MRIに吸着した磁性体の画像（図表IV-1-3）を掲載したので医療安全教育等の参考にしたい。

図表IV-1-2 「共有すべき医療事故情報」（再掲分）

概要	内容
薬剤	<p>薬剤のアルビルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。                      (第12回報告書141頁)</p> <p>電子カルテの記録に気付かず、検査室医師が患者との検査前の説明でキシロカイソアルビルギーに気付いたため、実施にいたらなかった。                      (事例概要については本報告書71頁 図表III-2-1 18番参照)。</p>
薬剤	<p>インスリンの単位の誤解に関連した事例が報告された。                      (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、第12回報告書143頁)</p> <p>ヒューマリンRを100単位10mlだと思い、患者に10倍量投与した。                      (事例概要については本報告書70頁 図表III-2-1 7番参照)。</p>
薬剤	<p>オーダー入力する際、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、第12回報告書143頁)</p> <p>1) エクザール5.5mgと処方すべきところ5.5本(55mg)と入力し、患者に投与した。(事例概要については本報告書69頁 図表III-2-1 4番参照)。                      2) ジョゾン散を入力する際、本来0.2mgと入力するところ、2mgと入力した。                      (事例概要については本報告書69頁 図表III-2-1 3番参照)。</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おいて、間違ったドレーンに輸液を接続した事例が報告された。(第10回報告書142頁)</p> <p>フエントニルを静脈から投与するところを洗浄用ルートの方活栓に接続した。                      (事例概要については本報告書70頁 図表III-2-1 9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、第12回報告書143頁)</p> <p>1) 脳出血の緊急手術で頭皮を切開し2カ所に穿頭を行ったところで誤って右側の開頭を行っていることに気付いた。                      2) 脳出血で救急外来から緊急手術となった。右側の部分刺毛を行い血腫除去を開始した。医師が術前所見と術中所見の差異から左右の間違いに気付いた。</p>

概要	内容
<p>療養上の世話</p>	<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、第12回報告書144頁)</p> <p>1) 患者から「麻痺側を温めてほしい」と希望があり、以前にも使用経験があったのでベッドボトムルにお湯を入れタオルにくるんで座布団においた。患者が下肢にベッドボトムルをしばっていたのを見つけたため危険性を説明し、下肢から離した。その後麻痺側大腿に低温熱傷を発見した。</p> <p>2) 清拭のために患者の右大腿部付近にビニール袋に入れた清拭タオルを置き、右側臥位にした。清拭中、患者が熱いと言ったため、背部清拭後確認すると右大腿部に発赤ができていた。右側臥位にした時、患者の足にタオルが当たっていた。</p> <p>3) 清拭のためタオルを4枚ビニール袋に入れて電子レンジで3分過熱した。このタオルを右足側のベッドの隅のタオルの上において清拭、更衣をした。その後、右足背、左足背の水泡を発見した。  (事例概要については本報告書99頁 図表Ⅲ-2-10 3番参照)。</p>
<p>医療機器</p>	<p>MRI (磁気共鳴画像) 検査での事例が報告された。  (第9回報告書169頁)</p> <p>MRI検査終了後、担当医がMRI室に酸素ボンベ付きのストリッチャーを持ち込み、酸素ボンベをMRI本体に吸着させてしまった。医師は患者の容態が気になり少しでも早く退室させ対応したかった。また、看護師が気をきかせMRI専用ストリッチャーを格納場所に戻していた。患者に影響はなかった。(図表Ⅳ-1-3)</p>
<p>医療機器</p>	<p>人工呼吸器の回路の接続外れや緩みに関連した事例が3件報告された。  (第12回報告書142頁)</p> <p>1) 人工呼吸器の酸素接続部分の外れがあった。  (事例概要については本報告書91頁 図表Ⅲ-2-7 3番参照)。</p> <p>2) 人工呼吸器の加湿チャンバーの給水キヤップの外れがあった。  (事例概要については本報告書92頁 図表Ⅲ-2-7 8番参照)。</p> <p>3) 人工呼吸器のウオータートラップのリークがあった。  (事例概要については本報告書91頁 図表Ⅲ-2-7 6番参照)。</p>

図表IV-1-3 MRIに吸着した酸素ポンベ

