

事故防止 90号
平成26年6月16日

関係団体 殿

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. 91」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16日に「医療安全情報 No. 91」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、医療事故の発生予防、再発防止のために、貴団体の取り組みにおいて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2012年に 提供した医療安全情報

No.91 2014年6月

2013年にも類似事例が発生しています

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.2	抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制 ～抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴い骨髄抑制をきたした事例～	2件

患者は精神症状の加療目的で、精神科に入院した。他院にて慢性関節リウマチに対しメトトレキサート2.5mgが処方されていた。薬剤師は入院時の持参薬チェックを行ったが、患者面談は行わなかった。また、診療情報提供書やお薬手帳の持参がなかったため、他院の医師に連絡したが、週一回の勤務であり、診療情報提供書の作成が遅れた。研修医が患者にメトトレキサートの用法を確認すると「朝1錠服用している」と返答があったので、入院後、メトトレキサート2.5mgを連日投与、患者の持参薬を継続と指示した。後日FAXで診療情報提供書が送られてきたが、研修医は処方歴を確認しなかった。入院13日目、看護師が休薬期間のないことに疑問をもち医師に確認したところ、12日間メトトレキサート2.5mgを連日投与していたことが分かった。(他1件、医療安全情報No.45(2010年8月:第2報提供済み))

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～	1件
------	--	----

排便がみられず下腹部痛も出現していたため、当直医の指示で看護師はグリセリン浣腸60mLを施行した。排便後、腹痛は改善したが、発熱があり、血液検査ではCRPが上昇していた。疼痛部位は下腹部であり、下部消化管の感染症などを疑い絶食・輸液管理と抗菌薬の投与を開始した。翌日、発熱が持続するため造影CTを施行したが、この時点ではfree airに気付かなかった。発熱は脾嚢胞の感染増悪によるものと疑い、ENPDチューブを挿入した。その後、放射線科医師の読影レポートでfree airの存在が判明し、緊急手術を行ったところ、直腸が穿孔していた。



No.91 2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
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～	4件
<p>0歳の患児にシリンジポンプを使用してメイロンを持続投与していた。夜間のため暗く、十分に刺入部の観察ができていなかった。朝、メイロン投与中の末梢ルートが漏れ、テープ固定範囲から外れた部分に広範囲に水泡を形成しているのを発見した。皮膚科を受診し、ルート固定テープを剥がしたところびらんが見られ、プロペトを塗布し経過観察となった。(他3件)</p>		
No.8	手術部位の左右の取り違い ～手術部位の左右を取り違った事例～	2件
<p>右下肢閉塞性動脈硬化症に対する手術の際、腹臥位であったため、医師は患者の左右を間違えて左下肢を切開して手術を開始した。そのまま気付かず手術を継続し、ヘパリンを投与後、左膝窩動脈を切開しようとしていた。その際、麻酔科医より、「申込書は右下肢だが、左下肢に手術を行っている」と指摘を受け、間違いに気付いた。(他1件、医療安全情報No.50(2011年1月:第2報提供済み))</p>		
No.9	製剤の総量と有効成分の量の違い ～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～	4件
<p>主治医は「フロセミド細粒4% 0.25g 分1 朝食後」を処方する際、0.25g=250mgと換算し、「フロセミド細粒4% 250mg 分1 朝食後」と処方した。院内では「mg」の処方力は力価(有効成分の量)、「g」の処方は調剂量(製剤の総量)としていたが、医師はそのことを知らなかった。薬剤師は250mgは「量が多い」と思いカルテの指示を確認したが、「フロセミド細粒250mg開始」と記載があったので、医師へは直接確認せず薬剤を交付した。その後、薬剤科より別患者のフロセミド細粒4%の処方について問い合わせがあり、主治医は当患者の処方を間違えていたことに気付いた。(他3件)</p>		
No.10	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例～	4件
<p>頭部MRIの検査の際、患者は術後で創部ドレナージチューブが留置されており、持続吸引型のサクションリザーバーが接続されていた。MRI検査台へ患者を移乗する際に、診療放射線技師はドレナの存在に気が付いたが、サクションリザーバーがMRI非対応のものとは知らず、検査の妨げにならないように足元へ置いた。検査のため、ベッドをガントリ内へ移動したところ、サクションリザーバーがガントリに吸着した。ガントリの吸着部位が創部と近かったため、ドレナージチューブの伸展や位置がずれることはなかった。(他3件)</p>		

No.91 2014年6月 ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ 2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.11	誤った患者への輸血 ～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～	3件
<p>患者Aは出血傾向が強く、赤血球濃厚液を投与していた。看護師は輸血庫より患者Aの赤血球濃厚液を取り出す際、血液型が同じ患者Bの赤血球濃厚液を取り出して投与した。10分後にバーコード認証を行った際に、患者間違いに気付いた。投与前、看護師はパソコンの指示画面で患者氏名は確認したが輸血票の患者氏名の確認が抜けていた。また、投与前にバーコード認証を行わなかったため患者間違いに気付かなかった。(他2件)</p>		
No.14	間違っただカテーテル・ドレーンへの接続 ～複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者において、輸液等を間違っただ接続した事例～	1件
<p>患者は、腹痛、腹水の貯留があり、腹膜炎を疑い、緊急開腹手術を施行した。腸瘻チューブが腹膜炎の原因と判断し、腸瘻をボタン式のものに変更した。また、右側腹部に腹腔内ドレーン(プリーツドレーン)を留置した。術後、ICUに入室して、翌日病棟に帰室した。日勤の受け持ち看護師は、ICUからの申し送りで、腸瘻チューブがボタン式に変更になったことを知っていたが、夜勤の看護師は腸瘻の変更、腹腔ドレーンの留置を認識していなかった。免疫抑制剤を投与する際、腸瘻はボタン式のため体外にチューブがなく、プリーツドレーンを腸瘻チューブと思い込み、ドレーンに経管栄養用の三方活栓を接続して注入した。主治医が免疫抑制剤投与により腹痛が増強するという患者の訴えを家族に聞いた際、誤って注入していることに気付いた。</p>		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違え ～手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備していたにもかかわらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例～	5件
<p>麻酔導入時、麻酔科医は筋弛緩薬のロクロニウムを投与しようとして、昇圧剤のエフェドリン32mgを静脈内投与した。その後、挿管を試みたが挿管チューブが進まず一旦中止した。軽度の咳嗽反射があり、その直後の収縮期血圧が241mmHgとなり、ニカルジピンを1mg投与して降圧した。再度、筋弛緩薬と思い込んでいたエフェドリンを8mg誤投与したが、その後は著明な血圧上昇を認めず挿管した。再び軽度の咳嗽反射を認めるため、投与した薬剤を確認したところ、筋弛緩薬ではないことに気付いた。(他4件)</p>		

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.54	<p>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～</p>	7件
<p>気管チューブの固定テープの貼り替えを行った後、看護師3人（役割分担は決めず、A看護師は患者の右側頭付近、Bは右側足元、Cは左側中央）でおむつ交換と仙骨の処置をするために右側臥位にしようとした。気管チューブは呼吸器回路に接続されており、アームから外した回路を保持しなかった。右側臥位にしたときに仙骨のハイドロサイトの汚染があったため一旦仰臥位にした。看護師Aが患者の処置物品を取るために患者から目を離し後ろ向きになった後、看護師Bが「あぶない」と言った。看護師Aが振り返ると気管チューブが10cmほど抜けていた。（他6件）</p>		
No.57	<p>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～</p>	12件
<p>PTPシートの誤飲を防止するため、内服薬を投与する際には看護師がPTPシートから錠剤を出し、内服薬専用のケースに配布することになっていた。4人部屋の患者に配薬する際、看護師は4人中3人の患者にPTPシートから取り出した眠前薬を配ったが、最後の患者にはシートのまま薬剤3錠を薬ケースに入れてしまった。患者はそのまま3錠を一度に内服し、その後、喉の違和感を訴えた。主治医に報告後、食道に引っかかっていた3錠を内視鏡にて除去した。食道粘膜が軽度損傷していることが分かった。（他11件、医療安全情報No.82（2013年9月：第2報提供済み））</p>		
No.58	<p>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～</p>	13件
<p>患者は化学療法12クール目の施行予定であった。ポートに穿刺後、前投薬滴下時に患者よりポート上部から鎖骨付近までの前胸部の腫脹・違和感、上肢の腫脹・疼痛の訴えがあり、投与を中止した。胸部エックス線を撮影したところ、中心静脈カテーテルが断裂し、心臓内へ迷入していることが確認された。（他12件）</p>		
No.59	<p>電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷 ～電気メス等の使用の際に、電気メスペンシルを収納ケースに収納していなかったことにより、熱傷をきたした事例～</p>	2件
<p>腓腫瘍切除術の際、患者の体の上に置いてあった電気メスペンシルの手元スイッチ部に介助医の手が当たった。通電した電気メスの先端が患者の右下腹部に接触していたため、5×2mm大の熱傷をきたした。熱傷部は縫合閉鎖した。（他1件）</p>		



No.91 2014年6月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ~内容~	2013年に報告された件数
【事例】		
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～	1件
<p>全身性エリテマトーデスで当院に通院中の患者に、医師は免疫抑制剤のイムラン50mg 2錠/日を処方していた。定期検査で尿酸値が高く、治療のためフェブリク錠をオーダリングで処方し、患者は院外薬局で薬を受け取り内服を開始した。翌月の定期受診時、血液検査は問題なかったため、継続でフェブリク錠を処方した。その後、患者はめまい、ふらつき、労作時の息切れ等の症状が出現した。外来の血液検査の結果、貧血であることが分かり治療のため緊急入院となった。入院後、イムラン投与中にフェブリク錠を併用したことによる骨髄抑制のための貧血症状であることが分かった。</p>		
No.62	患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認 ～患者の体内に植込まれた医療機器の確認が不十分なまま、MRI検査を実施した事例～	1件
<p>患者は、20年前に完全房室ブロックにて永久ペースメーカーの植込み術を受けていた。担当医は患者にMRIの指示を出したが、オーダ時に金属類の有無はチェックしなかった。看護師はペースメーカーを挿入している患者はMRI検査が受けられないことを知っていたが、患者が該当するとは気付かなかった。朝、放射線科から連絡があり、担当看護師は患者をMRI室に搬送した。診療放射線技師より金属の有無について聞かれ、担当看護師は「ない」と答えた。検査終了後、チームリーダー看護師は患者がペースメーカーを挿入していることに気付いた。</p>		
No.63	画像診断報告書の確認不足 ～画像検査を行った際、画像診断報告書を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例～	4件
<p>2年前、深部静脈血栓症と診断されて入院した患者に、血管外科医師AがCT撮影を依頼した。放射線科の読影で「RCC(腎細胞癌)の可能性ありダイナミックCTの推奨」と記載があったが、入院中は誰も所見を確認しなかった。その後、患者は退院し、医師Bのもとで外来通院となった。1年半後、医師Bが異動のため、外来担当医が医師Cに代わった。医師Cが依頼したCT撮影の放射線科読影で再度「RCC」と書かれていたが、外来を代診した医師Dは撮影したCTの血管だけ確認し、読影結果を十分に確認しなかった。その5ヵ月後、老年病内科医師EがCTの読影結果に気づき、泌尿器科に連絡した。(他3件)</p>		

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.69	アレルギーのある食物の提供 ～患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例～	5件
<p>入院時、医師はアレルギー食「牛乳禁、乳製品禁」の食事オーダーを入力した。翌朝、パンが配膳されたため、母親から「食パンの牛乳は大丈夫か」と確認があった。看護師が委託栄養士に「牛乳アレルギーの患児は、食パンを食べても大丈夫か」と確認すると、「牛乳は入っていないから大丈夫」と返事があった。その後、委託栄養士は病院栄養士に電話で確認した。20分後、委託栄養士から「牛乳は入っていないが脱脂粉乳が入っていた」と病棟へ電話連絡があったが、すでに患児は食パンを8割摂取した後であった。患児は蕁麻疹、呼吸困難が出現し、内服と吸入を行い、15分後に症状は消失した。(他4件)</p>		
No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷 ～手術中、電源が入ったままの光源コードの先端を患者のサージカルドレープの上に置いたことにより、熱傷を生じた事例～	1件
<p>医師は、尿管結石に対し鏡視下で手術を行った際、電源の入った光源を患者の腹部に置いた。清潔シートが焦げているのを麻酔科医師が発見し確認したところ、患者は5mm大のⅢ度の熱傷を生じていた。器械出しの看護師は医師が光源を外したことに気付いたが、次の手順の準備を行っていたため余裕がなく、またルール通りに医師が外回り看護師に光源をスタンバイの状態にするよう声をかけると思っていた。</p>		
No.71	病理診断報告書の確認忘れ ～病理検査の結果報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例～	7件
<p>呼吸器科受診時、気管支炎は改善しているものの「体重が戻らない」と患者より訴えがあり、消化器内視鏡センターに上部消化管内視鏡を依頼し、同日実施した。内視鏡の所見は「胃癌」であり、生検が行われた。その際、2年半前にも内視鏡検査を施行していることが分かり、その時の結果が「腺癌」と病理診断されていたことが分かった。当時内視鏡検査を依頼した主治医が病理診断結果を確認することを忘れていた。(他6件)</p>		
No.72	硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続 ～硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を、誤って静脈カテーテルに接続して投与した事例～	1件
<p>患者より「点滴の先端が外れている」とナースコールがあり看護師は訪室した。確認すると、PCAポンプのルート先端が外れていることが分かった。看護師は、外れた先端の付近に末梢静脈点滴の三方活栓があり、清拭後であったことから、末梢から投与している点滴の側管のPCAポンプの接続が外れたのだと思い込み、アルコール綿で消毒し、そのまま接続した。翌日、別の看護師が硬膜外からのPCAポンプが末梢静脈点滴ルート側管に接続され、硬膜外チューブの先端が開放された状態であることに気付き、接続間違いが分かった。</p>		

