

日放技発 第 329 号
平成 19 年 12 月 25 日

都道府県放射線技師会
会 長 各 位

社団法人 日本放射線技師会
会 長 熊 谷 和 正



医療事故情報収集等事業第 11 回報告書等の公表について

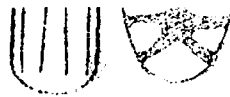
時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より当会事業へのご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、今般厚生労働省医政局総務課長及び医薬食品局安全対策課長の連名により別添通知のとおり「医療事故情報収集等事業第 11 回報告書」が公表されましたので、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のために活用されますようお願いいたします。

また、医療事故情報収集等事業の一環として、(財)日本医療機能評価機構より提供されている「医療安全情報」No.7「小児の輸液の血管外漏出」、No.8「手術部位の左右の取り違い」、No.9「製剤の総量と有効成分の量の間違い」についても掲載されております。

なお、「第 11 回報告書」につきましては、添付を省略いたしますが、(財)日本医療機能評価機構のホームページ (<http://jqcqc.or.jp/html/accident.htm>) に掲載されておりますので、ご参照下さい。



医政総発第1219002号
薬食安発第1219002号
平成19年12月19日

社団法人日本放射線技師会会長 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11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11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.7「小児の輸液の血管外漏出」、No.8「手術部位の左右の取り違い」、No.9「製剤の総量と有効成分の量の間違い」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。

貴会におかれましては、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、貴会会員に対して、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、(財)日本医療機能評価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。



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7月1日から同年9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。なお、事業要綱改定に伴い、前報告書（第10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 共有すべき医療事故情報

| 概 要 | 内 容 |
|------|--|
| 薬剤 | <p>処方箋に解釈の誤認により用法を誤って投与した事例が報告された。</p> <p>他科の医師はリン酸コデイン60mgを3回に分けて処方することを意図し「リン酸コデイン60mg、3×」とカルテに記載したが、主科の担当医は「3×」を1日3回と解釈し、処方箋に「リン酸コデイン180mg 分3」と記入した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 8番参照）。</p> |
| 薬剤 | <p>化学療法の投薬期間を間違えて投与した事例が3件報告された。</p> <p>1) 化学療法（アドリアシン、プリプラチン）において、本来、プロトコルでは2週間休薬予定であった。しかし、休薬すべき週にも薬剤を投与した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 12番参照）。</p> <p>2) 化学療法カルボプラチンの投与を行っていた。1日目のみ投与する予定のカルボプラチンを、8日目、15日目にも投与した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 13番参照）。</p> <p>3) 本来1日間のみ投与する予定であったシスプラチンが3日間投与された。化学療法の開始が遅れとなり、薬剤部とのダブルチェック機能が働かない状況であった（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 14番参照）。</p> |
| 医療材料 | <p>医療材料の滅菌、未滅菌が簡単に判別できなかった事例が報告された。</p> <p>1) 手術前、業者から納入された滅菌タンポンガーセのインジケーターの色がはっきり滅菌後とわからなかったため、院内で滅菌し患者に使用した。確認すると、担当者が誤った材料番号で発注を行ったため、未滅菌の製品が納入されていた。タンポンガーセのインジケーターは滅菌・未滅菌の状態が簡単に判別できなかった。</p> <p>2) 手術でソフトスポンXを使用した。ソフトスポンXに有効期限の印字がなく未滅菌のものであることがわかり、術野の洗浄などで対応した。本来、ソフトスポンXを滅菌して手術室内の棚に収納するきまりだが、業者から製品を受け取った事務員がきまりを知らず、未滅菌のままソフトスポンXを収納した。そのため棚には滅菌と未滅菌のソフトスポンXが混在していた。製品自体が個別袋で滅菌・未滅菌の状態が簡単に判別できなかった。</p> |

| 概要 | 内容 |
|--------|---|
| 治療・処置 | <p>三方活栓の使用に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 左右の前腕に静脈末梢ルートを取り、それぞれ別の輸液を滴下していた。血管造影の際、右の静脈末梢ルートを中止し、左の静脈末梢ルートから2つの輸液を三方活栓を使い同時に滴下した。その際、ひとつのルートが三方活栓で閉塞されたままであった。</p> <p>2) 静脈末梢ルートの三方活栓の接続部位が外れて出血した。緊急時であったため、接続がきちんとされていなかった可能性があった。</p> |
| 療養上の世話 | <p>ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 患者はベッドの左側に設置されていたテレビのイヤホンに首に一周する状態で左右のベッド柵に固定していた。電動ベッドを上げる際、イヤホンの固定のことを忘れており首が絞められた状態となった。同室者からの「隣がうるさい」というナースコールで顔面蒼白になった状態で発見され、処置にて意識が戻った。</p> <p>2) 患者はオキシコンチン等を使用し疼痛コントロールをしていた。レンドルミン服用後、オーバーテーブルにもたれかかり座位で入眠していた。その後ベッドから上半身のみ転落した状態で発見された。上半身をのせていたオーバーテーブルが移動したと考えられた。</p> |
| その他 | <p>施設管理に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 医療ガス修理工事を看護師長と業者責任者が主導して開始した。酸素ボンベへの切換えを行い、業者責任者は「酸素を止めます」と伝え、看護師長が返事をしたので酸素をバルブをしめた。看護師長は準備された酸素ボンベが各部屋の前になかったため、すべての患者に酸素が供給されていると思っていた。その後、患者家族からナースコールがあり、2部屋の酸素ボンベの交換ができていなかったことがわかった。</p> <p>2) 患者の輸血が入った血液保冷庫の温度は5度で管理されていた。夜間、薬局内の電源工事があり、工事担当者は血液保冷庫の電源を抜き、約1分後に再度電源を入れた。翌日、別の電源がはいつており、血液保冷庫の電源はきれたままであったため、患者の輸血は使用不能となった。</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>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、第9回報告書169頁、第10回報告書142頁)</p> <p>看護師は準備してあった袋の中からアドナとトランサミンを取り出したつもりだったが、実際はアドナとオムニカインを取り出し、点滴に混合した。 (事例概要については本報告書 63頁 図表Ⅲ-1 3番参照)。</p> |
| 薬剤 | <p>インスリンに関する事例が1件報告された。 (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁 第10回報告書142頁)</p> <p>1) 看護師が、ノボリンR 50単位 = 0.5 mLのところをインスリンのバイアルを見誤って5 mLと判断して実施した。(事例概要については本報告書 64頁 図表Ⅲ-1 9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、第10回報告書143頁)</p> <p>患者が排便困難のため浣腸を希望した。看護師は左側臥位でグリセリン浣腸を実施した。浣腸のチューブの先端6 cmと患者の肛門周囲にワセリンを塗布し、チューブを挿入した。約2 cm程度挿入したところで、患者より痛みの訴えがあり、チューブの抵抗感があった為直ちに抜去した。その後、再度同様にチューブを挿入しグリセリン液を注入した。その後患者は気分不快と肛門部の痛みを訴え、肛門上部に約5 cmほどの水泡様の膨隆が見られ、CTで「直腸穿孔」と診断された。直腸内の硬便により浣腸チューブが屈曲し、粘膜を損傷し皮下にグリセリンが注入された可能性があった。</p> |
| 左右間違い | <p>手術部位の左右間違いが1件報告された。 (第8回報告書 137頁、第10回報告書 143頁)</p> <p>左側慢性硬膜下血腫で緊急入院、緊急手術で右側頭部を除毛し、穿頭、硬膜を切開しようとした時、患部の左右間違いであることに気付いた。</p> |

| 概 要 | 内 容 |
|--------|--|
| 療養上の世話 | <p>療養上の世話における熱傷が2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)</p> <p>1) 植物状態の患者を看護師2名で入浴介助した。担架の上で身体を洗い浴槽にお湯をためたが、2名の看護師はお互いに湯の確認をしたと思い込み、そのまま担架ごと浴槽に降ろしてしまった。お湯が熱いことにすぐ気づき、担架を上げたが、背部から臀部、両前腕後面、両踵部、左肘後面、仙骨部、左足背に熱傷を負った。</p> <p>2) 手浴の際、汚れが多いことを予測し、清拭車の蒸しタオルを少し冷ましたもので両手を1時間ほど蒸した後、タオルで汚れを落とし微温等で洗いなおした。その後皮膚剥離を2箇所発見した。蒸しタオルの温度確認を素手で行わず、手袋をした状態で確認し、適温であるか正確に確認しなかった。</p> |