



医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

## 2006年から2008年に 提供した医療安全情報

No.43 2010年6月

### 2009年にも類似事例が発生しています

番号 <sup>1)</sup>	タイトル	2009年に報告された件数
【事例】		
No.3	<b>グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔</b> ～グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	2件
患者は、検査前に予定されていた浣腸を実施するために看護師とともに車椅子でトイレに行った。看護師は、患者に立位（前傾姿勢）でグリセリン浣腸を実施した。30分後、患者は腹痛を訴えた。CT検査により直腸穿孔がわかり、緊急手術を実施した。（他1件）		
No.4	<b>薬剤の取り違い</b> ～薬剤の名称が類似していることにより取り違った事例～	3件
定時処方を調剤する際、フェノバルビタール散120mgをフェニトインで秤量した。分包・鑑査においても誤りに気付かず病棟へ払い出し、患者に投与した。1ヶ月後の血液検査でフェノバルビタールの血中濃度が低いと確認すると、調剤する際、取り違ったことがわかった。薬剤名が類似した同効薬剤が棚に並んでいた。（他2件）		
No.6	<b>インスリン単位の誤解</b> ～インスリン過量投与に伴い低血糖をきたした事例～	4件
ソルデム3A 500mLにヒューマリンR4単位を混注し、60mL/hで持続輸液する指示が出ていた。看護師はソルデム3A 500mLにヒューマリンR4mL（400単位）を混注し、患者に投与した。2時間半後、患者に低血糖症状を認めた。（他3件）		
No.7	<b>小児の輸液の血管外漏出</b> ～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、何らかの治療を要した事例～	7件
14歳の患児に中心静脈ラインから輸液を投与していたが、滴下不良となり右母指に末梢ラインを確保した。留置後プロタノールとドルミカムを投与した。翌日、看護師Aは患者の末梢ライン挿入部の周囲が腫脹し白色に皮膚変色しているのを発見した。看護師Bは医師に報告し、点滴を抜き、挿入部をガーゼで保護した。翌日、母指第一関節末梢が壊死状態であった。（他6件）		

番号 <sup>1)</sup>	タイトル	2009年に報告された件数
<b>【事例】</b>		
No.8	<b>手術部位の左右の取り違え</b> ～手術部位の左右を取り違えた事例～	4件
<p>医師は、患者に左鼠径ヘルニアの手術を予定していたが、術前に手術部位をマーキングする際、触診上右側に鼠径ヘルニアの脱出を認め、右側にマーキングをし、手術を開始した。執刀の際、麻酔科医は術側が左であることに気付き、左右取り違えに気付いた。医師は手術部位のマーキングを予め行わなかった。入室時にカルテを見て、口頭で術側を確認したが、マーキング後に確認を行わなかった。(他3件)</p>		
No.9	<b>製剤の総量と有効成分の量の間違い</b> ～製剤の総量と有効成分の量とを誤認した事例～	1件
<p>患者は、スピロラクソンを25mg内服していたが、医師はスピロラクソンを減量し、半量の12.5mgを処方することにした。スピロラクソン25mgは錠剤であり、それ未満の量を処方するため、医師はアルダクトンA細粒10%(有効成分:スピロラクソン)を製剤の総量を意図して「125mg」と処方入力した。薬剤師は、「mg」で処方された場合は有効成分の量を示していると思い、また、アルダクトンA(有効成分:スピロラクソン)「125mg」は通常成人に投与する量として大きく逸脱していなかったことから、処方入力された「125mg」を有効成分の量として調剤した。患者が12日間内服したところで薬剤部が間違いに気付いた。</p>		
No.10	<b>MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み</b> ～MRI検査室内へ磁性体(金属製品など)を持ち込んだ事例～	5件
<p>MRI検査の際、研修医が造影剤を投与するため患者に近づいた。この時、髪の毛を留めていた髪留め(金属性)がマグネット内に飛び込んだ。患者に危害がないことを目視と問診で確認し、続いて飛び込んだ髪留めを回収した。研修医は、MRI検査の前に、金属製の髪留めを取り外し忘れて検査室に入室し、引き付けられていることに気付いた時にはマグネット内に髪留めが飛び込んでいた。(他4件)</p>		
No.11	<b>誤った患者への輸血</b> ～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～	2件
<p>医師は、患者A(A型)の輸血指示をICUチャートに「MAP2単位60/h(その間輸液40/h)」と記載し、「MAPある?」と深夜勤の看護師Bに聞いた。ICU内の輸血庫には患者C(O型)の血液製剤が2パックあり、看護師Bはそれを患者Aの血液製剤だと思い込んだ。看護師Bは、そのうちの1パックを持っていき、看護師Bは看護師Dと共に血液型、ロット番号を声に出して確認し、患者C(O型)の血液製剤を患者A(A型)に接続した。(他1件)</p>		



