

**jm** 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

No.137 2018年4月

## ホットパック使用時の熱傷

ホットパック使用時に熱傷をきたした事例が10件報告されています(集計期間: 2014年1月1日~2018年2月28日)。この情報は、第50回報告書「事例紹介」(P.85)で取り上げた内容をもとに作成しました。

**ホットパック使用時に熱傷をきたした事例が報告されています。**

使用目的	件数	背景
保温	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・約1時間、同一部位に当て続けた</li> <li>・四肢から離して置いたが、検査や処置後に皮膚に接触していた</li> </ul>
血管拡張 (末梢静脈留置針挿入・採血)	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・約30分以上、採血予定部位に当て続けた</li> <li>・カバーを付けることになっていたが、カバーを付けずに使用した</li> </ul>
血管痛の緩和	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・約1時間、点滴刺入部に当て続けた</li> <li>・テープで固定して使用した</li> </ul>
リハビリテーション時の 温熱療法	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・取扱説明書に記載のある厚さよりも薄いタオルで包んだ</li> </ul>

※対象としたホットパックは、保温剤(ゲル)が塩化ビニル等のフィルムに包まれているものや、吸湿保温材(ベントナイトなど)が布製の袋に入っているものです。

## ホットパック使用時の熱傷

### 事例 1

看護師は、ホットパックを電子レンジで加熱し専用の袋に入れ、患者の上肢に当てて温罨法を開始した。しばらくして患者は熱くなってきたと感じたが、自分でホットパックを外してよいか分からずそのままにしていた。約1時間後に看護師がホットパックを外すと、当てていた部位に発赤が生じていた。皮膚科医師が診察し、患者は低温熱傷と診断された。

### 事例 2

看護師は、患者の採血が困難なため、左前腕を温めることにした。当該ホットパックはカバーに入れることになっていたが、入れないまま左前腕を温め、1回目の採血を実施した。実施後もホットパックを同一部位に当て続け、約30分後に2回目の採血を実施した。その後、左前腕に発赤と水疱が生じていることに気付いた。皮膚科医師が診察し、患者は低温熱傷と診断された。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・ホットパックの取扱説明書を読み、患者の状態に合わせて使用する。
- ・ホットパックを使用する際は、当てている部位を観察する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。

本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>



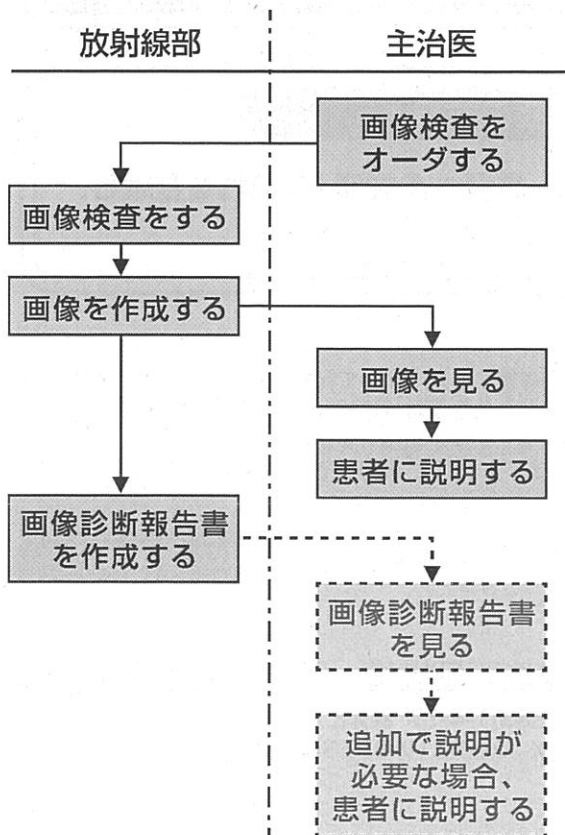
# 画像診断報告書の 確認不足(第2報)

No.138 2018年5月

「画像診断報告書の確認不足」を医療安全情報No.63(2012年2月)で取り上げました。その後、画像診断報告書を確認しなかった事例が37件報告されていますので再度情報提供します(集計期間:2015年1月1日~2018年3月31日)。この情報は、第51回報告書「再発・類似事例の分析」の内容をもとに作成しました。

**画像を確認した後、画像診断報告書を確認しなかったため、検査目的以外の所見に気付かず、治療が遅れた事例が報告されています。**

画像検査の流れの一例



**画像診断報告書を確認しなかった主な背景**

- 画像で検査目的の部位を見て患者に説明した際、画像診断報告書が作成されておらず、その後見るのを忘れた
- 画像診断報告書を見る習慣がなかった
- CT検査とMRI検査を同時期に行い、MRI検査の結果で診断が確定できたため、CT検査の画像診断報告書を見なかった
- 専門領域の読影に自信があり、画像診断報告書を見なかった
- 前年の同月の画像診断報告書を当日の報告書だと誤認した

◆37件のうち、36件がCT検査の事例です。

## 画像診断報告書の確認不足(第2報)

### 事例 1

外来診察日に肝内胆管癌術後のフォローアップでCT検査を行った。CT検査後、主治医は画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。5ヶ月後、再度CT検査を行った。放射線科医師が過去のCT画像と比較しようとしたところ、5ヶ月前の画像診断報告書が未読であり、肺癌疑いと記載されていることに気づき、主治医に連絡した。

### 事例 2

外来診察日に腎癌の精査で造影CT検査を行った。医師は外来診察中に画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。患者が腎癌の手術目的で入院した際、担当医は3ヶ月前に実施した造影CT検査の画像診断報告書に肝臓に悪性腫瘍の転移が疑われ精査するよう記載されていることに気付いた。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・画像診断報告書を確認してから患者に説明する。
- ・画像診断報告書が未読の場合に気付ける仕組みを構築する。

### 総合評価部会の意見

- ・「画像検査～画像診断報告書の確認～患者への説明」の流れを整理し、業務工程を確立しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>

医療事故情報収集等事業

**医療  
安全情報**

# 2014年から2016年に 提供した医療安全情報

No.139 2018年6月

## 2017年にも再発・類似事例が報告されています

◆2014年から2016年に提供した医療安全情報(No.86~121)のうち、2017年に再発・類似事例が報告されたタイトルおよび件数は以下の通りです。なお、報告件数が3件以上の主な医療安全情報の事例を掲載しています。

番号	タイトル	2017年の報告件数
No. 89	シリンジポンプの取り違え	1件
No. 90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	2件
No. 93	腫瘍用薬のレジメンの登録間違い	1件
No. 94	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(第2報) 第1報：医療安全情報No.10	3件
No. 95	セントラルモニタの送信機の電池切れ	1件
No. 99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え	3件
	<b>薬剤の投与経路間違い</b>	<b>3件</b>
No.101	患者は、右前胸部にCVポート、左前腕に末梢静脈ルートを留置していた。CVポートから投与するフルカリック3号輸液を調製する際に、看護師Aと看護師Bは混注する薬剤の内容と量は確認したが、投与経路を確認しなかった。看護師Bは、注射指示書の投与経路の指示を確認しないまま、フルカリック3号輸液を末梢静脈ルートに接続した。8時間後、患者から左前腕の痛みの訴えがあり、発赤、腫脹、熱感を認めた。	
No.102	口頭指示の解釈間違い	3件
No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	1件
No.106	小児の薬剤の調製間違い	1件
No.107	電気メスによる薬剤の引火(第2報) 第1報：医療安全情報No.34	2件

番号	タイトル	2017年の報告件数
No.109	採血時の検体容器間違い	1件
No.110	誤った患者への輸血(第2報) 第1報: 医療安全情報No.11	3件
	医師は、患者X(B型)に濃厚血小板輸血の説明、患者Y(AB型)に濃厚血小板の輸血を行う予定であった。医師は、患者Xの輸血同意書と、患者Yの濃厚血小板と一緒に持ち、患者Xの病室に行った。医師は、患者Xに輸血の説明後、同意書にサインをもらい、持参した患者Yの濃厚血小板を患者Xのものと思い込み、患者氏名、血液型の確認を行わず、患者Xに投与を開始した。開始後に認証システムで実施入力をしたところ、エラーが出たため異型輸血をしたことに気づき、投与を中止した。	
No.113	中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症	3件
	医師は、患者の頭側を30度程度挙上した状態で、左内頸静脈に留置していた中心静脈カテーテル(トリプルルーメン)を抜去した。抜去部を5分間圧迫後、通気性のあるドレッシング材を貼付し、折りたたんだガーゼで圧迫するようにテープで固定した。その後、患者は息苦しさを訴え、徐々にSpO <sub>2</sub> 値、意識レベルが低下した。心エコーを実施したところ、空気の混入を認めた。	
No.116	与薬時の患者取り違い	6件
	看護師Aは、看護師Bから患者Xの経腸栄養剤と抗けいれん薬の投与を依頼された。看護師Aは、リストバンドやベッドネームで氏名を確認しないまま患者Yを患者Xと思い込み、患者Yに経腸栄養剤と抗けいれん薬を投与した。看護師Bが患者Yの病室に行った際、患者Xの氏名が書かれた栄養剤のボトルが接続されていることに気付いた。	
No.117	他施設からの食種情報の確認不足	2件
No.118	外観の類似した薬剤の取り違い	1件
No.120	薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与	1件
No.121	経鼻栄養チューブの誤挿入	2件

◆他の再発・類似事例につきましては、2017年年報に掲載いたします。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



医療事故情報収集等事業

**医療**  
 安全情報

# 腫瘍用薬の総投与量の 上限を超えた投与

No.140 2018年7月

添付文書に記載された総投与量の上限を超えて腫瘍用薬を投与した後、患者に影響があった事例が2件報告されています(集計期間:2014年1月1日~2018年5月31日)。この情報は、第46回報告書「個別のテーマの検討状況」で取り上げた内容をもとに作成しました。

**総投与量の上限を超えて腫瘍用薬を投与した後、患者に影響があった事例が報告されています。総投与量は、患者の生涯にわたって投与する累積量です。**

成分名	販売名	添付文書に記載された総投与量	総投与量	患者への影響
ドキシソルピシン 塩酸塩	アドリアシン注用10	500mg(力価) /m <sup>2</sup> (体表面積) 以下	620mg/m <sup>2</sup>	心筋障害
	ドキシソルピシン塩酸塩 注射用		600mg/m <sup>2</sup>	心筋障害

添付文書に総投与量の記載がある腫瘍用薬(一部)

副作用	成分名	販売名	記載箇所	
心毒性	ドキシソルピシン塩酸塩	ドキシソル注20mg	警告	
		アドリアシン注用10/50	用法・用量	
		ドキシソルピシン塩酸塩注射液10mg/50mg		
		ドキシソルピシン塩酸塩注射用10mg/50mg		
	エピルピシン塩酸塩	エピルピシン塩酸塩注射液10mg/50mg	使用上の注意 (重要な 基本的注意)	
		エピルピシン塩酸塩注射用10mg/50mg		
		ファルモルピシン注射用10mg/50mg		
		ファルモルピシンRTU注射液10mg/50mg		
	ピラルピシン	テラルピシン注射用10mg/20mg		用法・用量
		ピノルピシン注射用10mg/20mg/30mg		
肺毒性	アクリラルピシン塩酸塩	アクリラシノン注射用20mg		用法・用量
	ダウノルピシン塩酸塩	ダウノマイシン静注用20mg		
	ブレオマイシン塩酸塩	ブレオ注射用5mg/15mg		
	ペプロマイシン硫酸塩	ペブレオ注射用5mg/10mg		

PMDA「医療用医薬品の添付文書情報」より(2018.4.30現在)

※この他に、添付文書の使用上の注意(副作用)に総投与量について記載のある腫瘍用薬もあります。

## 腫瘍用薬の総投与量の上限を超えた投与

## 事例

2年前に子宮体癌の再発でAP療法を6コース実施した。1年前に癌が再発し腫瘍摘出術の施行後にAP療法を3コース実施した。この時点で、ドキソルビシン塩酸塩の総投与量は470mg/m<sup>2</sup>であった。医師はドキソルビシン塩酸塩の総投与量の上限が500mg/m<sup>2</sup>であることを知っていたが、正確な記録はなく、さらにAP療法を6コース実施した。その後、患者は心筋障害を発症し、ドキソルビシン塩酸塩の総投与量を調べたところ、620mg/m<sup>2</sup>であった。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・他院からの紹介状や患者からの情報などで過去の治療歴を確認し、記録する。
- ・電子カルテのシステムを改善し、医師が処方する際に添付文書の総投与量の上限を超えるとアラートが出るようにする。
- ・薬剤師は、レジメンのチェックリストに総投与量を記載し、確認する。
- ・患者へ情報を提供するために、お薬手帳に総投与量を記載し、説明する。

## 総合評価部会の意見

- ・腫瘍用薬の総投与量を把握する仕組みを医療機関内で検討しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>



医療事故情報収集等事業

# 医療 安全情報

No.141 2018年8月

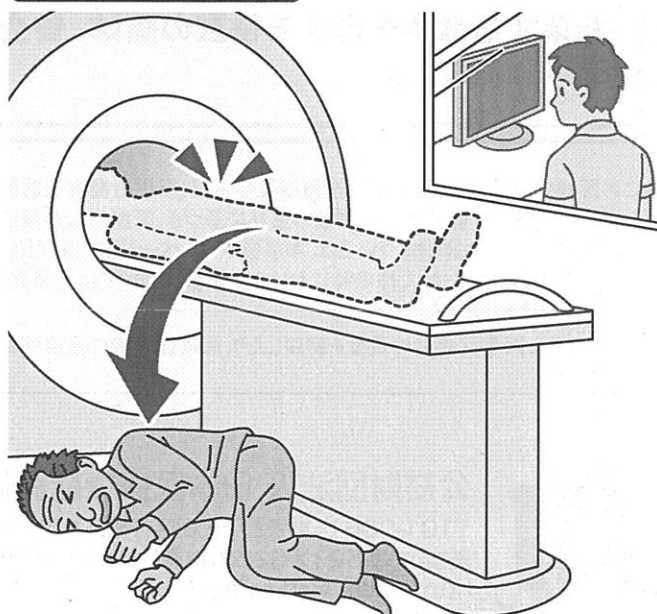
## 検査台からの転落

検査や治療・処置の際に患者が検査台から転落した事例が9件報告されています（集計期間:2014年1月1日～2018年6月30日）。この情報は、第50回報告書「分析テーマ」で取り上げた内容をもとに作成しました。

**検査や治療・処置の際に検査台から転落したことにより、患者に影響があった事例が報告されています。**

検査や治療・処置	件数
頭部MRI検査	2
内視鏡検査	2
透視下での処置	2
心臓カテーテル検査	1
脳血管造影・血管内治療	1
胸部X線検査	1

### 事例1のイメージ



## 検査台からの転落

### 事例 1

頭部MRI検査をするために看護師と診療放射線技師で患者を検査台へ移動させた。その際、看護師は患者が認知症であることを診療放射線技師に伝えなかった。診療放射線技師は、患者の頭部を固定し、意思疎通ができていないと思い身体は固定しなかった。撮影開始10分後に患者が検査台にいないことに気付いた。検査室に入ると、患者は検査台の右側の床にうずくまっていた。その後、X線撮影を行い右大腿骨頸部外側骨折を認めた。

### 事例 2

心臓カテーテル検査中、患者は鎮静されていた。検査の途中、物品を取りに行った看護師が検査室に戻った時、患者が右足からずれるように転落した。医師は患者に背を向け清潔台で作業しており、臨床工学技士は機器の操作中であり、診療放射線技師は画像の確認を行っており、誰も患者を見ていなかった。その後、頭部CT撮影を行い外傷性くも膜下出血を認めた。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・患者の病態を把握し、医療者間で患者の情報を共有する。
- ・患者が検査台から転落する危険性があることを認識し、患者から目を離さないように医療者間で声をかけ合う。

### 総合評価部会の意見

- ・転落する危険性のある検査の際は、安全確保のため、患者に説明し身体を固定する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>



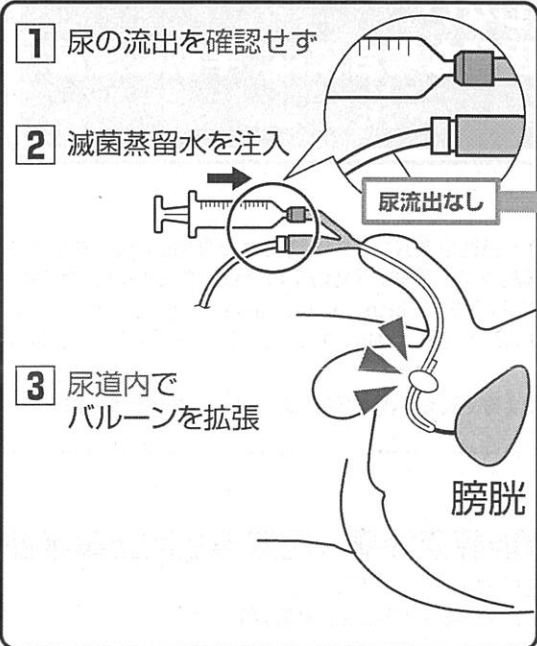
# 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷(第2報)

No.142 2018年9月

「膀胱留置カテーテルによる尿道損傷」を医療安全情報No.80(2013年7月)で取り上げました。その後、類似の事例が49件報告されていますので再度情報提供します(集計期間:2013年6月1日~2018年7月31日)。この情報は、第47回報告書「再発・類似事例の発生状況」の内容をもとに作成しました。

**膀胱留置カテーテルを留置する際、尿の流出を確認せずバルーンを拡張し、尿道を損傷した事例が再び報告されています。患者は全て男性です。**

## 事例のイメージ



尿の流出を確認せずバルーンを拡張した主な背景	件数
挿入したカテーテルの長さが十分であると思った	27
カテーテル挿入時に抵抗がなかった	15
排尿直後や禁食のため、膀胱内に尿が溜まっていないと思った	15

◆複数の背景が含まれている事例があります。

## 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷(第2報)

### 事例 1

看護師は、全身麻酔導入後の患者に14Frの膀胱留置カテーテルを根元まで挿入した。尿の流出はなかったが、抵抗なく挿入できたため、膀胱内に入っていると判断した。バルーンに滅菌蒸留水を注入した直後に出血があり、カテーテルを抜去した。その後、泌尿器科医師が診察を行い、尿道損傷と診断され6日間入院が延長した。

### 事例 2

看護師は、全身麻酔導入後の患者に14Frの膀胱留置カテーテルを挿入したが抵抗があり、抜去した。12Frのカテーテルに変更して再度挿入したが抵抗があったため、10Frのカテーテルを挿入した。尿の流出を確認できなかったが、根元まで挿入できたため、膀胱内に入っていると判断した。バルーンに滅菌蒸留水を注入すると出血があり、カテーテルを抜去した。泌尿器科医師が診察を行い、尿道損傷と診断され予定手術は延期された。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

- ・膀胱留置カテーテルの挿入時に抵抗がなくても、尿の流出がない場合は、バルーンを拡張しない。
- ・膀胱留置カテーテルの留置が困難な場合には、早期に泌尿器科医師に依頼する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>

医療事故情報収集等事業

医療  
安全情報

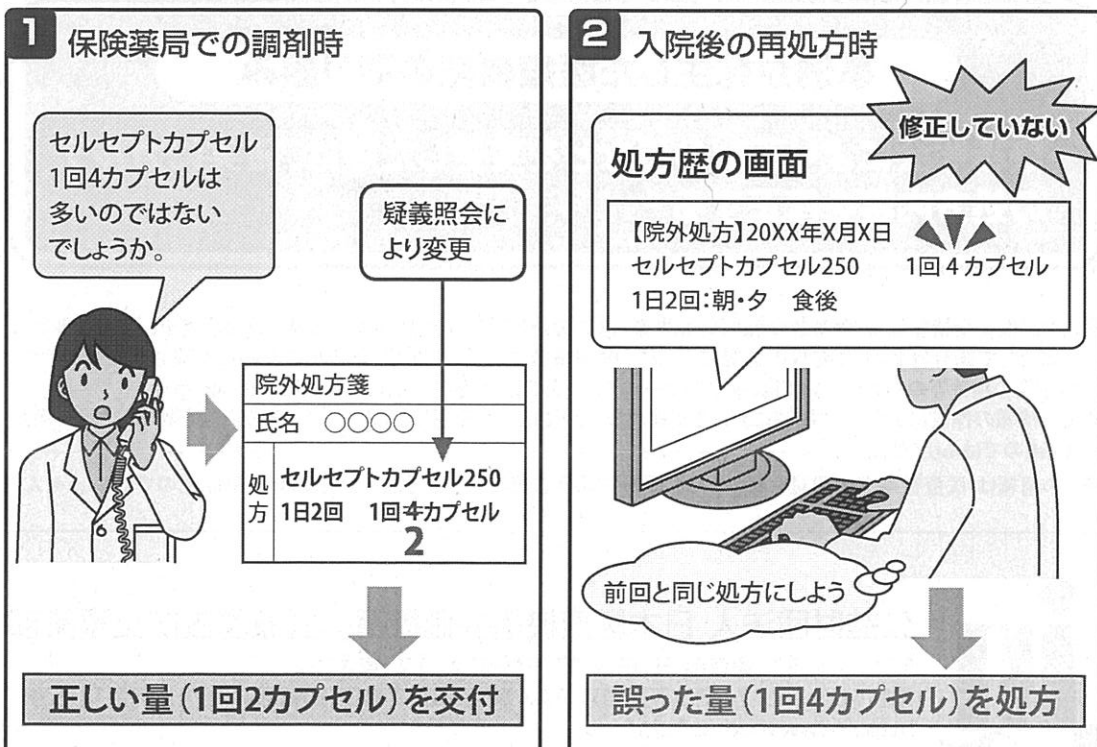
処方内容の未修正による  
再処方時の誤り

No.143 2018年10月

薬剤師の疑義照会により薬剤の量などが変更になったが、電子カルテの処方内容を修正しなかったため、その後、処方歴をもとに変更前の薬剤を再び処方した事例が2件報告されています(集計期間:2017年1月1日~2018年8月31日)。この情報は、第50回報告書「分析テーマ」で取り上げた内容をもとに作成しました。

疑義照会により処方に変更になったが、その後、修正されなかった処方歴をもとに変更前の薬剤を再処方した事例が報告されています。

事例1のイメージ



## 処方内容の未修正による再処方時の誤り

### 事例 1

医師は、院外処方時にセルセプトカプセル250 1回2カプセル 1日2回(1日4カプセル)と入力するところ、誤って1回4カプセル 1日2回(1日8カプセル)と入力した。保険薬局の薬剤師から医師へ疑義照会があり、用量を変更して調剤を行ったが、医師は電子カルテの処方内容を修正しなかった。その後、患者が休日に緊急入院した際、処方歴をもとにセルセプトカプセル250 1回4カプセル 1日2回を処方した。入院後に血中濃度を測定した際、数値が高く過剰投与していることが分かった。

### 事例 2

外来担当の医師Aがビソプロロールフマル酸塩錠12.5mgを処方した。院内の薬剤師が「処方量が多いのではないかと疑義照会したところ、1.25mgに変更になった。その際、医師Aは電子カルテの処方内容を修正しなかった。その後、患者が夜間に救急外来を受診して入院した際、医師Bは処方歴の用量をもとに、ビソプロロールフマル酸塩錠12.5mgを処方した。薬剤師も看護師も気付かず、患者は内服した。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

**・疑義照会により薬剤の量などを変更した際は、確実にカルテの処方内容を修正する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>