

公表基準に基づく医療事故の包括的公表（平成27年度後期）

名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院

	発生年月	発生場所	事故の概略	再発防止策
1	2015年9月	病室	看護師が経管栄養で誤った水分量を投与した。投与後すぐ他の看護師が気づき、医師の指示のもと当日中の水分量を調整した。医師の水分量の指示が、複数の読み取り方ができる記載であった。	医師の指示方法を統一し、誤読の可能性を予防する。
2	2015年10月	病室	カプセル剤をお湯で溶解し、注入したところ経管栄養チューブが閉塞した。医師の指示にて経管栄養チューブを再挿入した。溶解のしにくい薬剤で前院からの注入方法を継続していたが、温度、溶解のタイミング等の確認が不十分だった。	医師・看護師・薬剤師で投与方法を確認する。
3	2015年10月	デーホール	患者が誤った食事を口にしてしまった。病棟に同姓の患者がおり、配膳時の呼称に対して返答があったため配膳してしまった。	患者確認を徹底し再発を防止する。
4	2015年10月	デーホール	患者に提供した食事の汁椀に小石が入っていた。	混入の可能性のある過程を見直し、再発防止を図る。
5	2015年10月	理学療法室	歩行訓練中の患者の足が床敷きのマットに接触し、転倒した。当日の訓練は中止、医師の診察を受け経過観察となった。外傷は発生していない。	安全な訓練歩行路を確保できるように、訓練用マットの配置を変更し、再発防止
6	2015年10月	理学療法室	歩行訓練中の患者がバランスを崩し、床に手をついた。担当理学療法士の支えにより転倒には至らず、症状もなかったため訓練を継続してしまい、医師、看護師への報告が遅延した。	主治医へ遅滞なく報告するよう徹底を図る。
7	2015年10月	病室	患者は車いすから看護師の介助で移乗し、ベッド端座位を取っていた。看護師が車いすを壁際に移動中に滑り落ち、床に膝をついた。医師に報告し経過観察となった。	患者の安全を確保した介助方法を再確認
8	2015年10月	病室	自己管理の吸入薬の実施確認が遅れた。時間遅れで吸入した。	患者の状況により困難な場合もあるが、自己管理であっても薬の確認を徹底し、再発防止。
9	2015年10月	浴室	担当看護師が入浴担当看護師へ入浴後に貼付薬を貼付するよう依頼したが、入浴担当看護師は貼付を忘れ、担当看護師も最終確認を怠った。翌朝貼付薬の未投与が発覚した。	担当看護師による最終確認を徹底し、再発防止。

10	2015年10月	ナースステーション	看護師が、持参薬を中止し当院処方薬を開始とする処方箋を受け取った。内服薬をセットする際に処方開始日を確認しなかったため、持参薬終了の1日後からセットしてしまい、内服開始が遅れた。	処方変更時の運用ルールを徹底し、再発防止。
11	2015年10月	ナースステーション	看護師が外泊する患者に対し、内服薬を渡し忘れた。発見直後に電話連絡し、自宅にあった予備薬を服用していただくことになった。	外泊時の内服薬準備手順を徹底し、再発防止。
12	2015年10月	ナースステーション	外泊から帰院した患者の内服空袋を確認したところ、毎食後服用の薬を朝夕逆にしてセットして渡していたことが分かった。同じ内容であったため、患者への影響はなかった。	内服セットは確認を徹底し、再発防止。
13	2015年11月	病室	左踵部～足趾に疼痛の訴えがあり、皮膚トラブル観察していた。4日後発赤と水泡形成を発見し、褥瘡担当医の指示により保護処置を実施した。	観察、アセスメント力強化
14	2015年11月	病室	褥瘡既往のある患者に予防処置を実施していたが、仙骨部左側にびらん形成を発見した。頻回なギャジアップによるものと思われ、褥瘡担当医の指示により移乗、ギャジアップ制限、保護処置を実施した。	動作能力の適切な評価 職種間の情報共有
15	2015年11月	病室	経管栄養を開始直後、他看護師より血糖値の確認があり、血糖測定実施忘れに気付いた。経管栄養の準備、実施が申し送りのため中断していたため、測定を忘れてしまった。	看護師間の連携 業務時間帯の見直し
16	2015年11月	病室	血糖値測定の実施期限を確認していなかったため、指示終了から2日間指示なく測定実施していた。	指示受け手順を見直し 看護師間連携強化
17	2015年11月	病室	主治医により指示簿指示の血糖値測定は終了していたが、看護指示は継続していたため、指示簿指示終了から8日間測定を継続していた。	指示受け手順を見直し 看護師、医師間連携強化
18	2015年11月	病室	嚥下訓練がないことを確認し、経管栄養を開始した。8割程度注入後、食事摂取予定日であったことが判明した。食事摂取は中止となった。	指示確認の手順を徹底 看護師間の連携強化
19	2015年11月	外来診療室	注射指示があり、注射薬を準備した。内容、量は同じ薬品であったが、医師の指示とは異なる状況の準備をした。	指示受け手順を徹底 呼称にて確認実施
20	2015年11月	ナースステーション	外泊中の内服薬を渡し忘れた。主治医指示にて帰院後翌朝に内服した。	内服確認手順の再確認

21	2015年11月	ナースステーション	内服指示が、朝夕から夕食後のみと変更になっていた。内服未セットで、看護師のダブルチェックでも気付かず、翌日未内服となったことが発覚した。	指示伝達方法の見直し 看護師間の連携強化
22	2015年11月	デーホール	リストバンドにより患者確認後、内服をさせた。その後他の患者の処方薬を内服させてしまっていたことに気付いた。	確認作業を形骸化しないよう、職員の意識向上
23	2015年11月	デーホール	患者に提供した食事の中からビニル片が見つかった。	作業中の確認強化 職員の意識向上
24	2015年11月	デーホール	患者に提供した食事の中からラップ片が見つかった。	作業中の確認強化 職員の意識向上
25	2015年11月	病室	車いすからベッドへ移乗する際に、バルンパックを移し忘れたため、カテーテルとチューブ接続部が外れた。カテーテルを交換した。	マニュアルにて移乗時の手順再確認
26	2015年12月	病室	トランスファーボードを使用し看護師2名でベッドから車いすへの移乗を介助した。途中前方介助の看護師がバランスを崩し、患者がベッドから滑り落ちかけた。看護師が受け止めたため転落はせず、4名介助でベッドへ戻った。	移乗動作方法講習会を実施 介助技術の強化
27	2015年12月	病室	看護師は食堂で配薬した。患者は病室で服用しようと、衣服に入れ持ち帰り、そのまま服用し忘れていた。	処方薬の服用は完了まで確認する
28	2015年12月	デーホール	食堂で看護師が配薬し、患者は内服した。下膳した職員が錠剤1錠の残った薬袋を発見。患者は飲み忘れた錠剤を服用した。	処方薬の服用は完了まで確認する
29	2015年12月	浴室	安静度指示を他の患者と間違えて確認し、シャワー浴の患者を入浴させてしまった。	看護師間の連携 安静度確認手順の見直し
30	2016年1月	浴室	安静度の確認をせず、シャワー浴の患者を入浴させてしまった。	看護師間の連携 安静度確認手順の見直し
31	2016年1月	デーホール	食堂で3名間で配膳間違いが発生した。発見した時点で、1名の方が既に他の患者の食事を食べ始めてしまっていた。	本人確認方法の見直し 職員間の連携強化

32	2016年1月	デーホール	病棟に同姓の患者が在院したが、姓のみで確認をしたため、配膳を誤った。	フルネームの呼称による確認の徹底。
33	2016年1月	病室	看護師が朝、夕の食前薬を反対にセットしていた。食前薬は朝夕で同じ内容であったため、患者への影響はなかった。	内服セット、内服確認時の確認手順の再確認 看護師間連携強化
34	2016年1月	理学療法室	立位評価を平行棒内で実施中の患者に膝折れが起こった。理学療法士が平行棒外から支え、介助しながら着床した。その際、患者は左わき腹を平行棒にひっかけたが、痛みや外傷は発生していない。	安全に十分配慮して訓練、評価を実施
35	2016年1月	廊下	日中の安静度[棟内歩行監視]の患者が、夜間、看護師の監視のもとトイレへの歩行中にバランスを崩して転倒した。痛みや外傷は発生していない。	夜間の移動手段について考え方を見直す 看護師間、職員間の情報共有
36	2016年1月	病室	夜間、床センサー音にて来室し、ポータブルトイレへの移乗介助を行った。排泄中、より転倒リスクの高い患者からのナースコール対応のため退室した。看護師が再来室する直前に転倒した。痛みや外傷は発生していない。	備品整備を検討
37	2016年1月	デーホール	検査終了後に内服予定であった薬を検査前に服用させてしまった。配薬する看護師に指示が伝わっていなかった。	検査前の薬の取り扱いについて手順化 看護師間の連携強化
38	2016年1月	外来診療室	すべての採血指示を確認する前に患者を処置室へ誘導したため、採血を一部取り忘れた。	指示の確認強化 手順の再確認
39	2016年2月	薬局	薬剤情報提供書に誤った調剤日、処方科名を印字して、患者へ提供した。システムが不調のためこの日は手入力していた。	入力情報の確認強化 職員間の連携強化
40	2016年2月	浴室	入浴の際、背部に3日前の貼付薬を発見した。剥がし忘れていた。貼付部の発赤等はみられなかった。	貼付薬の投与方法についてのマニュアル作成 看護師間の連携強化
41	2016年3月	ナースステーション	看護師が入院中の患者の他科依頼の予約を取り忘れた。その後、改めて他科依頼し、受診した。	指示受け手順の再確認 他科依頼に関する手順を見直し
42	2016年3月	病室	看護師が貼付薬のフィルムを半分残したまま、貼付した。	貼付薬の投与手順の再確認

43	2016年3月	外来診療室	車いすから歯科診療ユニットへ移乗する際、車いすのフットプレートに下腿内側が当たり、内出血が発生した。	歯科診療室での移乗動作方法講習会を実施 介助技術、職員間の連携強化
44	2016年3月	屋外（敷地内）	敷地内での屋外歩行訓練中に下り坂で転倒した。理学療法士が支えたが、右上肢を地面で打撲した。痛みや外傷は発生していない。	屋外歩行は安全面を検討して導入する。
45	2016年3月	作業療法室	作業療法にてキャッチボールを実施した。取り落としたボールを拾う際にバランスを崩して転倒した。痛みや外傷は発生していない。	バランス訓練は安全面に配慮して実施する。
46	2016年3月	作業療法室	患者は訓練用治療台に移乗し、靴を脱いでいる際に左後方、治療台の上へ倒れた。痛みや外傷は発生していない。	バランス不良の患者の安全管理について再確認