

公表基準に基づく医療事故の包括的公表(平成30年度前期)

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	2018年4月	外来診療室	患者より受付事務員を通して診療情報提供書を受け取った外来看護師が、封書の宛先の確認・医師への確認を怠ったため、開封後宛先が違うことが判明した。	宛先の確認、医師の確認を徹底することで再発防止。
2	2018年4月	病室	左眼に点眼指示の出ている3種類の薬を患者に点眼した。最後の1種類の点眼の際、患者に声掛けをしたため患者が顔を動かし、右眼に入ってしまった。すぐに洗い流し当直医へ報告、経過観察となった。	適切な声掛けをすることで再発防止。
3	2018年4月	ナースステーション	看護師管理の2種類の時間薬の保管場所が異なったため、麻薬金庫に保管されていた1種類を服薬し忘れた。当直医へ報告し、当日内服見合わせの指示となった。	管理方法を病棟で統一し、一部の薬剤が麻薬金庫にあることを明示することで再発防止。
4	2018年4月	病室	昼食後、内服自己管理の患者が誤って昼食後薬と夕食後薬を服用してしまった。主治医に報告し当日の夕食後薬は中止、経過観察となった。	主治医や薬剤師等が介入し、自己管理しやすいよう用法の変更などを検討することで再発防止。
5	2018年4月	ナースステーション	入院中、主治医より眼科受診指示があったが、病棟看護師が予約依頼を失念し、眼科受診していないことが判明した。判明当日、眼科受診した。	入院患者の外来予約の取り方につき、外来看護師と病棟看護師の役割分担を見直すことで再発防止。
6	2018年4月	外来診療室	医師が血糖検査と誤って別の検査オーダーをした。検査当日、検査後にオーダー誤りが判明し、追加で血糖検査を行った。患者へ説明、謝罪した。	確認を徹底することで再発防止。
7	2018年4月	薬局	医師が誤ってすでに内服中の薬を重複処方した。調剤した薬剤師も見落とし、2日後医師が過量投与であることに気づき中止した。	過量投与となった際はシステム上でアラートが出るため、アラートの確認を徹底することで再発防止。
8	2018年5月	再診受付	総合受付事務職員が、患者から預かった診察券を紛失した。同時刻に受付をした他患に誤って渡していたことが判明し、自宅を訪問して謝罪、診察券を回収した。また、当該患者にも電話連絡し、謝罪した。	診察券を預からない運用に変更し、再発防止。
9	2018年5月	病室	看護師が、前日の貼付剤を剥がすことを失念し、当日分と重複して貼付した。主治医に報告し、経過観察となった。	マニュアル遵守を徹底することで再発防止。
10	2018年5月	病室	内服自己管理の患者の眠前薬が1包余っており、服用開始日からの3日間のうち1日内服忘れがあったことが判明。看護師が空袋を毎日回収していたが、確認が不十分であった。	日付、用法の確認及び服薬しているかの確認を徹底することで再発防止。
11	2018年5月	処置室	看護師が採血したが、検体の一部が不足した。不足分の検体ラベルは、不要な分だと思い込み廃棄していた。提出済みの検体で検査可能だったため、再採血の必要はなかった。	採血スピッツの準備時に確認行動を確実にを行うことで再発防止。

12	2018年5月	薬局	薬剤師は監査の際に、持参薬がないことに気がついたが病棟が預かっていると思ひ込み確認を怠った。後日病棟から持参薬がないことを指摘され確認すると、薬局内保管場所の外に落ちていた。	薬局、病棟ともに持参薬の取扱いについて統一し、明文化することで再発防止。
13	2018年5月	ナースステーション	持参薬がないことに気が付いた看護師が薬局へ確認すると、保管場所の外に落ちていて薬剤師が気が付かなかったことが判明した。	薬局、病棟ともに持参薬の取扱いについて統一し、明文化することで再発防止。
14	2018年5月	デーホール	看護師が、夕食前のインシュリン注射の実施を失念した。食事3分の1程度摂取した時点で気が付いたため、食事を中止し、注射実施。当直医報告し、就寝前血糖値異常時報告するよう指示を受けた。	マニュアル遵守を徹底することで再発防止。
15	2018年5月	トイレ	トイレ移乗時、看護師1人が介助したが、患者の左下肢に痙性が入り転倒。前額部に直径2.5cm程の腫脹あり、当直医が来棟し診察。クーリング施行し、全身経過観察となった。	リスクマネージャから正しいポジショニング指導を実施し、再発防止。
16	2018年5月	病室	ベッドセンサー、シルエットセンサー使用中で歩行見守りの患者が、病室から出てくる際に転倒。疼痛、皮下出血等なしのため、経過観察となった。	環境整備等の対策継続、見守り継続し、再発防止。
17	2018年5月	廊下	病棟廊下にて立位訓練中、膝折れし転倒。壁で前額部と鼻を打撲、クーリング施行し主治医へ報告する。診察後様子観察の指示を受けた。	担当療法士と介助方法のポイントを確認し、訓練方法や訓練目標の統一を図ることで再発防止。
18	2018年5月	病室	認知機能が低下している患者が、点滴を自己抜去した。経過観察となった。	状況に応じて点滴を留置しないことで再発防止。
19	2018年5月	病室	医師が当日至急で他科受診の指示を出したが、看護師が至急であることを認識しておらず、当日受診できなかった。	職員間のコミュニケーション及び患者観察を徹底することで再発防止。
20	2018年5月	デーホール	看護師が患者の服の胸ポケットから数回分の内服薬の一部を発見し、服用できていないことが判明した。	薬を飲み込むまでの内服確認を徹底し、再発防止。
21	2018年5月	デーホール	同姓の患者の食事を誤って配膳し、一部摂取した。当直医へ報告し、経過観察となった。	患者名をフルネームで確認することを徹底し、再発防止。
22	2018年5月	その他	通所リハビリ中、患者が手をついたリハビリ器具が動き、転倒した。介助員は後方で見守っていたが、間に合わなかった。主治医へ報告し、経過観察後痛みや体調不良等なければ訓練再開可との指示を受けた。	介助の際は転倒予防できる位置で行うことで再発防止。
23	2018年5月	その他	診断書作成後、相談員が所持していたが、患者より不要の連絡あり。書類廃棄、会計への連絡を怠ったため、診断書料が請求された。また、診断書も所在不明となった。後日、正しい金額の請求書を再発行し、診断書も発見された。	文書の手続きチェック、個人情報の管理を徹底し、再発防止。
24	2018年6月	その他	通所リハビリ中、職員が利用者の欠席理由について他の利用者に話した。欠席していた利用者家族からの苦情により、口頭による個人情報漏えいが判明した。	医療安全管理者による勉強会を実施。個人情報の管理を徹底することで再発防止。

25	2018年6月	ナースステーション	事務員が他院宛の診療情報提供書を誤って電子カルテに取り込んだ。看護師が気づき、削除。お詫び文を添えて本来の宛先へ送付、患者へ謝罪した。	受付で受け取る時、病棟で受け取る時、開封する時に宛先確認を徹底し、再発防止。
26	2018年6月	理学療法室	理学療法士がカルテ記載をする際、他患者の記載内容を参照するためカルテを開いたが、誤ってそのまま他患者のカルテに記載した。翌日誤りに気づき、削除。正しい患者のカルテに記載し直した。	内容を参照するだけの場合は、参照モードで開くことを徹底し、再発防止。
27	2018年6月	デーホール	内服自己管理中の患者が、前日の薬が残っており、翌日の薬がないことを訴えた。確認し、前日の薬を翌日飲むよう日付の記載を修正した。看護師が毎食後確認しているが、日付の確認がもれていた。	残薬確認時、用法、日付等の確認を徹底することで再発防止。
28	2018年6月	ナースステーション	患者が外出する際、他の要件の処理を同時に行っていた看護師が、薬を渡すことを失念した。主治医に報告し、帰院後に内服するよう指示を受けた。	重要度の高いものから処理するよう徹底することで再発防止。
29	2018年6月	デーホール	患者が朝食を一部摂取した後、食前の薬を内服していないことに看護師が気付いた。準備するが、患者が服薬拒否したため当直医へ報告。内服見合わせの指示を受けた。	患者に適した配膳手順で実施することで再発防止。
30	2018年6月	病室	患者が経管栄養を自己抜去した。家族来室中であり、家族の依頼によって抑制用のミトンを外していた。チューブ再挿入後、当直医に報告し、確認を受けた。	家族指導と家族の理解度などの状況を判断した上で、抑制を最小限にすることで再発防止。
31	2018年6月	検査室	他院より使用する造影剤を指定をされた上でCTの検査予約を受けたが、造影剤の在庫確認を怠った。在庫がないことに検査当日気付いたため、無しのまま検査を行った。	日常的に在庫を所持することとし、再発防止。
32	2018年6月	放射線撮影室等	診療放射線技師が、頭部MRI施行時、患者の耳栓を確認することを失念した。検査後、患者からの訴えで耳栓がなかったことに気付いたが、謝罪対応が速やかに行われなかった。	耳栓の確認をダブルチェックすることとし、再発防止。また、速やかな謝罪対応ができるよう職員間で徹底する。
33	2018年7月	病室	ベッドから車椅子へ移乗する際、動作が性急で片足跳びで車椅子へ乗車したため膝折れし転倒した。看護師の支えが間に合わなかった。主治医へ報告し、経過観察の指示を受けた。	危険な移乗をしないよう患者へ指導するとともに、居室の環境整備を行うことで再発防止。
34	2018年7月	病室	トランスボードを使用しベッドから車椅子へ移乗する際、看護師1名で介助を行ったが、うまくスライドできず床に座る。その後男性看護師の介助を受けベッドへ引き上げ再度車椅子へ移乗した。主治医に報告し経過観察となった。	患者の体型に合わせ、複数の看護師で介助を行うことで再発防止。
35	2018年7月	病室	食前薬の内服介助時、他患者の内服薬を誤って内服させてしまった。主治医に報告し、経過観察の指示を受けた。本来内服する漢方薬は内服可と指示あり、内服した。	薬袋とリストバンドの患者氏名の確認を徹底することで再発防止。
36	2018年7月	デーホール	患者より、共用冷蔵庫に入れておいたペットボトルのお茶が紛失したと報告あり。ポスターを冷蔵庫に掲示して注意喚起したが、その後も紛失が続いた。	共用冷蔵庫の位置をナースステーション内に移動することで再発防止。
37	2018年7月	その他	通所リハビリ中、利用者がエアロバイクのペダルに足をひっかけて転倒した。介助していた職員は、近くの別の患者が同様にペダルに足をひっかけていたため、そちらの介助に行ったところであった。外来にて主治医の診察を受けた。	待っていただくよう制止した上で、他職員に声をかけて応援依頼することで再発防止。

38	2018年8月	処置室	アレルギー既往のある薬剤と同系統の薬剤を投与するに当たり、前回の投与では同薬剤でアレルギー反応が起きなかったため問題ないと判断したがアレルギー反応が起こった。経過観察入院となった。	アレルギー既往のある薬剤と同系統の薬剤は、原則投与しないこととし、再発防止。
39	2018年8月	病室	患者が病室で転倒し、頭部裂傷により出血した。看護師が発見し患者の状態確認後、当直医へ報告。5針縫合が行われた。	床センサー追加にて再発防止。
40	2018年8月	デーホール	薬剤師がデーホールで車いすに座っている患者に口頭でフルネームを確認し、服薬指導を行ったが、同姓の患者間違いであった。看護師が気付き、薬剤情報・お薬手帳を回収した。	リストバンドでの患者氏名の確認を徹底することで再発防止。
41	2018年8月	病室	看護師が、リハビリテーション総合実施計画書の氏名を確認しないまま、患者家族に渡した。患者家族から他患者の計画書である旨指摘を受け、渡し間違いが判明した。	書類の患者氏名と渡す患者氏名の確認を徹底することで再発防止。
42	2018年8月	ナースステーション	導尿を実施する際に薬剤の使用期限が切れていることに気付かず、実施した。	定期的に月1回チェックをすることで再発防止。
43	2018年8月	病室	看護師が、採血スピッツを準備したが、スピッツが誤っていることに気付かなかつた。実施する看護師も気付かず、検査室からの指摘で判明したため、再度採血を行った。	ダブルチェックを徹底することで再発防止。
44	2018年8月	病室	看護師が患者の爪切りを実施した際、皮膚を傷つけ出血。消毒、止血し絆創膏保護にて対応した。	爪切りは無理のない範囲で行い、爪やすりを使用することで再発防止。
45	2018年8月	ナースステーション	看護師が管理していた4週に1回服用する起床時薬を内服し忘れた。主治医に報告し、翌日の起床時に服用するよう指示を受けた。	看護指示を入力することとし、再発防止。
46	2018年8月	病室	日数分セットされた吸入薬の期限が切れていることに気付かず、看護師が患者に渡した。翌日対応した看護師が期限切れに気付き、交換した。	使用前の期限確認を徹底することで再発防止。
47	2018年8月	ナースステーション	看護師が昼食後と夕食後の薬を誤って1週間分逆にセットし、患者は昼食後に夕食後薬を服用。夕食時、薬を準備した看護師が昼食後薬が残っているのに気付いた。当直医に報告し、夕食後に昼食後薬を服用するよう指示を受けた。	配薬時に患者氏名、用法確認を徹底することで再発防止。
48	2018年8月	廊下	看護師が患者の歯磨きを介助する際、置いてあった歯磨きセットを本人のものと思い込み介助したが、他患者のものであった。氏名が記入されていたが、確認を怠った。	介助前の確認を徹底することで再発防止。
49	2018年8月	病室	病状が不安定であり、在宅での転倒等を防ぐために入院していた患者が病室で転倒した。看護師が状態確認し、擦過創や痛みなし。主治医に報告した。	病状が不安定な患者に対しては、主治医含め、転倒予防対策を検討することで再発防止。

50	2018年8月	病室	病状が不安定であり、在宅での転倒等を防ぐために入院していた患者が病室で転倒した。看護師が状態確認し、外傷や内出血なし。当直医へ報告し、経過観察となった。	病状が不安定な患者に対しては、主治医含め、転倒予防対策を検討することで再発防止。
51	2018年8月	理学療法室	理学療法中、患者が平行棒内歩行訓練で転倒した。担当療法士は平行棒外で手添え介助を行っており、支えられなかった。看護師、医師へ連絡し、診察。経過観察となった。	支えられる位置で介助することで再発防止。
52	2018年8月	理学療法室	理学療法中、初期の歩行能力評価中に患者が転倒した。主治医へ報告し、実施可能な様子であれば継続可との指示を受けた。理学療法士が状態観察し、評価を継続した。	初期評価は特に慎重に行うことで再発防止。 また、訓練継続前に医師の診察を受けるよう周知徹底することで再発防止。
53	2018年8月	廊下	理学療法中、患者が転倒した。療法士の判断で訓練を継続した。	訓練継続前に医師の診察を受けるよう周知徹底することで再発防止。
54	2018年8月	デーホール	調理師が、嚥下食に提供しているふりかけの賞味期限が切れていることに気付かず提供した。看護師が気付き交換したが、一部の患者がすでに摂取した後だった。	賞味期限の管理を徹底することで再発防止。
55	2018年8月	デーホール	食事時、患者が米飯に異物が入っていることを訴えた。調理過程の状況から調査するも、異物が何か、どこで混入したか特定できなかった。	厨房内、米の納入業者で情報共有し、十分注意することで再発防止。
56	2018年9月	外来診療室	前院にて血小板減少のため中止となっていた薬剤を、医師が情報の確認を怠り再開した。その後血小板数が減少したため当院でも投薬中止し、経過観察入院となった。	前院からの情報確認を徹底し、再発防止。
57	2018年9月	病室	患者が病室の床頭台に置いておいた薬剤情報書が紛失し、他患者の床頭台から発見された。どのような経緯で起こったか、特定できなかった。	個人情報の管理について、患者にも促すことで再発防止。
58	2018年9月	理学療法室	理学療法士が訓練終了後患者にファイルを渡したが、氏名の確認を怠り、誤って他患者のファイルを渡した。受付事務員が気付き、療法士へ連絡。正しいファイルと差し替えた。	氏名の確認を徹底することで再発防止。
59	2018年9月	その他	看護師が患者の歯磨きを介助する際、誤って他患者の歯磨きセットを準備した。氏名の確認を怠り、他患者のものと気付かないまま介助した。	介助が必要な患者の歯ブラシは、車椅子の後ろに所持してもらうことで再発防止。
60	2018年9月	病室	看護師が患者の爪切りを実施した際、皮膚を傷つけ出血。消毒、止血し絆創膏保護にて対応した。主治医へ報告し、経過観察となった。	爪切りは無理のない範囲で行い、爪やすりを使用することで再発防止。
61	2018年9月	処置室	外来処置室にて、採血用のスピッツが8月で期限切れであったが、気がつかず12名の患者に採血を実施した。	採血スピッツの使用期限を定期的に確認すること、採決前の確認を徹底することで再発防止。
62	2018年9月	ナースステーション	看護師が看護師管理の時間薬の服薬介助を失念した。後刻気付いた看護師が当直医に報告、時間をずらして飲むよう、服薬時間の指示を受けた	時間薬はタイマーを使用するなど、マニュアル遵守することで再発防止。

63	2018年9月	ナースステーション	看護師が朝食後薬と夕食後薬を誤って準備し、朝食後は気付かないまま服用した。夕食時、朝食後薬が残っていることに看護師が気付き確認すると、朝食後に夕食後薬を飲んでいた。	ダブルチェックを徹底することで再発防止。
64	2018年9月	薬局	薬剤師が、退院患者の預り薬が残っていることに気付かず、病棟看護師からの確認にも「残っていない」と返答した。退院後、患者より薬が足りない旨の連絡が入り、再度確認すると預り薬が見つかったため、郵送にて返却した。	薬局内の預り薬の保管方法を見直すことで再発防止。
65	2018年9月	ナースステーション	入院時オーダーにて、C型肝炎ウイルス抗体価等の感染症検査をオーダーすることを失念した。検査結果を確認した際に気づき、追加の血液検査を行った。	入院時のセット登録を適切に使用することで再発防止。
66	2018年9月	理学療法室	理学療法中、患者が転倒した。療法士が患者の状態を確認し、歩いて病棟へ戻った。その後主治医受診、リハビリ継続可と指示を受けた。	転倒後、医師の診察前に療法士の独断で歩行させることのないように徹底する。
67	2018年9月	理学療法室	理学療法中、患者が転倒した。病棟へ戻り異常がないことを確認したが、主治医と連絡が取れず理学療法室へ再度戻った。その後主治医と連絡がついたため受診、訓練継続可と指示を受けた。	他の医師の受診をするなど、患者に負荷がかかりすぎない対応を周知することで再発防止。
68	2018年9月	デーホール	調理師が、ビニル片が入っていることに気付かないまま、食事を提供した。下膳時に患者より訴えがあり確認すると、調理過程にて混入したものであった。	食材の包装ビニルの廃棄確認を徹底することで再発防止。