

公表基準に基づく医療事故の包括的公表(平成31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	2019年4月	検査室	ホルター心電図検査で通常通り電極を装着した。電極を外した際に発赤や皮膚剥離などは確認できなかった。その後、電極貼り付け部位に皮膚のびらん・水疱が生じていると病棟より報告を受けた。医師に報告し、軟膏が処方された。	電極の外し方を工夫し、外した後の皮膚状況観察を強化することで、再発を防止する。また、皮膚にやさしい電極が発売されていないか情報収集する。
2	2019年4月	その他(総合相談室)	会議に必要な障害診断書が見当たらず、前担当者の手元にも無いことが判明した。文書担当者へ確認すると、診断書は発行されているはずとのことであったため、紛失が発覚した。	診断書の依頼・受け取りをしたことが確認できるよう、依頼書の控えを取る・受け取りの際に日付を記入するなど管理を強化する。
3	2019年4月	廊下	入院患者が椅子の右側にまわりこみ座ろうとした際臀部が半分しか乗らず、そのまま右膝をついて転倒した。外傷、疼痛の訴えなし。状況を当直医に報告、疼痛がなければリハビリ、歩行ともに可能と指示を受けた。	着座の際は座席の位置を十分確認するよう患者指導を行うことで再発防止。
4	2019年4月	ナースステーション	採血内容とスピッツの本数を確認の上、採血を実施したが、出力済みラベル一覧に記載されていないスピッツの存在が判明し、患者に説明の上、採血を再度実施した。	システム上の不備を改善することで再発を防止する。
5	2019年4月	病室	自己点眼の状況を確認したところ、使用期限が切れている点眼液を使用していたことが発覚。主治医へ報告し経過観察となる。	薬袋に開封日と使用期限の記載を行うことで再発防止。
6	2019年4月	屋外(センター敷地内)	ジョギングコース内の横断歩道の勾配を上ろうとしたところ、車椅子ごと後方に転倒した。全身観察にて右肘及び後頭部に擦過傷があり。当直医へ状況報告し、経過観察となった。	院外へ出る際は家族または看護師の付添が必要であることを声掛けし、再発防止。
7	2019年4月	検査室	ホルター心電図検査終了後、電極を外す際に電極周りに水泡ができていたため、主治医へ報告し、外来にて処置を実施した。	褥瘡対策チームからのアドバイスを参考にすることで再発防止。
8	2019年5月	外来	外来予約受付カードのコピーを紛失したことに気付き、周辺や廃棄ボックスなどを探すが見つからなかった。主治医不在のため附属病院長に報告した。	書類が多いため、クリアファイルの使用で紛失を防止する。
9	2019年5月	外来	処方箋に処方医と異なる医師の印鑑を押印し患者へ渡した。調剤薬局へ連絡し、正しい印の処方箋を調剤薬局へ持参し、謝罪した。	診察終了後に印鑑を片付けること、印鑑を押すときに確認して押印することを徹底し、再発防止。
10	2019年5月	給食	昼食の中にビニール片が混入していた。看護師・管理栄養士が患者に謝罪した。	外部施設調理品の導入に伴い、ビニールの開封作業が増えているが、開封の仕方など、職員間で再度情報共有し再発防止。
11	2019年5月	デーホール	昼食の中にビニール片があったと申告があり、看護科・栄養科から患者へ謝罪した。	看護師が配膳時に患者の食事を観察し発見に努める。

12	2019年5月	外来処置室	外来診察時に注射の指示が出された。指示書では1筒の指示であったが、看護師が2筒を用意し、実施された。	指示の確認時に声出し指さし確認をすることで再発防止。
13	2019年5月	デーホール	献立指示が漏れたことで、鶏アレルギーのある患者に鶏肉を使用した料理が提供された。患者本人の訴えにより、鶏肉料理に手を付けず、下膳された。	指示出し、調理、盛付、差し込み、最終チェックの各段階でのチェックを確実に行うことで再発防止。
14	2019年5月	デーホール	鶏アレルギーのある患者から、鶏肉を使用したメニューが提供されていると指摘されて発覚。患者の判断で摂取はしていなかった。	指示出し、調理、盛付、差し込み、最終チェックの各段階でのチェックを確実に行うことで再発防止。
15	2019年5月	デーホール	昼食に毛髪が混入されているのを患者が発見し、看護師に訴えたため、異物混入が発覚した。	環境整備、従事時の注意点等を再確認し、一層の配慮のもと業務にあたることで再発防止。
16	2019年5月	デーホール	昼食に毛髪が付着していることを患者の家族が発見し、看護師に報告して発覚した。	環境整備、注意点再確認し、一層の配慮に努めることで再発防止。
17	2019年5月	デーホール	内服薬持参確認時、看護師が日にちを確認したが朝の記載を確認していなかったため、昼食後薬を過って朝食後に内服してしまった。主治医へ報告し、昼食後薬の内服分を抜いて、朝食後薬を内服するよう指示受け与薬した。	自己管理薬は指さし呼称にてリストバンドと照らし合わせ、患者名と日にち、内服時間が正しいことを確認することを徹底することで再発防止。
18	2019年5月	デーホール	夕食後に空の薬袋を確認すると翌日分の薬袋を発見した。当日分の薬は自室のベッド上に置いてあった。薬の内容は同じなので日付を入れ替えて服用してもらった。	内服確認時は日付をカレンダーで確認することで再発防止。
19	2019年5月	病室	眠前薬の内服を促すと、洗面台の上に薬があると言われ、確認するとシートから出された薬が置いてあった。患者本人もいつ内服したのか状況をよく覚えていないため、詳細は不明であった。	与薬時は飲み込むところまで確認を行うことで再発防止。
20	2019年6月	デーホール	主食に毛髪、主菜に虫が混入していると連絡があり、新しい食事を用意し、患者に謝罪した。異物の混入経緯は不明であった。	環境整備、従事者指導は実施してきているが、情報共有と更なる注意喚起を行うことで再発防止。
21	2019年6月	浴室	シャワー椅子へ移乗後、シャワー準備のため目を離した際に患者がバランスを崩し椅子から転落。前額部を床に打ち、出血した。椅子に座らせ、止血確認後にシャワーを実施。血圧測定後、主治医へ報告し、経過観察の指示を受けた。	体力低下が著しい患者であるため、適切な福祉用具を使用することで再発防止。また、転落後は速やかに血圧等を測定するとともに医師に報告する。
22	2019年6月	病室	他患対応のため訪室すると、床にしゃがみこんでいる患者を発見した。外傷や疼痛の訴えなし。主治医に報告し経過観察となる。発見時、3種類のセンサーを使用していたが、センサーマットのみしか発報しなかった。	サイドセンサーの使用方法について職員に周知することで再発防止。
23	2019年7月	外来診察室	診察終了後、処方せんをファイルへ入れ忘れていたことが発覚。次の患者に渡した可能性があり、会計待ちであった次の患者のファイルを確認したところ、当該患者の処方せんが入っており回収した。	処方せんの有無を電子カルテで確認するとともに、実際の処方せんを確認後、ファイルに入れて手渡すことを周知することで再発防止。
24	2019年7月	処置室	点滴の指示があり、看護師が指示とは異なる薬剤を用意した。薬剤をチェックする際にも気付かず、指示と異なる点滴が実施された。その後、定数確認時に発覚し、医師に報告。翌日、受診された患者・家族に説明と謝罪を行った。	指示票で6R(正しい患者・時間・薬剤・量・方法・目的)を確認して準備し、指差し呼称で確認することで再発防止。

25	2019年7月	処置室	医師から採血と点滴の指示があり、看護師が指示と異なる薬剤を準備した。指示票にて薬剤と滴下時間とを確認したが、間違いに気付かなかった。夕方、定置薬確認時に間違えて実施したことが発覚した。	指示票での確認時に、思い込みで実施しないように6Rで指差し呼称で確認することで再発防止。また、基本的には定置薬を使用せず、薬局に取りに行く。
26	2019年7月	理学療法室	リハビリ提供時間終了後に、入院患者の当日分の理学療法予約が入力されておらず、理学療法を実施していないことに気付いた。患者に謝罪し、主治医に報告した。	担当している患者の予約が全員分入っていることを前日に確認することで再発防止。
27	2019年7月	ナースステーション	夕食後薬の準備中に当日の昼食後薬が残っているのを発見。また、当日の昼食後薬として前日分の昼食後薬を与薬したことが発覚した。主治医に前日の昼食後薬の与薬忘れを報告し、経過観察の指示を受けた。	内服薬の準備時、与薬時は必ず日時の確認を行うことで再発防止。
28	2019年7月	ナースステーション	外泊へ行かれた患者の当日分の昼食後薬の渡し忘れに気が付いた。当直医へ報告し、本日昼分は中止の指示を受けた。家族へ電話連絡して渡し忘れを謝罪し、医師の指示を伝えた。	外泊のためケースが空であることが認識されるよう、内服準備をしたらケースを裏に向けておくことを職員に周知し、再発予防。
29	2019年8月	処置室	診察前に採血と注射の指示があったが、患者が検査結果を見て注射をするか決めると看護師に伝えたため採血のみ行った。医師が結果を確認して注射は不要と判断し患者に伝えたが、患者が処置室に戻り、注射が実施された。	外来処置指示は、必ず医師の診察の後に行うことを外来業務を行っている全員に周知徹底することで再発防止。
30	2019年8月	処置室	診察前に患者から、注射があるが採血結果で注射の実施が決まると聞いたため採血のみ実施した。診察時、医師が結果を見て注射の中止を判断したが、注射指示は残っていた。診察後、患者が処置室に来たため、注射を実施した。	診察介助についている看護師が、処置室看護師へ注射が中止になったことを速やかに連絡することで再発防止。
31	2019年8月	放射線撮影室等	ガイドワイヤー付き経腸栄養用チューブ挿入後、レントゲン撮影し病棟に帰室した。その後、病棟看護師より、ガイドワイヤーが抜去されていないことを指摘され、発覚した。	医師・病棟看護師・外来看護師が、お互いに処置の手順を確認することで再発防止。また、介助手順は新規に作成する。
32	2019年8月	処置室	経頭蓋磁気刺激を開始したが途中で治療用キャップが前後ろ逆であることが発覚した。照射を一旦中止し、医師に報告。キャップを正しく装着してから照射を継続した。患者に状況を説明、謝罪した。患者の体調に変化はなかった。	キャップの前後を確認する様に、ファイルに注意喚起の表示をし、再発予防。
33	2019年8月	作業療法室	エコクラフト作成中、爪と指の間に紙バンドが入りこみ出血したため、圧迫止血を行った。病棟に連絡し、看護師より病棟まで戻るよう指示を受けた。病棟の担当看護師に直接報告し、看護師により処置を行った。	患者の状態を注意深く観察し、必要に応じて介入を行うことで再発予防。
34	2019年8月	廊下	廊下での歩行訓練が終了し着座する際に、廊下の手すりをつかみ損ない前方へバランスを崩し、壁で右前額部を打撲した。右前額部に腫脹・出血・発赤・疼痛が軽度みられた。当直医へ報告し、経過観察の指示を受けた。	歩行介助時は必ず患者を支えられる位置から見守を行うことを再度スタッフに周知、徹底することで再発予防。
35	2019年8月	廊下	杖歩行見守り中に非麻痺側にふらついたため看護師が移動したところ、今度は麻痺側にふらつき、滑るようになり転倒した。殿部から両下肢を確認するが、発赤や疼痛なし。当直医へ報告し、様子観察の指示を受ける。	麻痺側の方が転倒の可能生が高いため原則通りに介助を行うことで再発予防。
36	2019年8月	病室	患者から朝の内服薬がないと訴えがあり、確認すると昨夕に内服した模様であった。気分不快症状なし。当直医に報告し、昨夕分を朝に内服するよう指示を受けた。また、主治医から夕食分より指示通り内服するよう指示を受けた。	確認業務を丁寧に実施するよう再度指導することで再発予防。
37	2019年8月	デーホール	昼食後に水薬を服用していないことに気付いた。発覚後、すぐに服用してもらった。	ケースに挿入する「水薬あり」のシグナルを付箋からプラスチックカードに変更し、気付き易くすることで再発予防。

38	2019年8月	デーホール	糖尿病食を摂取している患者が他患の嚙下食を摂取しているのを発見した。当該患者に謝罪し、本来の食事を配膳し直した。	手順は配膳トレイの食札の氏名で患者確認を行うことになっており、手順の遵守を再度指導することで再発防止。
39	2019年9月	廊下	廊下でリハビリ出棟待ちをしていたところ、痙攣発作を起こし転倒した。MRI、CTを行い、異常はなかったが、転倒時に左眼瞼が裂傷しており、縫合処置を行った。	痙攣の前駆症状が見られたときは直ちに座位を取ることを指導し、再発防止。また、防犯ブザーを身につけ緊急時は人を呼ぶよう指導した。
40	2019年9月	ナースステーション	他患の妻より当該患者の請求書が混じっていたと申し出があり、個人情報漏洩が発覚した。	複数枚ある書類はすべて患者氏名の確認を行うことで再発防止。また、新規採用者には、書類の渡し方の指導を行ってから実践させる。
41	2019年9月	デーホール	当該患者が食事前に注射をせずに食事を摂取したことが発覚。配膳前に標識をテーブルに置くことを忘れていたことが原因であった。当直医に報告し、指示通りに注射を行うよう指示を受けた。主治医にも報告し、経過観察となった。	食前に必要な処置や援助がすべて終了したことを確認し、配膳開始の合図を出してから配膳を開始することで再発防止。