

公表基準に基づく医療事故の包括的公表（平成27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 | 2015年4月 | デイホール | 配膳前点検担当者が主食を準備中に配膳担当者が病棟へ配膳車を運び、主食がないことに気付かないまま患者へ配膳した。点検担当者が気づき、主食を届けた時には下膳された後であった。   | 配膳前の点検作業を確実に実施するよう委託業者（4月から契約）へ指導。         |
| 2 | 2015年4月 | 外来診療室 | 歯科診療で、車いすから歯科診療チェアに全介助移乗させる際に、バランスを崩し、介助をしていた看護師とともに側方に転倒した。骨折等の異常所見なし。                 | 移乗介助の必要量に応じ、介助人数を増やす等安全に配慮し、事故を防ぐ。         |
| 3 | 2015年4月 | 病室    | 中止薬指示メモを確認したが、中止薬も含めてセットしダブルチェックでも発見されなかった。翌日、薬剤指導で薬剤師が中止薬がセットされているのを発見した。朝食後薬を服用後であった。 | 中止の指示が出た場合の対処法についてのマニュアルを遵守し、再発防止。         |
| 4 | 2015年5月 | 病室    | 褥瘡ハイリスク患者の仙骨部に褥瘡を発見した。前院でも再発を繰り返していた。当院での積極的な移乗訓練が引き金になったと考えられる。                        | 訓練部門への注意喚起<br>除圧の徹底と頻回な皮膚確認を実施             |
| 5 | 2015年5月 | 通所リハ  | 休憩中にトイレを済ませた後、ロビーで転倒した。レントゲン検査により左大腿骨転子部骨折と診断され、入院となった。                                 | 通所リハ棟内の配置転換による動線の整理                        |
| 6 | 2015年5月 | 浴室    | 看護師が車いすから浴室の椅子へ移乗介助した際、車いすフットプレートに左下腿が接触し、挫創が発生した。                                      | 移乗介助の必要量に応じ、介助人数を増やす等安全に配慮し、事故を防ぐ。         |
| 7 | 2015年5月 | 病室    | 発熱に対して当直医が点滴を指示、施行したところアレルギーのある薬剤であった。点滴後の異常所見なし。                                       | 診療録へのアレルギー情報入力規則確認<br>臨時対応時のアレルギー情報確認行動の徹底 |
| 8 | 2015年5月 | 病室    | 内服自己管理中の患者が朝食前に自分で朝食後薬の準備をしたことを忘れ、摂食後に昼食後薬を取り出して服用した。                                   | 内服自己管理の教育方法・アセスメントの見直し実施                   |
| 9 | 2015年5月 | 病室    | 内服自己管理中の患者が食堂へ持参する薬を間違えた。看護師の確認が遅れたため、夕食後に、朝食後薬を服用した。                                   | 内服自己管理の教育方法・アセスメントの見直し実施                   |

|    |         |           |   |                                     |
|----|---------|-----------|---|-------------------------------------|
| 10 | 2015年5月 | 病室        | 内服自己管理中の患者が朝食後に昼食後薬を服用した。   | 内服自己管理の教育方法・アセスメントの見直し実施            |
| 11 | 2015年5月 | 病室        | 内服自己管理中の患者が自己判断で過剰内服した。   | 内服自己管理の教育方法・アセスメントの見直し実施            |
| 12 | 2015年5月 | 病室        | 外泊時に本人所有物血糖測定器の持ち帰りを忘れ、測定ができなかった。看護師の確認が不足した。                                 | 体調の自己管理について再度指導                     |
| 13 | 2015年5月 | 薬局        | 定期処方と重複していることに気が付かず、臨時処方を払い出してしまった。   | 臨時処方時は医師、看護師、薬剤師の連携で重複を確認再発防止       |
| 14 | 2015年5月 | 病室        | 夜間、トイレへ行った患者が居室に戻らず、10分後バルコニーで座っているところを発見された。                                 | センサー設置済み<br>行動確認強化                  |
| 15 | 2015年6月 | 病室        | 更衣介助中、肥厚した右第1足趾の爪が衣類に引っ掛かり、割れた。出血なく、テープ固定による処置をした。                            | 看護師間の情報共有を確実に実施                     |
| 16 | 2015年6月 | 病室        | 内服自己管理中の患者がけいれん発作前駆症状を感じた時に自己判断で時間前の薬を服用した。                                   | 内服自己管理の教育方法・アセスメントの見直し実施            |
| 17 | 2015年6月 | ナースステーション | 夕食後薬の準備中、配薬車に個人ボックスがないことに気が付かず、患者には夕食後薬がないと思い込んだ。眠前薬準備の際に発覚し、夕食後薬の服用が眠前となった。  | 看護師間の情報共有と状況確認を確実に実施                |
| 18 | 2015年6月 | 病室        | 内服薬自己管理中の患者の昼食後薬を確認したところ、朝食後薬が残っており、朝食後に昼食後薬を服用していたことが分かった。                   | 内服確認手順を再度確認し、徹底する                   |
| 19 | 2015年6月 | デイホール     | 頓服の鎮痛薬を所望され、処方箋、医師の指示簿指示を確認し患者へ与薬した。内服後に処方箋を読み間違えていたことに気付いた。                  | 指示確認方法の再確認、徹底                       |
| 20 | 2015年6月 | 病室        | 専門診療のため他院受診し帰院した。看護師は主治医の確認なく他院で処方された薬を与薬した。服用後に情報提供書がFAXで届き、重複投与であったことが判明した。 | 内服薬については主治医指示の確認を徹底教育によるリスク管理の意識の向上 |

|    |         |       |  |                                     |
|----|---------|-------|--|-------------------------------------|
| 21 | 2015年6月 | 検査室   | 姓のみで患者確認をしたため、予定者とは別の患者に検査を実施した。途中でリストバンド確認により間違えに気づき、検査は中止した。                     | 患者確認手順の徹底<br>(フルネームの呼称、リストバンドによる確認) |
| 22 | 2015年6月 | デイホール | 食事として提供された汁物に火の通っていない具材が入っていた。看護師が発見し、取り除いた。                                       | 調理方法・最終点検での確認の徹底                    |
| 23 | 2015年6月 | デイホール | 看護師と一緒にデイホールで過ごしていたが、交代のため看護師が数分席を外した間に車いすフットサポートまで滑り落ちていた。                        | 看護師間連絡体制の再確認<br>科内教育によるリスク管理意識の向上   |
| 24 | 2015年6月 | 通所リハ  | 通所リハビリ利用者がエアロバイクから単独で降りようとした。その際、サドルに健側下肢が引っ掛かり転倒した。                               | 職員配置の再確認<br>患者指導（声掛け等）強化            |
| 25 | 2015年6月 | 病室    | 看護師が採血指示に気づかず、医師からの問い合わせで未実施が発覚した。   | 指示受け手順を徹底<br>看護師間連携強化               |
| 26 | 2015年6月 | 外来診療室 | 薬剤師と看護師による薬剤の定数確認でアルツ1本の使用患者を特定できなかった。   | 薬剤師・看護師間の連携強化<br>薬剤管理意識を高め、再発防止     |
| 27 | 2015年7月 | 病室    | 看護師2名による移乗介助中、頭側の看護師がバランスを崩し、柵に左上肢を打撲。患者の左前腕に2cmの皮膚裂傷を起こした。                        | 移乗動作の再習得                            |
| 28 | 2015年7月 | デイホール | 患者の鯖アレルギーを聴取したが食事オーダーに入力を忘れ、鯖が提供した。患者家族は気が付いていたが自宅でも摂取していたこともあり、看護師に伝えずそのまま摂取していた。 | 職種間の連携強化<br>アレルギー聴取者が確実に入力          |
| 29 | 2015年7月 | デイホール | 当日入院した患者（卵アレルギー）の汁物に卵が付着した可能性のある具材が含まれていた。患者は既に摂取していたが、具材を除去した汁物に差し替えた。            | 食材確認を徹底                             |
| 30 | 2015年7月 | デイホール | 腎臓病食（タンパク制限）の患者に間違えてタンパク質強化ゼリーを提供した。摂取後、患者から報告を受け発覚した。                             | 配膳前の点検作業を確実に実施するよう委託業者（4月から契約）へ指導。  |
| 31 | 2015年7月 | デイホール | 腎臓病食（タンパク制限）の患者に間違えて牛乳を提供した。摂取後、患者から報告を受け発覚した。                                     | 配膳前の点検作業を確実に実施するよう委託業者（4月から契約）へ指導。  |

|    |         |           |   |   |
|----|---------|-----------|---|---|
| 32 | 2015年7月 | デイホール     | 内服自己管理中の患者が昼食後に夕食後薬を服用した。   | 病室から持参する薬の確認方法を再度徹底   |
| 33 | 2015年7月 | 浴室        | 患者自身での洗体中に臀部と足部が滑り、転落した。右手で手すりを把持していたため、外傷は発生しなかった。                                     | 備品点検、管理方法を見直し   |
| 34 | 2015年7月 | 病室        | 入浴介助中に仙骨部に圧迫痕が確認された。飴を入れた上着を臀部に敷きこんでいたことにより発生した。  | 移乗時には圧迫原因となり得るものの除去を確認する                                    |
| 35 | 2015年8月 | 病室        | 褥瘡回診時に左足外側にびらん出血痕を発見した。左第4・5趾の褥瘡治療部分を避けて弾性ストッキングを着用していた。                                | 除圧方法の再検討  |
| 36 | 2015年8月 | ナースステーション | 入院翌日の夕食後薬を準備中に患者の夫の名前が記された薬袋を発見する。以前から自宅で夫が処方された薬を服用していた。持参された薬を薬剤鑑別で見逃し、入院当日は服用してしまった。 | 薬剤師・看護師間の連携強化   |
| 37 | 2015年8月 | 病室        | トイレ介助時に仙骨部の発赤を確認。ベッドの敷きシーツとマットレス間からスティックタオルが発見された。                                      | 環境整備・確認を徹底  |
| 38 | 2015年8月 | 病室        | 四肢拘縮、体位変換介助、るい瘦の患者のおむつ交換中に仙骨部の亀裂発見。前日から泥状便が続いており、頻回に観察していた。                             | 褥瘡ハイリスク患者への対応強化   |
| 39 | 2015年8月 | 病室        | リハビリ中に腰椎棘突起に表皮剥離が発見される。車いす背当てクッションの継ぎ目の硬い部分と一致していた。                                     | 除圧環境整備の再検討  |
| 40 | 2015年8月 | 病室        | 看護師がMR I 検査の前処置の指示内容を誤認し、内服量が不足した。  | 看護師間、看護師医師間の連携強化<br>指示内容の正確な確認方法について科内教育                    |
| 41 | 2015年8月 | 処置室       | インスリン皮下注射の指示を受けたが、名称の似ているインスリンと誤認し、指示とは別のインスリン注射を実施した。                                  | 看護師間、看護師医師間の連携強化<br>指示内容の正確な確認方法について科内教育<br>基礎知識、リスク管理意識の向上 |
| 42 | 2015年8月 | ナースステーション | 主治医指示のインスリンの在庫がなく、同種同効薬を近隣薬局から取り寄せた。患者本人へ事前に説明、同意を得たのち、実施した。                            | 病棟での薬剤管理の確認、徹底  |

|    |         |           |   |                          |
|----|---------|-----------|---|--------------------------|
| 43 | 2015年8月 | 理学療法室     | バランス訓練中の患者がバランスを崩したが、担当理学療法士が支えきれず転倒した。外傷は認めなかった。                                 | 介助方法の習得<br>リスク管理意識の向上    |
| 44 | 2015年8月 | 薬局        | 薬剤師が分包機の印字名の入力を間違え、同姓の患者を印字し、病棟へ払い出した。薬袋内の薬は処方箋通りであり、内服に間違いはなかった。                 | 患者確認手順の徹底<br>薬剤師間の連携強化   |
| 45 | 2015年8月 | ナースステーション | 前日に配薬セットされた薬袋に同姓の別の患者の名前が印字されているのを翌日発見した。薬の内容は処方箋通りであった。                          | 患者確認手順の徹底<br>処方確認の徹底     |
| 46 | 2015年8月 | 外来診療室     | 抜歯をした翌日に出血の報告を受けた外来看護師は歯科医師への確認前に医療材料（オキシセルコットン）を病棟看護師に渡した。                       | 職域の再確認<br>職員の意識向上        |
| 47 | 2015年9月 | ナースステーション | 看護師が一般細菌検査の指示を確認したが、検体採取し忘れた。後日採取した。  | 指示受け手順を徹底<br>看護師間の連携強化   |
| 48 | 2015年9月 | 理学療法室     | 訓練用ベッドにて評価中にバランスを崩した。理学療法士が後方から体幹を支え、頭部からの転落は回避したが、滑り落ち、床に両膝立ち位の状態となった。外傷は認めなかった。 | 所属内での技術の向上<br>リスク管理意識の向上 |
| 49 | 2015年9月 | 理学療法室     | 訓練室で歩行訓練中の患者がバランスを崩した。介助していた理学療法士が支えきれず、転倒した。外傷は認めなかった。                           | 所属内での技術の向上<br>リスク管理意識の向上 |
| 50 | 2015年9月 | 病室        | 歯痛があった患者が、別の目的で処方された臨時処方薬を痛み止めと思い込み、看護師の静止を聞き入れず、内服してしまった。                        | 服薬管理の徹底<br>患者指導方法の再検討    |