

公表基準に基づく医療事故の包括的公表(平成28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	2016年10月	浴室	患者が物を取ろうとしてシャワーチェアからずり落ちた。左母指の皮膚が一部剥離し、ごく少量出血した。消毒、保護した。	使用物品を患者に合わせて配置する。 患者アセスメントを強化し、再発防止。
2	2016年10月	ナースステーション	朝食後服薬に対し指示変更があったが、中止薬が含まれたまま2日間内服していた。	指示変更となった内服薬の運用が不確定であった。 運用を確認、周知し、再発防止。
3	2016年10月	病室	看護師が夜間に内服介助を実施した。翌朝、車いすへの移乗時に、ベッドに錠剤が落ちているのを発見した。	与薬時は飲みこぼしや口腔内の残留がないように確認を強化し、再発防止。
4	2016年11月	病室	左第1趾の巻き爪の処置の際に、爪と一緒に皮膚を切った。表皮を損傷し、出血した。主治医へ報告し、消毒、保護の指示を受けた。	爪の状況に合わせて道具の選択をする。
5	2016年11月	病室	医師が患者の左足趾に外科的処置を施した。補助した看護師が左右を間違えて記録したため、左足趾の経過観察が行われず、変色、水疱が形成された。医師へ報告、壊死部分をデブリートメントし、保護した。	指示受け手順の順守と看護師間の連携強化にて再発防止。
6	2016年11月	ナースステーション	前日から服用指示の薬剤が薬袋に入ったままセットしていなかった。医師に報告し、発見日からの服用の指示を受けた。	確認は手順を順守し、呼称、指さしを行う。
7	2016年11月	病室	内服自己管理訓練中の患者が眠前薬と間違えて翌日の夕食後薬を服用した。看護師は服用前の確認をしたが気付かなかった。経過観察の指示を受けた。	内服を自己管理としても個人の症状に合わせた確認、指導を行う。
8	2016年11月	デーホール	服薬介助中、患者から薬が落ちたと訴えがあり探したが、不明のままだった。翌日ベッドサイドで薬を発見し、医師へ報告した。	服薬介助の方法を変更。飲みこぼしが疑わしい場合は、主治医への報告を徹底する。
9	2016年11月	デーホール	患者が薬袋をハサミで開封し、手のひらに薬を出し服用したが、飲みこぼした。医師に報告し経過観察の指示を受けた。	服薬方法を変更し、内服完了の確認を実施。
10	2016年11月	病室	自室を訪室すると内服薬自己管理ケースに、当日の朝食後薬が残り、2日後朝食後薬がなかった。服薬状況を確認後、薬袋に日付を手書き修正した。	確認手順の順守と看護師間の連携強化
11	2016年11月	ナースステーション	予定外の外出届を受け取った看護師は電子カルテへの入力、薬についての声かけを忘れ、薬剤を渡し忘れた。患者は外出先から一旦帰棟し、食後に食前薬と食後薬を服用した。	急な申し出であっても対応できるよう、コミュニケーション能力、看護師間の連携強化。

12	2016年11月	病室	車椅子からベッドへの移乗介助中に、看護師が支えきれず、床に臀部が緩やかに着地した。看護師2名でベッドへ抱え上げ、主治医へ報告し様子観察の指示を受けた。	安全に移乗させる介助技術の習得、判断力が必要。
13	2016年12月	処置室	他院で挿入した尿バルンカテーテルの集尿袋が破損した。医師の指示によるカテーテル再挿入の際に、血尿流出し、抜去した。止血せず、元の病院の救急外来へ受診した。	手技に困難を感じた場合は無理をせず、適切な対応ができるよう、医師の指示を仰ぐ。
14	2016年12月	浴室	シャワーチェア背面のカバーが硬化しそれによる擦過によると思われる仙骨部上部のびらんを発見した。保護材を貼付し経過観察となった。	備品の定期的な点検、確認が必要。移乗時には、注意・観察しながら介助する。
15	2016年12月	外来診療室	患者から紹介状の依頼があり、主治医が作成し、連携部門からFAXした。患者から紹介状の宛先について確認があり、類似の別病院名で作成されていることが分かった。	外部への書類の記載内容は慎重に確認する。
16	2016年12月	ナースステーション	患者が外来受診後、緊急入院となった。医師が外来ステイタスで採血指示を出したため、未実施となった。主治医が採血指示を再入力、採血実施した。	医師は指示を出す時に十分意識して確認 確認意識を強化し、再発防止
17	2016年12月	ナースステーション	患者に1日2回の点滴指示があったが、午前分の点滴投与をしていなかった。当直医に報告し、午後分の実施と主治医への報告、確認を指示された。	看護師間の連携を強化し、再発防止。
18	2016年12月	ナースステーション	患者が眠剤を希望され、3時間前に服用していたが、経過表の日付を見誤り、再度服用させた。当直医に報告し、バイタル注意し経過観察の指示を受けた。	屯服薬はカルテの指示簿指示と経過表の最終内服時間を確認する。
19	2016年12月	外来診療室	眼科受診した患者を看護師は回転丸椅子に着座させて離れた。患者は左側無視があり、左側へ転落した。疼痛なく、経過観察となった。	回転丸椅子から肘掛付椅子へ変更し、再発防止。
20	2016年12月	病室	作業療法士がベッドから車いすへの座位移乗を行った際に、スライディングボード上で患者が前滑りした。患者を前方から抱きかかえながら床に着座させた。看護師とともに、ベッド上臥位に戻した。	技術の向上と安全に対する意識強化。
21	2016年12月	居室(生活支援施設)	夜間、医師は痙攣発作の患者への準備薬剤を看護師に口頭で指示した。準備に時間がかかり、詳細内容を確認せず点滴を開始した。翌日薬剤師が指示と使用した点滴が異なると指摘した。	緊急時の対応方法、場所について再確認。医師、看護師間での連携強化。
22	2017年1月	病室	ポータブルトイレからベッドへ移乗介助した。痛み訴えあり、左前腕部に約2cmの表皮剥離あった。当直医に報告し、保護した。	皮膚が脆弱な患者であり、衣類などで皮膚が露出しないよう保護する。
23	2017年1月	外来診療室	初診患者が持参した診療情報提供書を紛失した。考え得る全ての部署を捜索、前後の患者にも確認したが、見つからなかった。	診療にかかわる書類は慎重に取り扱うよう、職員への再教育と意識強化にて再発防止。
24	2017年1月	その他	当院FAX番号を誤って修正した診療情報提供書テンプレートを使用し、情報提供を行ったため、提供先の病院が返信を誤送信した。流出した個人情報提供先病院から破棄依頼された。	テンプレート等の修正は慎重に行い、修正部署でのダブルチェック及び修正依頼部署での確認を行う

25	2017年1月	病室	作業療法士が患者をベッドから車椅子へ移乗させた。アームレストを戻し忘れたまま下肢を持ち上げたため、患者はバランスを崩し、ベッドへ転倒した。	所属部内において環境・状況確認も含めた、移乗介助技術の教育を行う。
26	2017年1月	理学療法室	理学療法士が、車いす乗車中の患者背部に姿勢補助用用具を挟んだまま移動した。患者はバランスを崩し前方へ転落した。身体に損傷、疼痛なく、医師の診察後、経過観察となった。	患者安全確認の意識を強化。
27	2017年1月	ナースステーション	当日、外出の申し出をした患者へ昼食後薬のみを渡し、昼食前薬を渡し忘れた。主治医に報告し、帰院後の内服となった。	急な外出の申し出であっても内服薬確認手順を順守し、確認する。
28	2017年1月	ナースステーション	夕方、朝食後薬の服用忘れに気付いた。医師の指示により、夕方内服した。	マニュアルの確認手順の再確認および順守。
29	2017年1月	外来診療室	消毒液ヨード禁の患者への関節注射の際に、看護師が医師にポピヨード液を渡し、医師はそのまま使用した。	処置実施時には必ずアレルギー情報を確認する。
30	2017年2月	ナースステーション	病棟事務補助が紹介元医療機関へ入院報告書をFAXする際に、看護師がダブルチェックをしたが、別の医療機関へ誤送信した。送信先へ訪問し、回収した。	FAX送信はマニュアルの手順を順守し、実施する。
31	2017年2月	処置室	爪切りの処置の指示があり、施行した。麻痺側の右第2指の外側は爪と皮膚の境目が分かりづらく、皮膚を切ってしまった。すぐに止血をし、出血は少量だった。	爪切りの手順を順守する。患者からの要望は安全の範囲内で対応する。
32	2017年2月	外来診療室	診察室で処方箋を1枚渡し忘れた。院内で患者家族が気が付き、処方箋を渡すことができた。	処方箋処理は手順を順守する。また確認意識を強化し、再発防止を図る。
33	2017年2月	外来診療室	薬剤師が処方箋確認すると、他患者の処方箋が混入していた。連絡を受けた外来看護師は内容を確認し、院内にいた2名の患者へ正しい処方箋を渡した。	処方箋処理は手順を順守する。また確認意識を強化し、再発防止を図る。
34	2017年2月	外来診療室	診察時に処方日数を修正し処方箋を再発行したが、初めに発行した処方せんも渡してしまった。翌月患者から処方箋の返却を受けた。	処方箋処理は手順を順守する。また確認意識を強化し、再発防止を図る。
35	2017年2月	デーホール	看護師が内服薬を配布、患者から錠剤の数が少ないと指摘があったが、そのまま内服させた。その後、誤薬させたことに気が付き、主治医へ報告し、指示を受けた。	思い込みで確認しないよう、意識を強化する。
36	2017年2月	病室	内服自己管理中の患者に 翌日から追加処方があり、患者に説明後、追加薬剤を翌日の薬ケースにセットした。翌日、日付を間違えて内服したことを発見した。	追加処方などがある時のセット手順の見直し。患者に合わせて内服セットを工夫する。

37	2017年2月	病室	看護師は患者との薬のダブルチェック、下膳時の薬袋の日時確認を行わなかった。他看護師の残薬確認で日付を間違えて内服していたことに気が付いた。	看護師間の連携を強化し、再発防止。
38	2017年2月	ナースステーション	薬剤鑑定後の患者の持参薬の中に昼食前薬があったが、所定のケースに入れ忘れたため、食前に内服できなかった。主治医へ報告し食後に内服した。	手順の順守と看護師間の連携強化にて再発防止。
39	2017年2月	病室	朝の検温の際に前日の夕食後薬が残っていた。患者は夕食後、薬を部屋に持ち帰り、後で内服しようと思って寝てしまった。主治医に報告し、指示を受けた。	内服後の薬袋の空袋を確認をする。
40	2017年2月	病室	自己管理中の患者が眠前薬の日付を間違い、内服していた。	薬袋の日付を確認しやすいよう自己管理ボックスの配置を変更。患者に合わせて内服セットを工夫する。
41	2017年2月	病室	患者が手すりを把持し立ち上がったが、麻痺側へよろめいて床へ膝をついた。看護師は車椅子後方から見守っていたため、間に合わなかった。当直医に報告、経過観察となった。	移乗介助の基本を再確認し、再発防止。
42	2017年3月	ナースステーション	離棟が危惧される患者をナースステーション内の丸椅子へ誘導し、離れた。物音で患者が倒れている状況を発見した。	看護場所、肘掛付椅子の使用について再周知、徹底し、再発防止。
43	2017年3月	病室	経管栄養の患者に、夕食後薬と誤って眠前薬を注入した。その後医師の指示の下、夕食後薬を注入し経過観察をした。	与薬手順の確認と順守にて再発防止。
44	2017年3月	病室	自己管理中の患者が、夕食後の内服時に薬を落としたが、そのまま失念し、翌日看護師が落ちている錠剤を発見した。医師に報告し、経過観察の指示を受けた。	高次脳機能障害の患者に合わせた服薬確認をし、再発防止。
45	2017年3月	デーホール	他患者より錠剤が落ちている旨報告があった。当該錠剤を内服している患者は1名のみであり、内服できていなかったことが判明した。主治医へ報告した。	看護師管理であり、内服完了は確実に確認する。
46	2017年3月	病室	患者が夕食前薬の日付を間違い、内服していた。	患者に合わせた服薬指導、確認にて再発防止。
47	2017年3月	検査室	検査技師が、脳波結果を、当該患者以外の患者の電子カルテにスキャン搭載した。5分後、他検査技師が気づき修正した。	カルテ記載は1名ずつ開くことを原則とし、再発防止。
48	2017年3月	病室	看護師指導の下、患者自身で自己注射を行っていた。注射針をリキャップする際、自己の右第3指内側を誤刺した。主治医に報告して経過観察となる。	患者に合わせた指導を行う。
49	2017年3月	病室	患者がミトンの装着を拒否したためミトンをしなかったところ、NGチューブを自己抜去した。夜勤帯の為再挿入はせずそのまま様子観察、翌日主治医に報告し、再挿入した。	本人の意向を尊重しつつも、単独となる際はミトンの装着を行い、再発防止。

50	2017年3月	病室	装着していたミンを自己にてはずし、NGチューブを自己抜去した。当直医の電話による指示にて、再挿入し経管栄養を再開してしまった。	再挿入につきマニュアルの再確認と順守にて再発防止。
51	2017年3月	病室	両手にミソ、麻痺側に抑制帯をしていたが、すべて外しマーゲンチューブを自己抜去。当直医の指示により夕食後薬、白湯を中止し、翌日マーゲンチューブを再挿入した。	見守りにより再発防止。