

公表基準に基づく医療事故の包括的公表（平成28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、西部リハビリテーション事業所

| | 発生年月 | 発生場所 | 事故の概略 | 再発防止策 |
|----|---------|-------|--|-----------------------------------|
| 1 | 2016年4月 | 病室 | リモイスパッド貼用方向を間違えたため、びらんの形成を認めた。褥瘡担当医の指示を受け、処置した。 | リモイスパッドの使用方法について周知。 |
| 2 | 2016年4月 | 病室 | 左第5趾外側に表皮剥離、左外踝に一部痂皮化したびらんを発見した。褥瘡担当医の指示を受け、処置した。 | 「褥瘡看護基準」に基づいて適したマットレスを選択する。 |
| 3 | 2016年4月 | 病室 | 38度以上発熱のため、ベッドを背上げし、頓服薬を本人の掌にのせて服用を促した。2時間後、ベッド上に頓服薬が落ちているのを発見したが、37.7度に解熱しており経過観察となった。 | 患者の状況に合わせて与薬介助する。 服薬完了の確認の徹底。 |
| 4 | 2016年4月 | 理学療法室 | 患者が立ち上がった際に馬蹄型歩行器が動き、バランスを崩した。理学療法士が支えながら床に着座したため疼痛等症状なく、主治医、看護師に報告後、訓練を継続した。 | 患者の運動機能のアセスメント強化。 |
| 5 | 2016年4月 | 外来待合 | 車いすを含めた患者の体重測定をした後、看護師が装具等の除重量を計量していた。その間ソファ待機であった患者が車いすへ単独で移乗し、転倒した。主治医に報告し、経過観察となった。 | 患者の安全に配慮し、看護師の視界に患者が入るようにして待機させる。 |
| 6 | 2016年5月 | 浴室 | 看護師が白癬で肥厚し伸びていた患者の足趾の爪を切り、第4指趾より極少量出血した。すぐに圧迫して対処。主治医へ報告し、消毒、止血部を確認した。 | 患者の状態のアセスメント強化。 適切な器具を選択する。 |
| 7 | 2016年5月 | 病室 | シャワー浴後、患者がリフター移乗した際に左踵部に1×1cmほどの黒色様皮膚変化を発見した。褥瘡担当医の指示で処置し、経過観察とした。褥瘡か本人所有の靴のベルトによるものか不明であった。 | 皮膚の状態を確認し、再発を防止する。 |
| 8 | 2016年5月 | 病室 | 看護師が陰部洗浄時に臀部に消退しない発赤と、痂皮と一部出血を伴う1.0×1.5cmのびらんを発見した。医師の指示を受け、創部を洗浄後に処置した。 | 皮膚トラブルの起こりやすい患者には、頻回に体位を確認し修正する。 |
| 9 | 2016年5月 | デーホール | 食事オーダーのアレルギー情報が未入力であったため、青魚アレルギーの患者に青魚の食事が提供された。主治医に報告し、経過観察。その後、アレルギー症状は発症しなかった。 | 関係部署の情報共有を確実に行う。 |
| 10 | 2016年5月 | 病室 | 血糖測定の指示において指定された血糖測定実施開始日より以前から血糖測定が実施されていた。主治医に報告し、改めて血糖測定開始日の指示を受けた。 | 指示受け手順を再確認。 ダブルチェックを確実にを行う。 |

| | 発生年月 | 発生場所 | 事故の概略 | 再発防止策 |
|----|---------|-----------|---|--|
| 11 | 2016年5月 | 処置室 | 血中濃度の採血を耳化のスピッツで採血した。患者に謝罪し採血し直した。 | 採血スピッツ作成時は、指示内容を複数回確認する。 |
| 12 | 2016年5月 | 病室 | アラームにより訪室すると、手術後処置のアイシングの機械の電源コードが外れていた。アイシングは未だ冷たい状態であったため、患者に影響はなかった。 | 使用する機器が正しく作動する環境に整備し、患者から離れる際には機器作動を確認する。 |
| 13 | 2016年5月 | 病室 | 患者の右胸部に2日前の日付の貼付薬が貼られていた。医師に報告し、当日分への貼り替えと経過観察の指示を受けた。 | 配薬の手順を再確認。 ダブルチェックを確認を確実に行う。 |
| 14 | 2016年5月 | 廊下 | 患者が立ち上がった際に右脚が膝折れした。理学療法士が支え、ゆっくりと膝から着床した。発赤・疼痛なく歩行可能であった。看護師、主治医へ報告した。 | 患者の運動機能のアセスメント強化。 |
| 15 | 2016年5月 | 理学療法室 | 理学療法訓練中に跨ぎ課題を倒した患者が、咄嗟にしゃがみ込んで修正し、立ち上がる際に、横の手すりの下面に右額を打ちつけた。打撲痛のため訓練中止し、主治医へ報告、経過観察となった。 | 危険行動を予測し、適切に環境設定をする。 |
| 16 | 2016年5月 | 理学療法室 | 理学療法士と階段昇降訓練中に支持脚の膝折れが生じた。理学療法士が抱えたため、転落はしなかった。下肢に痣や皮膚損傷はなく、疼痛の訴えはなかった。主治医、看護師に報告し経過観察となった。 | 患者の運動機能のアセスメント強化。 |
| 17 | 2016年6月 | 検査室 | 皮膚過敏の患者にホルター心電図検査の電極装着部位を少しずらし装着した。できるだけゆっくりはしたが、内出血を生じさせた。患者は皮膚科受診することになった。 | 皮膚の弱い方に対して使用できる粘着性の弱い電極を検討。 |
| 18 | 2016年6月 | ナースステーション | 他院受診の際、2枚の診療情報提供書のうち1枚目のみ印刷し、患者に渡した。 | 診療情報提供書の印刷確認はダブルチェックとし、確認を強化する。 |
| 19 | 2016年6月 | 外来診療室 | 右前腕中央部に留置針刺入後、疼痛あり抜針。処置対応は他看護師へ交代したが、主治医へ状況報告を怠った。後日診察で刺入部の内出血斑、違和感残存の訴えがあり、皮膚保湿剤を塗布、経過観察とした。 | 報告は遅滞なく行い、安全管理に努める。 技術向上とマニュアル再確認により再発防止。 |
| 20 | 2016年6月 | 処置室 | 処置室にて左前腕表在血管にて採血を施行。穿刺直後の疼痛の訴えにより抜針、圧迫止血を繰り返し、5回目で検体を採取。採血後、採血部の疼痛を訴えたため、主治医より鎮痛剤投与、経過観察とした。 | 手順を順守し、穿刺困難症例には複数の職員で対応する。 |
| 21 | 2016年6月 | 処置室 | 点滴を実施し、開始20分後に確認したところ、滴下速度が速くなっており、すでに8割ほど投与されていた。主治医に報告。バイタルサイン問題無し、症状出現なし。経過観察となった。 | 確認行動を強化し、再発防止。 |

| | 発生年月 | 発生場所 | 事故の概略 | 再発防止策 |
|----|---------|-----------|---|--|
| 22 | 2016年6月 | 検査室 | ボトックス投与施術中、指示量の異なる注射器（1mlの部位に0.8mlの注射器）を間違えて医師へ渡した。施術中の医師へ報告、患者への影響はなかった。 | 看護師、医師ともに確認を強化し、再発防止。 |
| 23 | 2016年6月 | デーホール | 患者は帰棟後直接食堂へ行き、配膳されていた食事を1口食べたが、昼食前に血糖測定の指示が出ていた。看護師が気づき、その時点で血糖測定を行った。主治医へ状況を報告し経過観察となった。 | 帰棟に付き添った職員は、直接案内せず、病棟看護師に引き継ぐことを徹底する。 |
| 24 | 2016年6月 | 処置室 | 採血実施後、検査科より血算のラベルが生化のスピッツに貼られていたと指摘あり。患者に謝罪し、再度採血を実施した。 | 採血準備時は、指さし呼称を実施するよう指導した。左記対策を実施し、再発防止。 |
| 25 | 2016年6月 | ナースステーション | 入院時持参された軟膏が同日入院の他患者のケースに入っていた。入院以降数日間、軟膏が塗布できていなかったことが判明した。 | 作業スペースの確保や管理方法等を見直した。 |
| 26 | 2016年6月 | 病室 | 患者が食堂に翌日昼食後薬を持参し、服用した。自室に戻り、本日分の昼食後薬を見て飲み忘れたと思い、重複服用した。主治医に報告し服薬調整の指示を受けた。 | 持参薬確認手順を確認し、再発防止。 |
| 27 | 2016年6月 | デーホール | 内服自己管理の患者の席付近の床に薬が1錠落ちていた。看護師による服薬確認は行っていなかった。当直医に報告し内服不要と指示を受けた。 | 今後、内服自己管理開始時には、開封から飲み込むまでの動作確認を実施する。 |
| 28 | 2016年7月 | 外出・外泊中 | 夜勤看護師が配薬車の中に外泊中の患者の内服薬の一部を発見した。帰院後確認すると、当日朝分の内服していなかった。主治医に報告し、夕食後より内服再開するよう指示を受けた。 | 作業手順の再確認、職員の意識向上。 |
| 29 | 2016年7月 | デーホール | 内服自己管理訓練中の患者が昼食後に夕食後薬を服用した。主治医に報告し、夕食時に昼食後薬を内服する様指示を受けた。 | 持参薬確認手順を確認し、再発防止。 |
| 30 | 2016年7月 | 処置室 | 血算をへパリン用スピッツで採取する指示を看護師が見逃し、通常の花算スピッツで採血した。患者へ謝罪し、へパリン用スピッツで再度採血を行った。 | システムの変更により再発防止。 |
| 31 | 2016年7月 | ナースステーション | 前日に過った採血スピッツを準備し、そのまま採血を実施した。採血前の確認でも気づかなかった。患者へ謝罪し、再度採血を行った。 | マニュアルを順守し、準備時と採血前ともに、スピッツの番号を確認する。 |
| 32 | 2016年7月 | デーホール | 食事のセッティングをし、配膳のため看護師が背を向けた直後、振り返った患者の力で車いすがテーブルごと後方に倒れた。患者後方の柵で車いすが止まり、後頭部を床で強打することはなかった。 | 後方への転倒防止のため備品等の使用による工夫を行う。 |

| | 発生年月 | 発生場所 | 事故の概略 | 再発防止策 |
|----|---------|----------------|---|--|
| 33 | 2016年8月 | デーホール | 患者に同姓患者の夕食後薬を内服させた。当直医師から、服薬調整、翌日午前中までの安静の指示を受けた。当直医師とともに患者へ謝罪、対応について説明し了解を得た。 | 姓のみでなく、フルネームでの声出し確認の徹底。同姓者ありの注意喚起を行う。 |
| 34 | 2016年8月 | ナースステーション | 外泊中の患者の本日の昼食後薬を病棟で発見し自宅へ連絡。患者は自宅にあった昼食後薬の残薬を服用した。 | 外泊の薬準備時、及び患者へ渡す時には、内容の確認を徹底する。 |
| 35 | 2016年8月 | 病室 | 経管栄養の終了10分後、患者がフィーディングチューブをほぼ抜去し、手に持っているところを発見した。当直医に状況報告し、次回経管栄養は中止し、点滴指示を受け実施した。 | やむを得ない場合の身体拘束の手順を順守し、家族へ説明、ご理解いただいたうえでミトン等予防策を講じる。 |
| 36 | 2016年8月 | 病室 | 低圧持続吸引器が医師の指示と異なる設定となっていた。看護師2名で指示内容と設定内容の確認を行い、医師指示の設定となったことを確認した。極低圧の設定のため、患者に影響はなかった。 | 経過表の記載、勤務交代時に前勤務者と設定値をダブルチェックし、再発防止。 |
| 37 | 2016年8月 | ナースステーション | 夜間、当日正午頃の検尿指示に対し、未採尿であることが発覚した。翌日の朝に採尿し、主治医に報告した。 | 緊急検査指示の指示受け手順を再確認。看護師間の連携強化。 |
| 38 | 2016年8月 | ナースステーション | 入院時に担当医より検温2検の指示が出ていたが、看護指示の入力を忘れており、9日間起床時の検温がなされていなかった。主治医へ報告した。 | 指示受け手順を再確認。看護師間の連携強化。 |
| 39 | 2016年8月 | 処置室 | 診察前のに採血指示があり、採血したが、採血スピッツに張られたラベルが間違っていた。外来科長に報告し、主治医から患者に謝罪を行った。 | マニュアルを順守、指差し呼称を確実に実施、再発防止。 |
| 40 | 2016年8月 | デーホール | 給食職員が指定された席に座っていた患者に他患の食事を配膳した。一口食べたところで、患者本人が間違っていて配膳されていることに気がつき、看護師へ報告した。 | フルネームによる声だし確認、名札との照合確認にて再発防止。 |
| 41 | 2016年9月 | 西部リハビリテーション事業所 | 使用したアルツディスポ2本の補充を受け取り、在庫と併せて定数を確認したところ、1本不足していた。伝票上では薬剤の使用数と請求数はあっているが、保管数を記載しておらず、不足発生時期は不明であった。 | 使用状況を確認し、定数や常備薬剤を見直す。ダブルチェックと確実な定数管理にて再発防止。 |
| 42 | 2016年9月 | 薬局 | 入院初日に前医薬剤情報が全くない患者に対し、薬剤師は当日の昼・夕方分持参薬を、薬袋の指示通り病棟へ渡した。昼食後薬服用後、中止薬であることが判明、主治医に報告し経過観察となった。 | 薬剤情報がない場合、確認できるまで持参薬を服用させない。 |
| 43 | 2016年9月 | ナースステーション | 夜間、当日分の朝食後薬を発見する。当直医に状況報告し、当日分は中止とし、翌日朝食後より通常に服用するよう指示を受けた。 | 配薬車からの取出し時の残薬確認作業を確実に行うなど、マニュアルを順守し、再発防止。 |

| | 発生年月 | 発生場所 | 事故の概略 | 再発防止策 |
|----|---------|-----------|---|------------------------------|
| 44 | 2016年9月 | ナースステーション | 患者に渡した夕食後薬は前日の夕食後薬であった。2日間の夕食後薬は同じ内容であること処方箋で確認し、主治医へ報告、患者に服用させた。 | 日付、曜日の声出しなど、配薬時の内容確認方法の徹底。 |
| 45 | 2016年9月 | 外来診療室 | 医師が他院2診療科へ各1通の診療情報提供書を作成し、患者へ渡した。紹介先からの連絡で1通の宛先が別病院名となっていたことが判明した。患者家族へ連絡、謝罪し紹介状差し替えの了承を得た。 | 個人情報を含む書類は宛先確認を徹底する。 |
| 46 | 2016年9月 | 会計窓口 | 入院受付において患者氏名を保険証で確認せず、誤った漢字登録のままリストバンドの出力を行い、病棟職員へ渡した。患者への診療に影響はなかった。 | 患者登録の原則に従い、保険証での各情報の確認を徹底する。 |