

公表基準に基づく医療事故の包括的公表(令和元年度後期)

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	2019年10月	通所リハ	階段昇降訓練中に手すりを持った状態で転倒。直後に自覚症状なし。回診医に状況を報告し、経過観察にてリハビリ継続可と指示を受けた。数日後、ケアマネージャーから骨折していたとの連絡が入り、家族に状況確認したところ、整形外科にて左尺骨遠位端骨折と診断、ギプス固定となったとのことであった。電話にて謝罪した。	今後は見守り下での訓練を継続し、階段昇降動作に加えて、右上肢の失調症状についても十分に確認した上で自立度を再検討することで再発防止。
2	2019年10月	外来処置室	リハビリ・病棟を確認すると、当日は午前中に評価、午後にはTMSを予定していた。医師に連絡相談し、午後よりTMS実施となった。主治医の指示は午前よりTMS実施となっていたが、予定表入力の際で午前の予定を入力し忘れていた。	医師の指示と予定表ファイルの内容、およびリハビリと病棟看護師が確認する予定表の内容をダブルチェックすることを徹底し再発予防。
3	2019年10月	病室	朝食後薬を服用後、他患者の薬を内服したことが発覚。服用直後に自覚症状はなく、バイタルも異常なし。主治医に連絡し内服薬について指示を受けた。	手順となっているリストバンドと薬袋の名前・用法の声出し確認を徹底することで再発予防。
4	2019年12月	総合相談室	診療情報提供書をA病院にFAX送信した。その後、B病院から連絡があり、誤送信が発覚。送信先を選択する際、間違えてB病院を選択したが、すぐに気付き、A病院を選択し直して送信したが、B病院のFAX番号がリセットされておらず、両方の病院へ送信された。	FAX送信時の操作方法をきちんと認識しないまま送信してしまったため、スタッフ間で周知徹底することで再発予防。
5	2019年12月	理学療法室	患者に書類について説明し、控えを交付する際、誤って他患の書類をファイルに差し込んでしまった。患者がファイルを受付に渡した際に受付職員が気付き、発覚した。総合受付で書類を差し替え謝罪し、他患にも事情を説明し謝罪した。	患者に書類等を渡す際はフルネームで患者名を確認することを徹底し再発予防。
6	2019年12月	作業療法室	循環器内科医師の在院の確認不十分で、心大血管疾患リハビリテーションを実施した。	患者ごと心大血管疾患リハビリテーションの有無を確認。循環器内科医師の勤務日と該当患者の予約が合致しているか、確認する。
7	2020年1月	病室	他患者のために用意していた同一の注射キットを使用して実施した。	キットに名前を明記し、配薬車で管理。実施前に、リストバンドとダブルチェックを実施する。
8	2020年1月	外来診療室	検査結果を渡した際に他患者の結果も重ねて渡した。渡された患者家族が気付き、その場で返却された。	個人情報渡す際は1枚ずつ確認する。
9	2020年1月	デーホール	薬袋とリストバンドの確認を怠り、他患者の薬を与薬。すぐに気づき、吐き出してもらい、本人のものを与薬した。	薬袋とリストバンドを必ず照合し、声だし、指さしにて確認を行う。
10	2020年1月	ナースステーション	退院連絡書をA病院に送信した際に、宛先を複数選択してしまい、B病院にも送信してしまったことが発覚。B病院へ出向き回収するとともに、該当患者に説明謝罪した。	複合機の機能で、宛先を複数選択できる為、確認時送信策だけでなく、送信件数も確認することを習慣化する。

	発生年月	発生場所	事故の概略	再発防止策
11	2020年2月	給食	主食のごはんに毛髪が入っていると指摘を受ける。給食職員より謝罪した。	毛髪落下対策(ディスプレイキャップや襟の長い帽子の装着、粘着テープによる異物除去等)を実施中であるが、再度、給食職員に注意喚起した。
12	2020年2月	浴室	シャワー浴のため、患者の希望によりシャワーチェアまで手すり伝い介助歩行を実施。看護師がマットの移動の為一旦停止を指示するが、歩行を開始したため滑り、転倒。CT、レントゲン撮影を行い、検査の結果異常は見られず。状況につき、本人・家族に説明した。	看護師がアセスメントした安全な方法で移乗移動ができない場合や、危険性が極めて高い場合は主治医に相談する。 安全にできると判断した場合は、患者がバランスを崩しても支えられる万全の体勢で近位からの介助を行う。
13	2020年2月	ナースステーション	定期処方セットの際、臨時処方のセット忘れがあった。また、臨時処方の処方箋を、他の期限切れ処方箋とともに破棄してしまった。後日、臨時処方の薬が発見され、はきした処方箋も探索し発見した。	内服薬セット時、前週の処方との照会確認を確実に行う。定期処方切り替え時に不要な処方箋を破棄する際は、内服期間を確認する。
14	2020年2月	ナースステーション	入院後、薬剤師と本日分の昼食後薬を確認し病棟に持ち帰ったが、配薬カートの上に置いたまま気がつかず昼食後薬が無投薬となった。16時ころ、夜勤看護師が残っている昼食後薬を発見した。主治医に報告し、昼食分は中止となった。	内服薬のダブルチェックを必ず他の看護師に依頼する。
15	2020年2月	ナースステーション	電子カルテのプロフィールに甲殻類アレルギーの情報入力したが、食事情報へのアレルギー入力が行っていなかったことが、食事にエビが提供された際、本人より申告され発覚した。改めてエビを抜いた食事を提供した。	電子カルテと給食システムの連動について周知徹底する。
16	2020年2月	外来診療室	検査結果を渡した際に他患者の結果も重ねて渡した。渡された患者家族が気付き、後日持参されたことで発覚した。	個人情報渡す際は1枚ずつ確認する。
17	2020年2月	病室	両肩・左側腹部・仙骨付近に湿疹ができ掻痒感を訴えたため、自己判断にて両肩、左側腹部・仙骨付近と別の薬剤を塗布。その後のカンファレンスにて、左側腹部・仙骨付近と別の薬剤を塗布が使用法を誤っていることを他の職員から指摘される。	疑問点はまずリーダー看護師に相談をする。 主治医の指示への疑義に関しては主治医に確認する。 使用する薬剤について十分な知識を得て実施させる。
18	2020年3月	ナースステーション	受け持ち看護師が残薬をまとめてビニールパックに入れ頓用の内服薬入れに入れておいたが、後日、患者に確認することなく薬局に処方を依頼してしまった。	自己調整で内服しなかった処方薬の処方を看護師の判断で行ってしまった。今後は退院時に患者へ返却する。
19	2020年3月	検査室	ホルター心電図を装着時、麻痺側による圧迫が起こりそうだったため、圧迫が起こりそうな場所を避けて電極を装着した。除去後、電極装着部あとに皮膚剥離と水ぶくれを確認した。	コードが引っ張られ続けたもしくは弱い力で断続的に下向きに引っ張られた事が推測され、誘導コードを束ねない等、余裕をもたして取り付けることを周知した。