

公表基準に基づく医療事故の包括的公表(令和2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	2020年10月	処置室	TMS治療開始直後に機械が停止。冷却装置のスイッチが入っていなかったため停止。コイルの温度は26℃。熱さなし。担当医に報告し、再スタートした。	装置のスイッチに番号をつけ、準備の順番をわかりやすくした。
2	2020年10月	外来診療室	診療が終わり立ち上がって一旦壁際の回転する椅子に腰掛けた際、バランスを崩して椅子からずり落ちた。診察室の壁と椅子に手をつけて支えたため軽い尻餅で打撲などはなかった。	診察に必要な場合を除き、診察室内に回転する椅子を置かない。
3	2020年10月	病室	朝食前に内服薬自己管理中の患者のどこへ訪室したところ、前日の朝食後薬をテーブルに出していた。管理ボックス内には当日の朝食後薬があり、昨日の内服の有無については記憶にないと言われ、主治医に報告する。	各勤務帯の残薬確認を確実に行う。
4	2020年10月	作業療法室	股義足を装着し伝い歩き訓練を実施。重錘を右手で把持、左手で伝い歩きを行っていたところ、義足の振り出しが不足し膝折れを起こした。セラピストの介助が間に合わず、義足の膝関節部分が床に接地する形で転倒。主治医へ報告し、義足の確認まで義足訓練中止の指示を受けた。	応用的な歩行練習を実施する際には、立位バランスを適切に評価し、常に転倒の危険性を考慮する。
5	2020年10月	心理	入院時に、主治医より評価と訓練の処方が出ていたが、1月後のカンファレンスまで気づかず実施していなかった。	処方の確認係を設定することで、ダブルチェック体制を強化する。
6	2020年10月	理学療法室	主治医による起立、歩行訓練開始の指示日より前に、歩行評価を行った。患者に疼痛の増強や処置の必要はなかった。主担当者から当日担当する者へ医師の指示が伝達されていなかった。	特記情報など重要な指示がある場合、必ず印刷して紙の申し送り書に挟むなど、処方情報が抜け落ちないように徹底する。
7	2020年10月	ナースステーション	外出中の患者の夕食前薬と夕食後薬が薬ケースに残っているのを夜勤者が発見した。主治医より、帰院し次第、食前薬と食後薬を服用してもらうよう指示を受ける。	外出届を処理した際の外出時の内服薬を準備し確認する時、外出する時に確認。確認する際は、指差呼称を必ず行うことを徹底する。
8	2020年10月	通所リハ棟	事務員が契約書が保管されていないことに気づき療法士に報告。利用者の手元には押印済みの契約書があることを確認。探索するものの、事業所保管分は発見されず紛失が確定する。	契約書作成担当事務員からファイリング担当事務員への受け渡し方法を確定する。
9	2020年11月	病室	患者がベッドサイドの床に長座位でいるのを発見。異常は見られず、経過観察となる。	食事をする際の車椅子の向きを変更(ベッドを背に配置)した。
10	2020年11月	病室	パーキンソン病治療薬貼付薬を交換するため前日分を確認するが見当たらず、夜間着用していた下着の内側に付着しているのを発見する。	保護のためフィルム剤を使用することとなった。自宅でもできる対策として、肌の水分をふき取ってから貼付する等の確認をする。
11	2020年11月	外出・外泊中	15時のパーキンソン病薬を内服後に外泊に行く予定としていたが、内服させることを失念したまま外泊。家族に連絡し内服状況を確認。主治医より時間をずらして内服するよう指示があり、内服薬を患者の自宅へ持参し謝罪した。	時間薬はタイマーをセットし業務が重なった際にも忘れたことに速やかに気がつけるような仕事の仕方をすよう指導した。

	発生年月	発生場所	事故の概略	再発防止策
12	2020年11月	病室	パーキンソン病治療薬貼付薬が2枚貼付していると報告を受ける。外泊時に、家族が張り替える際に、前日より貼ってあったものを剥がし忘れたと思われる。	在宅での服薬管理が必要になるため、家族に内服薬や貼付剤について口頭と書面で指導を行うとともに、外泊の際は空の薬袋や剥がした貼付剤を持参頂くようにする。
13	2020年11月	処置室	前日の夜勤帯実施予定の点滴薬剤が残っていることが発見され、未実施であることが発覚した。	注射指示一覧で、点滴の実施状況を確認する。点滴の実施もれがないか、各勤務帯で確認する。点滴ボックスを透明にするなど、物理的な対策をする。
14	2020年11月	病室	更衣介助時に、止血バンドが巻かれたままになっているのを発見。発赤などの異常は見られず。	止血バンドは、自己で外せない患者には利用しない。使用した場合は、タイマーの利用も併用し除去する。
15	2020年11月	心理	療法室入室時、椅子の背もたれに手をかけたものの、座面ではない場所に腰を下ろそうとされ、そのままくずれるように腰を床に落とされてしまった。	高次脳機能障害により視空間認知に問題がある患者である場合、確実に椅子にかけるまで観察、確認を怠らないようにする。
16	2020年11月	病室	面会の家族より、義歯が見当たらないとの訴えがあり。一般撮影とCTで誤飲している事を確認。他院に救急搬送し口腔から鉗子で義歯を摘出した。	義歯の使用について禁止されていたおり、再度家族に持ち込まないよう指導。
17	2020年11月	薬局	鎮痛薬が処方されたが、塗布部に搔痒感を訴えた。添付文書を確認すると、薬剤アレルギーがあるアルコール剤が添加物として入っていたことが判明した。	アレルゲンにアルコール剤が登録されている患者には、アルコール剤添加物の薬剤をアレルギー薬剤として登録する。薬剤科でのアレルギー登録一覧表にも記載する。
18	2020年11月	処置室	患者様の訴えに気をとられて、紙の指示を確認せずに、他の患者の検査指示で採血をおこなった。	採血時の手順の再確認と再周知をした。
19	2020年11月	外来診療室	歯科医師がインレーを調整中に口腔内の窩洞から外そうとしたら口腔内に落下した。顔を横にして鑷子を取ろうとして目が離れた瞬間に所在不明になる。一般撮影で誤飲で胃にあることを確認。患者にその旨を説明。数日、体外に排出されるまで画像で追跡することも説明する。	施行前に落下時に誤嚥、誤飲しないよう患者に確認することや、小さい修復物の場合、直接充填にすることも選択肢に入れておく。
20	2020年11月	病室	荷物をまとめてエレベーターに乗り込もうとしている患者を発見。看護師が付き添い制止するが、興奮状態で院外まで出てしまった。看護師が付き添うものの興奮収まらず。家族に協力を仰ぎ、警察へ通報。パトカーにて帰院。状況を家族に説明し自宅退院となった。	離院の危険性は予測していたため、早期発見は行えた。多くの職員に応援要請が行い、院外へ出てしまう前に制止できるようにする。
21	2020年11月	病室	訪室するとベッドサイドに転倒しているところを発見。シルエットセンサーを使用していたが、体動多く、発報頻回となるためセットしていなかった。	受け持ち看護師が責任を持ってセンサー端末の子機を持ち歩き、患者の行動を確認し対応することが必要である。

	発生年月	発生場所	事故の概略	再発防止策
22	2020年12月	理学療法室	患者には常時ヘルパーが同行しており、ヘルパーの介助にてベッドから車いすへ立位移乗を行った際、患者はヘルパーとともに傾きヘルパーに覆い被さるようになり転倒。セラピストは横に立ち咄嗟に支えたが間に合わなかった。	今後はヘルパー介助による移乗の際には、近接した場所に位置し、バランスを崩した際に十分に支えることができるように準備する。
23	2020年12月	外来診療室	他患者のリハビリテーション実施計画書を手渡した。直後、他の職員が気付き回収した。	介助についている看護師が渡す際に確認する。
24	2020年12月	病棟廊下	セラピストが、他患者のリハビリテーションの検査結果を手渡して説明した。マスクをしていることで誤認し、本人確認も怠った。30分後に患者が気付き、病棟看護師に返却された。	マスク装着時には誤認しやすいため、名前で本人確認を行う。
25	2020年12月	浴室	介助にてシャワー浴を行っていた際、臀部を洗浄するため、手すりを把持し立位となった。戦場に時間がかかり、立位時間が長くなったところ、患者がバランスを崩し右方向によるめき看護師が支えシャワーチェアに座位となった。患者の前額部に出血があり5mm程度の切創であることを発見。	立位不安定で失語症があるため看護師2名で対応したほうが良いと考える。
26	2020年12月	利用者宅	訪問リハビリで座位保持訓練を実施。セラピストは利用者の介助、監視をしながら同時に口頭にて家族指導を行っていた。利用者が後方へバランスを崩し、柵に後頭部が接触した。異常は見られず、主治医に報告し経過観察となる。	訓練と家族指導を分離して実施し、訓練中の集中し、患者の変化に対応していくよう指導した。
27	2020年12月	ナースステーション	夕食前の内服薬の準備を行う際、昼食前と夕食前のセット間違いに気づく。本日の昼食時、昼食前に夕食前薬を内服させていた。主治医にセット間違いにより内服したことを報告する。	内服薬のセット時、内服行為を行う際は指差し呼称を行う。
28	2020年12月	処置室	採血を終え、スピッツを3本を検査室へ提出。1本足りないこと指摘され、残1本のスピッツは手枕の下で発見する。患者へ謝罪し再度採血を実施。	抜針時に外来指示票で採血本数を確認する。
29	2020年12月	作業療法室	訓練中にセラピストが白色の錠剤1錠を車椅子のクッションの下から発見する。主治医へ報告し経過観察の指示を受ける。	服薬介助の際、内服薬が口腔内に入り飲み込まれたことを確実に確認する。
30	2020年12月	病室	入院時に、卵アレルギー対応とすることの情報を得たが、電子カルテの給食画面でアレルギー情報を反映し、栄養科に知らせることを失念したため、アレルギー食材が昼食時に提供されてしまった。	アレルギー情報の反映方法の手順書を作成した。栄養科への電話連絡とともに病棟の全職員に周知した。
31	2020年12月	病室	訪室するとマーゲンチューブを自己抜去しているところを発見する。	身体拘束を実施せずに対応していたが、入院時に家族へ身体拘束について説明、同意を得ていたことから、経管栄養時ミトン装着とした。
32	2020年12月	病室	自己管理薬を確認したところ、前日の夕食後薬が残っており、3日後の夕食後薬が無くなっているのを発見する。薬剤内容は同一であった。	内服薬を確認する際には、日付・用法も指差し呼称する。
33	2020年12月	病室	膝掛けから内服薬1錠が出てきたと報告あり。当日の朝食後薬内服は介助した看護師が確認済。当直医に報告し経過観察の指示を受ける。	継続して内服するところを確認する。

	発生年月	発生場所	事故の概略	再発防止策
34	2020年12月	外来診療室	A患者診察時、結果説明をするため画像を開いたところ、B患者の画像が開いた。開いた画像をA患者の画像と思い込み結果を説明した。A患者が退席した後、B患者の画像であることに気づき、A患者に謝罪するとともに、B患者にも状況を説明して謝罪した。	画像を開いた際に、名前を確認することを徹底する。
35	2021年1月	病室	他患者の内服薬を与薬した。主治医へ報告し、経過観察となる。	患者に与薬を行う際に、薬袋に記載された患者名を指差し呼称する。
36	2021年1月	手術室	中央材料室で、水を出したままその場を離れてしまい、戻ってきた時には水が床へ溢れ出していた。1階へは水漏れした。	水を出したまま、その場を離れない。
37	2021年1月	病室	ベッドに内服薬1錠落ちているのを発見。内服時は与薬する様子を確認していたが、落下に気づくことが出来なかった。	最後まで、内服動作を見守る。
38	2021年1月	理学療法室	外来ファイルが一時保管場所がないことに気づく。探索したところ、別の患者家族に渡したことに気づき回収する。	外来ファイルを名前を確認呼称することなく別患者の家族に渡してしまったため、ファイル返却時の名前確認呼称の徹底する。
39	2021年1月	ナースステーション	入院報告書を、A病院にFAXした。後日、A病院より該当者がいないとの報告を受け、個人情報の誤送信が発覚。A病院にFAXの廃棄を依頼、患者に謝罪した。	病院名の確認を、作成時から意識して作成する。
40	2021年1月	病室	眠前薬を配薬した。「自分のタイミングで内服します」と言われたため内服用カップに入れ、ご本人の指示された場所に置いてその場を離れた。翌朝ベッドサイドを訪室すると内服カップの中に残ったままであることを発見する。主治医に状況を報告し経過観察となった。	服薬を行ったか、時間を決めて確認する。
41	2021年1月	病室	訪室時、杖が床とベッドフレームの間に挟まって抜けなくなっていることを発見。杖は折れ曲がっていた。導尿の際にベッドの上げ下げを行い発生したと考えられる。本人・家族に謝罪した。	ベッドのリモコン操作時は必ず周囲を確認して行う。
42	2021年1月	病室	下痢が見られたため、指示簿指示の下痢止めを2カプセルを服用させた。その後主治医より、下痢止めは1回1カプセルを1日2回までの服用の指示であると指摘され過剰投与に気付いた。	内服薬の確認は処方箋で確認した方が確実であるため、処方してもらうよう依頼する。
43	2021年2月	理学療法室	動的バランス訓練で使用していた板に患者の足が引っかかりバランスを崩した。セラピストは咄嗟に支えたが、支えきれずに臀部から床に崩れ落ちるように転倒した。患者に異常は見られず。主治医に報告し経過観察となる。	体勢を崩した場合を予見して、接近して支えられる準備をするよう徹底する。
44	2021年2月	病室	シリンジポンプの薬剤を更新し注入開始。3時間後シリンジポンプの残量を目視で確認すると本来42mlであるところが44mlであった。積算量は6mlを示していた。シリンジポンプをセットし直し作動確認し注入再開した。主治医に報告し経過観察となる。	シリンジポンプのプライミング操作を失念していたことが原因。マニュアルに沿って実際にシリンジポンプの操作を実施してもらい周知徹底する。

	発生年月	発生場所	事故の概略	再発防止策
45	2021年2月	外来診療室	主治医より局所麻酔薬+ステロイド剤のトリガーポイント注射の指示が出たが、看護師が指示を見落とし局所麻酔薬のみシリンジに薬液を準備し医師が注射実施した。診察終了後にカルテを確認した際に指示の見落としに気づいた。医師に報告し、ステロイド剤は実施しないことになった。	電子カルテでの確認時や準備した注射を医師に渡す時、声出し確認し、医師・看護師の双方で内容確認をする。
46	2021年2月	病室	自己管理の点眼のを確認したところ、期限が切れていることに気づき回収した。	点眼実施を行う看護師が、実施時に患者名、薬剤名、用法、用量、使用期限について指差呼称を確実にする。 点眼薬開封時は開封日と使用期限を確実に薬袋に記載する。
47	2021年3月	処置室	採血予定の確認をしたところオーダーがありスピッツを用意し、ダブルチェックを行い採血を行う。その後、採血のオーダは翌日に変更されていることが発覚した。当日の採血中止が、主治医から口頭と指示簿指示で伝達されたが、採血指示が削除されていないため夜勤者が採血を行った。	採血指示が削除できれば再発予防となる。
48	2021年3月	病室	入院時から主治医より検温2回の指示が出されていた。入院から1週間後、カルテ入力した際、前日までのバイタルサインが1回のみしか記入されていないことに気づいた。	主治医からの継続指示は看護指示などの転記されたものから確認するのではなく、指示簿指示から各受け持ちが確実に確認を行う。
49	2021年3月	病室	インスリン注射の実施と配膳のため当患者の病室を訪室し、注射を実施。再度訪室し確認すると、食事が別の患者のものであることが発覚。すでにゼリー全量と全粥を数口摂取していたため状況を当直医師へ報告。副菜のみ本来ものに交換するよう指示を受けた。	配膳の際は食札と患者氏名を確実に指差呼称にて照会する手順を確実に実施する。
50	2021年3月	病室	内服自己管理を開始していたが、内服自己管理可の指示がないことを他職員より指摘を受ける。患者に説明し、看護師管理とした。	内服自己管理開始の際は、主治医から内服自己管理可の指示があることを確認し、所定の手順に従って評価を行い開始する。