

## 包 括 的 公 表

平成 18 年 4 月～6 月に報告された医療事故のうち、包括的公表の対象となる事例は以下のとおりです。

発生場所	概 略	再発防止策
病棟	鼻内に挿入したコメガーゼが術後 3 日目に便中に排泄された。	レントゲンで確認可能な鼻内込めガーゼを検討中。
透析室	透析療法中に RO 水（逆浸透により産生した純水）の供給が止まり、透析液の希釈が出来なくなったため、一時的に血液透析から透析液を使用しない体外限外濾過に変更した。患者への影響はなかった。	メンテナンス完了時の確認と記録を徹底する。
手術室	手術開始時、布鉗子でリネンに医療用器具を固定した際、皮膚を一緒に挟んでしまった。	布鉗子でリネンに医療用器具を固定する際、皮膚を挟んでいないか確認する。
病棟	脳血管撮影後、固定用の糸のみを切るところ誤ってカテーテル導入管も切ってしまうと断端が血管内に残った。摘出術を行った。	糸を切断する際、十分な確認を行う。
手術室	硫酸プロタミンとドブタミンを間違えて投与した。患者への影響はなかった。	似た名前の薬は極力使用しない。 投与時にラベルを必ずチェックする。
手術室	左主気管支を予定の位置より上部で誤って切離した。直ちに修復し、予後への影響はなかった。	症例によっては術野を確保するため、皮膚切開を広げて手術を行う。

検査室	乳腺ダイナミック造影検査でルート確保と同時に造影剤を注射してしまったため、本来の造影ができなかった。	検査内容に伴う処置の確認・把握を徹底する。
手術室	手の手術において誤って正中神経を切断したが直ちに神経縫合術を行った。	手術手技を改良する。
検査室	エコー下で鎖骨下静脈確保の際、ワイヤーの先端が破損して静脈下領域に残存したが4日後に除去出来た。	穿刺針、ガイドワイヤーは破損しにくいものを使用する。
薬剤部	薬剤鑑査中に錠剤分包機カセットの中に違う薬剤が混入、患者は2日分服用してしまった。患者への影響はなかった。	補充ミスを防ぐシステムを採用する。
病棟	体外式心肺補助装置の電源コード上に液がこぼれ漏電が原因と思われるアラームが鳴った。患者への影響はなかった。	体外式心肺補助装置の電源コードを延長する。 電源コード接続部の傍に液状物を置かない。
病棟	呼吸解析モニターのデータ消去忘れまたはケーブルの切断によりデータ記録が十分されず十分な解析が不能となった。	開始時に呼吸解析モニターの確認を徹底する。 現在、機器の修理を依頼中である。
外来	造影CT検査において造影剤が皮下へ漏れた。冷湿布にて経過観察とした。	注入圧モニターを室内でも確認できるようにする。
外来	CT検査において腹部と胸部を間違えてオーダーした。(再検査をした。)	依頼箋の確認を徹底する。