

包 括 的 公 表

平成 20 年 7 月～9 月に報告された医療事故のうち、包括的公表となる事例は下記のとおりです。

発生場所	概 略	再発防止策
病棟	緊急検査の準備時に、義歯を取り外しベッドサイドに置き忘れ紛失した。	患者の私物管理を徹底する。
病棟	ベッド柵とベッド柵の間に首が挟まったが、状態の変化はなかった。	ベッド柵の使用を適正化した。
病棟	体内に留置していたチューブの丸い先端をまっすぐに戻さず丸い状態で抜去したが、患者への影響はなかった。	医療器材の適正な使用方法を指導した。
病棟	持参薬と当院で使用した注射薬が併用禁忌であることに気付かず使用した。	持参薬の取り扱いの徹底と併用禁忌薬のシステム化の検討をする。
外来	抗凝固薬を内服している患者の皮膚生検後、出血が続いたが適切な治療により止血した。	患者情報を十分に把握するため、薬剤チェックリストを作成し検査前に確認する。
手術室	手術後、ドレーンを抜去しようとしたが、皮下に縫い付けてあることが分り抜去術を施行した。	ドレーン留置に際しては、十分な確認を複数で行う。
手術室	手術時に採取した 2 種類の検体がビニール袋の中で容器からこぼれてしまったが、残った検体で検査は可能であった。	検体ごとに別々の袋に入れることを徹底した。

検査室	内視鏡検査後、差し歯が折れていたことが分った。	検査前に歯の状態を把握し、説明を充分に行う。
検査室	検査器械に不具合が生じ、その対応策を講じたが、1項目設定を誤ったため情報量が半分になった。	設定を複数で確認し、確認後の設定は、プリセットに登録することを徹底した。
検査室	内視鏡検査器具を一次洗浄後、消毒をせずに使用した。	使用前後の取り扱いをマニュアルに沿って定期的に指導する。
検査室	検査後、患者の画像データが未転送の状態です装置整備を行ったため画像が消失した。	未処理画像データの管理方法を変更した。
調剤室 他同2事例 あり	麻薬の払い出し時、数を間違えて調剤したが払い出し先の部署で発見した。	麻薬調剤マニュアルを周知する。
調剤室	治験薬の調剤が用法指示と異なったが、治療には影響しなかった。	治験薬調剤方法を指導し、プロトコールの確認を徹底した。
病院敷地内	工事用のケーブルにつまずき転倒し、すり傷を負った。	注意喚起のためのテープを貼り、段差をなくす対策を講じた。