

## 包 括 的 公 表

平成 21 年 4 月～6 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	酸素療法中、酸素チューブを器械側に接続しなかったため、酸素が流れていなかった。	酸素療法の基本的な管理を再確認した。
病棟	胸腔ドレナージ時の再挿入後、挿入前の指示に従い、カテーテルの操作をした。	胸腔ドレナージの処置指示について指示確認の方法を医療者間で検討し、連携をとるよう指導した。
病棟	病理検査結果の説明が行われていないことに気付いた。	病理検査結果の確認が確実にできるシステムを検討し提示した。
病棟	抗癌剤投与中に血管外漏出を来たした。マニュアルでは直ちに専門医に受診するようになっていたが、症状が軽微であったため、翌日に専門医の診察を受けた。	抗癌剤投与時の血管外漏出の対応マニュアルを周知し指導した。
病棟	輸液療法中に薬液を取り違えて投与し、患者に軽度の症状の変化があったが、保存的治療で軽快した。	薬剤交換時の確認をシステム化し、手順に沿って行うよう指導した。
手術室	穿頭時、手動穿頭器にて脳に損傷を来たしたが、保存的治療で軽快した。	手動穿頭器をストッパー付きに変更した。

検査室	ストレッチャーの上で腹部のレントゲンを撮影中、柵をしていない方へ寝返りをうち転落した。	看護手順を再確認し、部門のマニュアルを作成した。
検査室	採血時に患者取り違えが発生したが、患者への影響はなかった。	患者確認の徹底を行い、事故発生時の対応策のマニュアルを作成し、周知した。
検査室	検査台に横になる際、検査器械のアームの部分で左前頭部を打撲した。	検査台へ誘導の再、十分な説明と適切な介助をするよう指導した。
検査室	生検検査後、検体が紛失していたことに気付かず、検体提出が遅れた。患者への治療計画には影響はなかった。	検体持ち運び、搬送時には搬送インナーケースを使用することを周知した。
検査室	リニアック時、予定照射位置から少しずれた位置に照射したが、すぐに間違いに気付き、照射による影響はなかった。	照射直前に、照射位置を複数の職員で再度確認をすることをルール化した。
集中治療室	抗生物質を使用予定量より多く指示を出し、投与したが患者の病状に変化はなかった。	薬剤の指示について、部門システムの改善を検討し薬剤事故回避のため職員間の連携を深める。