

## 包 括 的 公 表

平成 27 年 10 月～12 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
入院	薬剤投与後の生食フラッシュを、他患者の 5%ブドウ糖液でフラッシュした。	6R（正しい：目的・時間・患者・方法・薬剤・量）で確認を徹底する。
入院	左右を間違えて穿刺した。針を進める前に気が付き、薬剤の注入はない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施直前に複数人で左右の確認を行う。</li> <li>・タイムアウトの導入を検討する。</li> </ul>
入院	アルコール禁の患者にアルコール綿使用にて採血し、発赤が出現した。	アルコール禁の有無を採血前に患者へ確認する。
入院	RI 薬剤シリンジが混在し、使用済み空シリンジで注入し、検査薬が注入できなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「投与後のシリンジ入れ」を新たに設置し、投与前・後のシリンジを分ける。</li> <li>・RI 薬剤の準備の方法について明確に手順に記載し周知徹底する。</li> </ul>
入院	処置物品の片づけの際穿刺針を包み込み、介助者が誤刺をした。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・使用した針は、使用者による廃棄を徹底する。</li> </ul>
入院	計測値を電子カルテに記載し、記録紙を白衣ポケットへ入れたため、移動の際に記録紙を紛失した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録紙を扱うことが多い電子カルテのすぐ近くに機密紙破棄入れを設置し、記録紙はその場で破棄する。</li> <li>・記録紙を持ち歩かない。</li> </ul>

発生場所	概 略	再発防止策
入院	挿管時喉頭鏡のライト点灯不具合あり。確認するとライトの装着位置がずれていた。別の喉頭鏡に替えて通常通り施行した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例を継続的に周知していく。</li> <li>・超音波洗浄後の確認を徹底する。</li> </ul>
入院	陣痛発来にて受診し、陣痛開始と高位破水を診断された産婦の分娩管理中、産婦をトイレ歩行に誘導したところ、児の娩出に至った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分娩進行中の産婦の動静が変化する時は、総合的に分娩進行状態を判断する。動静が変化する時は、原則内診をして判断する。</li> <li>・分娩進行時期の排泄場所及び移動方法を適切に選択する。</li> <li>・分娩進行時期の管理が適切に実施できるよう、スタッフ教育を行い、能力向上に努める。</li> <li>・分娩に関する事故対策シートを作成。</li> </ul>