

包 括 的 公 表

平成 28 年 1 月～3 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	抗菌薬の過量投与が行われたが、(過量投与による副作用は認めていない)健康被害はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェックは、6 R (正しい：時間・患者・方法・薬剤・量・目的) の確認を再度周知徹底する。
入院	尖刃刀の落下にて腹部の皮膚を損傷したため、自然に吸収されて無くなる糸で縫合修復した。	<ul style="list-style-type: none"> ・メスなど先端の尖った器具の受け渡しの際には、受け取る側は直接目視して受け取る。
入院	6-0 の血管縫合糸が切れ、針が飛んだ。X 線撮影にて、針が体内にない事を確認した。	<ul style="list-style-type: none"> ・縫合糸離断を防止するための手順を作成し診療科内に周知した。
入院	抗凝固剤中止指示が漏れたため、治療を延期した。	<ul style="list-style-type: none"> ・当直医から担当医への引き継ぎを徹底する。 ・抗血小板・抗凝固剤は内服中止・継続・再開を十分に確認する。
入院	皮下注射指示の注射薬剤を静脈内へ投与した。健康被害はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師指示を確認し、実施する場合には 6R (正しい：時間・患者・方法・薬剤・量・目的) の確認を行う。 ・ヒューマンエラーに思い込みがあることを再認識し、処置を実施していく事を周知する。
入院	麻酔器の呼気回路が ACGO ポート (補助フレッシュガスアウトレット) に接続されていたが、速やかに回路を修正したため、大事には至らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ACGO ポートの付近に注意喚起のシールを貼り注意喚起する。 ・ACGO ポートは通常使用していないため、専用のキャップで蓋をする。

発生場所	概 略	再発防止策
入院	神経ブロックの穿刺部位を間違えて穿刺したが、穿刺時点で気づいたため、薬剤投与には至らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・神経ブロック前のタイムアウトを実施する。 ・タイムアウトは3人（麻酔科医、看護師、患者もしくは医師）で確認を行う。
入院	瓜類禁止の患者の食事のサラダの中にきゅうりが入っており、アナフィラキシーショックを起こした。	<ul style="list-style-type: none"> ・提供予定のメニューに禁止食品がある場合は、使用可能な食材を使用し新たに調理を行う
外来	MR 検査画像を電子カルテに保存する前に MR 装置から削除したため、再検査を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・画像の一時保管用サーバーを導入し、検査終了後の一定期間、MR 画像を自動的に保管できるようにする。
入院	他診療科より3カ所の組織生検依頼があったが、内1カ所が指定部位と異なっていたため、再度生検を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・組織生検依頼時には依頼を行った診療科医師が責任を持ってマーキングを行うか、写真などでわかるようにする。もしくは依頼元の主治医が検査時に立ち会うようにする。
入院	入院時に持参したステロイド内服継続の指示を入院当初は投与したが、その後指示通り投与されず無投与となった。点滴でステロイドの補充を行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・投与中の薬が切れたときの、看護師間の連携方法、継続薬の準備の手順を職場内で統一する。
入院	中心静脈カテーテルが抜去されている患者に中心静脈から投与すべき栄養点滴が指示され、末梢静脈経路から投与された。4時間後に発見され、静脈炎などの症状はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈から投与すべき点滴に関しては、電子カルテシステム上投与経路をセット登録し、指示する側の投与経路入力漏れを防ぐ。 ・実施者は点滴準備のダブルチェック時、投与経路まで確認する。