

## 包 括 的 公 表

2025 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。

No.	発生場所	概 略	再発防止策
1	救急外来	腹痛で救急外来を受診し、医師Aは採血上異常なく、CT所見より腸管拡張を認めたが腸炎と診断し、鎮痛剤投与後、医師B（上級医）に上申後、患者を帰宅させた。その際、腹痛は継続していた。医師Aは翌日、放射線レポートよりイレウス疑いであることを確認し、患者へ連絡し、緊急入院となった。造影CT施行し、絞扼性腸閉塞疑いで腹腔鏡下絞扼解除術を施行した。	鎮痛剤投与により疼痛が軽減しないような、急性腹症の症例では、さらなる原因検索を考慮する。
2	外来	患者の手背に1.5倍の照射量でレーザー照射を行った。患者よりいつもより熱く感じると訴えがあり、発覚した。	医療者複数人で照射部位と照射量を確認する。
3	手術室	全身麻酔導入後に胃管を挿入した。手術中に胃管が気管内に留置された状態で、病棟に帰室した。帰室後の患者の様子で疑い、術後撮影したレントゲンを見直して、発覚した。	胃液の逆流を確認する。胃泡音の確認をする。 気管内に入っていないか、人工呼吸の吸気、呼気の音が胃管からしないか確認する。 挿入に難渋したとき、胃液の逆流がないときは胃管にカプノメーターをつけて、値が出ないか確認する。 リスクマネジメントマニュアルの事故防止対策シートを修正し、周知する。 全身麻酔下での手術前に胃管を挿入し、胃液の逆流がない場合呼気ガスモニターに胃管を接続し、波形が出ないことを確認する。 ビデオ喉頭鏡を用いて喉頭展開をし、胃管先端を直視下で確認する。適切な位置にない場合は食道入り口に誘導する。

No.	発生場所	概 略	再発防止策
4	手術室	手術中に検体を体外に摘出し、その一部（断端）を迅速病理検査に提出した。残りの検体は手術後に病理検査に提出予定であったが提出されておらず、検体が破棄された可能性がある。視診上および迅速病理検査に提出した断端は良性の可能性が高いが、その後、しばらく経過観察が必要となった。	標本を病理検査に提出するまでの責任者（医師）を明確にする 医師は手術直後に体外に摘出した臓器・検体について病理検査に提出するものか、廃棄するものか、明確に指示する。 手術終了後（閉創後）の多職種での最終確認時、清潔野及び不潔野に置かれた検体すべてについて共有する。