

包 括 的 公 表

2025 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。

No.	発生場所	概 略	再発防止策
1	救急外来	救急外来から O 型の大緊急輸血依頼があったが、1 回目の血液型検査で B 型と判定されたため、当直者は B 型血液製剤が準備可能であることを医師へ連絡した。2 回目の血液型検査中に機器エラーが発生し、血液型が未確定のまま当直者が B 型製剤を払い出した。救急外来では 2 回目の血液型が確定していると思い込み、そのまま B 型製剤を投与した。	O 型大緊急輸血および血液型未確定時の緊急交差前オーダーの対応方法について再確認、周知する。 電子カルテで血液型が確定していることを必ず確認したうえで輸血を実施する。
2	外来	追加検査の可能性があったため使用済みファイバーを保管していたが、未使用と思い込んでしまい、次の患者に使用した。	検査が終わった時点でファイバーは片づける。 追加で検査が必要になった場合は、新しいファイバーを準備する。
3	手術室	手術に際して、鎮静後、筋弛緩薬を投与するところを、拮抗薬を投与した。拮抗薬の効果がなくなる 8 時間後に手術を行った。	薬剤投与前に、セーフラベルシステム (SLS) で麻酔 (手術) 記録とバーコード認証を行い、確実に薬剤の確認を行う。 手術終了後に看護師に拮抗薬の準備を依頼する。

No.	発生場所	概 略	再発防止策
4	病室	嚥下機能低下が疑われる患者に対し、患者の「普通米食を摂取している」との自己申告を基に食事オーダーを行ったが、医療者と患者の食事形態の認識に乖離があった。嚥下機能検査結果を踏まえ、食事内容を変更予定であったが、検査部職員間の情報共有不足により検査が未実施のまま初回の食事が提供された。患者は食事中に嘔吐し窒息しかけているところを看護師が発見し、背部叩打法により窒息を回避した。入院時に嚥下リスクは把握していたが、初回食事摂取に際しての観察・見守り等の対応が不十分であった。	医療者-患者間で食事形態の認識に乖離が生じないように、写真等を活用し、具体的かつ十分な情報共有を行う。 嚥下機能低下が疑われる患者の初回食事は、嚥下リスク評価を踏まえ、安全性を優先した食事形態から提供する。また、人員体制を考慮し、夜勤帯を避けた時間帯から開始する。
5	外来	医師事務補助者は患者 B の受付番号 995 を呼び、返事をした患者 A を受付番号、氏名、ID の確認を行わず、外来診察室前へ案内した。その後、医師事務補助者は、外来診察室前で待っていた患者 A を患者 B として診察室へ呼び入れた。診察した医師は氏名確認を行わず、患者 A を患者 B と思い込み CT 検査の説明を行い、CT 検査へ行くよう案内した。その後、患者 A から「患者 B の予定表が渡された」と申し出があり、患者取り違えが発覚した。	受付番号で呼んだ後、患者に予約表を提示してもらい、氏名と受付番号の両方を確認する。 予定表を渡す際には、氏名を確認する。 医師は診察時に、患者の氏名を確認する。
6	薬剤部	院内処方監査時に、本来患者 B に交付すべきお薬手帳シールを患者 A に交付した。監査を行った薬剤師が誤交付に気付き、患者 A に架電、回収し正しいお薬手帳シールを交付した。患者 A は薬剤師からの連絡で初めて誤交付に気が付いた。	お薬手帳シールの患者氏名や処方番号を、処方箋と照合することを徹底する。