

包 括 的 公 表

2024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。

No.	発生場所	概 略	再発防止策
1	病棟	乳房全切除術を予定し、患者は全切除の同意書にサインをしていたが、医師が乳房部分切除のクリニカルパスを適用。手術申込も部分切除となった。患者から入院診療計画書に書かれた術式が異なると指摘があり発覚。手術は予定通り全切除で行われた。	術式が変更になったときは、手術台帳の記載を修正する。 入院前に同意書と手術申込の内容に相違がないかを確認する。 医師と看護師で手術部位へマーキングを行う際、院内マニュアルに沿って「手術の説明と同意書」とカルテの「手術申込オーダー」で手術部位の確認・照合を行う。
2	病棟	分娩後、膣裂傷縫合処置の視野確保のためガーゼ3枚を膣内に挿入し遺残した。退院診察時に発見し除去した。健康被害はなかった。	分娩室で使用するガーゼは紐付きガーゼのみとし、紐を確実に体外に出した状態で使用する。分娩時に使用したガーゼはガーゼカウントを行う。
3	病棟	帝王切開術後に止血のため子宮内バルーンを留置し圧迫止血、膣内にタンポンガーゼを挿入。翌日止血確認しバルーンを抜去したが膣内のガーゼを抜去し忘れ、術後4日目の退院診察時に発見し除去。健康被害はなかった。	処置に関する記録、膣内に入れたガーゼ等は記録漏れがないよう、医師・看護師で確認をし、当日対応する医師に申し送りをする。 子宮内バルーン留置時にタンポンガーゼを挿入した場合、何グラムの止血用ガーゼが挿入されているかをバルーンと接続したバッグに明記する。

No.	発生場所	概 略	再発防止策
4	手術室	腹腔鏡下手術で臓器摘出。摘出臓器を腹腔内に残したまま開腹手術へ移行し、他臓器を摘出。閉腹の際に腹腔鏡下に摘出した臓器を腹腔内へ遺残。術後、手術室退室前に遺残に気付き、本人・家族へ説明の上、再度開腹し、摘出臓器を回収した。	<ul style="list-style-type: none"> ・摘出臓器を切離・摘出時には、執刀医は摘出臓器について発信し、看護師は術中看護記録に記載することを徹底する。 ・閉創前のタイムアウト時には、一旦手を止めて、体内へ使用したガーゼカウントが合っているかの確認だけでなく、摘出臓器が回収されているかを多職種で確認する。
5	検査室	看護師配置のない透視室で、気管切開チューブ、スピーチカニューレ挿入下で右内頸静脈より長期留置カテーテルを挿入中に SpO2 が低下。透視室に設置された内視鏡用吸引機の使い方は不明で吸痰困難と判断、コードブルーを要請。応援の看護師、コードブルー到着後の処置にて呼吸安定。	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師配置のない透視室使用の依頼があった場合は、担当の診療放射線技師は検査介助の看護師が配置されていないこと、必要であれば病棟看護師の応援や必要物品の準備が必要であることを医師へ説明する。
6	手術室	腹腔鏡下手術中、摘出した左右の腫瘍の体外への搬出のため、腹腔内へ臓器回収専用袋を2枚挿入（ラージサイズとレギュラーサイズ）。しかし、ラージサイズの袋1枚のみを使用して両側の腫瘍を搬出したため、レギュラーサイズの袋は体内に遺残。翌日、再手術にて回収。	<p>以下の院内マニュアルの徹底。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・閉創までに手術に使用した手術器械、診療材料の種類と数があっているかを確認する。 ・人体に入れる器材は、体内に入ったことを多職種で共有する。 ・外回り看護師は、手術室内のガーゼカウント用人体図に器材の種類と数を表示する。
7	病棟	X-P 指示の左右誤認と再検査の遅れにより、検査・診断が遅れ、骨折治療の開始が約1週間遅れた。	<ul style="list-style-type: none"> ・検査オーダー確定前に患部を確認する。 ・骨折疑い等、緊急な対応が必要な症状を疑う場合の再検査は、可及的速やかに行う。

No.	発生場所	概 略	再発防止策
8	手術室	術中から術後にかけて、CV カテーテルの固定が不十分であったことに起因するカテーテルの位置変化（浅くなったこと）による、循環の不安定化（循環薬剤投与不十分）。	小児の CV 固定は、新たに決定した 3 点固定と、さらにテープによる補強を行う。指導医は処置を行う医師の指導に集中する。
9	検査室	到着済未受付検体を廃棄用の BOX に誤廃棄した。検体紛失防止のため、廃棄 BOX が一定期間保管されている。この保管期間内に検査依頼科より結果の問い合わせがあったため、検査は実施することができた。	検査室内での作業手順を見直し、前日オーダー検体の到着確認を行う際、前々日オーダーの受付完了状況を確認する。 検体受付時に作業を中断し再開した場合や検体を廃棄する時の手順・確認事項を明文化する。
10	手術室	手術が中止になったことを、医師から手術室へ伝える際の患者誤認により、手術中止ではない患者の手術開始時間が遅れた。	・職員同士の電話連絡時の送り手の伝達内容・受け手の復唱内容について院内マニュアルの再周知 ①伝達内容はフルネームと ID 番号または生年月日 ②電話伝言メモの使用
11	病棟	家族の希望により、患者へ告げてはいけない内容が書かれた書類を医師が作成。書類作成後の手続きを病棟クラークへ依頼する際、そのことが伝わらず、書類が患者へ渡り、内容を患者が知ることとなった。	病棟クラークは医師から処理を依頼された書類は、口頭または文書等で特別な注意を添えなければ、患者へ手渡すルールになっていることを院内へ再周知する。 病棟クラーク席の書類手続き依頼用 BOX に【患者交付してはいけない文書は赤ファイルに入れる】ことを明示し、文書を分類することとし、医師にも周知する。