

令和元年度下半期 高知県立病院医療事故包括的公表 レベル別の事例等

レベル区分	事 例	改善策
1	CT検査において腹部から骨盤腔にかけて撮影すべきところを、誤って胸部から骨盤腔にかけて撮影した。	撮影する部位等、CT検査オーダー内容を指差し呼称するなど、確認作業を徹底する。
2	入院患者さんが夕食後に内服する薬を、誤って別の入院患者さんに与薬したため、内服後の眠前及び翌朝に血糖測定を行った。	患者さんの氏名を確認する際には、患者さんから名乗ってもらったうえで、リストバンドで氏名の照合をすることを徹底する。
3 a	入院患者さんに内服中のカリウム内服薬について、主治医が中止指示を出したが、指示を受けた職員が、中止処理をしたものと思い込み、実際には処理されていなかったため、3日間服用が継続され、高カリウム血症となった。心電図モニターを装着し、薬物療法を行った。	医師の指示実施に係る手順及びチェック体制を強化し、指示を受けた職員は確実に実施するよう、手順の遵守を徹底する。また、薬剤の中止等、変更指示のあった前後の患者さんの状態等について、職員間の情報共有及び観察を強化する。
	造影CT検査を受ける患者さんに造影剤を投与する際、肘関節近くの血管のルート確保ができず、手関節近くの血管に再穿刺し、投与を行ったが、同じ血管だったため薬剤が血管外に漏出した。患部のクーリングを行い、軟膏を塗布した。	造影剤等の薬剤投与において、患者さんに再穿刺する場合は、左右や部位を変える等、先に穿刺した血管と同じ血管を避ける。
3 b	入院患者さんが院内病棟を転棟後、病室内のトイレに行こうとしたが、ふらつきの症状があったため、看護師が体を支えながらトイレに移動した。排泄介助をするため、患者さんに壁側の手すりを持ってもらい、看護師が手を離れた瞬間に転倒した。右大腿骨転子下骨折となり、手術を要した。	患者さんのふらつきやめまい等の症状が強いと判断される場合には、複数の職員での介助を行う。 患者さんの転倒リスクや症状等の状態について、転棟前後の病棟間及び職員間での情報共有及び観察を強化する。
	転倒歴があり滑り止めマットの使用等で対応中の入院患者さんがポータブルトイレを使用後、ベッドに戻ろうとして転倒し、大腿骨転子部骨折となり、手術を要した。	転倒歴がある患者さんに対しては、重要な転倒要因等について、職員間での情報共有及び観察、対応を強化するとともに、移動の際にはナースコールでスタッフを呼んでもらう等の説明を繰り返し行い、患者さんから理解が得られるように努める。
5	入院患者さんが食事中に食物を誤嚥し、窒息となり死亡した。嚥下評価の実施や食形態、食事介助の有無等については、患者さんの状態に合わせて適切に対応していた。昼食配膳後、患者さん自身で食べ始めたことを確認し、職員は退室し、約10分後に訪室するとベッド用テーブルにもたれかかった状態となっていた。即座に救急対応にあたったが、その後死亡が確認された。	入院患者さんの状態によっては、食事中の状況や見守り・介助の有無を含めた対応等を職員間で情報共有し、観察を強化するとともに、嚥下評価については、歯の有無等、咀嚼状態の評価も併せて行うことを徹底する。
	ペースメーカー植込術を受けた患者さんが肺出血となり死亡した。手術の必要性、合併症について医師が説明し、患者さんのご家族から同意を得たうえで実施。患者さんは手術終了から約1時間40分後に大量喀血し、救命・蘇生処置を行ったが、その後死亡が確認された。	原因は本手術の合併症としては予期していない肺出血であり、ご遺族の了承を得て、本事例を医療事故調査制度に基づく医療事故調査・支援センターに報告した。同制度の支援団体が推薦する外部の専門家による調査を実施後、調査結果を同センターに報告し、再発防止に関する普及啓発等を依頼する。 手術にともなうリスクの説明を行う際には、患者さんの重症度や状態、特有の状況等を含め、これまで以上に丁寧に説明し、患者さん及びご家族の意思決定支援を強化する。