

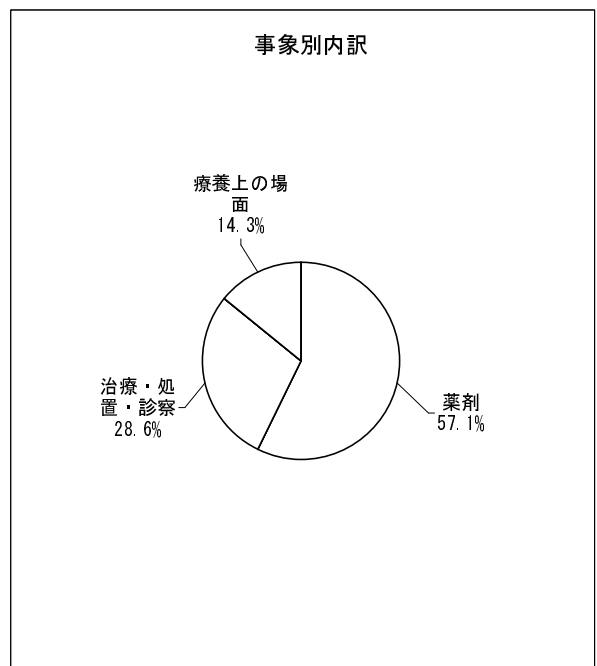
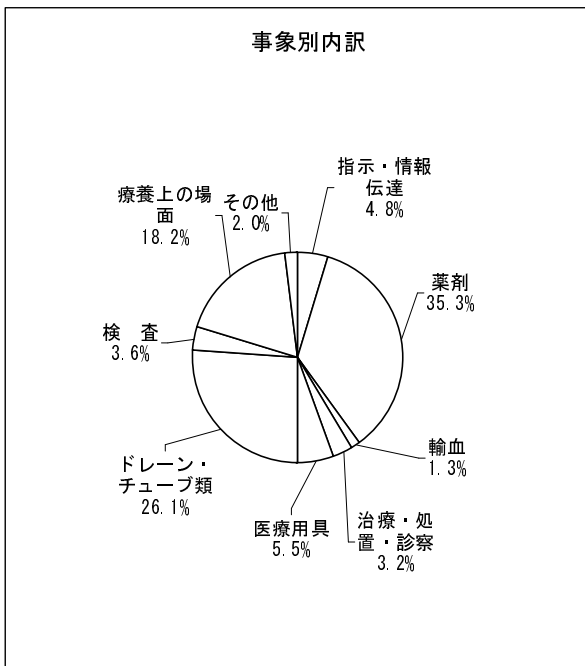
病院名 : こども医療センター

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	110	4.8%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	814	35.3%
注射・点滴	384	16.7%
内服薬	348	15.1%
その他	82	3.6%
輸血	30	1.3%
治療・処置・診察	74	3.2%
手術	38	1.6%
麻酔	1	0.0%
その他治療	4	0.2%
処置	21	0.9%
診察	10	0.4%
医療用具(機器)使用管理	127	5.5%
ドレーン・チューブ類使用・管理	602	26.1%
検査	84	3.6%
療養上の場面	419	18.2%
転倒・転落	88	3.8%
給食・栄養	205	8.9%
その他	126	5.5%
その他	46	2.0%
合計	2,306	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	4	57.1%
注射・点滴	4	57.1%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	2	28.6%
手術	1	14.3%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	1	14.3%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	0	0.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	0	0.0%
検査	0	0.0%
療養上の場面	1	14.3%
転倒・転落	0	0.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	1	14.3%
その他	0	0.0%
合計	7	100.0%



(3) 医療事故事例及び再発防止策(レベル3b)

概要(上段は事例、下段はその再発防止策)	
レベル 3b	<p>1</p> <p>術後、手術室内で患者の体内にガーゼの遺残が判明したため摘出した。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 ガーゼ枚数の確認方法を変更し、ダブルチェックを徹底した。</p>
	<p>2</p> <p>他院から緊急転送された患者に対し、情報連携不足により、薬剤を搬送中の量より少なく投与し、症状が悪化したため、処置を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 転院患者の情報伝達を口頭のみでなく通信用紙に記入するようにした。</p>
	<p>3</p> <p>患者が、モニターに使用していたジェル電極を飲み込み、口内で膨張し一時的に呼吸困難になったため、処置を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 ジェル電極の危険性を院内に周知した。</p>
	<p>4</p> <p>MR I 検査時に、希釈投与予定の薬剤を原液で注射したため一時的に呼吸が不安定となり、処置を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 希釈方法を統一し、必ず希釈するようオーダーリングシステムの修正を行った。</p>
	<p>5</p> <p>膀胱留置カテーテル挿入時に、尿道を損傷したため、全身麻酔下で処置を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 医療安全管理マニュアルの膀胱留置カテーテルの項目を修正した。</p>
	<p>6</p> <p>点滴中の患者に対し、薬剤を取り違えて投与したため、一時的に血圧に変化が表れ、処置を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 点滴実施時におけるダブルチェックの徹底を行った。</p>
	<p>7</p> <p>手術後の胃液流出に対する治療を行っている患者の点滴に、誤って胃液を注入したが、フィルターが詰まり点滴が停止した。その後一時的な血圧低下に対して処置を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 胃液流出に対する点滴治療について看護手順を作成し、安全教育の見直しを行った。</p>