

○岐阜県総合医療センター医療事故など包括的公表について

当センターの公表基準に基づき、2025 年度（令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日）に当院で発生した医療事故のうち、包括的公表となる事例は下記のとおりです。

包括的公表対象の概要と再発防止策

医療行為別	事例	防止策
検査	髄液シャントが留置されている患者にMRI撮影すると、バルブ圧の設定に影響する可能性があることを小児科医は認識せず、頭部MRI撮影を実施した。その後、脳神経外科医師が定期受診時に、MRI後の圧確認がされていないことに気づき、X線撮影にてバルブ圧に変化がないことを確認した。	① 髄液シャントが留置されていてもMRI撮影は可能であるが、直後にシャントバルブ圧確認が必要であることを全スタッフに対し周知した。 ② MRI問診票の体内金属項目にバルブ式シャントを追加した。 ③ MRIオーダー画面に髄液シャントの項目を追加した。「あり」を選択した場合は、脳神経外科への相談を促すアラートが表示されるように設定した。
検査	小児病棟の回診X線検査で同室2名の撮影時に患者間違いが発生。1人目の患者を病棟看護師に案内され撮影を実施。2人目の撮影時に担当していた別の看護師が患者名を診療放射技師に伝えたところ、先ほど撮影の終えた患者名であることが判明した。その場で確認すると、ベッド柵にかけられていたリストバンド入り専用ケースが入れ替わっていることに気がついた。	① リストバンド装着基準について、「全ての入院患者にリストバンドを装着すること」および「リストバンドを装着できない場合は、医療安全部へ連絡すること」を明記し、マニュアルを改定した。 ② 小児用リストバンドの導入を検討し、2026年度より運用開始となった。
薬剤	病棟は、投与予定時刻になってもソリタT2配合顆粒が届かないため、薬剤部へ連絡した。連絡を受け再調剤をした際、誤ってソリタT3配合顆粒が払い出され、看護師はT3配合顆粒を投与した。初回払出分はバーコード認証により払い出されるが、再調剤分はシステム上「調剤済み」となっているため、バーコード認証による確認が行えなかった。	従来より、保管棚およびワークシートに複数規格品であることを表示していたが、再発防止策として、ワークシートに包装パッケージの色を併記し、ソリタT2配合顆粒には【だいたい】、ソリタT3配合顆粒には【みどり】の文字を表記した。調剤時および鑑査時に、規格だけでなく包装色の両面から確認を行うことで、取り違い防止を行えるよう変更した。
薬剤	SGA 性低身長に対し、「グロウジェクト6mg」を専用注入器「グロウジェクターL」を用いて使用していた患者について、体重増加に伴い薬剤を「グロウジェクト12mg」へ変更した。しかし、注入器の設定変更が行われなかったため、12mg製剤は6mg製剤の2倍の濃度であり、6mg製剤で0.3mg/kg/週で投与するところ、12mg製剤で0.6mg/kg/週で投与なってしまい、成長ホルモンが過量投与となった(6mg製剤と12mg製剤は共に内容量が1.5mL)。	① 薬剤の規格変更時には、注入器の設定変更が必要であることを関係診療科医師に周知した。 ② 薬剤部から調剤薬局へ、薬剤の規格変更時には注入器の設定の確認をするよう注意喚起文書を発出した。 ③ 製薬企業へ情報提供と改善要望を行った結果、使用製剤変更時の対応に関する情報提供文書が作成され、全国の医療機関へも周知が図られた。