

概要	内容	本報告書参照事例番号
輸血	<p>輸血の患者間違いが報告された。 (平成19年年報206頁)</p> <p>9歳の患者A(O型)、患者B(A型)にMAPオーダーがあり、準備をした。医師と看護師がダブルチェックし、50mLの注射器に分注し、注射準備台を別々にして、それぞれ受け持ち看護師が準備した。2人の患者ともほぼ同時刻に1本目は医師と看護師がダブルチェックし、シリンジポンプを使用して輸血製剤の投与を開始した。患者Aの1本目の輸血が終了しアラームに気付いたリーダー看護師はシリンジに準備された患者Bの輸血を患者Aの輸血だと思い込み、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師は受け取ったシリンジを確認せず患者Aに投与した。</p>	105頁 図表Ⅲ-2-10 No1
治療・処置	<p>手術の際、ガーゼカウントしたにも関わらず、体内に残存した事例が報告された。(第14回報告書127頁)</p> <p>平成18年帝王切開術をした患者。ガーゼの枚数を確認後、手術を終了した。平成20年10月腹痛により近医を受診し、ガーゼ遺残がわかった。開腹手術にて除去した。</p>	該当なし
治療・処置	<p>歯科診療の際の部位間違いの事例が報告された。 (第15回報告書170頁)</p> <p>患者は全身麻酔下に上顎正中過剰埋状歯2歯を抜去予定であったが、未萌出の左上顎側切歯をそのうちの1歯と誤認し、抜歯した。術後のX線で過剰埋状歯の残存により左上顎側切歯の誤抜歯に気付いた。</p>	該当なし
治療・処置	<p>眼科手術の際の眼内レンズの間違いに関連した事例が報告された。 (第15回報告書170頁)</p> <p>手術時、術野に集中していたため眼内レンズの屈折度数確認を怠り、屈折度数が適正でない眼内レンズを眼内に挿入した。術後の視力検査で度数のズレに気づき、入れ替えの手術を行った。</p>	該当なし