No.	発生年月	発生場所	種 別	概 要	再発防止策
6	R05.10	デイルーム	誤薬	胃瘻から水分補給を行う際、指示書を確認したものの、他の利用者用に準備された容器を誤って手に持ち、内容物を全量注入しました。 これにより、本来「白湯のみ」の予定の方に、「ソリタ顆粒を溶解した白湯」が誤って注入されました。 直ちに医師に報告し、胃の内容物を含む誤注入された一定量を回収のうえ、差分の白湯を改めて注入しましたが、利用者様の体調等に変化は確認されませんでした。	医療行為等における、利用者(本人)確認を確実に行うことを改めて周知徹底するとともに、準備段階でソリタ顆粒の空袋を、準備された容器に貼付することにより、視覚的にヒューマンエラーを防止するための措置を講じることといたしました。
7	R05.11	居室	カニュ ーレの 計画外 抜去	短期入所の利用者様に、職員2名でおむつ交換を実施した際、交換前には装着されていた気管カニューレが、交換直後にベルトについたままの状態で抜けていることが発覚しました。おむつ交換やそれまでの介護の際などに、気管孔部ガーゼの固定テープやベルト全体にゆるみが生じたこと	気管カニューレを使用している利用者様については、その装着状態を逐次確認することを 徹底するとともに、介助する際には、カニューレの位置や固定方法の確認に特に注意を払ってまいります。 また、気管カニューレが抜けた場合には、予備カニューレを医師が再挿入するという基本

事故等に関する包括的公表 (令和5年10月1日~令和5年11月30日)

No.	発生年月	発生場所	種	別	概 要	再発防止策
					などが原因と推測されます。 また、本来医師が再挿入すべきところ、 当該看護師が挿入を行い、事後的に医師の 確認を受けるとともに、再挿入に当たって は予備カニューレを使用すべきところ抜 けたカニューレを使用いたしました。 さらに、抜去と再挿入に関する一連の経 過について看護記録への記録を怠り、発生 当日の退所時に保護者様に伝える機会を 逸失いたしました。	手順とその遵守について継続的に周知徹底してまいります。 さらに、事案の発生に関しては、正確にもれなく看護記録を残すとともに、組織として速やかに情報を共有することを徹底し、保護者様への報告をどのように、どの職員から行うべきかについて迅速に協議し、遅滞を招かないよう努めてまいります。