

# インシデント報告・事故報告の公表について

(平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日)

伊賀市立上野総合市民病院では、地域の方々に安心して医療を受けていただくために、医療安全の推進に日々積極的に取り組んでいます。その一つに、インシデント報告・事故報告の集約・分析・改善策の検討があります。医療の透明性を高め、公的病院として市民等に説明責任を果たし、医学的に的確な情報を提供することにより、事故再発防止を図る事を目的に、平成 29 年度一年間のインシデント事例・事件事例の発生状況について伊賀市立上野総合市民病院医療事故等の公表基準に沿って公表します。

## 1. 用語について

### ①インシデント（ヒヤリ・ハット）

誤った医療行為などが患者さんに実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者さんに影響を及ぼすに至らなかったものをいいます。

### ②アクシデント（医療事故）

医療行為の中で患者さまに傷害が及び、既に損害が発生しているものをいいます。不可抗力によるものや自傷行為なども含みます。なお医療従事者の過誤の有無は問いません。

## 2. 医療事故等のレベル区分

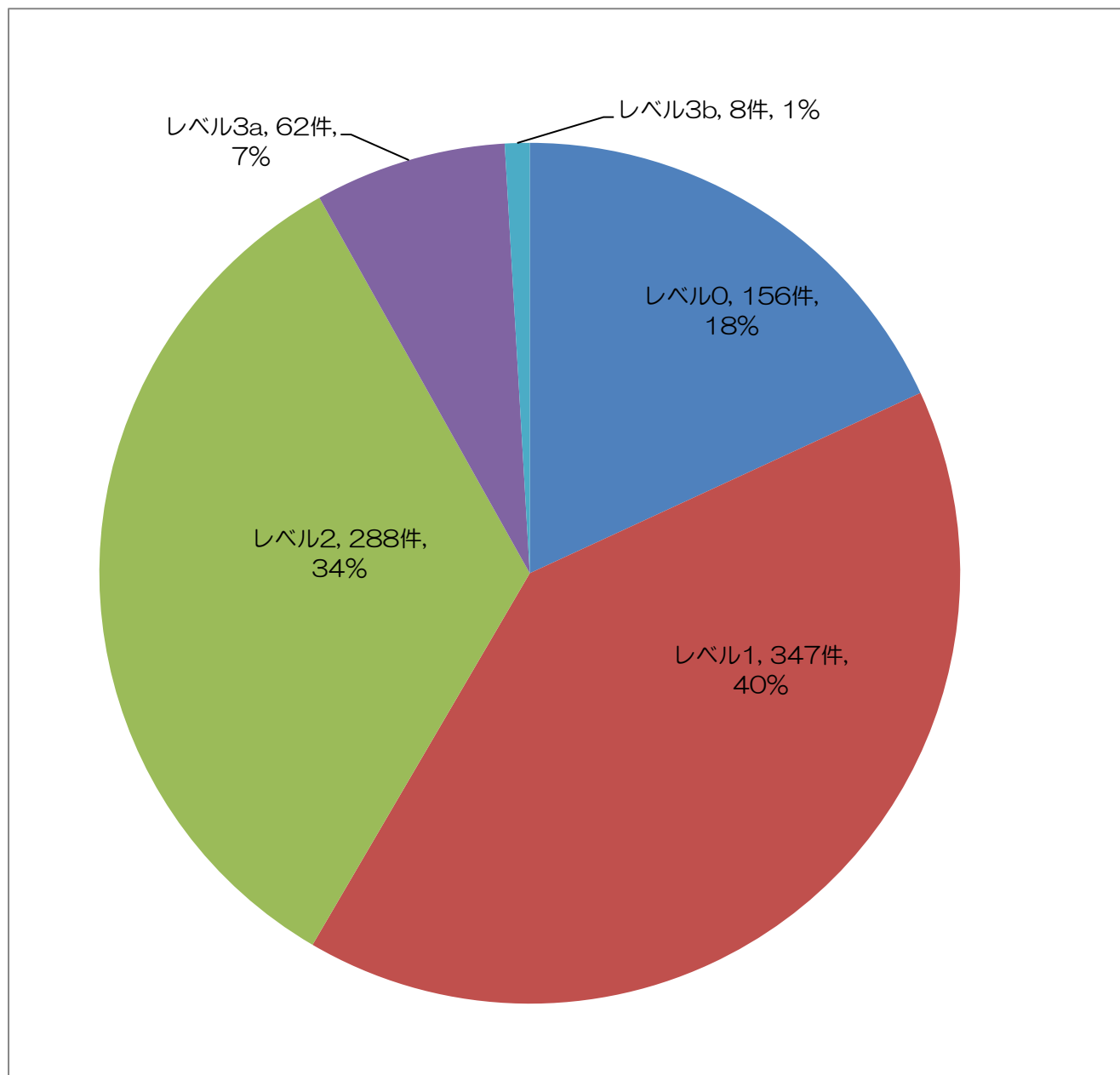
分類	患者への影響度	内容
インシデント	レベル0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった
	レベル1	間違ったことを実施したが、患者には変化がなかった * 何らかの影響を与えた可能性は否定できない
	レベル2	処置や治療は行わなかったが、観察強化が必要 * バイタルサイン軽度変化、安全確認のための検査等を施行
		レベル3a
アクシデント	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した * バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術 入院日数の延長、外来・入院患者の骨折等を含む
	レベル4	事故により長期にわたり治療が続く、または障害が永続的に残る
	レベル5	事故が死因となる

### 3. 発生の状況について

平成 29 年度のインシデント及び医療事故事例の報告は 861 件、前年度より 115 件の減少でした。

### 4. レベル別報告件数

【Total 861 件】





●夜中に患者さんが死亡、フェントステープが貼られていたが、残さなければならないことを忘れて捨ててしまった。朝になり、フェントステープを返却するため金庫を確認したところ患者さんが死亡するまで貼付していた分が不足、そのことを確認捨ててしまったことに気付いた。

【再発対策】フェントステープは麻薬管理になり、使用後は返却する必要がある。夜勤帯で時間に追われていて、うっかりと捨ててしまった。今後も同じようなことが起こらないように、処置箱へ注意文章の張り紙を実施した。

#### レベル1 (347件)

●腰部にコルセットを装着していたがずれることが多く、当って痛いと言われ、家族・本人から指摘があった。コルセット装着が前後逆であったことが判明。使用していたコルセットは、当院で初めて使用された物で事前に業者から、装着方法の説明があった。説明を聞いていない看護師がリハビリ室へ問い合わせを行い説明を聞いた。間違えて後面に「前」と記載したテープを貼り付けた。装着されているコルセットをみて、おかしいと思った看護師もいたが、貼ってあるテープを見て自分の記憶違いかと思った。

##### 【再発防止策】

リハビリ室へ問い合わせがあった時点で、理学療法士は装着方法がわからないのに、看護師へ装着方法について説明を行っている。再度業者への確認を行い、理学療法室でミーティングを開催、不明なまま返答をしないこと、確認を行うことを話し合った。また看護師も、おかしいなと思った時は確認を行うことが大事である。

#### レベル2 (288件)

●検査のためMRIより移送の連絡あり。看護師2名で患者の移送準備をしたが、補聴器の確認を怠った。MRI室で検査台に移乗の際、検査技師の確認がなされずそのまま撮影を行った。MRI画像で補聴器が撮影され発覚した。

##### 【再発防止策】

MRI入室時に最終チェックを行うルールをマニュアルに追加、スタッフに周知依頼、入室時のチェックリストの作成。

#### レベル3a (62件)

●病室を訪室した看護助手が、ベッドサイドに転倒していた患者を発見し、ナースコールをした。看護師はナースコールを受け、発見に至る。「ベッドの下にシャツが挟まっていると思って、取ろうとしてしゃがんだら、くずれて床で頭をうった。」とのこと。

当日退院予定であり、早朝より自己にて持参物を鞆につめる様子があった。杖、歩行器を用いて歩行している患者で、履物はスリッパであり、移乗時・歩行時の転倒のリスクは十分にあった。退院の準備をする間に転倒しやすい姿勢になる可能性があり、転倒のリスクが高まる危険に気づいていたが、対応することが遅れてしまった。

##### 【再発防止策】

退院前でも履物は滑らないものを使用するように、患者へ声掛けをする。退院準備の介助。

## レベル3b（6件）事例数6件

●気胸にて胸腔ドレーン留置中の患者。患者からナースコールがあり訪室する、顔面が腫脹していることに気付く。顔面、上肢、体幹に皮下気腫があった。当直医に報告し診察をうけた。ハイムリッヒバルブが逆接続となっており胸水にて閉塞した状況であった。

院外より派遣中の医師でハイムリッヒバルブを知らなかった。介助についていた看護師も十分な確認を行わなかった。病棟看護師も挿入部の観察を十分に行っていなかった。レントゲン撮影の指示を出した医師もレントゲン写真を十分確認していなかった。複数にチェックする場面があったがすり抜けてしまった事例である。

### 【再発防止策】

- ①第三者から確認を求められたときは、基本に基づきダブルチェックを確実に行う。
- ②低圧持続吸引開始時の作動状況として、
  - a. エアリークの有無
  - b. 呼吸性の移動
  - c. 吸引圧制御の設定圧の確認を医師と共にダブルチェックを行う。

開始時チェック表を作成するとともに、低圧持続吸引使用時の注意点についてパンフレットによる、再周知を実施。

ハイムリッヒバルブの使用方法を写真入りのポスターで作成・配布を行った。

●11月20日（月）9時過ぎに術後4週間経過の患者AさんにX-P撮影後、放射線技師より病棟へ左人工股関節が脱臼していると報告があった。主治医に報告、退院が延期になった。11月9日ころより排泄動作時に臀部痛を訴えていた。カルテ記録上では、11月9日（木）日勤帯で両下肢荷重かけ車椅子への移乗は1人介助で行えていた。（トイレ介助は2人介助）20時ポータブルトイレに誘導時、全介助が必要で疼痛の訴えが顕著であった。11月11日（土）、12日車椅子乗車時左臀部痛を訴え鎮痛剤服用した。それ以後疼痛は軽減していた。帰宅願望が強く、車椅子で過ごすことが多く、車椅子の自走も行えていたため、どの時点で脱臼したかは不明。

### 【再発防止策】

今回の事例は、いつ左股関節の脱臼がおこったかは不明である。日常生活動作に変化があった場合や、痛みを顕著に訴える場合は、患者からの訴えがあった時点で医師に報告を行い、適切な処置を実施。患者の訴えに真摯に対応していく必要がある

●言語聴覚療法士より応援依頼があり訪室すると、ベッドサイド左側で左側臥位状態にて患者が倒れているところを発見。ベッド右側は壁つけ。左側はベッド2柵で固定されていた。

普段は安全帯をしているが発見時はしていなかった。CT結果にて急性硬膜下血腫と診断された。

### 【再発防止策】

転倒のリスクがある患者の、安全対策中の表示をスタッフ間で情報共有化する  
（ベッドネームに使用具によって、シール別で表示）

●不整脈治療で入院中心電図モニターを装着中であった。10月24日午後8時頃に心電図上で5秒ポーズあり。訪室すると倒れており意識消失がみられた。CT検査施行。CTにて左頬骨弓骨折、左側脳表出血と診断された。

【再発防止策】

治療上心電図モニターの観察も行っていた患者で、頻回の患者観察も実施していたが、不幸にも数秒間の間に意識消失発作を起こし、防ぎきれなかった事例である。

●てんかん発作で入院中歩行時、廊下中に突然転倒 通りがかった看護師が発見。左鎖骨遠位端骨折と診断される。

【再発防止策】

てんかんの既往があり、安静の指示があり説明を行ってはいたが、自由に歩行されていた。避けることは不可能であった

●療養病棟で2か所に分かれて患者は夕食を摂取中、看護師は詰め所前のフロアで患者の食事介助をしていた。廊下奥に設置されたテーブルでは5名の患者が食事をしており、看護師は、時々観察はしていた。夕食終了後1人で移動をしないように患者への説明は行っていたが、一緒のテーブルにいた3名の患者が部屋に戻っていったため、自分も戻ろうとして移動してしまった。両恥骨骨折あり

【再発防止策】見守り歩行が必要な患者の場合は説明を行っていても、他の患者が移動すれば、動き出すかもしれないと予見することが必要であった。

自立していない患者、見守り歩行が必要な患者の場合は、詰め所から離れた場所での食事セッティングを行わない。詰め所前のフロアに食事場所をセッティングする。また、奥のテーブルにはナースコールがなく、見守りも手薄になりがちであったことから、無線式のナースコールを設置した。